

Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

ОДОБРЕНО
педагогическим советом
12.09.2022, протокол № 5

УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора управления
по учебной работе

Е.В. Неврычева

«13» сентября 2022 г.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5D14FAECA12B3528CAB1C801190FEA9E
Владелец: Неврычева Елена Викторовна
Действителен: с 21.09.2023 до 14.12.2024

ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.36 Кардиология
Укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»
БЗ (108 часов, 3 з.е.)

Хабаровск
2022

Оглавление

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	3
III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ.....	6
IV. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	16

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы 31.08.36 Кардиология соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации по образцу, установленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом оценки качества освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы и должна дать объективную оценку наличию у выпускника подготовленности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.36 Кардиология относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1 Цель государственной итоговой аттестации: объективном выявлении уровня подготовленности выпускника к компетентностному выполнению следующих видов профессиональной деятельности: медицинской, организационно-управленческой, педагогической.

2.2 Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка уровня сформированности у выпускников необходимых универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций;
- определение уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- выявление уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.
- принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-кардиолог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

2.3 Результаты освоения программы ординатуры

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения:

Таблица 1

Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-2. Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	УК-2.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
	УК-2.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
	УК-2.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
УК-3. Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	УК-3.1 Планирует педагогическую деятельность
	УК-3.2 Осуществляет педагогическую деятельность

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
Профилактическая деятельность	ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ПК-1.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-1.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	ПК-2.1 Проводит профилактику (в том числе профилактические медицинские осмотры) при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы ПК-2.2 Проводит диспансеризацию и диспансерное наблюдение при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
		системы
	ПК-3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	ПК-3.1 Проводит противоэпидемические мероприятия ПК-3.2 Организует защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
	ПК-4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	ПК-4.1 Применяет социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков
Диагностическая деятельность	ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	ПК-5.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ПК-5.2 Направляет пациентов (или проводить самостоятельно) на лабораторные и инструментальные обследования
Лечебная деятельность	ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	ПК-6.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ПК-6.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ПК-7. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	ПК-7.1 Оценивает состояния пациентов ПК-7.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Реабилитационная деятельность	ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	ПК-8.1 Применяет методы медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях ПК-8.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
Психолого-педагогическая деятельность	ПК-9. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9 Применяет психолого-педагогические методы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Организационно-управленческая деятельность	ПК-10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-10.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ПК-10.2 Участвует в управлении медицинской организацией и ее структурными подразделениями
	ПК-11. Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ПК-11.1 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	ПК-12. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	ПК-12.1 Участвует в организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ

1.1. Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

1.2. Формы проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания проходят в три этапа:

- тестирование;
- оценка уровня освоения практических навыков;
- собеседование.

1.3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится основной образовательной программы по специальности 31.08.36 Кардиология, результаты освоения которой имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Таблица 3

Этапы государственной итоговой аттестации

№ п/п	Наименование этапа	Предмет проверки	Особенности проведения
1.	Тестирование	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.
2.	Оценка уровня освоения практических навыков	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	При проверке практических навыков обучающемуся предоставляются данные лабораторных и инструментальных обследований. В процессе ответа обучающийся должен провести анализ представленных обследований и дать свое заключение. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
3.	Собеседование	Определения объема и качества	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной

		профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения	ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
--	--	---	---

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке.

Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1.1 Основная литература

1. Амбулаторно-поликлиническое ведение пациентов с артериальной гипертензией : учеб. пособие / А. А. Некрасов, Е. В. Карпухина, Н. Ю. Григорьева [и др.]. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2019. – 48 с.

2. Артериальная гипертензия и нарушения циркадного ритма сна при сменной работе. Принципы рациональной фармакотерапии : учеб. пособие / Э. Р. Ахсанова, В. В. Попов, Н. А. Буланова, Т. Е. Морозова. – М. : ЛАРГО, 2022. – 48 с.

3. Артериальная гипертензия: современные подходы к профилактике и лечению : учеб. пособие, рекомендовано Координац. советом по обл. образования «Здравоохранение и медицинские науки» для ординаторов по специальностям 31.08.49 «Терапия», 31.08.36 «Кардиология», 31.08.54 «Врач общей практики (семейный врач)» / Н. В. Дроботя, В. В. Калтыкова, Э. Ш. Гусейнова, А. А. Пироженко. – Ростов н/Д. : Изд-во РостГМУ, 2021. – 80 с. : ил.

4. Артериальные гипертензии : учеб. пособие / Ю. Р. Ковалев, Е. А. Курникова, В. А. Исаков, А. А. Холкина. – СПб. : [Ред.-изд. центр] СПбГПМУ, 2019. – 52 с.

5. Боровков, Н. Н. Гипертонические кризы в клинической практике : учеб. пособие / Н. Н. Боровков, В. П. Носов, Н. В. Аминева. – 5-е изд. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2018. – 60 с.

6. Галяутдинов, Г. С. Гидроперикард : учеб. пособие / Г. С. Галяутдинов, Л. И. Фейсханова. – Казань : [ред.-изд. центр] КГМУ, 2019. – 114 с.

7. Дворяшина, И. В. Клиническая терапевтическая практика: эндокринные артериальные гипертензии : учеб. пособие / И. В. Дворяшина, А. В. Стрелкова, А. В. Постоева. – Архангельск : Изд-во СГМУ, 2022. – 114 с. – (Терапия).

8. Евсеева, М. Е. Фенотипы сосудистого старения и ранняя профилактика социально значимых заболеваний : учеб. пособие / М. Е. Евсеева. – Ставрополь : Изд-во СГМУ, 2021. – 116 с. : ил.

9. Зотов, Д. Д. Нарушения сердечного ритма и проводимости : учеб. пособие / Д. Д. Зотов, Н. Я. Дзеранова, А. С. Галенко. – СПб. : [Ред.-изд. центр] СПбГПМУ, 2022. – 56 с. : ил.

10. Иванова, Н. В. Азбука пороков сердца (приобретённые пороки) : учеб. пособие / Н. В. Иванова, В. Ю. Зиминова, Ю. Н. Гришкин. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. – 88 с. : ил.

11. Иванова, Н. В. Гипертензивные кризы : учеб. пособие / Н. В. Иванова, Ю. Н. Гришкин. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021. – 72 с. : ил.

12. Индексы клеточной реактивности при кардиореспираторной коморбидности : учеб. пособие / Т. В. Прокофьева, О. С. Полунина, И. В. Севостьянова [и др.]. – Астрахань : Изд-во АГМУ, 2023. – 48 с.
13. Инфаркт миокарда : учеб. пособие / В. Э. Олейников, И. Б. Матросова, Л. И. Салямова [и др.]. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2021. – 126 с. : ил.
14. Ишемическая болезнь сердца. Реваскуляризация миокарда (хирургическое лечение) : учеб. пособие / О. А. Осипова, И. П. Почитаева, Н. И. Головина [и др.]. – Белгород : Изд. дом БелГУ, 2022. – 56 с.
15. Ишемическая болезнь сердца в практике участкового врача : учеб. пособие / Н. А. Корягина, В. Г. Желобов, А. В. Авдеев [и др.]. – Пермь : Науч. технологии, 2018. – 82 с. : ил.
16. Кардиоваскулярная профилактика : учеб. пособие / В. В. Столярова, Н. Ю. Лещанкина, А. А. Александровский [и др.]. – Саранск : Издатель Афанасьев В. С., 2018. – 80 с. : ил.
17. Крылова, Н. С. Кардиомиопатии в практике кардиолога и терапевта : учеб. пособие / Н. С. Крылова, А. М. Сванадзе, Н. Г. Потешкина. – М. : [Ред.-изд. центр] РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. – 72 с.
18. Лечение экстрасистолии : учеб. пособие / Н. Р. Хасанов, Ю. В. Ослопова, В. Н. Ослопов, Е. В. Хазова. – Казань : Отечество, 2019. – 112 с. : ил.
19. Лукьянова, И. Ю. Тактика ведения больных с фибрилляцией предсердий на догоспитальном этапе : учеб. пособие / И. Ю. Лукьянова. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. – 48 с. : ил.
20. Мазуров, В. И. Современные принципы диагностики и лечения системных васкулитов : учеб. пособие / В. И. Мазуров, И. Б. Беляева, А. Л. Чудинов. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. – 68 с.
21. Мартынюк, Т. В. Хроническая тромбоэмболическая лёгочная гипертензия: особенности диагностики : учеб. пособие для слушателей доп. проф. образования по специальностям «Кардиология», «Врач общей практики», «Терапия» / Т. В. Мартынюк, З. С. Валиева. – Казань : Бук, 2021. – 50 с. : ил.
22. Методические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с сердечно-сосудистой патологией, которым медицинская помощь была оказана с нарушениями : учеб. пособие для врачей-терапевтов, врачей общ. практики, зам. руководителей мед. орг. по клинико-эксперт. работе / С. О. Шкитин, А. В. Березников, Е. А. Берсенева [и др.]. – М. : Светлица, 2018. – 48 с.
23. Митральные пороки сердца : учеб. пособие / М-во здравоохранения РФ, Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н. И. Пирогова ; под ред. Н. А. Шостак. – М. : [Ред.-изд. центр] РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. – 80 с. : ил.
24. Мыслицкая, Г. В. Ишемическая митральная недостаточность : учеб. пособие / Г. В. Мыслицкая, Ф. И. Битакова, Т. Д. Бутаев. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2020. – 48 с. : ил.
25. Осипова, О. А. Ишемическая болезнь сердца: формы, диагностика, лечение : учеб. пособие / О. А. Осипова, И. П. Почитаева, Н. И. Головина. – Белгород : Изд. дом БелГУ, 2022. – 52 с. : ил.
26. Основы внутренних болезней : учеб. пособие : в 2 т. Т. 1. Основы кардиологии, пульмонологии с общей физиотерапией / Л. М. Казакова, Н. А. Комелягина, Э. С. Гаврилова [и др.]. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2019. – 336 с. : ил.
27. Основы электрокардиографической диагностики нарушений ритма сердца : учеб. пособие / Д. И. Дорошенко, О. В. Илюхин, А. К. Пром, В. В. Иваненко. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2022. – 68 с. : ил.
28. Острые формы ишемической болезни сердца: основные принципы диагностики : учеб. пособие / А. В. Еремин, Т. М. Богданова, В. А. Семенова [и др.]. – Саратов : Изд-во СГМУ, 2022. – 156 с. : ил.

29. Перикардиты. Клиническая картина, диагностика, лечение : учеб. пособие / Е. Ю. Ковальчук, А. В. Рысев, А. С. Повзун, В. А. Костенко. – СПб., 2023. – 27 с. : ил.
30. Попова, Л. В. Дифференциальный диагноз симптоматических артериальных гипертензий : учеб. пособие / Л. В. Попова, С. В. Пономарёв. – Новосибирск : Изд.-полиграф. центр НГУ, 2021. – 68 с. : ил.
31. Практические рекомендации по имплантации протезов клапанов сердца : практикум / М. А. Сазоненков, И. И. Скопин, Х. Х. Исмаев [и др.]. – Белгород : Изд. дом БелГУ, 2022. – 52 с. : ил.
32. Принципы диагностики, дифференциальной диагностики инфаркта миокарда и его осложнений по данным электрокардиографии : учеб. пособие, рекоменд. Координац. советом по обл. образования «Здравоохранение и медицинские науки» для подгот. кадров высш. квалификации в ординатуре по специальностям 31.08.12 «Функциональная диагностика», 31.08.36 «Кардиология», 31.08.49 «Терапия», 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)», 31.08.53 «Эндокринология» и прогр. доп. проф. образования/ М-во здравоохранения Хабаров. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. А. А. Авилова, Л. Г. Витько, С. А. Богачевская. – 2-е изд., доп. – Хабаровск : ИПКСЗ, 2023. – 110 с. : ил.
33. Резник, Е. В. Кардиоренальный синдром у больных с сердечной недостаточностью : учеб. пособие / Е. В. Резник, И. Г. Никитин. – М. : [Ред.-изд. центр] РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. – 62 с. : ил.
34. Симптоматические артериальные гипертензии : учеб. пособие / И. Б. Матросова, С. С. Фадеева, О. Г. Квасова, Н. В. Бурко ; под ред. В. Э. Олейникова. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2021. – 142 с. : ил.
35. Синдромы заболеваний сердечно-сосудистой системы : учеб. пособие / В. Э. Олейников, В. А. Галимская, Ю. А. Томашевская, Л. И. Саямова ; под ред. В. Э. Олейникова. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2019. – 160 с. : ил.
36. Скворцов, В. В. Артериальная гипертензия : учеб. пособие / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко ; под ред. М. Е. Стаценко. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2022. – 76 с. : ил.
37. Современные подходы к оценке автономной неравной системы при фибрилляции предсердий : учеб. пособие : утв. эксперт. советом НМИЦ им. акад. Е. Н. Мешалкина / А. Б. Романов, А. В. Богачёв-Прокофьев, Д. А. Астапов [и др.]. – М., 2022. – 32 с. : ил.
38. Хасанов, Н. Р. Генетические подходы к выбору антигипертензивной терапии : учеб. пособие / Н. Р. Хасанов, В. Н. Ослопов, Е. В. Хазова. – Казань : МеДДоК, 2019. – 56 с. : ил.
39. Хирургическое лечение фибрилляции предсердий у пациентов с клапанными пороками сердца : учеб. пособие : утв. эксперт. советом НМИЦ им. акад. Е. Н. Мешалкина / А. В. Богачев-Прокофьев, А. Б. Романов, Д. А. Астапов [и др.]. – 2-е изд., испр., пересмотр. – Новосибирск, 2022. – 84 с. : ил.
40. Хроническая сердечная недостаточность : учеб. пособие / И. В. Авдеева, С. С. Фадеева, Л. И. Саямова [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2021. – 136 с. : ил.
41. Хроническая сердечная недостаточность : учеб. пособие / А. В. Евгеньева, С. М. Носков, М. В. Жомова, А. А. Лаврухина. – Ярославль : Аверс Плюс, 2023. – 60 с. : ил.
42. Хроническая сердечная недостаточность в клинике внутренних болезней : учеб. пособие для ординаторов / С. С. Фадеева, Л. И. Саямова, Н. В. Бурко, И. В. Авдеева ; под ред. В. Э. Олейникова. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2019. – 172 с.
43. Хроническое лёгочное сердце в практике терапевта поликлиники : учеб. пособие / М-во здравоохранения РФ, Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н. И. Пирогова ; сост. В. Н. Ларина, Е. А. Вартамян, С. С. Соловьёв. – М. : [Ред.-изд. центр] РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2019. – 72 с. : ил.

44. Чепель, А. И. Неинвазивные методы диагностики стабильной стенокардии : учеб. пособие / А. И. Чепель, В. В. Салухов, Т. В. Елисеева ; под ред. В. В. Салухова. – СПб. : Нордмедиздат, 2020. – 128 с.
45. Чумаков, А. В. К вопросу о роли очаговой инфекции в развитии кардиологической патологии: исторические, эпидемиологические и клинические аспекты : лекция для курсантов и студентов фак. подгот. врачей, слушателей Воен.-мед. акад. им. С. М. Кирова / А. В. Чумаков. – СПб., 2022. – 40 с. : ил.
46. Шальнев, В. И. Аритмии сердца : учеб. пособие / В. И. Шальнев. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2020. – 56 с. : ил.

1.2 Дополнительная литература

1. Актуальные вопросы кардиологии в практике терапевта : учеб.-метод. пособие / сост. Э. В. Архипова, Л. Б. Содномова. – Улан-Удэ : Изд-во БГУ, 2022. – 96 с.
2. Артериальная гипертония у пожилых: комплексная диагностика и лечение : пособие для врачей / М. А. Якушин, Б. В. Агафонов, Р. В. Горенков [и др.]. – М. : Тактик-Студио, 2018. – 80 с.
3. Асатрян, Т. В. Основные принципы антикоагулянтной терапии после открытых операций на клапанах сердца : метод. пособие / Т. В. Асатрян, Д. В. Мурысова. – М., 2023. – 24 с.
4. Васильева, Л. И. Хроническая сердечная недостаточность. Учебно-методическое руководство в схемах и таблицах. В 2 книгах. Книга 1. Стандартизированные подходы к диагностике и лечению / Л. И. Васильева. – Иваново : Науч. мир, 2019. – 224 с. : ил.
5. Ведение фибрилляции предсердий: практический подход / под ред. М. Шинаса, А. Дж. Камма ; пер. Ю. А. Карпова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 256 с. : ил.
6. Волкова, Н. И. Эндокринные артериальные гипертензии : рук. для врачей / Н. И. Волкова, М. И. Поркшеян. – М. : ЭКСМО, 2018. – 144 с. : ил.
7. Вялов, С. С. Кардиология: поликлиническая помощь : моногр. / С. С. Вялов, В. И. Синопальников. – М. : Умный доктор, 2018. – 224 с. : ил.
8. Горохова, С. Г. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях (формулировка, классификация) : рук. / С. Г. Горохова. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 304 с.
9. Диагностика редких нарушений ритма сердца с использованием имплантируемого петлевого регистратора : учеб.-метод. пособие / М. В. Диденко, А. И. Катков, Д. В. Пузенко, Б. Б. Черняк. – М. ; СПб. : ИП Кирюхина А. В., 2023. – 88 с. : ил.
10. Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения : метод. рекомендации / О. М. Драпкина, Л. Ю. Дроздова, П. В. Ипатов [и др.]. – М. : Силиacea-Полиграф, 2023. – 30 с.
11. Диспансерное наблюдение больных стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения : метод. рекомендации / О. М. Драпкина, Л. Ю. Дроздова, П. В. Ипатов [и др.]. – М. : Силиacea-Полиграф, 2023. – 40 с.
12. Зайцев, Д. Н. Сердечно-сосудистые нарушения при хроническом простатите : моногр. / Д. Н. Зайцев. – Чита : Ред.-изд. центр ЧГМА, 2018. – 126 с.
13. Кардиология : нац. рук. / Рос. кардиол. о-во ; под ред. Е. В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 816 с. : ил.
14. Кардиология: стандарты медицинской помощи, критерии оценки качества, фармакологический справочник / под ред. Е. А. Бакалиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 480 с.
15. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Белялова. – 9-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 352 с. : ил. – (Б-ка врача-специалиста. Кардиология).
16. Круглов, В. А. Электрокардиограмма в практике врача : рук. / В. А. Круглов,

М. Н. Дадашева, Р. В. Горенков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 136 с. : ил.

17. Маммаев, С. Н. Аритмии сердца. Тахикардии и брадикардии : рук. / С. Н. Маммаев, С. Г. Заглиев, С. С. Заглиева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 240 с. : ил.

18. Маркеры воспаления при остром коронарном синдроме : учеб.-метод. пособие / К. Ю. Кузьмичёв, Б. Ю. Кузьмичёв, Е. А. Липницкая [и др.]. – Астрахань, 2018. – 52 с.

19. Медикаментозная терапия и профилактика хронической сердечной недостаточности : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения РФ, Ростов. гос. мед. ун-т ; сост. С. А. Чепурненко, Н. В. Бурцева. – Ростов н/Д. : Фонд науки и образования, 2020. – 88 с.

20. Миллер, О. Н. Современные подходы к лечению нарушений ритма сердца и проводимости у беременных : учеб.-метод. пособие для врачей / О. Н. Миллер. – Новосибирск, 2019. – 56 с. : ил.

21. Морозова, Т. Е. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Клиническая фармакология / Т. Е. Морозова, О. А. Варганова, М. А. Чукина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 254 с. : ил.

22. Напалков, Д. А. Венозные тромбоэмболические осложнения: антикоагулянтная терапия в таблицах и схемах / Д. А. Напалков, А. А. Соколов, А. В. Жиленко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 96 с. – (Кардиология в таблицах и схемах).

23. Неотложные состояния при нарушениях ритма сердца : учеб.-метод. пособие / О. А. Суслова, Г. Н. Зубеева, О. В. Харламова, И. В. Конюхова. – 4-е изд., испр. и доп. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2018. – 110 с. : ил.

24. Основы анализа ЭКГ для общей врачебной практики : учеб.-метод. пособие / В. И. Купаев, В. П. Мишурова, В. В. Соленов, А. В. Германов. – Самара : Офорт, 2018. – 102 с. : ил.

25. Палеев, Н. Р. Синдром резистентной артериальной гипертензии и его лечение : учеб.-метод. пособие / Н. Р. Палеев, Б. В. Гордиенко. – М. : [Ред.-изд. центр] МОНИКИ, 2019. – 76 с.

26. Пичугин, В. В. Диагностика и лечение острой сердечной недостаточности : учеб.-метод. пособие / В. В. Пичугин. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2019. – 67 с. : ил.

27. Рациональная фармакотерапия артериальной гипертензии : учеб.-метод. пособие для врачей / М. Л. Максимов, А. С. Ермолаева, Н. М. Киселёва, А. К. Стародубцев. – Казань : МедДок, 2020. – 108 с.

28. Рациональная фармакотерапия ишемической болезни сердца : учеб.-метод. пособие для врачей / М. Л. Максимов, А. С. Ермолаева, Н. М. Киселёва [и др.]. – Казань : МедДок, 2020. – 76 с. : ил.

29. Резник, Е. В. Кардиология: клинические нормы / Е. В. Резник, И. Г. Никитин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 448 с. : ил.

30. Руксин, В. В. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология : крат. рук. / В. В. Руксин. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 288 с. : ил.

31. Стратегия и тактика антитромботической терапии при фибрилляции предсердий и венозной тромбоэмболии в алгоритмах и шкалах : учеб.-метод. пособие / Н. В. Ломакин, Н. М. Савина, И. В. Зотова, Д. А. Затейщиков. – М., 2022. – 52 с.

32. Стратификация риска, профилактика и лечение коронарного атеротромбоза : учеб.-метод. пособие для практикующих врачей / М-во здравоохранения РФ, Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н. И. Пирогова ; авт.-сост. А. О. Шевченко. – М. : Триада, 2020. – 59 с.

33. Струтынский, А. В. Тахикардии и брадикардии: диагностика и лечение / А. В. Струтынский. – 5-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2021. – 288 с. : ил.

34. Струтынский, А. В. Электрокардиограмма: анализ и интерпретация / А. В. Струтынский. – 23-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2023. – 224 с. : ил.

35. Тополянский, А. В. Стабильная ишемическая болезнь сердца : рук. для практ. врачей / А. В. Тополянский, Е. В. Саютина ; под ред. А. Л. Вёрткина. – М. : Эксмо, 2022. – 128 с. : ил. – (Врач высшей категории. Амбулаторный приём).

36. Хирургическое лечение пороков митрального клапана сердца : учеб.-метод. пособие / М. А. Сазоненков, И. И. Скопин, Х. Х. Исмаев [и др.]. – Белгород : Изд. дом БелГУ, 2022. – 52 с. : ил.

37. Шляхтина, Н. В. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности : учеб.-метод. пособие / Н. В. Шляхтина, И. Г. Сергеева, А. А. Тулупов. – Новосибирск : Изд.-полиграф. центр НГУ, 2020. – 62 с. : ил.

38. Ярцев, С. С. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) в повседневной практике врача / С. С. Ярцев. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 64 с. : ил.

7.3 Информационно-электронные ресурсы

1. Актуальные вопросы кардиологии / под ред. С. С. Якушина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 496 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452189.html> (дата обращения: 29.09.2023). – Режим доступа: по подписке.

2. Белялов, Ф. И. Аритмии сердца / Ф. И. Белялов. – 8-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 448 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456415.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

3. Благова, О. В. Болезни миокарда и перикарда: от синдромов к диагнозу и лечению / О. В. Благова, А. В. Недоступ, Е. А. Коган. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 884 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447437.html> (дата обращения: 29.09.2023). – Режим доступа: по подписке.

4. Бобров, А. Л. Клинические нормы. Эхокардиография / А. Л. Бобров. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 80 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458938.html> (дата обращения: 29.09.2023). – Режим доступа: по подписке.

5. Болезни сердца в вопросах и ответах : учеб. пособие : в 2 ч., ч. 1 / Г. К. Киякбаев, Ю. Л. Караулова, А. А. Шаваров [и др.] ; под ред. Ж. Д. Кобалава. – М. : [Ред.-изд. центр] РУДН, 2019. – 160 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/104186.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

6. Болезни сердца в вопросах и ответах. Учебное пособие. В 2 частях. Часть 2 / Г. К. Киякбаев, Ю. Л. Караулова, А. А. Шаваров [и др.] ; под ред. Ж. Д. Кобалава. – М. : [Ред.-изд. центр] РУДН, 2019. – 174 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/104187.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

7. Виноградов, В. В. Коррекция стрессорной патологии щитовидной железы и сердца / В. В. Виноградов, С. В. Виноградов, А. В. Туманов. – Минск : Белорус. наука, 2021. – 224 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/119239.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

8. Внезапная сердечная смерть / Л. А. Бокерия, А. Ш. Ревитшвили, Н. М. Неминуций, И. В. Проничева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 352 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456293.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

9. Всероссийские клинические рекомендации по контролю над риском внезапной остановки сердца и внезапной сердечной смерти, профилактике и оказанию первой помощи / А. Ш. Ревитшвили, Н. М. Неминуций, Р. Е. Баталов [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 256 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL :

- <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444641.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
10. Горохова, С. Г. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Формулировка, классификации : рук. для врачей / С. Г. Горохова. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 336 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455517.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
11. Заболевания сердца у беременных / С. Р. Мравян, В. А. Петрухин, С. И. Федорова, В. П. Пронина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 416 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457161.html> (дата обращения: 29.09.2023). – Режим доступа: по подписке.
12. Иоселиани, Д. Г. Коронарное стентирование и стенты / Д. Г. Иоселиани, Д. А. Асадов, А. М. Бабунашвили. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 256 с. : ил. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465134.html> (дата обращения: 29.09.2023). – Режим доступа: по подписке.
13. Каган, И. И. Клиническая анатомия сердца : цикл лекций / Каган И. И. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 128 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448052.html> (дата обращения: 29.09.2023). – Режим доступа: по подписке.
14. Кардиологические аспекты сахарного диабета 2 типа / И. В. Сергиенко, С. А. Бойцов, М. В. Шестакова [и др.]. – СПб. : Фолиант, 2018. – 64 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/90211.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
15. Кардиология : нац. рук. / под ред. Е. В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 800 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471937.html> (дата обращения: 29.09.2023). – Режим доступа: по подписке.
16. Кардиология : нац. рук. : крат. изд. / под ред. Е. В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 816 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970475379.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
17. Кардиология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества / сост. А. И. Муртазин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 480 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448380.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
18. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Белялова. – 10-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 384 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453629.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
19. Криптогенный инсульт : рук. / А. А. Кулеш, Л. И. Сыромятникова, В. Е. Дробаха [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 128 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455975.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
20. Лёгочная гипертензия / под ред. С. Н. Авдеева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 608 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450000.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

21. Маммаев, С. Н. Аритмии сердца. Тахикардии и брадикардии / С. Н. Маммаев, С. Г. Заглиев, С. С. Заглиева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 240 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450802.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
22. Моисеев, В. С. Кардиомиопатии и миокардиты / В. С. Моисеев, Г. К. Киякбаев, П. В. Лазарев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 512 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454299.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
23. Морозова, Т. Е. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Клиническая фармакология : учеб. пособие / Т. Е. Морозова, О. А. Вартанова, М. А. Чукина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 254 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445075.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
24. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 8. Диагностика болезней сердца и сосудов. Атеросклероз. ИБС / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 229 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95509.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
25. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 9. Диагностика болезней сердца и сосудов. Артериальная гипертензия. НЦД / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 204 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95510.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
26. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 10. Диагностика болезней сердца и сосудов. Кардиомиопатии, миокардиты, острая и хроническая сердечная недостаточность / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 206 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95511.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
27. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 11. Диагностика болезней сердца и сосудов. Перикардиты, инфекционный эндокардит, пролапс митрального клапана, приобретённые пороки сердца / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 211 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95512.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
28. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 12. Диагностика болезней сердца и сосудов. Врождённые пороки сердца у взрослых, нарушения ритма и проводимости сердца, опухоли сердца / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 190 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95513.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
29. Околоков, А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 3, книга 1. Лечение болезней сердца и сосудов / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2021. – 456 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108379.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
30. Околоков, А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 3, книга 2. Лечение болезней сердца и сосудов. Лечение болезней системы крови / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2021. – 474 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108380.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

31. Основы электрокардиостимуляции : учеб. пособие / Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, Н. Д. Мжаванадзе [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 112 с. : ил. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970468876.html> (дата обращения: 29.09.2023). – Режим доступа: по подписке.

32. Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга / под ред. Л. С. Манвелова, А. С. Кадыкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 336 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450901.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

33. Резник, Е. В. Клинические нормы. Кардиология / Е. В. Резник, И. Г. Никитин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 448 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458518.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

34. Резник, Е. В. Клинические нормы. Кардиология / Е. В. Резник, И. Г. Никитин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 448 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458518.html> (дата обращения: 29.09.2023). – Режим доступа: по подписке.

35. Руксин, В. В. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология : крат. рук. / Руксин В. В. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 256 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447918.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

36. Сердечно-сосудистые заболевания в амбулаторной практике / под ред. Д. В. Дуплякова, Е. А. Медведевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 112 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448090.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

37. Якушин, С. С. Инфаркт миокарда : рук. / С. С. Якушин, Н. Н. Никулина, С. В. Селезнёв. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 240 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452974.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

7.4. Клинические рекомендации

1. Артериальная гипертензия у взрослых : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество. – Москва, 2020. – 162 с.

2. Брадиаритмии и нарушения проводимости : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 77 с.

3. Гипертрофическая кардиомиопатия : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество, Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России. – Москва, 2020. – 126 с.

4. Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 108 с.

5. Инфекционный эндокардит и инфекция внутрисердечных устройств : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество. – Москва, 2021. – 193 с.

6. Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 135 с.

7. Миокардиты : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 100 с.

8. Нарушения липидного обмена : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 103 с.
9. Ожирение : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов, Общество бариатрических хирургов. – Москва, 2020. – 52 с.
10. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество, Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России. – Москва, 2020. – 141 с.
11. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы : клинические рекомендации / Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Российское кардиологическое общество. – Москва, 2020. – 137 с.
12. Сахарный диабет 1 типа у взрослых : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов. – Москва, 2019. – 141 с.
13. Сахарный диабет 2 типа у взрослых : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов. – Москва, 2019. – 187 с.
14. Стабильная ишемическая болезнь сердца : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 104 с.
15. Стабильная ишемическая болезнь сердца : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 115 с.
16. Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 152 с.
17. Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 105 с.
18. Хроническая сердечная недостаточность : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество. – Москва, 2020. – 202 с.
19. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи : клинические рекомендации / Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи и др. – Москва, 2023. – 107 с.

7.5. Информационно-электронные ресурсы

1. Официальный сайт Минздрава России <http://www.rosminzdrav.ru>
2. Российская государственная библиотека (РГБ) www.rsl.ru
3. Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины): www.iramn.ru
4. Официальный сайт Российского кардиологического общества: <https://www.scardi.ru>
5. Официальный сайт специалистов сердечной недостаточности <https://www.ossn.ru>
6. Официальный сайт Российского медицинского общества по артериальной гипертензии <https://www.gipertonik.ru>

IV. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Беременная А. 38 лет, Беременность шестая, роды предстоят третьи. Стоит на диспансерном учете у терапевта по поводу гипертонической болезни II стадии. До 22 нед гестации АД не выше 140/90 мм рт.ст., принимала допегит 250 мг 2 таб *3 р/д. На момент поступления в родильный дом срок беременности 22 недели, АД 180/90 – 185/100 мм.рт.ст., белок в моче 3 г/сут. , отеки голеней, на КТГ – гипоксия плода.

1. Вероятный диагноз?
2. Тактика ведения пациентки?

Больная К., 26 лет, переведена из другого стационара в отделение торакальной хирургии с жалобами на повышение температуры тела до 38 °С, повышенную потливость,

слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, боли в нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле, сухой кашель, ощущение сердцебиения, нарастающее при небольшой физической нагрузке.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет, утверждает, что наркотики не употребляет.

Гинекологический анамнез: 4 аборта, последний за 2 мес до начала заболевания.

Анамнез заболевания. Заболела остро около двух месяцев назад, когда впервые появилась лихорадка до 39 °С с ознобами, повышенной потливостью и слабостью, боли в нижних отделах грудной клетки справа. Принимала жаропонижающие средства без эффекта. Через 4 дня обратилась в поликлинику по месту жительства. При рентгенографии грудной клетки была выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Амбулаторно принимала азитромицин в адекватной дозе. Несмотря на это, появился сухой кашель, усилились боли в грудной клетке, появилась одышка сначала при умеренной, затем при небольшой физической нагрузке. Бригадой «скорой помощи» была госпитализирована в стационар с диагнозом двусторонняя пневмония, эмпиема плевры справа с деструкцией легочной ткани. В связи с тяжестью состояния была госпитализирована в отделение интенсивной терапии (ЧД - 32 в минуту, ЧСС - 116 в мин, АД - 80/60 мм рт.ст.). Получала парентеральную терапию гентамицином, ванкомицином, метро-нидазолом, цефтриаксоном. На этом фоне отмечена положительная динамика, однако при контрольной рентгенографии выявлены признаки формирования абсцесса в верхней доле левого легкого, сохраняющейся эмпиемы плевры, пневмонии в нижней доле правого легкого. В связи с этим для обследования и лечения больная была переведена в торакальное отделение.

Состояние тяжелое. Температура тела - 38,5 °С. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. ЧД - 20 в минуту. При аускультации: дыхание бронхиальное, в верхних отделах слева - ослабленное, в нижних отделах справа на фоне резкого ослабления дыхания выслушивается крепитация. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см латеральнее правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС - 120 уд/мин, над мечевидным отростком грудины выслушивается нечеткий, дующий систолический шум, который немного усиливается на высоте вдоха с задержкой дыхания. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, дефицита пульса нет. АД - 110/70 мм рт.ст.

Общий анализ крови: гемоглобин - 103 г/л, лейкоциты - $13,6 \times 10^9$ /л, п/я - 2 %, с/я - 75 %, эоз - 0 %, лимф - 19 %, моноц - 4 %. СОЭ - 60 мм/ч. Биохимический анализ крови без особенностей. НВsAg, реакция Вассермана, ВИЧ отрицательные. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - следы, лейкоц - 3-4 в поле зрения, эритроц 2-3 в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 115 в минуту, нормальное положение ЭОС, нарушений ритма, проводимости и очаговых изменений не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрация в нижней доле правого легкого, уровень жидкости до IV ребра, очаговая инфильтрация в верхней доле правого легкого.

Рентгеновская КТ грудной клетки: в верхней доле левого легкого на фоне инфильтрации имеется неправильной формы воздушная полость с толстыми стенками размерами 2,5x2,0x1,6 см. В нижней доле правого легкого инфильтрация. В задних отделах правой плевральной полости область осумкования размерами 12x9x3 см, содержащая экссудат и воздух, с равномерно утолщенными до 0,5 см плевральными листками. Паренхима задненижних отделов правого легкого частично коллабирована. Камеры сердца не расширены. На трехстворчатом клапане видно образование размерами примерно 22x8 мм, пролабирующее в полость правого желудочка.

ЭхоКГ: пролапс передней створки трикуспидального клапана III степени с перфорацией створки в области пролабирующего сегмента, на котором фиксирована

подвижная эхогенная структура размером до 1,2х2,2 см. Признаки трикуспидальной недостаточности II степени.

Чреспищеводная ЭхоКГ: две створки трикуспидального клапана не утолщены, не уплотнены, подвижность нормальная. Отмечается пролабирование среднего сегмента передней створки клапана с перфорационным отверстием 4 мм, пролапс 16 мм - выраженный. Недостаточность трикуспидального клапана III степени. К пролабирующей части створки крепится эхогенное флотирующее образование размером 2,2х1,2 см.

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больной.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Больной С., 53 года, жалобы на лихорадку до 39,5 °С, повышенная потливость, ознобы, одышку и головокружения при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 10 кг за последние 2 мес.

Вредные привычки: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, в течение 30 лет курит по 1 пачке в день.

Около 2,5 мес назад перенес экстракцию зуба. Через неделю после манипуляции появились субфебрилитет и повышенная потливость. В течение двух недель лечился народными средствами, на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, повышенная потливость, боли в мышцах и суставах без изменения их размеров и формы. Еще в течение недели за медицинской помощью не обращался. При рентгенографии органов грудной клетки патологии выявлено не было. В ОАК лейкоцитоз $14 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ до 24 мм/ч. Был назначен ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр, миалгий и артралгий. Курс ампициллина составил 10 дней. Через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39 °С с ознобом. Самостоятельно начал принимать ацетилсалициловую кислоту, затем азитромицин, на фоне чего состояние опять улучшилось, однако сохранялись слабость, отсутствие аппетита. В течение последних двух недель отметил появление одышки, сначала при умеренной, затем при небольшой физической нагрузке, головокружений, обратил внимание на похудание. Ухудшение состояния за два дня до госпитализации, когда развилась гектическая лихорадка, усугубилась одышка.

При осмотре. Состояние тяжелое. Заторможен. Ортопноэ. Температура тела 39,5 °С. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в шестом межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во втором межреберье справа от грудины. Во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий протодиастолический шум,

в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. ЧСС - 115 уд/мин. АД 130/40 мм рт.ст. Пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 14х12х10 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см.

Результаты обследования.

ОАК: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×10^9 /л, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 78 %, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%. СОЭ - 38 мм/ч. БАК: общий билирубин - 41,2 мкмоль/л, СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л. Электрофорез белков сыворотки: альбумины - 40 %, α_1 - 3 %, α_2 - 10 %, γ - 8 %, β - 39 %. Ревматоидный фактор +. ОАМ: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения. ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Расширение полости левого желудочка: конечный диастолический размер левого желудочка - 6,0 см, размер левого предсердия - 5,5 см. На створке аортального клапана имеется экзогенное образование размерами 1,0x0,8 см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больного.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Больная Т., 22 года, поступила в клинику с жалобами на лихорадку до 37-38 °С - по вечерам с ознобами, боли в суставах, слабость, отсутствие аппетита, одышку при минимальной физической нагрузке. В возрасте 15 лет перенесла острую ревматическую лихорадку с формированием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия. В дальнейшем суставных атак больше не было, в течение нескольких лет проводилась бициллино-профилактика. Несмотря на это, отмечала частые ОРВИ, обострения хронического тонзиллита, по поводу чего 4 мес назад была проведена тонзиллэктомия в период ремиссии заболевания. Операция прошла без осложнений, антибиотикотерапия не потребовалась. Около двух недель назад появились субфебрилитет, слабость. Расценила свое состояние как ОРВИ, принимала ацетилсалициловую кислоту. В дальнейшем присоединились боли в суставах, выросла температура, появились ознобы. Два дня назад остро возникли одышка при минимальной физической нагрузке, невозможность спать лежа.

При осмотре: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Температура тела 38,5 °С. Румянец на скулах, акроцианоз, цианоз губ. Симптом щипка положительный. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Сердечный толчок в пятом межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край II ребра, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, в пятом межреберье по левой среднеключичной линии - грубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках. ЧСС - 105 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 10x9x8 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка не пальпируется. Поперечник ее 6 см, длинник - 8 см.

ОАК: гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - 15×10^9 /л, п/я - 8 %, с/я - 75 %, эоз - 0 %, лимф - 11 %, моноц - 6 %. СОЭ - 45 мм/ч. Биохимический анализ крови: СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л. Электрофорез белков сыворотки: альбумины - 45 %, α_1 - 3 %, α_2 - 10 %, γ - 8 %, β - 34 %. Титр антистрептолизина-О - 170 ЕД (норма до 250).

ОАМ: удельный вес - 1010, белок - следы, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эритроциты - 1-3 в поле зрения. Из крови двукратно высеян зеленеющий стрептококк, высокочувствительный к пенициллину.

ЭхоКГ: толщина стенок левого желудочка в норме. Расширение полости левого желудочка: конечный диастолический размер левого желудочка 6,0 см, размер левого предсердия 5,5 см. Разрыв хорды задней створки митрального клапана. Митральная регургитация III степени.

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больной.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие меры должны были быть предприняты для профилактики развития данного заболевания?
4. Назначьте лечение.

Пациент 26 лет был доставлен в отделение скорой помощи с жалобами на слабость, недомогание и гриппоподобные симптомы, отмечаемые на протяжении нескольких дней.

Пациент признался, что вводил внутривенно запрещённые препараты (на теле были обнаружены следы от уколов).

При осмотре: жалобы на жар (температура 38,5 °С), кожный покров холодный и влажный на ощупь, пульс — 108 в минуту, артериальное давление — 90/50 мм рт.ст. Отмечена пульсация и повышение давления в яремной вене. На коже — красно-синие пятна.

1. Каков диагноз заболевания?
2. Почему возникла пульсация яремной вены?
3. Какова локализация инфекционного процесса?
4. Какой микроорганизм вероятнее всего стал возбудителем инфекции?
5. Перечень необходимых анализов.
6. Каким будет начальное лечение?

Больной Т., 16 лет, госпитализирован с жалобами на выраженную одышку, сердцебиение, увеличение живота, общую слабость. Из анамнеза жизни: 8 месяцев назад внезапно умер его 17-летний брат. Объективно: значительное отставание в физическом развитии, кожа бледная, при аускультации в легких ниже углов лопаток дыхание отсутствует; тоны сердца ослаблены, выслушиваются систолический шум с эпицентром в точке Боткина, ЧСС - 130 за 1 мин; асцит. Рентгенологически: признаки кардиомегалии, имеющаяся жидкость в обеих плевральных полостях. ЭхоКГ: фракция выброса - 27%, диаметр левого желудочка ~9 см, толщина задней стенки левого желудочка - 0,65 см.

1. Наиболее вероятный диагноз - ?
2. Тактика ведения пациента?

Больной Д., 32 лет, жалуется на дискомфорт в грудной клетке, одышку, сердцебиение, приступы головокружения, частые эпизоды потери сознания. Объективно: при пальпации определяется двойной верхушечный толчок, при аускультации - поздний систолический шум над верхушкой сердца, усиливается в положении больного стоя и после употребления нитроглицерина. ЭКГ: в отведениях У4-6 определяется патологический зубец Q, R V5 > RV4. ЭхоКГ: отношение толщины межжелудочковой перегородки до толщины задней стенки левого желудочка составляет 2,3; систолическое прилегание передней створки митрального клапана к межжелудочковой перегородке, среднесистолический шум наступает через 0,14 с после открытия клапана аорты, определяется субаортальный градиент систолического давления.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Тактика ведения?

Больной К., 56 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое преимущественно инспираторного характера, отеки ног, ноющие боли в области сердца, сердцебиение и перебои в сердце, тяжесть и ноющие боли в правом подреберье.

Заболел 3 месяца назад без видимой причины, когда отметил появление одышки при небольшой физической нагрузке. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение мочегонными, сердечными гликозидами, состояние прогрессивно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован. Выяснено, что отец и старший брат больного умерли от сердечной недостаточности, хотя не страдали АГ и ИБС.

Объективно: общее состояние тяжелое. Ортопное. Одышка в покое с ЧДД 28 в 1 мин. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Акроцианоз, слабый диффузный цианоз лица. Отмечается набухание и пульсация шейных вен. Выраженные отеки стоп и голеней. Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук притуплен в нижних отделах легких. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы.

Область сердца внешне не изменена. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен, определяется в V межреберье по передней подмышечной линии. Границы относительной тупости существенно расширены во все стороны: правая - на 2,0 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - во II межреберье, левая - совпадает с верхушечным толчком. Тоны сердца на верхушке приглушены, II тон акцентирован на легочной артерии. Патологический 3 тон на верхушке, здесь же мягкий систолический шум. Пульс - 104 в 1 мин., аритмичный за счет частых (до 10 в 1 мин.) экстрасистол, пониженного наполнения и напряжения. АД - 95/70 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезнен в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, край закруглен.

Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты - $400 \times 10^9/л$, лейкоц. - $8,0 \times 10^9/л$, пал. - 3%, эоз. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 28%, мон. - 7%, СОЭ - 10 мм/час. Биохим. ан. крови: АСТ - 0,35 ммоль/л, АЛТ - 0,4 ммоль/л, ДФА - 200 ед., СРБ - отрицательный, общ. белок - 78 г/л.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,099 г/л, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 3-5 в п/зр., гиалиновые цилиндры.

ЭхоКГ: расширение полостей сердца, незначительное утолщение задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Каковы показания к оперативному лечению при данном заболевании.
6. Какова оптимальная тактика лечения больной на данный момент.

Пациент П., 56 лет, госпитализирован по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял две таблетки валидола, без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТиР - 3 часа.

Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В последние 10 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать больного умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.

Состояние тяжелое. Температура тела $36,2^{\circ}C$, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ - $31,9 \text{ кг/м}^2$. Частота дыхания - 26 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 52 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В общем анализе крови: гемоглобин - 15,2 г/л, эритроциты - 5,1 млн, гематокрит - 35%, лейкоциты - 11,1 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоциты - 18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ - 12 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: глюкоза - 6,3 мг/дл, креатинин - 0,07 мкмоль/л, общий билирубин - 12,1 мм/л.

На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС - 50 в минуту, отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Пациентка В., 67 лет, госпитализирована по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В течение последних пяти лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей II ФК. Постоянно принимает метопролол (50 мг/сут), аспирин (100 мг/сут), при возникновении приступа стенокардии использует нитроглицерин в виде спрея. Накануне вечером после психоэмоционального стресса развился затяжной приступ стенокардии, для купирования которого пациентка дополнительно применила четыре ингаляции нитроспрея. Аналогичный приступ возник около 3 часов утра. Ингаляции нитроспрея оказались практически неэффективными, и женщина вызвала скорую помощь.

В анамнезе - в течение 10 лет артериальная гипертония, кризового течения. Семейный анамнез не отягощен. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,8°C, кожные покровы бледные, влажные, пациентка тревожна. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС - 84 в минуту. АД - 190/110 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В общем анализе крови: гемоглобин - 13,4 г/л, эритроциты - 3,8 млн, гематокрит - 37%, лейкоциты - 6,6 тыс. (п/я - 1%, с/я - 67%), лимфоциты - 25 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 5 %, СОЭ - 10 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: глюкоза - 6,3 ммоль/л, креатинин - 0,078 мкмоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС=106 уд/мин, ГМЛЖ, (-) Т в V2-V4, I, aVL.

Дайте ответы на следующие вопросы.

1. Проведите диагностический поиск.
2. После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

У роженицы М. 35 лет, в послеродовом периоде появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание.

Объективно: общее состояние тяжелое, отмечается цианоз лица. ЧДД до 30 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс ритмичный 100 в 1 минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Сердечные тоны

приглушены, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот мягкий безболезненный.

В ОАК: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоц - $9,5 \times 10^{12}/л$, п/я - 2%, с/я - 65%, эоз - 2%, моноц - 10%, лимф - 21%, БАК: - белок - 80 г/л, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин.

В ОАМ: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.

ЭКГ – ритм синусовый, перегрузка правых отделов сердца, полная блокада ПНПГ

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Больная 28 лет, доставлена в терапевтическое отделение «скорой помощью» с жалобами на сердцебиение, головокружение, слабость, частое мочеиспускание.

Приступ сердцебиения начался внезапно, среди полного благополучия и продолжается уже более 12 часов. Подобные приступы наблюдались и раньше, но были кратковременными. Чаще они возникали после переутомления или волнения. В последние 3 месяца до поступления в стационар они участились и стали более продолжительными.

Объективно: больная астенической конституции. Цианоза, отеков нет. Кожа груди, на ладонях влажная на ощупь. Наблюдается тремор пальцев руки и век. Яремные вены набухшие, усилена пульсация шейных сосудов. Границы сердца не изменены. Частота сердечных сокращений (аускультативно) 220 в мин. Пульс на лучевой артерии не сосчитывается, малый и мягкий. АД 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Печень и селезенка не пальпируется. Мочеиспускание частое - каждые 15-20 мин. выделяется 200-250 мл светлой мочи.

ЭКГ - частота сокращений предсердий и желудочков 220 в мин., зубцы Т, Р сливаются между собой, положительные. Интервалы S-T ниже изолинии. Желудочковый комплекс не расширен и не деформирован.

1. Как называется состояние, наблюдаемое у больной?
2. Каковы рефлекторные методы, направленные на устранение приступа?
3. Неотложная медикаментозная терапия.
4. Назовите возможные причины данного состояния.
5. Какие обследования необходимы для постановки диагноза, учитывая стандарты диагностики?
6. Что могло явиться причиной учащения приступов в последние 3 месяца?

Больной 75 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног. Больным себя считает около 10-лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Год назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание; со слов родственников, были судороги. “Небольшие” приступы в течение последнего года (потемнение в глазах, головокружение, длящееся 1-2 мин.) бывали и раньше. За месяц до поступления они участились, усилилась одышка, появились отеки на голенях.

Состояние больного тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см, конфигурация сердечной тупости аортальная. Тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. Временами определяется очень громкий (пушечный) 1-й тон. АД 180/80 мм рт. ст.. Пульс ритмичный, 36 в мин.; напряженный. Частота его не меняется после физической нагрузки (ходьба по палате). В легких везикулярное дыхание, выслушиваются единичные влажные хрипы.

Печень выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная при пальпации. Суточный диурез 800 мл, ЭКГ: PP-0,75", RR-1,65", QR-T= 0,48". QRS-0,16".

На следующий день после поступления в больницу больной внезапно потерял сознание, лицо стало багрово-синим, появилась эпилептиформная судорога, непроизвольное мочеиспускание. Пульс во время приступа 16 в мин., АД - 200/80 мм рт. ст. После оказания помощи больной пришел в сознание, но о случившемся ничего не помнил.

1. Какой синдром выступает на первый план в клинической картине заболевания и каков его патогенез?
2. Поставьте предположительный клинический диагноз?
3. Неотложная помощь при данном состоянии .
4. Предложите обследование больного.
5. Нуждается ли больной в лечении у кардиохирурга?

Больной 37 лет находится в кардиологическом стационаре. В возрасте 25 лет выявлен митральный порок (стеноз и недостаточность), умеренная аортальная недостаточность. С 31 года - пароксизм фибрилляции предсердий. В 35 лет - последняя отчетливая ревматическая атака, после которой фибрилляция стала постоянной, появилась необходимость постоянного лечения по поводу сердечной недостаточности. Год назад - тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, инфарктная пневмония. Статус: заметная одышка в покое, пульс около 110 уд. в мин, аритмичный АД 110/50 мм рт. ст., печень выступает на 8 см, отеки голени. Рентгеноскопия: существенное расширение всех отделов сердца признаки застоя в легких. Обсуждается вопрос о лечении фибрилляции предсердий.

Какое суждение правильное:

1. Нормализация ритма не показана, назначить дигоксин для урежения ритма желудочков
2. Вопрос о целесообразности нормализации ритма рассмотреть после адекватного лечения дигоксином и антикоагулянтами и урежения желудочкового ритма
3. Показана нормализация ритма при помощи пропафенона
4. Показана нормализация ритма при помощи электроимпульсной терапии
5. Вопрос о необходимости и способе лечения аритмии не может быть решен на основании имеющихся данных Необходимо дообследование

У больного Т., 64 лет, внезапно развился приступ учащенного сердцебиения, появились общая слабость, чувство нехватки воздуха.

В течение 10 лет при ходьбе беспокоят приступы загрудинных болей, купирующиеся нитроглицерином. Диагностировалась ИБС: стенокардия напряжения. В дальнейшем дважды перенес инфаркт миокарда. Три года назад появились перебои в работе сердца. На ЭКГ регистрировались экстрасистолы. Лечился нитратами, метопрололом, амлодипином.

Объективно: бледность кожи. Акроцианоз. Видимых отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание. ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца приглушены. Тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 200 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

На ЭКГ - учащенный ритм до 200 в минуту, интервалы R - R одинаковые, желудочковый комплекс QRS расширен до 0,18 сек и деформирован.

1. Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.
2. Осложнением какого заболевания является аритмия?
3. Выберите препарат первого выбора для купирования аритмии.

Пациент 76 лет, предъявляет жалобы па одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей, перебои в работе сердца.

Одышка при физической нагрузке и отеки на ногах впервые появились пять лет назад. Периодически больная принимала диуретики и сердечные гликозиды, после чего одышка и отеки уменьшались. Ухудшение самочувствия в течение двух месяцев, когда появились вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧД - 26 в мин. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница относительной сердечной тупости - на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, глухие, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 96 в мин. Пульс 84 в мин., пульсовые волны разного наполнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения с указанием препаратов.

Пациент 45 лет, на работе внезапно потерял сознание. Сотрудники вызвали бригаду скорой помощи.

Объективно: сознание отсутствует, резкая бледность, цианоз кожи, зрачки расширены, реакции на свет нет. Дыхательные движения единичные. Тоны сердца не выслушиваются, пульс и АД не определяются.

ЭКГ: частые (200-500 в мин.) беспорядочные волны, отличающиеся друг от друга по форме и амплитуде.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите неотложные мероприятия.

Пациентка 68 лет обратилась в поликлинику с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, два года назад перенесла инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4⁰С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболезненная.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Необходимые обследования.
4. Лекарственная терапия. Обоснуйте необходимость применения лекарственных препаратов,

Пациент 64 лет внезапно почувствовал себя плохо: жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе два года назад перенес обширный инфаркт миокарда, назначенные препараты принимал нерегулярно.

Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Необходимые обследования.
4. Лекарственная терапия. Обоснуйте необходимость применения лекарственных препаратов,

Больной Е., 62 лет, вызвал участкового врача на дом. Жалобы на одышку в покое (не может лечь), сердцебиение и перебои в сердце, кашель, кровохарканье (мокрота с кровью до 50 мл в сутки), боль и тяжесть в правой половине грудной клетки, отеки ног. Шесть лет назад перенес инфаркт миокарда. После выписки работал. Отмечались нетяжелые приступы стенокардии. Год назад поступал в стационар в связи с острыми болями за грудиной, выраженной одышкой, нарушением ритма сердца. Установлено наличие желудочковой экстрасистолии. Одновременно на ЭКГ выявлялась блокада левой ножки пучка Гиса. Состояние больного было расценено как инфаркт миокарда. После 2-х месячного лечения в стационаре был признан инвалидом второй группы. Дома периодически возникало чувство нехватки воздуха, чаще по ночам. Последние два месяца стал замечать отеки на ногах. За две недели до поступления в клинику выросла одышка, кашель, появилось кровохарканье, было повышение температуры до 38,4°C.

При обследовании: состояние тяжелое, сидит в постели, выраженная одышка в покое, ЧДД 36 в минуту. Питание пониженное. Кожные покровы бледные. Цианоз губ. Выраженные отеки ног, поясницы. Правая голень и бедро синюшны, с варикозно расширенными венами, более отечны, чем левая нога. Границы относительной сердечной тупости расширены влево (в V межреберье по передне-подмышечной линии), тоны сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС 124 в мин. АД - 100/70 мм рт. ст. Перкуторно над лёгкими укорочение тона справа от середины лопатки вниз, там же резко ослабленное дыхание и голосовое дрожание, слева перкуторный тон не изменен, дыхание слева жесткое. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье, где определяется плотная печень, выступающая на 6-7 см ниже реберной дуги.

Клинический анализ крови: гемоглобин 116 г/л; эритроц 4,0x10¹²/л; цветовой показатель 0,88; лейкоц 11x10⁹/л; эоз I %; п/я 6%; с/я 70%; лимф 19 %; моноц 4%; СОЭ 21 мм/час.

Анализ мочи: плотность 1022; белок 0,066 г/л; лейкоциты 4-5 в поле зрения; эритроциты 7-8 в поле зрения.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Необходимые обследования.
4. Лекарственная терапия. Обоснуйте необходимость применения лекарственных препаратов

В стационар по СМП госпитализирован мужчина 53 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 5 часов.

В анамнезе: курит много лет, по 1 пачке в день. Периодическое повышение АД до 170/100 ммрт.ст постоянной терапии не получает.

При осмотре сознание ясное. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 89 ударов в минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Опишите ЭКГ.
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Какие лабораторные маркеры рекомендуется использовать для подтверждения диагноза?

Пациент К, 45 лет обратился с жалобами на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отеки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отеки на ногах. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомия в детском возрасте, грипп около 4 лет назад.

Общее состояние тяжелое. Кожа бледная. Отеки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах легких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитация, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ЧСС – 122 удара в 1 минуту, АД -100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в минуту, неритмичный. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч.

При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (кратко)
2. Проведите дифференциальный диагноз (перечисление диагнозов)
3. Предложите дополнительные методы диагностики (перечисление методов)
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов)

Пациент К. 65 лет, поступил в стационар с жалобами на общую слабость, щемяще-сжимающие боли в левой половине грудной клетке, чувство нехватки воздуха,

Вышеуказанные жалобы впервые появились 3 часа назад на фоне перенесенного стресса (похороны матери).

Из анамнеза известно, на протяжении многих лет страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД 230-240/110 мм. рт. ст., наиболее часто регистрирует 130-140/85-90 мм рт. ст.; регулярно принимает гипотензивную терапию лозартан 50 мг, периодически принимает торасемид (в связи с отеками нижних конечностей). С 2006 года сахарный диабет II типа на инсулине. Коронарный анамнез ранее не прослеживался.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеки ног. ЧДД: 18 в мин. Участие грудной клетки в дыхании равномерное. Аускультативно над всей поверхностью грудной клетки выслушивается жесткое дыхание, единичные застойные влажные хрипы в нижних отделах в обеих сторон. SPO2 98% на фоне дыхания атмосферным воздухом. Ритм сердца правильный, ЧСС 18 в мин. Тоны сердца приглушенные, шумов нет. АД 170/90 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

ОАК: лейкоциты $4,8 \times 10^9$ /л, Гемоглобин 115,0 г/л, лимфоциты $2,1 \times 10^9$ /л, нейтрофилы $2,0 \times 10^9$ /л, Б/х анализ крови: С-реактивный белок 12,09 мг/л, мочевины 12,3 ммоль/л, глюкоза 10,5 ммоль/л, креатинин 156,50 мкмоль/л.

Кардиомаркеры: натрийуретический пептид 5789 пг/мл, тропонин I 25,60 нг/мл; тропонина I (через 2 часа) 1400 нг/мл.

ЭКГ при поступлении: синусовый ритм. ЧСС 80 в мин, ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии ЛЖ с отрицательными зубцами Т в V3-V6, депрессией сегмента ST в левых грудных отведениях.

ЭхоКГ: дилатация желудочков и предсердий, диффузный гипокинез миокарда, ФВ - 32 %, митральная регургитация II степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Определите дальнейшую тактику лечения больного

Пациентка О. 53 лет поступила с жалобами на повышение температуры тела до 39,0 °С, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 9 кг за последние 3 месяца. Около 3,5 месяцев назад перенесла операцию на правом колене. Через 10 дней после манипуляции отметила появление субфебрилитета и повышенной потливости, ломоту в теле. В течение двух недель лечилась самостоятельно, к врачу не обращалась, появились потрясающие ознобы, что послужило причиной обращения за медицинской помощью. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. В анализах крови лейкоцитоз: 15×10^9 /л, а также увеличение СОЭ до 28 мм/ч. Был назначен ампициллин 2 г/сут, пациентка отметила снижение температуры тела. Однако, через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь температура тела 39 °С с ознобом, вызвала СМП, была госпитализирована.

Состояние тяжелое. Ортопноэ. Температура тела 39,5 °С. Кожные покровы, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Аускультативно дыхание жесткое, ЧДД - 22 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина- Эрба - мягкий дующий протодиастолический шум. ЧСС - 115 ударов в минуту. АД - 130/50 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - 27×10^9 /л, СОЭ - 39 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 32,2 мкмоль/л, СРБ 54,27 мг/л, фибриноген - 4,5 г/л, альбумин - 38%, ревматоидный фактор положительный. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, депрессия сегмента ST и отрицательный зубец Т в отведениях I, aVL, V4-6.

ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,1 см. Конечный диастолический размер ЛЖ - 5,7 см, размер ЛП - 5,2 см. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 1,0 см × 0,8 см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (назовите группы препаратов).

Пациент 55 лет обратился с жалобами на лихорадку до 39,5 °С, повышенную потливость, озноб, одышку, головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 10 кг за последние 2 месяца. Вредные привычки: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, в течение 30 лет курит по 1 пачке в день.

Около 2,5 месяцев назад перенес экстракцию зуба. Через неделю после манипуляции появились субфебрилитет и повышенная потливость. В течение двух недель лечился народными средствами, на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, повышенная потливость, боли в мышцах и суставах. Еще в течение недели за медицинской помощью не обращался. При обращении в поликлинику по месту жительства при рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. В анализах крови отмечались лейкоцитоз - 14×10^9 /л, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. Был назначен Ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр и болей в суставах. Сохранялись повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39°C с ознобом.

Состояние тяжелое. Заторможен. Ортопноэ. Температура тела $39,5^\circ\text{C}$. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии легких - звук с коробочным оттенком, с притуплением в нижних отделах. Границы легких в норме. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см снаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих руках. ЧСС - 115 удара в минуту. АД - 130/40 мм рт. ст. Пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: $14 \times 12 \times 10$ см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%. СОЭ - 38 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 41,2 мкмоль/л, СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л, альбумины - 40%, ревматоидный фактор +. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.

ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Расширение полости левого желудочка: конечный диастолический размер левого желудочка - 6,0 см, размер левого предсердия - 5,5 см. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами $1,0 \times 0,8$ см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (кратко)
2. Проведите дифференциальный диагноз (перечисление диагнозов)
3. Предложите дополнительные методы диагностики (перечисление методов)
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов)

Пациент 69 лет обратился с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам. Ухудшение состояния наблюдается около недели до госпитализации.

6 лет назад диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Больной постоянно получал подобранное лечение: Гипотиазид - 12,5 мг в сутки, Фозиноприл - 20 мг ежедневно, Карведилол - 12,5 мг 2 раза в день. Наблюдалась слабость при физической нагрузке. Пациент

сообщил, что несколько дней назад после переохлаждения появился кашель, повышалась температура тела до 37,4 °С. Вследствие нарастания слабости, прекратил прием Карведилола, использовал обильное питье, витамины. Состояние ухудшилось.

Вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аускультации: застойные хрипы в легких с двух сторон; тоны сердца глухие, ритмичные, протодиастолический ритм галопа. ЧСС - 105 ударов в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Симметричные отеки нижних конечностей. В анализах крови: натрий - 138 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л. ЭКГ: синусовый ритм, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые экстрасистолы. QRS 0,13 сек. ЭхоКГ: диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, фракция выброса - 36%, конечный диастолический размер левого желудочка - 69 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Предложите дополнительные методы диагностики
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов)

Пациентка 87 лет обратилась с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

Состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии легких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Предложите дополнительные методы диагностики
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препарат

Пациентка В, 39 лет. обратилась с жалобами на боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правую паховую область, частые позывы к мочеиспусканию. Ранее считала себя здоровой. Настоящее ухудшение состояния с 02.04.22, когда впервые отметила острую боль в правом боку, поясничной области справа, чувство нехватки воздуха, тошноту, однократно рвоту. Госпитализирована СМП с подозрением на почечную колику. По данным МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием выявлены инфаркты правой почки, правосторонний нефроптоз.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. Дыхание везикулярное. Аускультативная картина митрального стеноза, более ярко выслушиваемая в вертикальном положении пациентки. АД 120/80 мм рт.ст.(на правой и левой руках). Пульс 80 ударов в минуту. С/м поколачивания справа слабо положительный. Лабораторно: гемоглобин 124 г\л, лейкоциты 8.3 тыс., тромбоциты 154тыс., СРБ в динамике 3->32->60->21 мг\л, калий 4 ммоль\л, мочевины 3.8 ммоль\л, креатинин 113 мкмоль\л, ЛДГ в динамике 1440->933 ед\л, Д-димер в динамике 401->232 нг\мл. Антитела к кардиолипину, антитела к бета-2

гликопротеину, фосфатидилсерину - отрицательно. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 75 в мин, ЭОС нормальное положение, неполная блокада ПНПГ.

По ЭхоКГ: Дилатация левого предсердия. В полости ЛП визуализируется округлой формы образование с достаточно ровным контуром, занимающее практически всю полость левого предсердия, размером 5,0 x 5.6 см, смешанной, преимущественно средней эхогенности, место крепления достоверно определить сложно, скорее всего – межпредсердная перегородка. Образование вызывает обструкцию приносящего тракта левого желудочка (легкую). Определяется митральная регургитация, струя регургитации обтекает образование, достигая основания ЛП.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Предложите дополнительные методы диагностики
4. Определите тактику лечения

Пациенту 55 лет поставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения стабильная, ФК II». С 35 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. В качестве базисной терапии получает Серетид ингаляционно. Приступы астмы купируются Сальбутамолом. По поводу ИБС начал получать Метопролол по 25 мг 2 раза в день. На второй день начала приема Метопролола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объемной скорости выдоха. При ЭХО-кардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Верапамил отменен.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Предложите дополнительные методы диагностики
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов)

Пациент 53 лет обратился с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжелой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

Кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту.

Периферических отеков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Предложите дополнительные методы диагностики
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов)

Пациентка Т, 27 лет с жалобами на сжимающие боли за грудиной при занятиях фитнесом, умеренную одышку. Из анамнеза: данные симптомы стала отмечать с 18 лет, однако раньше не придавала им значения, считая их нормальной реакцией на физические упражнения. АД в норме. Перенесенные заболевания: удаление дермоидной кисты яичника в 24 года. Пациентка учится в ВУЗе. Вредных привычек не имеет. Семейный анамнез: отец пациентки умер внезапно в 48 лет. По данным вскрытия – кардиомиопатия.

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост – 162 см, вес – 55 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД – 110/70 мм рт.ст. Пульс 96 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

Клинический анализ крови и мочи без патологии. Биохимический анализ крови без патологии. При ЭхоКГ обнаружена асимметричная гипертрофия ЛЖ с утолщением МЖП в средней трети до 22 мм при толщине задней стенки ЛЖ 9 мм. Индекс массы миокарда ЛЖ 141 г/м². Конечного-диастолический объем ЛЖ 45 мл. Показатели диастолической функции ЛЖ: E/A 1,6, индекс объема левого предсердия 36 мл/м², E/e' 11,2. ФВ ЛЖ 70%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Предложите дополнительные методы диагностики
4. Определите тактику лечения

Женщина 63 лет наблюдалась у кардиолога с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения. Беспокоят нестабильность цифр АД с частыми повышением до 170/90 мм рт.ст., одышка при умеренной физической нагрузке, изредка - сжимающие боли за грудиной. Артериальная гипертензия около 3 лет. Постоянно принимает эналаприл, бисопролол, аспирин, розувастатин.

Трудовой анамнез без особенностей. В настоящее время пенсионер. Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 76 ударов в минуту. АД - 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ - 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л. ЭКГ представлена на рис. 1. ЭхоКГ представлена на рис. 2. При ЭхоКГ толщина МЖП и задней стенки ЛЖ составила 11 мм. КДО ЛЖ 56 мл. ФВ ЛЖ 68%. Переднезадний размер левого предсердия 42 мм. Соотношение E/A 2,2. Индекс объема ЛП 25 мл/м², E/e' средний 8,0. Скорость трикуспидальной регургитации 2,6 м/с. СДЛА 30 мм рт.ст. Умеренная митральная регургитация. Гипертрофия апикальных сегментов ЛЖ до 2,4-2,7 см. При велоэргометрии зафиксирована переходящая депрессия сегмента -1,6 мм в V5-V6 (без ангинозных болей), снижением АД с 140/80 до 120/80 мм рт.ст. (неадекватная реакция АД при физической нагрузке). При коронароангиографии стенотического поражения коронарных артерий не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Чем обусловлена ишемия миокарда у пациентки?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики
4. Определите тактику лечения

Пациент П, 53 г. в течение 2 месяцев стал отмечать быструю утомляемость, одышку при быстрой ходьбе. Появились отеки лодыжек. Из анамнеза: Около 5 лет отмечает эпизодическое повышение АД до 150/90 мм рт.ст. Гипотензивную терапию получал ситуационно (Капотен, Нифедипин). Курит более 20 лет по 10-15 сигарет в день. Семейный анамнез: мать 75 лет, страдает АГ, ИБС. Отец 76 лет, перенес инфаркт миокарда. Объективно: телосложение правильное. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 75 в минуту. АД – 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий,

безболезненный во всех отделах. Печень – на 1,5 см выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеки стоп, голеней.

Повышение СОЭ до 25 мм/ч. Биохимический анализ крови: повышение АСТ до 52,4 Ед/л (норма до 38), общего билирубина – 29,9 мкмоль/л (норма до 22), щелочной фосфатазы – 102,0 Е/л (норма до 96), АЛТ – 35,3 Ед/л, мочевины – 5,0 ммоль/л, креатинина в динамике 80-95-108 мкмоль/л; общий белок – 58,2 г/л, КФК – 121-146 Ед/л; калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л; холестерин – 3,57 ммоль/л, триглицериды – 1,02 ммоль/л. Уровень тропонина Т – 18 нг/л, высокочувствительный тропонин Т – 0,168 нг/мл (99-ый перцентиль референсного значения 0,014 нг/мл). Высокий уровень NTproBNP – 3646 нг/л (норма до 125).

При ЭхоКГ выявлена резко выраженная симметричная концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ толщиной МЖП до 23 мм и ЗСЛЖ до 26 мм. Полость ЛЖ не увеличена: КДО 90 мл, КСО 64 мл. Диффузный гипокинез ЛЖ со снижением ФВ до 29%. Признаков внутрижелудочковой обструкции не выявлено. Переднезадний размер левого предсердия увеличен до 51 мм. Рестриктивный тип диастолического наполнения ЛЖ: Е/А 3,2; Е/е' средний – 14. Индекс объема ЛП 39 мл/м². Отмечалось также утолщение свободной стенки правого желудочка до 11 мм. Выявлена умеренная легочной гипертензия с СДЛА 39 мм рт. ст. В полости перикарда жидкость объемом до 300 мл. При коронароангиографии стенотического поражения коронарных артерий не выявлено. УЗИ брюшной полости и почек: Гепатоспленомегалия. УЗ- признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы. Асцит. УЗ-признаки диффузных изменений почек. Нефролитиаз почек. Биопсия подчелюстной слюнной железы с окраской Конго красным – светло- зеленое двулучепреломление при микроскопии в поляризованном свете. При генетическом анализе обнаружен патогенный вариант с.128G>A в гене транстретина TTR (Ser43Asn, p.S43N; устаревшее название мутации – Ser23Asn) в гетерозиготном состоянии.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Чем обусловлена сердечная недостаточность у пациента?
3. Предложите дальнейшие методы диагностики
4. Определите особенности и тактику лечения

Пациент В, 39 лет с жалобами на жгучие боли в конечностях, одышку при физической нагрузке. На протяжении 10 лет прогрессирование почечной недостаточности. Получает заместительную почечную терапию – гемодиализ. Прооперирован по поводу тяжелой аортальной регургитации с заменой клапана на механический протез с субаортальной миктотомией.

Телосложение правильное. На коже передней брюшной стенки ангиокератомы. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем лёгочным полям. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 75 в минуту. АД – 140/85 мм рт.ст.

При ЭхоКГ выявлена умеренная концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ с толщиной МЖП до 17 мм и ЗСЛЖ до 16 мм. Гипертрофия свободной стенки ПЖ до 10 мм. КДО ЛЖ 160 мл. ФВ 50%. Механический протез в позиции аортального клапана без признаков дисфункции. Гистологическое исследование участка миокарда, полученного в ходе миктотомии, выявило большое количество вакуолей и лизосом с гликофинголипидами в кардиомиоцитах. Тест с сухими пятнами крови выявил выраженное снижение активности альфа- галактозидазы А до 0,31 нмоль/г/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите причину заболевания.
3. Перечислите возможные кардиальные проявления данного заболевания.
4. Определите тактику лечения.

Женщине 33 лет. Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт. ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт. ст.). Применение антигипертензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 -170/110 мм рт. ст.).

Астенического телосложения, пониженного питания. ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт. ст., S=D. В мезогастральной области выслушивается систоло- диастолический шум. В остальном по органам - без особенностей. Анализ мочи: уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. Биохимический анализ крови - без особенностей. Глазное дно: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов. Экскреторная урография: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите причину заболевания.
3. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
4. Определите тактику лечения.

Пациент С, 50 лет. Доставлен бригадой скорой помощи в отделение реанимации и интенсивной терапии с жалобами на слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, ощущение вздутия живота, тяжесть и распирание за грудиной и в эпигастрии. Положение ортопноэ. За 9 дней до поступления признаки ОРВИ с лихорадкой до 38°C, нарастание одышки. После бессонной ночи (спал сидя из-за одышки) вызвал скорую помощь и госпитализирован.

С детства занимался спортом. Последние 15 лет занимается в тренажерном зале. С 2018 года - профессионально занялся бодибилдингом с использованием фармакологических препаратов (сустанон-250, болденон, тренболон, метенолол и др стероидные препараты). Алкоголь не употребляет, иногда курит кальян. Около 2 лет отмечает периодически повышение давления до 150/100 мм рт. ст., несистематически принимал антигипертензивную терапию. Около 3 лет назад с связи с нарастанием одышки обследован в НИИ им. Склифосовского, выявлено - двусторонний гидроторакс, незначительный гидроперикард, признаки тяжелой легочной гипертензии (СДЛА 85 мм рт. ст.), снижение ФВ левого желудочка до 20%. На фоне терапии спиронолактоном 25 мг/сут, торасемидом 10 мг/сут, карведилол 12.5 мг/сут, лозартаном 12,5 мг/сут, занятиями только легкими аэробными физическими нагрузками (ходьба, бег), постепенной отменой анаболических стероидных гормонов состояние улучшилось. В течение 8 месяцев восстановилась сократительная функция ЛЖ (ФВ ЛЖ 58%). Через год начал активно готовится к чемпионату по бодибилдингу, возобновил прием анаболических стероидных препаратов и др. (сустанон 250 мг 2 р. в неделю, каберголин, анастрозол, инъекции хорионического гонадотропина). На фоне ОРВИ с лихорадкой появились вышеописанные жалобы.

В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены. АД 133/100 мм рт. ст. ЧСС 98 уд/мин. Сатурация O₂ на атмосферном воздухе 94%. Периферических отёков нет. Тропонин I 38 нг/л, через 4 часа 28 нг/л, общий холестерин: 5,83 ммоль/л, ЛПНП: 4,25 ммоль/л, Д-димер: 247 нг/мл. ЭКГ: синусовая тахикардия, ПБЛНПГ, признаки ГЛЖ, слабое нарастание зубцов R в грудных отведениях.

ЭХОКГ): МЖП 16 мм, ЗСЛЖ 20 мм. Дилатация полости ЛЖ. ФВ ЛЖ 18%. Диффузный гипокинез ЛЖ, митральная регургитация 2 ст, трикуспидальная регургитация 2-3 ст. СДЛА 84 мм рт.ст. Диастолическая дисфункция ЛЖ – II степени ($E/A\ 97/54=1,8\ E/e'\ 14,9$).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите причину заболевания. Дифференциальный диагноз
3. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
4. Определите тактику лечения.

Пациент С, 68 лет, доставлен бригадой СМП в стационар. Жалобы при поступлении на умеренные сжимающие боли за грудиной, без иррадиации, интенсивность болей уменьшилась после терапии СМП (вводился морфин).

Из анамнеза: С осени 2021г отмечает частые эпизоды давящей загрудинной боли при ходьбе до 300 м, чувство нехватки воздуха, купирующиеся в покое, терапию не принимал, за медицинской помощью не обращался. Сегодня рано утром появились жгучие боли давящего характера в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку, болевой синдром не связывает с изменением положения тела, дыханием, приемом пищи. В связи с длительно сохраняющимся ангинозным приступом, вызвал бригаду СМП, с подозрением на ОКС доставлен в больницу, на ДГЭ морфин в\в, клопидогрель 600мг.

Длительно страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД до 150/90 мм рт ст, адаптирован к 130-140 мм рт.ст. Постоянную терапию не принимает, симптоматически принимает Периндоприл. ХОБЛ, смешанного генеза, вне обострения. Курит. Стаж курения 50 лет. Употребление алкоголя не отрицает.

Рост 178 см, вес 85 кг, ИМТ 26,8 кг/кв.м. Состояние тяжелое. Кожа обычной окраски, влажность кожи нормальная, цианоз отсутствует, отмечается пастозность стоп. Дыхание поверхностное, регулярное, ЧДД: 21 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Ритм сердца не нарушен, шумы не выслушиваются. ЧСС: 92 в мин. АД 150/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 100 в мин, ЭОС вертикальная, элевация сегмента ST I, aVL, V1- V6, депрессия ST и «-»T в II, III.

По ЭХО-КГ: Снижение общей систолической функции миокарда ЛЖ (ФВ 35%) с нарушением его локальной сократимости. Гипокинез базального и акинез среднего сегментов передне-перегородочной стенки, гипоакинез всех сегментов перегородочной стенки, акинез с дискинезом верхушки циркулярный до средних сегментов нижней, передней стенки, боковой стенки. Незначительная симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ. Двусторонний невыраженный гидроторакс.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Дифференциальный диагноз
4. Дальнейшая тактика ведения пациента

Больной П., 50 лет. Жалобы на сердцебиение, перебои в работе сердца, эпизоды головокружения, возникающие при физической нагрузке. Около 5 лет назад эпизоды потери сознания, диагностирована гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта ЛЖ. Последние 2 года – пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, принимает кордарон 200 мг/сут, беталок зок 50 мг в сутки. На фоне терапии – положительная динамика: обмороки не повторялись, фибрилляция предсердий не рецидивировала. Однако

последние 1,5 месяца отметил вновь появление и прогрессирование прежней симптоматики и нарушений ритма сердца. Был госпитализирован. Доза бета-блокаторов увеличена в два раза (100 мг беталок зок), однако средняя ЧСС при ХМ-ЭКГ не меньше 80 уд в мин, пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии.

При ЭхоКГ (рис. 2) КДО 110 мл, КСО 44 мл, МЖП 1,8 см, ЗСЛЖ 1,2 см, ФВ ЛЖ 68%, передне-задний размер ЛП 4,6 мл. Максимальный градиент в выносящем тракте ЛЖ 40 мм рт. ст. При ультразвуковом обследовании щитовидной железы патологии не выявлено. При исследовании гормонов щитовидной железы уровень ТТГ составил 0,006 мМЕ/л (в норме от 0,27 до 4,2 мМЕ/л), Т₄ свободный 71,12 нмоль/л (в норме от 12,0 до 22,0 нмоль/л).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Тактика ведения пациента
4. Тактика в отношении родственников пациента

Пациентка Ф., 78 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам в положении лежа, отеки стоп и голеней, ноющие боли в грудной клетке без четкой связи с физической нагрузкой.

В 27-летнем возрасте перенесла острую ревматическую атаку с болями в суставах. Длительное время находилась на диспансерном наблюдении с курсами противорецидивной терапии антибиотиками. В течение многих лет самочувствие оставалось удовлетворительным. В возрасте 75 лет после физической нагрузки (посещала бассейн) впервые возник пароксизм фибрилляции предсердий. Стала беспокоить одышка вначале при нагрузке, а затем и по ночам в положении лежа. Появились отеки стоп и голеней. Последние 2 ночи перед госпитализацией спала сидя из-за удушья.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Отеки нижней трети голеней и стоп. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах. Выслушиваются единичные сухие рассеянные хрипы. ЧДД – 24 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены. Выслушивается неинтенсивный диастолический шум на верхушке. Ритм неправильный. ЧСС – 90-100 в мин. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень увеличена на 2 см.

На ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСС 111 в мин. Горизонтальное положение ЭОС.

ЭхоКГ: «Парусение» передней створки митрального клапана. Створки митрального клапана сращены в области комиссур. Площадь митрального отверстия по доплеровскому режиму – 1,7 кв.см. Трансмитральный градиент средний – 5,2 мм рт.ст., максимальный – 14 мм рт.ст.

Митральная регургитация II степени. Трикуспидальная регургитация III степени. Конечно- диастолический объем ЛЖ – 116 мл. Фракция выброса ЛЖ – 66%

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Какие осложнения возникают при данном заболевании в случае возникновении фибрилляции предсердий?
4. Какова причина развития ХСН у больной при нормальной ФВ ЛЖ?

Пациент Г., 36 лет. Поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, чувство сердцебиения, кровохарканье. Из анамнеза: Ухудшение состояния отмечает в течение 4-х месяцев. Злоупотребление алкоголем и другие интоксикации отрицает. При осмотре: акроцианоз, ЧДД 24 в минуту. При аускультации в легких влажные мелкопузырчатые хрипы, справа в нижней доле дыхание не проводится.

Пульс 90 в минуту, аритмичный, слабого наполнения, напряжения. Патологических пульсаций не выявлено, набухание шейных вен. ЧСС 118 в минуту. Левая граница сердца по левой средне-ключичной линии в VI межреберье, правая на 1,5 см кнаружи от грудины, верхняя в III межреберье. Тоны сердца аритмичные, систолический шум на верхушке, в точке Боткина, хорошо проводится в область над мечевидным отростком, акцент II тона над легочной артерией. Нижний край печени ровный, плотноэластичный, выступает из-под реберной дуги на 4 см. Голени пастозны.

ЭКГ: ритм желудочков неправильный, 118 в минуту, нет зубца Р, регистрируются волны f, в отведении VI комплекс QRS по форме $rSR' = 0,12$.

ЭхоКГ: увеличены все полости сердца. В В-режиме - дилатация полостей, истончение стенок сердца, их гипокинезия, сферическая форма левого желудочка, выявлены тромбы в полости сердца, легочная гипертензия. При доплеровском исследовании - патологическая митральная и трикуспидальная регургитация 3 степени (рис. 1).

Общие анализы крови, мочи, биохимический анализ крови без изменений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте заключение по ЭКГ.
3. Перечислите группы препаратов, необходимые пациенту
4. Необходима дифференциальная диагностика со следующими заболеваниями.

В стационар по СМП госпитализирован мужчина 53 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 5 часов.

В анамнезе: курит много лет, по 1 пачке в день. Периодическое повышение АД до 170/100 мм рт.ст постоянной терапии не получает.

При осмотре сознание ясное. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 89 ударов в минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Какие лабораторные маркеры рекомендуется использовать для подтверждения диагноза?

Пациентка Л., 69 лет поступила с жалобами на ощущение нехватки воздуха, дискомфорт в грудной клетке, возникшие утром в день поступления. За три недели до госпитализации перенесла коронавирусную инфекцию, лечилась дома симптоматически, антикоагулянтная терапия не проводилась. В анамнезе варикозная болезнь нижних конечностей, гипертоническая болезнь II ст, АГ I ст, риск ССО 3 (высокий).

Сознание ясное. Кожные покровы обычного цвета, тёплые, нормальной влажности. Температура тела 36,4 С. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Отёков нет. Дыхание ровное, ритмичное. ЧДД 22 в мин. Аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. SpO2 82 % на атмосферном воздухе. При инсuffляции кислорода со скоростью 9 л/мин - SpO2- 96%. Ритм сердца правильный, ЧСС 89 уд в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Антитела COVID-19: nCoV IgM: 9.61 (<2), nCoV IgG:333.05 (<10) ПЦР-мазок COVID-19 - отрицательный. ОАК: Лейкоциты 9,7 тыс. Лимфоциты 0,9. СРБ 19,82 мг/л. ЛДГ 464,4 Ед/л. Ферритин 520 мкг/л. Фибриноген 5,47 г/л, Д-димер 8875 нг/мл, NT-proBNP 5255 нг/л, Тропонин I - 130 (полож)

ЭКГ. Ритм синусовый, ЧСС 60 в мин, ЭОС вправо, глубокий Q и «-» Т III, неполная блокада ПНПГ.

МСКТ ангиографии легочных артерий: При КТ-ангиографии в просвете правой и левой легочных артериях определяется протяженный линейный дефект контрастирования в виде тромба -наездника, перекрывающий просвет сосуда справа приблизительно на 43%, слева около 30%, распространяющийся в долевые и сегментарные артерии с частичным сохранением сегментарного кровотока. В плевральных полостях следы жидкости. Сердце в размерах неувеличено. Легочный ствол не расширен – до 34 мм.

По данным ЭХО-КГ: ЛП (ПЗР) - 3,2 см (норма 2.3-4.0 см); ЛП (апик.) - 3,3 х 4,7 см (норма 4.0 х 4.9). ПП - 3,8 х 4,3 см (норма 3.8 х 4.6 см). ПЖ - 3,0 см (норма до 3,0 см), ПЖ (апик.) – 4,4 см (норма до 4,1 см). СДЛА - 48 мм рт ст (норма до 25 мм рт ст в покое). ФВ ЛЖ по Симп - 57% (норма >50-52%). Незначительная симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ. Дилатация ПЖ умеренная - по размерам приближается к ЛЖ, участвует в образовании верхушки сердца. ЛЖ имеет D-образную форму за счет перегрузки правых отделов. Гипокинезия свободной стенки ПЖ при сохраненной сократимости верхушки. Визуализируется расширенный коронарный синус.

По данным УЗДГ вен нижних конечностей: эхо-признаки окклюзионного тромбоза поверхностных бедренных, подколенных, задних большеберцовых, суральных и малоберцовых вен с обеих сторон, с признаками флотации верхушек тромбов в просвете поверхностных бедренных вен.

Вопросы:

1. Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
2. Что послужило причиной развития данного состояния?
3. Какие шкалы помогают подтвердить/исключить данный диагноз? Какие критерии рассматриваются в этих шкалах?
4. Тактика ведения пациентки, лечение? Имеются ли у пациентки показания для хирургического лечения? Оцените прогноз для пациентки.

Пациент М. 64 лет, поступил в стационар с жалобами на общую слабость, щемяще-сжимающие боли в левой половине грудной клетке, чувство нехватки воздуха,

Вышеуказанные жалобы впервые появились 4 часа назад на фоне перенесенного стресса (похороны матери). На протяжении многих лет страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД 230-240/110 мм. рт. ст., наиболее часто регистрирует 130-140/85-90 мм рт. ст.; регулярно принимает гипотензивную терапию лозартан 50 мг, периодически принимает торасемид (в связи с отеками нижних конечностей). С 2006 года сахарный диабет II типа на инсулине. Коронарный анамнез ранее не прослеживался.

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеки ног. ЧДД: 18 в мин. Участие грудной клетки в дыхании равномерное. Аускультативно над всей поверхностью грудной клетки выслушивается жесткое дыхание, единичные застойные влажные хрипы в нижних отделах в обеих сторон. SPO2 98% на фоне дыхания атмосферным воздухом. Ритм сердца правильный, ЧСС 18 в мин. Тоны сердца приглушенные, шумов нет. АД 170/90 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

ОАК: лейкоциты $4,8 \cdot 10^9/\text{л}$, Гемоглобин 115,0 г/л, лимфоциты $2,1 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы $2,0 \cdot 10^9/\text{л}$, Б/х анализ крови: С-реактивный белок 12,09 мг/л, мочевины 12,3 ммоль/л, глюкоза 10,5 ммоль/л, креатинин 156,50 мкмоль/л. Кардиомаркеры: натрийуретический пептид 5789 пг/мл, тропонин I 25,60 нг/мл; тропонина I (через 2 часа) 1400 нг/мл.

ЭКГ при поступлении: синусовый ритм. ЧСС 80 в мин, ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии ЛЖ с отрицательными зубцами Т в V3-V6, депрессией сегмента ST в левых грудных отведениях (рис. 1).

ЭхоКГ: дилатация желудочков и предсердий, диффузный гипокинез миокарда, ФВ - 32 %, митральная регургитация II степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Определите дальнейшую тактику лечения больного

Больной Н., 64 лет в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Последние два года наблюдается у кардиолога по поводу ИБС. Стенокардии напряжения. Сегодня бригадой СМП доставлен в стационар в тяжелом состоянии с направительным диагнозом: Язвенная болезнь желудка. Перфорация язвы? Желудочное кровотечение? При поступлении предъявляет жалобы на интенсивные боли в эпигастрии, тошноту, слабость, холодный пот, одышку. Сегодня рано утром в покое почувствовал интенсивную боль в эпигастрии, слабость, холодный пот, головокружение, одышку.

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодные, покрыты липким потом. Выраженная одышка смешанного характера, ЧДД 34 в мин. В легких жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с 2-х сторон. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. ЧСС 102 в мин, пульс слабого наполнения. АД 65/35 мм рт.ст. Живот мягкий, несколько болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Ректальное исследование: без патологии, кал обычного цвета.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз? Обоснуйте.
2. Опишите ЭКГ.
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести и в какой последовательности?
4. Определите основные направления неотложной терапии у данного пациента?

Пациент К. 86 лет жалобы на одышку, внезапно возникшие боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую лопатку.

С 10 утра после подъема по лестнице на 3 этаж возникли боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую лопатку. На догоспитальном этапе получал клопидогрел 600 мг, аспирин 250 мг, Морфин 10 мг с купированием болевого синдрома. Госпитализирован в стационар.

Артериальная гипертензия около 20 лет с максимальным подъемом АД до 210/120 мм. рт.ст., адаптирован 130/80 мм. рт.ст. Постоянно принимает амлодипин по 5 мг.

Рост 168 см, вес 70 кг. Цвет кожных покровов обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД: 17 в мин. Ритм сердца правильный, тоны сердца приглушенные. ЧСС 62 в мин. АД 100/60 мм. рт.ст. Язык влажный, без налета, живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание не нарушено, дизурии нет.

ОАК: Эритроциты $4,13 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 125 г/л, тромбоциты $292 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $6,8 \cdot 10^9/л$. СРБ 0,28 Мг/л, АСТ 73,1 ЕД/л, АЛТ 38,7 ЕД/л, альфа-амилаза 139,3 ЕД/л, глюкоза 7,84 ммоль/л, калий 4,0 ммоль/л, мочевины 13,8 ммоль/л, креатинин 151,7 ммоль/л, D-димер 174 нг/мл, Тропонин I в динамике: <0,20 нг/мл (11:00), >180,00 нг/мл (17:10), >180,00 нг/мл (8:20).

ЭхоКГ: ФВ ЛЖ по Симп $\approx 47\%$ (норма > 55%). Определяется гипокинез базальных и средних сегментов задней и нижней стенок с переходом на заднюю часть межжелудочковой перегородки. Нарушение функции диастолического расслабления миокарда левого желудочка. Расширение полости левого предсердия.

УЗИ почек: Эхо-признаки диффузно-очагового нефросклероза, сморщивания правой почки, кисты левой почки.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз;
- 2) Опишите изменения на ЭКГ;
- 3) Тактика лечения и рекомендации;
- 4) Дальнейшая тактика ведения.

Пациентка Н. 57 лет поступила с жалобами на общую слабость, кашель с мокротой светлого цвета, нарастающую одышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке прикашле, больше справа.

Ранее находилась на стационарном лечении с диагнозом коронавирусная инфекция. Проводилось лечение: Амоксициллин+Клавулановая кислота, Левилимаб, Эноксапарин натрия. Через 4 дня после выписки из стационара почувствовала себя плохо- появилась одышка, кашель. Повторно госпитализирована в стационар.

Около 5 лет страдает артериальной гипертензией, на фоне гипотензивных препаратов (спиронолактон 25 мг, лозап 50 мг, метопролол 50 мг, АД 140/90 мм.рт.ст. Сахарный диабет 2 типа, на инсулинотерапии. ИБС. ХСН. Ожирение 3 ст.

Рост 164 см, вес 120 кг. Температура 36,5°C. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пастозность голеней и стоп. ЧДД 20 в мин. Дыхание жесткое, сухие хрипы в нижних долях легких, SPO2 95-94 % на атмосферном воздухе. АД 117/68 мм.рт.ст., ЧСС 78 уд. в мин.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 125,0 г/л, тромбоциты $234,0 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $5,1 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы (абс) $3,0 \cdot 10^9$ /л. Биохимический анализ крови: СРБ 0,04 мг/л, ЛДГ 262 ЕД/л, АЛТ 23 ЕД/л, АСТ 27,6 ЕД/л, ферритин 41 мкг/л, D-димер 2412,00 нг/мл, фибриноген 2,71 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 75 в мин., ЭОС отклонена влево, отрицательный зубец Т в отведении III, признаки гипертрофии ЛЖ.

ЭхоКГ: ФВ ЛЖ $\approx 55\%$ (норма $>54\%$). Определяется парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Дилатация полости левого предсердия и расширение правых камер сердца. ЛП (апикально) 4,7х5,4 (норма 4.0х5.2см), ПП 4,3х5,2 (норма 4.0х5.0см), ПЖ (апикально) 4,1 (норма до 3.7 см). СДЛА 55 мм. рт. ст. Трикуспидальная регургитация 2 степени.

КТ органов грудной клетки с в/в контрастированием: В правой легочной артерии в зоне трифуркации визуализируется пристеночные тромботические массы с формированием тромба наездника, распространяющегося на сегментарные ветви S9,S10, с окклюзией верхнедолевой ветви. Слева так же визуализируются тромботические массы в мелких сегментарных ветвях нижней доли с окклюзией ветви S9

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение данной патологии и необходимые рекомендации после выписки.

Пациент П, 66 лет, доставлен бригадой СМП в стационар. Жалобы при поступлении на умеренные сжимающие боли за грудиной, без иррадиации, интенсивность болей уменьшилась после терапии СМП (вводился морфин).

С осени 2021г отмечает частые эпизоды давящей загрудинной боли при ходьбе до 300 м, чувство нехватки воздуха, купирующиеся в покое, терапию не принимал, за медицинской помощью не обращался. Сегодня рано утром появились жгучие боли давящего характера в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку, болевой синдром не связывает с изменением положения тела, дыханием, приемом пищи. В связи с длительно

сохраняющимся ангинозным приступом, вызвал бригаду СМП, с подозрением на ОКС доставлен в больницу, на ДГЭ морфин в\в, клопидогрель 600мг.

Длительно страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД до 150/90 мм рт.ст., адаптирован к 130-140 мм рт.ст. Постоянную терапию не принимает, симптоматически принимает Периндоприл. ХОБЛ, смешанного генеза, вне обострения.; Вредные привычки: Курит. Стаж курения 50 лет. Употребление алкоголя не отрицает. Объективно: Рост 178 см, вес 85 кг, ИМТ 26,8 кг/кв.м. Состояние тяжелое. Кожа обычной окраски, влажность кожи нормальная, цианоз отсутствует, отмечается пастозность стоп. Дыхание поверхностное, регулярное, ЧДД: 21 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Ритм сердца не нарушен, шумы не выслушиваются. ЧСС: 92 в мин. АД 150/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 100 в мин, ЭОС вертикальная, элевация сегмента ST I, aVL, V1-V6, депрессия ST и «-»T в II, III. По ЭХО-КГ: Снижение общей систолической функции миокарда ЛЖ (ФВ 35%) с нарушением его локальной сократимости. Гипокинез базального и акинез среднего сегментов передне-перегородочной стенки, гипоакинез всех сегментов перегородочной стенки, акинез с дискинезом верхушки циркулярный до средних сегментов нижней, передней стенки, боковой стенки. Незначительная симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ. Двусторонний невыраженный гидроторакс.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Дифференциальный диагноз
4. Дальнейшая тактика ведения пациента

Пациент М., 49 лет поступил с жалобами на жгучие, давящие боли за грудиной, возникающие при ходьбе быстрым шагом, при подъеме на 2 этаж, купирующиеся приемом нитроглицерина. В анамнезе: 4 года назад перенес не-Q-инфаркт миокарда передней стенки ЛЖ. В течение последних 6 лет при измерении АД фиксируются цифры 190 и 100 мм рт. ст., однако регулярного гипотензивного лечения не получает. После перенесенного ИМ была проведена коронароангиография с выявлением стеноза ПМЖВ более 55%, однако ангиопластики, стентирования или иной манипуляции выполнено не было. Уровень ХС крови достигает 7,2 ммоль/л. При осмотре: Кожные покровы обычной окраски, чистые, отеков н/к нет ИМТ 28, окружность на уровне пупка 105 см. Перкуторно границы сердца не изменены АД 164/96 мм рт. ст. Пульс хорошего наполнения, ритм правильный. При нагрузочном тестировании максимальная достигнутая физическая нагрузка – 100 Вт. Динамика ЭКГ – на 4 ступени физической нагрузки на 10 минуте отмечена горизонтальная депрессия ST в грудных отведениях на 0,15 мВ, сопровождаемая появлением болей в грудной клетке.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как трактовать результат нагрузочного теста
3. Предложите план обследования
4. Тактика лечения и возможные варианты лечения.

Больной 21 год жалуется на головные боли, частые носовые кровотечения, парестезии и зябкость ног. Ранее отмечал повышенные цифры АД, обследование почек патологии не выявило. Приём гипотензивных средств эффекта не дал. При осмотре состояние удовлетворительное. Отмечается гиперстеническое телосложение. Пульс 78 ударов в минуту, АД 220 и 180 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево. Аускультация выявляет акцент 2 тона на аорте, систолический шум по левому краю грудины. Максимально шум

выслушивается сзади в межлопаточном пространстве слева от позвоночника. Отмечается гипотрофия мышц ног. Пульсация бедренных артерий не определяется. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка, диффузные изменения миокарда. Рентгенограмма грудной клетки выявила аортальную конфигурацию сердца, узурацию нижнего края 3-6 рёбер с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. С помощью каких методов исследования можно подтвердить диагноз?
3. Почему при этом пороке отмечается узурация нижнего края рёбер?
4. Если предварительный диагноз подтвердится, нужна ли больному операция?

У больного 70 лет с жалобами на одышку и боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке, выявлена аортальный стеноз, выраженный кальциноз клапана, критические стенозы передней нисходящей и огибающей ветвей левой коронарной артерии.

Вопросы:

1. Можно ли оперировать больных в таком возрасте на сердце? Может ли помочь этому больному операция?
2. Если да, то что следует сделать с аортальным клапаном?
3. Нужно ли одновременно вмешиваться на коронарных артериях?
4. Потребуется ли после операции больному специфическое лечение?

ВОПРОСЫ К СОБЕСЕДОВАНИЮ

1. Функциональные нагрузочные и медикаментозные электрокардиографические пробы (велозергометрия, тредмил, ЧПЭС, стресс-ЭХО КГ).
2. Рентгенологическая диагностика увеличения камер сердца, а также рентгеносемиотика основных сердечно-сосудистых заболеваний.
3. Показания к проведению коронароангиографии и вентрикулографии.
4. Показания к проведению мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием.
5. Основы лабораторной диагностики инфаркта миокарда и других заболеваний сердца.
6. Ишемическая болезнь сердца. Определение, классификация ВОЗ. Этиология, патогенез.
7. Дислипидемии, факторы риска ИБС. Атеросклероз.
8. Эпидемиология факторов сердечно-сосудистого риска, методы коррекции, первичная профилактика.
9. Концепция мультифокального атеросклероза, системный подход у коррекции и реваскуляризации.
10. Стенокардия, классификации, патогенез, клиническая картина, методы диагностики.
11. Нестабильная стенокардия, классификация по Braunwald.
12. Понятие стенокардия покоя. Безболевого ишемия миокарда. Эквиваленты стенокардии.
13. Лечение стабильной стенокардии.
14. Методы идентификации ишемии миокарда. Постинфарктная стенокардия. Коронароспазм и коронароконстрикция.
15. Синдром Х. Диагностика, терапия, ведение.

16. Хирургическое лечение ИБС.
17. Острый коронарный синдром. Определение. Типы ОИМ.
18. Типы острого инфаркта миокарда.
19. Инфаркт миокарда, патогенез, классификация, клинические варианты.
20. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.
21. Лечение неосложненного ОИМ, тромболитическая терапия.
22. Ранние осложнения ОИМ.
23. Кардиогенный шок, патогенез, формы, лечение.
24. Левожелудочковая недостаточность при ОИМ.
25. Аневризма левого желудочка при ОИМ.
26. Нарушения ритма и проводимости при инфаркте миокарда, лечение, электроимпульсная терапия и электростимуляция.
27. Поздние осложнения при инфаркте миокарда.
28. Синдром Дресслера. Методы лечения (медикаментозные и хирургические).
29. Чрескожные коронарные вмешательства.
30. Коронарное шунтирование, показания.
31. Внезапная смерть, причины, факторы риска, профилактика.
32. Синдром слабости синусового узла.
33. Суправентрикулярные нарушения ритма. Классификация.
34. Мерцание, трепетание предсердий.
35. Пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии.
36. Пароксизмальные желудочковые тахикардии.
37. Классификация желудочковой экстрасистол.
38. Основные группы антиаритмических препаратов.
39. Артериальная гипертензия. Классификация, стадирование, критерии риска.
40. Эпидемиология и профилактика ГБ.
41. Дифференциальный диагноз ренальных артериальных гипертензий.
42. Методы диагностики артериальной гипертензии.
43. Дифференциальный диагноз эндокринных АГ.
44. Реноваскулярные АГ.
45. Немедикаментозная и лекарственная терапия АГ.
46. Особенности лечения ренальных АГ.
47. Сравнительная оценка основных медикаментозных антигипертензивных препаратов.
48. Клинические маски феохромоцитомы. Методы диагностики феохромоцитомы.
49. Гипертоническое сердце. Патогенез. Клиника. Диагностические критерии.
50. Ремоделирование сердца при АГ. Возможности регресса гипертрофии левого желудочка.
51. Гипертоническое сердце и сердце спортсмена.
52. Современные представления о ренин-ангиотензин-альдостероновой системе.
53. Лечение тяжелой АГ. Темпы снижения АД (рекомендации ВОЗ).
54. Гипертонические кризы. Экстренная и неотложная терапия.
55. Купирование гипертонических кризов. Уровень снижения АД.
56. Миокардиты различной этиологии, диагностика, лечение.
57. Современные классификации кардиомиопатий.
58. Основные клинические проявления ГКМП.

59. Диагностические особенности верхушечной формы ГКМП.
 60. Эхокардиографические критерии ГКМП.
 61. Лечебная тактика при ГКМП.
 62. Дифференциальный диагноз аортального стеноза и ГКМП.
 63. Основные клинические проявления дилатационной КМП. Принципы терапии дилатационной КМП.
 64. Нарушения ритма при ГКМП и их лечение.
 65. Перикардиты: классификация, подходы к диагностике и ведению.
 66. Пороки развития и опухоли перикарда.
 67. Недостаточность кровообращения. Определение, современные классификации
- ХСН.
68. Дифференциальный диагноз одышки.
 69. Рентгенологическое исследование легких при НК.
 70. Дифференциальный диагноз поражения печени при ХСН с другими заболеваниями печени.
 71. Поражение почек при ХСН, дифференциальный диагноз с другими заболеваниями почек.
 72. Роль инструментальных методов исследования в диагностике НК и определения тактики лечения.
 73. Последовательность лечебных мероприятий при НК различной тяжести.
 74. Современные подходы в лечении ХСН.
 75. Основные классы препаратов при лечении ХСН, алгоритм ведения пациентов.
 76. Негликозидные кардиотонические средства, их применение при НК.
 77. ХСН с сохранной фракцией выброса левого желудочка.
 78. Синдром венозного тромбоэмболизма. Факторы риска ТЭЛА (первичные и вторичные).
 79. Виды ТЭЛА. Причины ТЭЛА, эмбологенный тромбоз.
 80. Алгоритм диагностики ТЭЛА с критериями стойкой гипотонии или шока.
- Алгоритм диагностики ТЭЛА со стабильной гемодинамикой.
81. Контингенты лиц, подверженных ТЭЛА.
 82. Клинические синдромы при массивной и субмассивной ТЭЛА.
 83. Острое легочное сердце, дифференциальный диагноз со схожими состояниями.
 84. Роль мультиспиральной компьютерной томографии при подозрении на ТЭЛА.
 85. Роль ультразвуковых методов при подозрении на ТЭЛА.
 86. Электрокардиографические изменения при ТЭЛА.
 87. Лечение массивной и субмассивной ТЭЛА.
 88. Показания к системному тромболизису и хирургическому лечению при ТЭЛА.
 89. Хроническая посттромбофлебитическая легочная гипертензия.
 90. Легочная гипертензия при повторных ТЭЛА мелких ветвей.
 91. Профилактика ТЭЛА при тромбозе вен голени.
 92. Дифференциальный диагноз ТЭЛА.
 93. Доброкачественные и злокачественные опухоли сердца.
 94. Открытый артериальный проток.
 95. Дефект межжелудочковой и межпредсердной перегородки.
 96. Коарктация аорты.

97. Стеноз легочной артерии.
98. Тетрада Фалло.
99. Транспозиция магистральных сосудов.
100. Аномалия Эбштейна.
101. Принципы ведения пациентов с хроническим легочным сердцем. Современные представления о легочной гипертензии.
102. Приобретенные пороки аортального клапана.
103. Приобретенные пороки митрального клапана. Трансмитральный кровоток.
104. Инфекционный эндокардит: классификация, диагностика, принципы ведения.
105. Антибактериальная терапия у пациентов с инфекционным эндокардитом. Критерии излеченности.
106. Сочетанные и комбинированные пороки сердца.
107. Электрокардиостимуляция сердца. Типы ЭКС. Показания, противопоказания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ

1. Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердечно-сосудистой системы;
2. Визуальный осмотр;
3. Физикальное обследование (пальпацию, перкуссию, аускультацию);
4. измерение артериального давления;
5. Анализ сердечного пульса;
6. Анализ состояния яремных вен;
7. Пальпация и аускультация периферических артерий;
8. Измерение лодыжечно-плечевого индекса систолического давления;
9. Оценка состояния венозной системы;
10. Оценка наличия гипоперфузии или задержки жидкости в органах и тканях организма человека;
11. Использовать медицинское оборудование:
 - электрокардиограф;
 - эхокардиограф;
 - прибор для измерения артериального давления;
 - аппаратуру для суточного мониторирования электрокардиограммы;
 - аппаратуру для суточного мониторирования артериального давления;
 - аппаратуру для проведения проб с физической нагрузкой (велозергометр, тредмил)
12. Производить манипуляции:
 - проведение лабораторной диагностики экспресс-методами, в том числе анализ крови на тропонины;
 - регистрацию электрокардиограммы;
 - регистрацию электрокардиограммы с физической нагрузкой;
 - установку, считывание, анализ с помощью холтеровского мониторирования сердечного ритма;
 - установку, считывание, анализ суточного монитора артериального давления;
 - трансторакальную эхокардиографию;
 - ультразвуковое исследование сосудов;
 - функциональное тестирование (велозергометрическая проба (вэп), тредмил-тест) и анализ результатов
13. Оценивать тяжесть состояния пациента, стратифицировать риск развития

жизнеопасных осложнений, определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях

14. Определять медицинские показания для направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара

15. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

16. Обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

17. Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

18. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

19. Определять медицинские показания для установки электрокардиостимулятора пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

20. Определять медицинские показания для направления на хирургическое лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

21. Анализировать результаты дополнительных методов диагностики (электрокардиограмма (в том числе при наличии кардиостимулятора) холтеровское мониторирование сердечного ритма, суточное мониторирование артериального давления, велоэргометрия, тредмил-тест, функция внешнего дыхания, двумерная эхокардиография, компьютерная томография сердца, магнитно-резонансная томография сердца, радионуклидные исследования у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы)

22. Использовать алгоритм установки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

23. Интерпретировать и анализировать результаты дополнительного инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

24. Интерпретировать и анализировать результаты дополнительного лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

25. Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

26. Использовать алгоритм постановки диагноза в соответствии с МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

27. Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

28. Распознавать признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, способные вызвать тяжелые осложнения и (или) угрожающие жизни

29. Разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

30. Обосновывать применение лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения и назначение хирургического вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

31. Определять последовательность применения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии, хирургического вмешательства для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы
32. Назначать лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы, анализировать действие лекарственных препаратов и медицинских изделий на пациентов с заболеваниями (или) состояниями сердечно-сосудистой системы
33. Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов
34. Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы
35. Назначать лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы
36. Назначать немедикаментозное лечение (физиотерапевтические методы, лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, апитерапию) пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы
37. Проводить мониторинг эффективности и безопасности немедикаментозной терапии у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы
38. Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для хирургических вмешательств, разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы к хирургическому вмешательству
39. Выполнять разработанный врачами-хирургами план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы
40. Проводить профилактику и (или) лечение послеоперационных осложнений
41. Выполнять расчет объема и скорости введения лекарственных препаратов с использованием инфузомата
42. Определять медицинские показания к назначению и проведению кислородотерапии
43. Проводить мониторинг клинической картины заболевания и (или) состояния сердечно-сосудистой системы, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболевания и (или) состояния сердечно-сосудистой системы
44. Назначать и контролировать лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы
45. Оказывать медицинскую помощь пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы в неотложной форме
46. Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозной терапии, хирургических вмешательств
47. Оказывать медицинскую помощь пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы в чрезвычайных ситуациях
48. Осуществлять лечение боли и других тягостных симптомов (тошнота, рвота, кахексия) при оказании паллиативной медицинской помощи
49. Участвовать в оказании паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками
50. Определять медицинские показания направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы для оказания медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара
51. Разрабатывать план реабилитационных мероприятий, профилактики или лечения осложнений у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

52. Разработка плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

53. Назначение лекарственных препаратов и медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

54. Оценка эффективности и безопасности назначения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

55. Назначение немедикаментозной терапии пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

56. Оценка эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

57. Определение медицинских показаний к хирургическому лечению, оценка послеоперационного периода (первичный контроль повязки, состояние периферического кровообращения, оценка функции почек)

58. Назначение лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

59. Оказание медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы в неотложной форме

60. Проведение работы по оказанию паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками

61. Определение медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы

62. Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозной терапии

ТЕСТЫ

Ультразвуковая диагностика

КОЛЛАБИРОВАНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПОСЛЕ ГЛУБОКОГО ВДОХА БОЛЕЕ ЧЕМ НА 50% ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

тампонады сердца

*нормального кровообращения

декомпенсации по правожелудочковому типу

констриктивного перикардита

ПИК в ТКАНЕВОГО ДОПЛЕРА СООТВЕТСТВУЕТ ФАЗЕ

систола желудочков

*раннего диастолического наполнения желудочка

позднего диастолического наполнения желудочка

фазе изоволюмического расслабления

РАЗМЕР ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПРОДОЛЬНОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ В НОРМЕ ДО

15 мм
 *28 мм
 40 мм
 55 мм

НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

толщина стенки
 *индекс массы миокарда
 масса миокарда

ФРАКЦИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛОЩАДИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В НОРМЕ

*более 35%
 более 50%
 более 55%

ЭКСКУРСИЯ ДВИЖЕНИЯ ФИБРОЗНОГО КОЛЬЦА ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА В М-РЕЖИМЕ В НОРМЕ

более 0,8 см
 более 1,5 см
 *более 1,7 см

НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СКОРОСТИ ДВИЖЕНИЯ ФИБРОЗНОГО КОЛЬЦА ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ПИК s

более 8 см/сек
 *более 9,5 см/сек
 более 17 см/сек

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКОРОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ТРАНСМИТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

*импульсного режима доплерографии
 непрерывноволнового режима доплерографии
 тканевого доплера

ЕСЛИ ПИК E МЕНЬШЕ ПИКА A, ТО УТОЧНИТЬ СТЕПЕНЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ТРЕБУЕТСЯ ПРИ E

*больше 50 см/с
 больше 120 см/с
 меньше 50 см/с
 меньше 120 см/с

У МОЛОДЫХ ЛИЦ БЕЗ ОДЫШКИ СООТНОШЕНИЕ E/A ВЫШЕ 2,0

признак тяжелой диастолической дисфункции
 начальные проявления диастолической дисфункции
 *вариант нормы

ДЛЯ ПИКА e' ДВИЖЕНИЯ ФИБРОЗНОГО КОЛЬЦА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТКАНЕВОГО ДОПЛЕРА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ХАРАКТЕРНО

вначале снижение, при тяжелой степени возрастание
 вначале возрастание, при тяжелой степени снижение
 *снижение по мере прогрессирования

В СПЕКТРЕ КРОВОТОКА В ЛЕГОЧНЫХ ВЕНАХ ПРИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ТИПУ ПСЕВДОНОРМАЛИЗАЦИИ

пик S больше D
 *пик S меньше D
 пик S значительно больше D

ГИБРИДНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ E/ e' В НОРМЕ

*меньше 10
 меньше 14
 больше 10
 больше 15

ИНДЕКС ОБЪЕМА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ

свыше 15мл/м²
 *свыше 34мл/м²
 свыше 10мл/м²

ГИБРИДНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ E/ e' ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ

*больше 14
 меньше 14
 больше 10
 больше 8

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАНА ПРИ ПРЕВЫШЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ СВЫШЕ

25 мм рт.ст.
 30 мм рт.ст.
 *35 мм рт.ст.
 45 мм рт.ст.

В НОРМЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИБРИДНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ E/e' НА ТРИКУСПИДАЛЬНОМ КЛАПАНЕ

менее 14
 *менее 6
 менее 10
 более 10

ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

*снижение систолической функции
 увеличение жесткости стенки
 нарушение релаксации миокарда

ТИП НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

нарушение релаксации (I тип)
 псевдонормализация кровотока (II тип)

*рестрикция (III тип)

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ОБСТРУКЦИИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ СОЗДАЕТСЯ

повышенной контрактильностью миокарда

выбуханием межжелудочковой перегородки

*передним систолическим движением створок и хорд митрального клапана

МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ КРОВОТОКА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

в начале систолы

*в конце систолы

в середине систолы

С УМЕНЬШЕНИЕМ ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ СТЕПЕНЬ ОБСТРУКЦИИ

уменьшается

не изменяется

*возрастает

ПРИ ВРОЖДЕННОЙ НЕКОМПАКТНОСТИ МИОКАРДА ОТНОШЕНИЕ ГУБЧАТОГО
СЛОЯ К КОМПАКТНОМУ

более 1,5

*более 2,0

более 3,0

МАКСИМАЛЬНЫЙ ПИКОВЫЙ КРОВОТОК В КОРОНАРНЫХ СОСУДАХ

в начале систолы

*в начале диастолы

в конце систолы

ДЛЯ ТРАНСМУРАЛЬНОГО РУБЦА ХАРАКТЕРНО

снижение эхогенности, размытость контура

повышение эхогенности с локальным утолщением стенки

*истончение стенки с повышением эхогенности

ПРИ НАЛИЧИИ ЗОН НАРУШЕНИЯ СОКРАТИМОСТИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОБЩЕЙ
СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ОПТИМАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

M-режим по Тейхольцу

*В-режим по Симпсону

спектральный режим доплерографии

НИЖНЯЯ СТЕНКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КРОВОСНАБЖАЕТСЯ

передней нисходящей артерией

огигающей артерией

*правой коронарной артерией

ВЕРХУШКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КРОВОСНАБЖАЕТСЯ

*передней нисходящей артерией

огигающей артерией

правой коронарной артерией

РАЗРЫВ СТЕНКИ С МАССИВНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЗЫВАЕТ

*тампонаду
формирование псевдоаневризмы
грозные нарушения ритма

ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗОНА

гипокинеза
аккинеза
*дискинеза с нарушением контура
гиперкинеза

ПРИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ НАЛИЧИИ ИШЕМИИ МАЛЫЕ ДОЗЫ СТРЕСС АГЕНТА ВЫЗЫВАЮТ

гипокинез
*гиперкинез
акинез

ПРИ ХИЛОПЕРИКАРДЕ СОДЕРЖИМЫМ ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

кровь
*лимфа
транссудат
экссудат

ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ ГИПЕРЭХОГЕННАЯ ТКАНЬ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА У ЗАДНЕЙ СТЕНКИ МЕЖДУ ЛЕВЫМ ЖЕЛУ-ДОЧКОМ И ЛЕВЫМ ПРЕДСЕРДИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

тромбом
*жировой тканью
фибринозным наложением

ЖИДКОСТЬ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА РАСПОЛАГАЕТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЕ

*кпереди
кзади
на уровне

КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА В ОБЪЕМЕ 300 МЛ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

незначительное
*умеренное
большое

ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА В ДИАСТОЛУ НАБЛЮДАЕТСЯ КОЛЛАБИРОВАНИЕ

левого предсердия
левого желудочка
правого предсердия
*правого желудочка

ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА НА ВДОХЕ СКОРОСТЬ КРОВОТОКА НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНАХ

*снижается
повышается
стабильна при нормальном ритме

АДГЕЗИВНЫЙ ПЕРИКАРДИТ ФОРМИРУЕТСЯ ЗА СЧЕТ

*сращения листков перикарда
утолщения листков перикарда и уменьшения количества жидкости в полости перикарда
уплотнения перикарда и отложения кальция

ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

уменьшение всех камер сердца
*увеличение предсердий при нормальных или уменьшенных желудочках
увеличение правых отделов сердца
увеличение всех камер сердца

ДВИЖЕНИЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ

навстречу задней стенки левого желудочка
систолическое движение в сторону правого желудочка
*глубокая инцизура в раннюю диастолу

ПРОСВЕТ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ

*увеличен
уменьшен
в пределах нормы

АСЦИТ ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

снижения сократительной способности правого желудочка
сдавлением нижней полой вены и печеночных вен
*повышения венозного давления

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

нарушение диастолической функции по рестриктивному типу
увеличение предсердий при уменьшенных желудочках
*сохранение сократительной способности миокарда

САМАЯ ЧАСТАЯ ОПУХОЛЬ СЕРДЦА:

саркома
рабдомиома
*миксома

НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МИКСОМЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ОБУСЛОВЛЕННЫ:

паранеопластическими воздействиями на миокард
*обструкцией митрального отверстия
нарушениями ритма сердца

ОПРЕДЕЛИТЬ НОЖКУ МИКСОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ МОЖНО ИЗ ДОСТУПА:

длинной оси левого желудочка
*четырёхкамерной субкостальной

двухкамерной апикальной

КРОМЕ ОБСТРУКЦИИ ПУТЕЙ ПРИТОКА И ОТТОКА ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ СЛУЖИТ:

*фрагментация опухоли
нетипичное расположение
молодой возраст

РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОГРАНИЧНОГО ГРЕБНЯ:

между левым и правым предсердием
*между трабекулярной и гладкой поверхностью правого предсердия
между верхней и нижней полой веной

ПРИ ЛИПОМАТОЗНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПОРАЖАЕТСЯ ОБЛАСТЬ:

центральной первичной перегородки
*вторичной перегородки
фиброзного кольца митрального клапана

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКСОМЫ И ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБА НУЖНО ПРОВЕРИТЬ ПРОСВЕТ:

нижней поллой вены
верхней поллой вены
*верхней и нижней полых вен

Инвазивная диагностика

В ЛАБОРАТОРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДОЛЖНА БЫТЬ АППАРАТУРА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ПРОВЕСТИ:

велозргометрическую пробу
эхокардиографию сердца.
эхолокацию магистральных сосудов и аорты.
ультразвуковую доплерографию сосудов.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ НЕРВНО-СОСУДИСТОГО ПУЧКА В ПРЕДЕЛАХ СОННОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ШЕИ (СНАРУЖИ-ВНУТРЬ)

внутренняя яремная вена – общая сонная артерия – блуждающий нерв
общая сонная артерия - внутренняя яремная вена – блуждающий нерв
внутренняя яремная вена – блуждающий нерв - общая сонная артерия
блуждающий нерв - общая сонная артерия - внутренняя яремная вена

ПРИ СИНДРОМЕ ЭЙЗЕНМЕНГЕРА, В СЛУЧАЕ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

расщепление второго тона на основании сердца
акцент второго тона
грубый и продолжительный систолический шум и мезодиастолический шум на верхушке сердца
диастолический шум на легочной артерии

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ МИКСОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

левый желудочек
левое предсердие

правое предсердие
 правый желудочек
 левое и правое предсердие

СИНДРОМ ПЕДЖЕТА-ШРЕТТЕРА ЭТО

острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента
 хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента
 острый тромбоз бассейна верхней полой вены
 посттромбофлебитический синдром верхних конечностей
 данный синдром не относится к венозной патологии

ОБЪЕМНАЯ РЕНТГЕНОГРАММА (СТЕРЕОРЕНТГЕНОГРАММА) МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНА ПУТЕМ НАЛОЖЕНИЯ ДВУХ СНИМКОВ

во взаимно-перпендикулярных проекциях
 произведенных при различном расстоянии фокус – пленка
 произведенных при различном расстоянии объект – пленка
 произведенных с двух положений рентгеновской трубки
 на определенном расстоянии между ними

ПРЯМОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ ДОСТИГАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ

расстояния фокус - объект
 расстояния фокус - пленка
 размеров фокусного пятна
 расстояния объект – пленка

НА РАЗМЕР ПОЛУТЕНИ ВОКРУГ ИЗОБРАЖЕНИЯ ОБЪЕКТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ НЕ ВЛИЯЮТ

крупное фокусное пятно
 малое расстояние фокус - пленка
 малое расстояние фокус - объект
 мягкое излучение

СФЕРИЧЕСКИЙ ОБЪЕКТ МОЖЕТ ИЗОБРАЖАТЬСЯ ОВАЛЬНОЙ ТЕНЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ

наличия рассеянного излучения
 геометрической нерезкости
 динамической нерезкости
 острого угла между пучком рентгеновских лучей и приемником изображения

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ - ЭТО

совокупность скелетальных признаков патологической тени
 совокупность рентгенологических симптомов, объединенных единым патогенезом
 теневая картина, требующая проведения дифференциальной диагностики
 нарушение функционального состояния органа

ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ В РЕНТГЕНОЛОГИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

сульфат бария
 органические соединения йода
 газы (кислород, закись азота, углекислый газ)
 все перечисленное

В КАКИХ ЕДИНИЦАХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЭФФЕКТИВНО-ЭКВИВАЛЕНТНАЯ ДОЗА

Зиверт

Рентген

Рад

Джоуль

КАКОВЫ ПРЕДЕЛЫ ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК НА ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ, ПЛАНОВЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ (СООТВЕТСТВЕННО)

500 мЗв, 50 мЗв и 5 мЗв в год

300 мЗв, 30 мЗв и 3 мЗв в год

200 мЗв, 20 мЗв и 2 мЗв в год

100 мЗв, 10 мЗв и 1 мЗв в год

ПРИ АОРТАЛЬНОМ ПОРОКЕ (СТЕНОЗЕ УСТЬЯ)

аорта не изменена

диффузное расширение аорты

локальное расширение восходящего участка

аорта узкая

ПРИ АОРТАЛЬНОМ ПОРОКЕ (СТЕНОЗЕ УСТЬЯ) НАБЛЮДАЕТСЯ

глубокая пульсация всей аорты

пульсация аорты низкой амплитуды

локальное увеличение амплитуды пульсации восходящего участка аорты

пульсация не изменена

В НОРМЕ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СООТНОШЕНИЕ

1:1

1:2

2:1

1:3

В ЛЕВОЙ ПЕРЕДНЕЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

"ПЕРЕКРЕСТА" ПО ЗАДНЕМУ КОНТУРУ СЕРДЦА МЕЖДУ ЛЕВЫМ ПРЕДСЕРДИЕМ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ. ЭТО МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО

при аортальной недостаточности

при митральном стенозе

при дефекте межжелудочковой перегородки

при митральной недостаточности

АКИНЕТИЧЕСКАЯ ЗОНА В ОБЛАСТИ ТРЕТЬЕЙ ДУГИ (ПРЯМАЯ ПРОЕКЦИЯ) МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

при митральной недостаточности

при тромбозе ушка левого предсердия

при аортальном стенозе

при инфундибулярном стенозе легочной артерии

АОРТАЛЬНАЯ ФОРМА СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ

при митральном стенозе

при трикуспидальном стенозе

при митральной недостаточности

при стенозе устья аорты

СМЕЩЕНИЕ ПРАВОГО АТРИОВАЗАЛЬНОГО УГЛА КВЕРХУ ХАРАКТЕРНО

для стеноза устья аорты
 для митрального стеноза
 для недостаточности аортального клапана
 для атеросклеротического аортокардиосклероза

СМЕЩЕНИЕ ПРАВОГО АТРИОВАЗАЛЬНОГО УГЛА ВНИЗ ХАРАКТЕРНО

Для открытого артериального протока
 для митрального стеноза
 для стеноза легочной артерии
 для коарктации аорты

ПО ПРАВОМУ КОНТУРУ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ТРИ ДУГИ

при коарктации аорты
 при дефекте межпредсердной перегородки
 при митральной недостаточности
 при гипертонической болезни

ЧЕТКАЯ ТЕНЬ ВСЕХ КОНТУРОВ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

при гипертонической болезни
 при дефекте межжелудочковой перегородки
 при тетраде Фалло
 при митральной недостаточности

КОНТРАСТИРОВАННЫЙ ПИЩЕВОД В ПРАВОМ ПЕРЕДНЕМ КОСОМ ПОЛОЖЕНИИ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТКЛОНЕН КЗАДИ УВЕЛИЧЕННЫМ ЛЕВЫМ ПРЕДСЕРДИЕМ

по дуге малого радиуса
 по дуге большого радиуса
 не отклонен
 по дуге среднего радиуса

РЕНТГЕНОФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

коромыслоподобные движения
 между правым предсердием и правым желудочком
 между предсердием и левым желудочком
 в пределах одной дуги левого желудочка
 между легочной артерией и левым предсердием

АОРТА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

расширена на всем протяжении
 расширена в восходящем отделе
 сужена на всем протяжении
 диаметр не изменен

ДУГА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

закруглена
 удлинена, имеет пологое очертание

не изменена
деформирована

АМПЛИТУДА ПУЛЬСАЦИИ АОРТЫ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНА АОРТЫ
увеличена в восходящем отделе
не изменена
уменьшена на всем протяжении
увеличена на всем протяжении

МИТРАЛИЗАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ВЫРАЖАЕТСЯ В УВЕЛИЧЕНИИ
левого предсердия
правого предсердия
правого желудочка
левого желудочка

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И
АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО СОСТОЯНИЮ
левого желудочка и аорты
малого круга кровообращения и аорты
правых отделов сердца и левого желудочка
правого желудочка

ДУГА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
закруглена
имеет пологое очертание
не изменена
деформирована

НАИЛУЧШЕЙ ПРОЕКЦИЕЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОБЫЗВЕЩВЛЕНИЙ МИТРАЛЬНОГО
КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ
передняя прямая
правая передняя косая (неполный поворот)
левая передняя косая
левая боковая

МАЛЫЙ КРУГ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ
ПЕРЕГОРОДКИ
не изменен
имеет место гиповолемию
имеет место гиперволемию
возможны все типы изменений

Дисциплина специальности

К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ МОГУТ БЫТЬ
ОТНЕСЕНЫ
Большие нервно-эмоциональные нагрузки
*Избыточное потребление жиров и углеводов
Отягощенная по гипертонии наследственность
Повышенная масса тела
Избыточное потребление поваренной соли

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗВЕНЬЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- Повышения активности симпато-адреналовой системы
- Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
- *Атеросклероза почечных артерий
- Нарушения трансмембранного транспорта ионов
- Изменения системы простагландинов

ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ УРОВЕНЬ АД, НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- Минутный объем сердца
- Общее периферическое сосудистое сопротивление
- Ренин-ангиотензиновая система
- *Уровень электролитов крови

ГИПОТЕНЗИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОСТАГЛАНДИНЫ, КРОМЕ

- Простагландин Е1
- Простакцилина
- *Тромбоксана
- *Простагландин F

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ РЕНИНА МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ

- Норморениновую
- Гиперрениновую
- Гипорениновую
- *Все перечисленные

МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ РЕНИНА И МАГИСТРАЛЬНЫМ ПОЧЕЧНЫМ КРОВОТОКОМ СУЩЕСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ

- Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока
- Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока
- Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока
- Все ответы правильные
- *Правильного ответа нет

ПРИ ПОВЫШЕННОМ СОДЕРЖАНИИ РЕНИНА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ

- *Ангиотензина II
- Триглицеридов
- Катехоламинов
- Холестерина

ИЗБЫТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ АЛЬДОСТЕРОНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- *Задержкой натрия и воды
- Повышением активности симпато-адреналовой системы
- Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления
- Уменьшением минутного объема сердца

ГИПЕРРЕНИНОВЫЕ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ МОГУТ БЫТЬ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ

- Гипертонической болезни
- Атеросклероза почечных артерий

*Первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна)

ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ХАРАКТЕРНО

*Поражение артерий сетчатки

Атеросклероз сосудов нижних конечностей

Нарушения ритма сердца

Появление блокад сердца

ПРОСТОГЛАНДИНЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ ИЗ

*Полиненасыщенных жирных кислот

Белков

Углеводов

Катехоламинов

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ
СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ИБС

Инсульта

*И того, и другого

Ни того, ни другого

ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ЭКГ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТСЯ

Замедление предсердно-желудочковой проводимости

Блокада ветвей пучка Гиса

Увеличение амплитуды зубца "U"

*Гипертрофия левого желудочка

Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
УВЕЛИЧИВАЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ

Желудочковой пароксизмальной тахикардии

*Разрыва миокарда

Тромбоэмболии

Пневмонии

НАТРИЙ-ЗАВИСИМАЯ ФОРМА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

Значительным повышением общего периферического сосудистого сопротивления

*Увеличением объема циркулирующей крови

Снижением ударного и минутного объемов сердца

Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 1 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

*Транзиторное повышение АД

Электрокардиографические признаки гипертрофии миокарда

Нарушение функции почек

Геморрагии в сетчатке

Все перечисленное

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЧАЩЕ
ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

Гипертонической болезни

*Симптоматических гипертензиях

Одинаково часто при эссенциальной гипертонии и вторичных артериальных гипертензиях

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ ПРОИСХОДИТ

Уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления

Уменьшение объема циркулирующей крови

*Уменьшение образования ренина

Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МОЧЕГОННЫХ СРЕДСТВ ПРОИСХОДИТ

Уменьшение активности симпато-адреналовой системы

*Снижение общего периферического сосудистого сопротивления

Уменьшение образования ренина

Уменьшение образования альдостерона

ВАЗОДИЛАТАТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА
АРТЕРИОЛЫ, ВЫЗЫВАЮТ

Активацию парасимпатической нервной системы

*Активацию симпатической нервной системы

Блокаду альфа-адренорецепторов

Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ТИАЗИДОВЫЕ ДИУРЕТИКИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ОБЛАДАЮТ
СЛЕДУЮЩИМИ ПОБОЧНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ

Вызывают гиперурикемию

Вызывают гипергликемию

Повышают содержание липопротеидов низкой плотности

*Все перечисленное

ВИСКЕН ВЛИЯЕТ НА ОБЩЕЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ СОСУДИСТОЕ

Увеличивая его

*Снижая его

Не влияет на него

Вначале повышая, а затем снижая

БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СТЕНОКАРДИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
НАЗНАЧИТЬ

*Антагонисты кальция

Гидралазин (апрессин)

Миноксидил

Раунатин

Все перечисленное

ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С
ВЫСОКИМ ОБЩИМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СОСУДИСТЫМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ
ЯВЛЯЮТСЯ

*Антагонисты кальция

Диуретики

Седативные средства

Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

Обзидан

*Гидралазин (апрессин)

Гипотиазид

Все перечисленные препараты

ПРИ СИНДРОМЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ МОГУТ ИМЕТЬ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

Высокое артериальное давление (более 220/130 мм. рт. ст.)

Тяжелое поражение глазного дна

Нарушение функции почек

Гипертоническая энцефалопатия

*Все перечисленное

ПРИ ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ, ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

*Диуретики

Бета-адреноблокаторы

Препараты раувольфии

Сердечные гликозиды

Все перечисленные

ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДЯЩИМИ К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ, ЯВЛЯЮТСЯ

Коарктация аорты

*Диффузный гломерулонефрит и хронический пиелонефрит

Гипоплазия почечных артерий

Феохромоцитома

Первичный гиперальдостеронизм

ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ АД ПОВЫШАЕТСЯ

*В артериях верхних конечностей

На нижних конечностях

В почечных артериях

Все ответы правильные

Правильного ответа нет

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Неспецифический аортоартериит

Фибромышечная дисплазия

Аневризмы почечных артерий

*Атеросклероз почечных артерий

Тромбозы и эмболии почечных артерий

ПРИ ВАЗОРЕНАЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЯХ АД ПОВЫШАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

Повышения активности симпатoadреналовой системы

Увеличения объема циркулирующей крови

*Повышения активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

Увеличения минутного объема сердца

Всего перечисленного

ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО
ФЕРМЕНТА ОТМЕЧАЕТСЯ ТОЛЬКО У БОЛЬНЫХ

С гиперрениновой формой артериальной гипертонии

*Существенно не зависит от уровня ренина в плазме крови

Данный вопрос не изучен

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
БЫВАЕТ

*Чаше, чем при гипертонической болезни

Реже, чем при гипертонической болезни

Также часто, как и при гипертонической болезни

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВАЗОРЕНАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ
ЯВЛЯЕТСЯ

Определение активности ренина в плазме крови

Экскреторная урография

Ультразвуковое исследование почечных артерий

*Контрастная ангиография

Радионуклидная сцинтиграфия почек

ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Терапия гипотензивными средствами

Нефрэктомия

*Реконструктивные операции на почечных артериях

ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВАЗОРЕНАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ ПРИ
ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Изменения чашечно-лоханочного аппарата

*Запаздывание фазы нефрограммы и уменьшение размеров почки на стороне поражения почечной артерии

Обнаружение патологически подвижной почки

Все ответы правильные

Правильного ответа нет

ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ
КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Гипертонические кризы на фоне нормального АД

Стабильно высокое АД без гипертонических кризов

*Гипертонические кризы на фоне повышенного АД

ПОВЫШЕНИЕ АД ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛЕНО:

Гиперпродукцией кортикостероидов

Увеличением образования альдостерона

*Увеличением образования катехоламинов

Гиперпродукцией ренина

Всего перечисленного

ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ХАРАКТЕРНЫ

- *Гипергликемия
- Гипогликемия
- Лейкопения
- Лимфоцитоз
- Ничего из перечисленного

ФЕОХРОМОЦИТОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ

- Коркового слоя надпочечников
- Паренхимы почек
- *Мозгового слоя надпочечников

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ФЕОХРОМОЦИТОМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- *В одном надпочечнике
- В обоих надпочечниках
- В надпочечнике и вне надпочечника

ФЕОХРОМОБЛАСТОМА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- Повышением содержания адреналина и норадреналина в крови
- Нормальным содержанием указанных гормонов
- *И то, и другое
- Ни то, и ни другое

АЛЬДОСТЕРОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ

- Сетчатой зоны коркового слоя надпочечников
- Пучковой зоны коркового слоя надпочечников
- *Клубочковой зоны коркового слоя надпочечников

ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ (СИНДРОМ КОННА) ХАРАКТЕРНО

- Кризовое течение артериальной гипертензии
- *Стабильное повышение АД без кризов
- Нормальное АД

ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

- *Гипокалиемию
- *Нормальное содержание калия в крови
- Гипернатриемию
- Гиперкальциемию

ГИПОКАЛИЕМИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ СВЯЗАНА С

- Увеличением фильтрации калия в почечных клубочках
- Уменьшением реабсорбции калия в проксимальном отделе канальцев
- *Увеличением секреции калия в дистальном отделе канальцев
- Все ответы правильные

ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА НЕ ХАРАКТЕРНЫ

- Мышечная слабость
- Полиурия
- Парестезии
- Гипостенурия
- *Гипергликемия

В БИОХИМИЧЕСКИХ АНАЛИЗАХ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ КОННА ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

Повышение уровня катехоламинов

Снижение концентрации альдостерона

Повышение уровня ренина

*Повышение концентрации альдостерона

ФИБРОМЫШЕЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ

У мужчин

*У женщин

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ

*У женщин

У мужчин

Одинаково часто у женщин и мужчин

ПРИЧИНОЙ СИСТЕМНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

*Поражение почечных артерий

Воспалительные заболевания почек

Повышение образования катехоламинов

Гиперпродукция кортикостероидов

Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ

Застойная сердечная недостаточность

Инсульт

Бактериальный эндокардит

Расслаивание аорты

*Все перечисленное

ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНОВ АОРТЫ ХАРАКТЕРНО

Снижение систолического АД

*Повышение систолического АД

Уменьшение пульсового давления

Нормальное систолическое и диастолическое АД

ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ АОРТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ

*Повышение систолического АД

Повышение диастолического АД

Снижение диастолического АД

Снижение систолического АД

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Антибиотики

Сульфаниламиды

*Глюкокортикоиды

Делагил

ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

Во 2-4 межреберье у края грудины слева

В яремной ямке

Над шейными сосудами
В межлопаточном пространстве
*Все ответы правильные

ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ ХАРАКТЕРНО:

Повышение диастолического АД
Снижение диастолического АД
*Повышение систолического АД

ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ БЕЗ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС:

Прямо пропорционален периферическому сопротивлению и обратно пропорционален систолическому артериальному давлению
Прямо пропорционален систолическому артериальному давлению и обратно - периферическому сопротивлению
Обратно пропорционален систолическому артериальному давлению и периферическому сопротивлению
Прямо пропорционален систолическому артериальному давлению и периферическому сопротивлению
*Прямой зависимости от перечисленных показателей нет

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ:

*Фентоламина (реджитина)
Пентамина
Клофелина
Дибазола

МАКСИМАЛЬНЫЙ ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ:

6-8 часов
2-3 дня
5-8 дней
*2-3 недели

КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ:

Более эффективны, чем некардиоселективные бета-адреноблокаторы
Менее эффективны, чем некардиоселективные бета-адреноблокаторы
*Существенных различий по сравнению с некардио-селективными бета-адреноблокаторами нет

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

*Лазикса
Финоптина
Сердечных гликозидов
Обзидана

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

*Блокаторы бета-адренорецепторов

Коринфар

Апрессин

Празозин

ГИПОТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ КЛОФЕЛИНА СВЯЗАНО С:

Блокадой бета-адренорецепторов

Уменьшением содержания ренина в плазме крови

*Стимуляцией альфа-адренорецепторов ЦНС

Уменьшением объема циркулирующей плазмы

Все ответы правильные

АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (ГИПЕРТЕНЗИЕЙ) НАЗЫВАЮТ СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО УРОВНЯ:

120/80 мм.рт.ст. и более

140/90 мм.рт.ст. и более

*160/95 мм.рт.ст. и более

ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ:

Достаточно однократной регистрации повышенного АД

*Необходимо, чтобы АД было выше нормы не менее, чем при двух посещениях в разные дни

Обязательна регистрация повышенного АД не менее, чем при трех посещениях с интервалом в 2 недели

"МЯГКОЙ" АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ СЛУЧАИ ПОВЫШЕНИЯ:

Диастолического АД не более 95 мм. рт.ст.

Диастолического АД не более 100 мм. рт.ст.

*Диастолического АД не более 105 мм. рт.ст., без признаков поражения жизненно важных органов

КРИТЕРИЕМ I СТАДИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Сравнительно небольшое повышение АД (например, не более 170/100 мм.рт.ст.)

*Отсутствие признаков поражения жизненно важных органов

Лабильность АД

КРИТЕРИЕМ II СТАДИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Признаки гипертрофии левого желудочка

Сужение артерий сетчатки

Признаки нарушения функции почек

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ПРИЗНАКАМИ III СТАДИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Возникновение сердечной недостаточности

Гипертоническая энцефалопатия

Нарушения мозгового кровообращения

Хроническая почечная недостаточность

*Все перечисленное

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНОЙ (СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ) СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДО 60 ЛЕТ ПРИМЕРНО У:

60% больных

50% больных

25% больных

*10% больных

ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

Первичный гиперальдостеронизм

Феохромоцитома

*Заболевание почек

Поражение сердца и крупных артерий

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ СИЛЬНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ, ПОТЛИВОСТЬЮ И СЕРДЦЕБИЕНИЕМ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

Первичного гиперальдостеронизма

*Феохромоцитомы

Реноваскулярной гипертензии

Коарктации аорты

ПРИСТУПЫ РЕЗКОЙ СЛАБОСТИ, ПРЕХОДЯЩИЕ ПАРЕЗЫ, СУДОРОГИ, ПОЛИУРИЯ И НИКТУРИЯ УКАЗЫВАЮТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ:

Феохромоцитомы

Коарктации аорты

*Первичного гиперальдостеронизма

Реноваскулярной гипертензии

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГИПЕРТОНИИ ПОСЛЕ 50 ЛЕТ, ВЫСЛУШИВАНИЕ ШУМА В ОКОЛОПУПУЧНОЙ ОБЛАСТИ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ, УКАЗЫВАЮТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ:

Первичного гиперальдостеронизма

Феохромоцитомы

*Реноваскулярной гипертензии

Коарктации аорты

ПОВЫШЕНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СИСТОЛИЧЕСКОГО АД (ИЛИ ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Атеросклероза аорты

Тиреотоксикоза

Аортальной недостаточности

Выраженной брадикардии

*Всего перечисленного

РЕШАЮЩИМ В УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ:

Экскреторной урографии

Радионуклидной ренографии

Определения активности ренина плазмы

*Аортографии с отдельной катетеризацией почечных артерий и вен (с определением активности ренина в почечных венах)

ГИПОКАЛИЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Реноваскулярной гипертензии
Феохромоцитомы
*Первичного гиперальдостеронизма
Хронического пиелонефрита

УМЕНЬШЕНИЕ АКТИВНОСТИ РЕНИНА ПЛАЗМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Феохромоцитомы
Реноваскулярной гипертензии
*Первичного гиперальдостеронизма
Хронического гломерулонефрита

УМЕНЬШЕНИЕ И ЗАДЕРЖКА ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ НА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ПУЛЬСАЦИЕЙ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

Феохромоцитоме
Реноваскулярной гипертензии
*Коарктации аорты
Атеросклерозе аорты

ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЕМ:

Пероральных контрацептивов
Кортикостероидов
Нестероидных противовоспалительных препаратов
Трициклических антидепрессантов
*Всего перечисленного

К НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ СПОСОБАМ СНИЖЕНИЯ АД ОТНОСЯТСЯ:

Снижение или нормализация веса тела
Ограничение употребления соли
Физические тренировки с нагрузкой аэробного характера
Методы релаксации, аутогенная тренировка
*Все перечисленное

ОПТИМАЛЬНЫЕ ДОЗЫ ГИПОТИАЗИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЯГКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОСТАВЛЯЮТ:

*12,5-25 мг/сут.
50-100 мг/сут.
100-150 мг/сут.
150-200 мг/сут.

ПРИ ИСХОДНОЙ БРАДИКАРДИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ:

Анаприлина (обзидана)
Финоптина (верапамила)
*Коринфара
Клофелина
Допегита

СНИЖАЮТ СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА И НЕБЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯЮТ НА СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА:

*Бета-блокаторы
 Антагонисты кальция
 Клофелин
 Каптоприл
 Празозин

НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА
 ОКАЗЫВАЮТ:

*Диуретики
 Антагонисты кальция
 Клофелин
 Каптоприл
 Празозин

СРЕДНИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ФИНОПТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
 ГИПЕРТОНИИ СОСТАВЛЯЮТ

40-80 мг.
 80-120 мг.
 *160-320 мг.
 360-480 мг.
 500-600 мг

ИЗ ДИУРЕТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

*Гипотиазид
 Фуросемид
 Урегит
 Верошпирон
 Бриналидикс

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СТАНДАРТНОЙ МАНЖЕТКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ
 РЕГИСТРИРУЕТСЯ:

*Ложно завышенное АД.
 Ложно заниженное АД.
 Толщина рук не влияет на точность определения АД

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ:

Допегита
 Гуанетидина
 *Антагонистов кальция
 Бета-блокаторов
 Апрессина

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЧАЩЕ ВСЕГО
 НАЗНАЧАЮТ:

Диуретики
 *Антагонисты кальция
 Резерпин
 Клофелин
 Миноксидил

УМЕНЬШЕНИЮ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЕЙ СПОСОБСТВУЕТ ПРИЕМ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Допегита
 *Апрессина
 Атенолола
 Верапамила
 Каптоприла

НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК УКАЗЫВАЕТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА НАЧИНАЯ С:

0,5 мг%
 *1,5 мг%
 2 мг%
 3 мг%
 5 мг%

У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ:

Выраженное повышение АД
 Резкие изменения на глазном дне (отек сосков зрительных нервов)
 Прогрессирующее поражение почек
 *Все перечисленное

В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:

Гиперволемиа
 *Гиповолемиа
 Гипернатриемиа
 *Гипонатриемиа

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ (ЗАГ) НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ У БОЛЬНЫХ:

Гипертонической болезнью
 *Реноваскулярной гипертонией
 Паренхиматозными заболеваниями почек
 Частота ЗАГ не зависит от этиологии гипертонии

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОБЫЧНО ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

Гипотиазида
 Верошпирона
 Триампура
 *Фуросемида
 Бриналидикса

БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ:

Гипертонической энцефалопатии
 Расслаивающей аневризме аорты
 Нарушении мозгового кровообращения
 *Прогрессирующей почечной недостаточности

НАИБОЛЕЕ УДОБЕН ДЛЯ СРОЧНОГО КОНТРОЛИРУЕМОГО СНИЖЕНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД)

Резерпин

Пентамин

Дибазол

*Нитропруссид натрия

Сернокислая магнезия

НАИБОЛЕЕ УДОБЕН ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА (ВНУТРЬ ИЛИ
СУБЛИНГВАЛЬНО) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ:

Адельфан

Анаприлин

*Коринфар

Допегит

Резерпин

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРАЗОЗИНОМ:

Часто развивается тахикардия

*Возможно развитие тахифилаксии к препаратам

*Частота сердечных сокращений может уменьшаться

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

Диазоксид

Клофелин

*Нитропруссид натрия

Дроперидол

Фуросемид

ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ С ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ:

Обзидана

*Нитропруссид натрия

Финоптина

Дибазола

Дигоксина

К ПРЕПАРАТАМ, ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ КОТОРЫХ В ОСНОВНОМ СВЯЗАН С
ВЛИЯНИЕМ НА АКТИВНОСТЬ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ,
ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

Клофелина

Допегита

Празозина

*Каптоприла

Фентоламина

НАЗНАЧЕНИЕ АПРЕССИНА, КАК ПРАВИЛО, ПРИВОДИТ К:

*Повышению активности симпатико-адреналовой системы

Повышению активности парасимпатического отдела нервной системы

Снижению активности симпатико-адреналовой системы

ЛЕЧЕНИЕ ПРАЗОЗИНОМ ПРИВОДИТ К:

*Расширению артериол и вен
 Расширению только артериол
 Расширению только вен
 Все ответы неправильные

ПРИМЕНЕНИЕ КАПТОПРИЛА СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

Уменьшением концентрации ангиотензина II
 Уменьшением секреции альдостерона
 Увеличением выделения натрия с мочой
 *Все ответы правильные
 Правильного ответа нет

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННОЙ
 АЗОТОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ:

Допегит
 Коринфар
 *Анаприлин
 Фуросемид

КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИЙ ЭФФЕКТ ВЕРОШПИРОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ:

1-2 часа
 1-3 дня
 *7-14 дней
 15-21 день

ГАНГЛИОБЛОКАТОРЫ (ПЕНТАМИН, БЕНЗОГЕКСОНИЙ, АРФОНАД) ОКАЗЫВАЮТ
 БЛОКИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НА:

Симпатическую иннервацию
 Парасимпатическую иннервацию
 *Симпатическую и парасимпатическую иннервацию

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ПЕНТАМИНА:

*Больше, чем у арфонада
 Меньше, чем у арфонада
 Нет существенных различий в периодах полувыведения пентамина и арфонада

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ АПРЕССИНОМ (ГИДРАЛАЗИНОМ)
 НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЕГО:

*Как монотерапию
 В сочетании с бета-адреноблокаторами
 В сочетании с симпатолитическими средствами

ДЛИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРАЗОЗИНОМ:

*Не вызывает изменений в содержании липидов крови
 Увеличивает содержание липопротеидов низкой плотности
 Уменьшает содержание липопротеидов высокой плотности

К ЭНДОКРИННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ГИПЕРТОНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ГИПЕРТОНИИ
 ПРИ:

*Первичном гиперальдостеронизме (синдроме Конна)
 *Феохромоцитоме
 Диабетическом гломерулосклерозе

Все ответы правильные

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ДОСТАТОЧНО:

Проведения экскреторной урографии

Определения концентрации ренина в плазме крови

*Проведения ангиографии почечных артерий

Все перечисленное

К ПРИОБРЕТЕННЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТСЯ:

*Атеросклероз почечных артерий

Гипоплазия почечных артерий

*Неспецифический аортоартериит

Все ответы правильные

ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АД МОЖЕТ БЫТЬ:

Сино-атриальная блокада II ст

*Полная поперечная блокада

Атриовентрикулярная блокада II ст

Блокада левой или правой ножки пучка Гиса

ВНЕАДПОЧЕЧНИКОВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ:

У 50% больных с феохромоцитомой

У 30% больных с феохромоцитомой

*У 10% больных с феохромоцитомой

Менее, чем у 5% больных с феохромоцитомой

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПАРААНГИОМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В:

Почках

Печени

Мочевом пузыре

*Области брюшного отдела аорты

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕНОВАСКУЛЯРНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

Нефрэктомия

*Реконструктивные операции на почечных артериях

Аутоотрансплантация почки

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНОГО С ЖАЖДой, ПОЛИУРИЕЙ, МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТЬЮ И УДЛИНЕНИЕМ ИНТЕРВАЛА Q-T НА ЭКГ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Гипертоническая болезнь

Хронический пиелонефрит

*Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна)

Феохромоцитома

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНОЙ 20 ЛЕТ С ШУМОМ, ВЫСЛУШИВАЕМЫМ В ОБЛАСТИ ПРОЕКЦИИ ПРАВОЙ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ, УВЕЛИЧЕННОЙ СОЭ И ЛЕЙКОЦИТОЗОМ, ЯВЛЯЮТСЯ:

Фибромышечная дисплазия

Гломерулонефрит
 *Неспецифический аортоартериит
 Гипоплазия почечной артерии
 Аневризма почечной артерии

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:

Фибромышечная дисплазия
 Неспецифический аортоартериит
 Гипоплазия почечной артерии
 *Атеросклероз почечной артерии

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

Коринфара
 Финоптина
 *Анаприлина
 Празозина

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III-IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ:

Клофелин
 Коринфар
 *Изобарин
 Финоптин

ПРИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ АКТИВНОСТЬ РЕНИНА В ПЛАЗМЕ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ, ОТТЕКАЮЩЕЙ ОТ ПОЧКИ СО СТЕНОЗИРОВАННОЙ АРТЕРИЕЙ, ПО СРАВНЕНИЮ С КРОВЬЮ, ОТТЕКАЮЩЕЙ ОТ НЕПОРАЖЕННОЙ ПОЧКИ:

Ниже, чем на неповрежденной стороне
 *Выше в 1,5-2 раза
 Такая же, как на поврежденной стороне

ДЛЯ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА ХАРАКТЕРНО ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Артериальной гипертензии
 Гипергликемии
 Ожирения
 *Гипогликемии
 Нейтрофильного лейкоцитоза

СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ:

*У женщин
 У мужчин
 Одинаково часто у женщин и мужчин

АДЕНОМА, ВЫЗЫВАЮЩАЯ СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА, ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ:

Мозгового слоя надпочечников
 *Коркового слоя надпочечников
 Паренхимы почек

ГИПОТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ДРОПЕРИДОЛА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗАНО С:

Блокадой бета-адренорецепторов
 *Блокадой альфа-адренорецепторов
 *Седативным действием

ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ, СВЯЗАННОМ С ДИФфуЗНОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ, КАК ПРАВИЛО, ПРОВОДИТСЯ:

Хирургическое лечение
 *Медикаментозная коррекция артериальной гипертензии
 Хирургическое лечение и медикаментозная коррекция артериального давления

ДВУСТОРОННЯЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА В :

80-90% случаев
 40-50% случаев
 *10-20% случаев
 5-10% случаев

ГИПОТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ КАПТОПРИЛА СВЯЗАНО С:

Уменьшением образования ренина
 Блокадой альфа-адренорецепторов
 *Уменьшением образования ангиотензина II
 *Влиянием на калликреин-кининовую систему и систему простагландинов

ИЗБЫТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ИМЕЕТ СУЩЕСТВЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ:

*Гипертонической болезни
 Синдрома Конна
 Реноваскулярной гипертензии
 Всего перечисленного
 Ничего из перечисленного

СНИЖЕНИЕ НАТРИЙУРЕЗА И ДИУРЕЗА В ОТВЕТ НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС:

*Весьма характерно для больных гипертонической болезнью
 Характерно для небольшой части больных гипертонической болезнью
 Не характерно для больных гипертонической болезнью

СНИЖЕНИЕ НАТРИЙУРЕЗА И ДИУРЕЗА В ОТВЕТ НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС:

Свойственно больным с пограничной артериальной гипертензией
 Свойственно больным с гипертонической болезнью I стадии
 Свойственно родственникам больных гипертонической болезнью
 *Все ответы правильные

Правильного ответа нет

ПОВЫШЕНИЕ ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ:

Гипертонической болезнью

Вазоренальной гипертонией

С синдромом Конна

*Всем перечисленным

Ни при одном из перечисленных

ПОВЫШЕНИЕ ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ
МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:

I стадии

II стадии

II и III стадии

*Во всех стадиях

ПОВЫШЕНИЕ ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ
ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ:

Норморениновой артериальной гипертонии

Гиперрениновой артериальной гипертонии

Гипорениновой артериальной гипертонии

*Всем перечисленным

Правильного ответа нет

В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИДАЮТ ЗНАЧЕНИЕ:

Нарушениям пассивного трансмембранного транспорта катионов

Нарушениям активного трансмембранного транспорта катионов

*И тому, и другому

Ни тому, и ни другому

ДЛЯ РАННИХ СТАДИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ПО СРАВНЕНИЮ С
ПОЗДНИМИ) ХАРАКТЕРНО

*Более выраженное увеличение сердечного выброса

Более выраженное увеличение общего периферического сосудистого сопротивления

И то, и другое

Ни то, и ни другое

В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПОЛОЖЕН
ПРИНЦИП:

*Выраженности органных изменений

Изменений типов гемодинамики

*Величины АД

Все перечисленное

ДЛЯ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО
КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРНО АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ:

120/80 - 140/95 мм.рт.ст

130/85 - 150/89 мм.рт.ст.

140/90 - 150/94 мм.рт.ст.

*140/90 - 160/95 мм.рт.ст.

ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ I СТАДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ДИАПАЗОН ЗНАЧЕНИЙ АД:

150/90 - 159/94 мм.рт.ст.

140/90 - 159/94 мм.рт.ст.

*160/95 - 179/104 мм.рт.ст.

135/90 - 170/100 мм.рт.ст.

ПРИ ГИПОРЕНИНОВОЙ (ОБЪЕМ-НАТРИЙЗАВИСИМОЙ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВЕЛИЧИНА ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ:

Не изменена

Повышена

Понижена

Не изменена лишь в ранней стадии

ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВЫРАЖЕННОСТЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

Сильно коррелирует с длительностью заболевания и уровнем АД.

Не коррелирует с длительностью заболевания и уровнем АД.

*Корреляция с этими факторами имеется, но не является выраженной

ИЗБЫТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Решающим фактором

Сугубо второстепенным фактором

*Важным, но не решающим фактором

В МЕХАНИЗМЕ ГИПОТЕНЗИВНОГО ДЕЙСТВИЯ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ПРИДАЮТ ЗНАЧЕНИЕ:

"Антирениновому" эффекту

Снижению чувствительности барорецепторов

Изменению синтеза простагландинов в сосудистой стенке

*Всему перечисленному

Ничему из перечисленного

СИСТЕМАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ РЕКОМЕНДУЮТ НАЧИНАТЬ ПРИ СТАБИЛЬНО ПОВЫШЕННОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОМ АД:

Более 85 мм.рт.ст.

Более 90 мм.рт.ст.

*Более 100 мм.рт.ст.

Только при диастолическом АД более 105-110 мм.рт.ст.

БОЛЬНЫМ С ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

Длительный систематический прием гипотензивных препаратов

Курсовой прием гипотензивных препаратов

*Регулярные занятия физкультурой

*Соблюдение общегигиенических и диетических рекомендаций

РИСК РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ БОЛЬШЕ ПРИ ДИАСТОЛИЧЕСКОМ АД:

Более 75 мм.рт.ст.
 Более 80 мм.рт.ст.
 *Более 85 мм.рт.ст.
 Правильного ответа нет

С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
 КОРРЕЛИРУЕТ УРОВЕНЬ:

Диастолического АД
 Систолического АД
 *Как диастолического, так и систолического АД
 Ни того, и ни другого
 Закономерности нет

У БОЛЬНЫХ С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПОВЫШЕНО:

Только систолическое АД.
 Только диастолическое АД.
 *Как систолическое, так и диастолическое АД.
 Ни то, и ни другое

ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Избыточное потребление поваренной соли
 Ожирение
 Гиподинамия
 Злоупотребление алкоголем
 *Все перечисленное

ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СВОЙСТВЕННА
 БОЛЬНЫМ:

*Феохромоцитомой
 Первичным гиперальдостеронизмом
 Реноваскулярной гипертонией
 Гипертонической болезнью
 Всем перечисленным

ДЛЯ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ СВОЙСТВЕННО:

*Астеническое телосложение
 Гиперстеническое телосложение
 Нормостеническое телосложение
 Закономерности не выявляется

ЖАЛОБЫ НА МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ СВОЙСТВЕННЫ БОЛЬНЫМ С:

Феохромоцитомой
 Реноваскулярной гипертонией
 *Синдромом Конна
 Всем перечисленным

У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КОННА РЕАБСОРБЦИЯ НАТРИЯ:

*Усилена
 Снижена
 Не изменена
 Связана со стадией развития болезни

В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ
КОННА ЛЕЖИТ:

Гипокалиемиа

Гиперренинемиа

*Увеличение реабсорбции натрия

Снижение реабсорбции натрия

УРОВЕНЬ АД ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

Сердечным выбросом

Общим периферическим сосудистым сопротивлением

*И тем, и другим

Ни тем, и ни другим

НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ВАЗОКОНСТРИКТОРНЫМ ЭФФЕКТОМ ИЗ
ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ:

Ренин-субстрат

Ренин

Ангиотензиноген

Брадикинин

*Вазопрессин

НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ВАЗОКОНСТРИКТОРНЫМ ЭФФЕКТОМ ИЗ
ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ:

Калликреин

Брадикинин

Ренин

*Ангиотензин II

ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
ОБЛАДАЕТ:

Вазопрессин

Тромбоксан А2

*Простаглицин

Ни один из перечисленных

ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
ОБЛАДАЕТ:

*Брадикинин

Вазопрессин

Ренин

Ни один из перечисленных

ВАЗОКОНСТРИКТОРНЫМ ЭФФЕКТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
ОБЛАДАЮТ:

Эндотелин

Тромбоксан А2

Ангиотензин II

*Все перечисленные

Ни один из перечисленных

ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
ОБЛАДАЮТ:

Эндотелин
 Тромбоксан А2
 Ангиотензин
 Все перечисленные
 *Ни один из перечисленных

ГИПОТЕНЗИВНЫМ ЭФФЕКТОМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СТИМУЛЯЦИЯ:

*Центральных альфа-адренорецепторов
 Периферических альфа-адренорецепторов
 Центральных и периферических альфа-адренорецепторов
 Ни одного из перечисленных

ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ЭФФЕКТОМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СТИМУЛЯЦИЯ:

Центральных альфа-адренорецепторов
 *Периферических альфа-адренорецепторов
 И тех, и других
 Ни тех, и ни других

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Изотопная ренография
 Внутривенная урография с серийной регистрацией урограмм
 Компьютерная томография
 *Контрастная аортография
 Все перечисленные

ФЕОХРОМОЦИТОМА:

Является всегда доброкачественной опухолью
 Является, как правило, злокачественной опухолью
 *Может быть как доброкачественной, так и злокачественной опухолью

ВНЕАДПОЧЕЧНИКОВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АЛЬДОСТЕРОН-ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КОННА:

Встречается примерно в половине случаев
 Встречается у 10-15% больных
 Не встречается
 *Встречается казуистически редко

ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОМА ОБЫЧНО ИМЕЕТ РАЗМЕР:

С рисовое зерно
 *С горошину
 С грецкий орех
 С кулак

ФЕОХРОМОЦИТОМА ОБЫЧНО ИМЕЕТ РАЗМЕР:

До 1 см в диаметре
 До 2-3 см в диаметре
 Более 10 см в диаметре
 *5-10 см в диаметре

ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:

*Трициклические антидепрессанты

Антагонисты кальция
 Блокаторы альфа-адренорецепторов
 Все перечисленные препараты
 Ни один из перечисленных

ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ:

Опиатов
 Гистамина
 АКТГ
 *Всех перечисленных препаратов
 Ни один из перечисленных

ФЕОХРОМОЦИТОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ:

*Богато васкуляризированной
 Бедно васкуляризированной
 Обычно васкуляризированной

ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ КРИЗОВОЕ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ:

Имеет место практически у всех больных
 Имеет место у 10-15% больных
 *Имеет место приблизительно у 50-75% больных
 Встречается крайне редко

ДЕКСАМЕТАЗОНОВЫЙ "СУПРЕССИВНЫЙ" ТЕСТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ЦЕННОСТЬ В ДИАГНОСТИКЕ:

Феохромоцитомы
 Синдрома Конна
 Реноваскулярной гипертензии
 Все ответы правильные
 *Правильного ответа нет

ДЕКСАМЕТАЗОНОВЫЙ "СУПРЕССИВНЫЙ" ТЕСТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ЦЕННОСТЬ В ДИАГНОСТИКЕ:

Феохромоцитомы
 Ренопаренхиматозной гипертензии
 *Синдрома Кушинга
 Синдрома Конна
 Правильного ответа нет

ТЕСТ С ПРИЕМОМ КАПТОПРИЛА ПРЕДСТАВЛЯЕТ ЦЕННОСТЬ В ДИАГНОСТИКЕ:

Феохромоцитомы
 Синдрома Конна
 Синдрома Кушинга
 Всего перечисленного
 *Ничего из перечисленного

ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ВЫРАЖЕНА ПРИ:

Синдроме Конна
 *Синдроме Кушинга
 Феохромоцитоме
 Все ответы правильные

ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ИМЕЕТ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ:

- С синдромом Конна
- *С синдромом Кушинга
- С феохромоцитомой
- Всего перечисленного
- Правильного ответа нет

ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА КУШИНГА ИМЕЕТ:

- *Гиперпродукция кортизола
- Гиперпродукция катехоламинов
- Гиперпродукция альдостерона
- Правильного ответа нет

ПРИЧИНАМИ СИНДРОМА КУШИНГА МОГУТ БЫТЬ:

- Аденома надпочечников
- Карцинома надпочечников
- Карцинома поджелудочной железы
- Бронхиальная аденокарцинома
- *Все перечисленное

ОПРЕДЕЛЕНИЕ 17-ГИДРОКСИСТЕРОИДОВ И 17-КЕТОСТЕРОИДОВ В МОЧЕ, СОБРАННОЙ ЗА 24-ЧАСОВОЙ ПЕРИОД, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

- Феохромоцитомы
- Первичного гиперальдостеронизма
- *Синдрома Кушинга
- Вазоренальной гипертензии
- Всего перечисленного

СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТОНИЮ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ОСТЕОПОРОЗ, АМЕНОРЕЮ, ГИРСУТИЗМ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- Феохромоцитомы
- Синдрома Конна
- *Синдрома Кушинга
- Ни одного из перечисленных

СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТОНИЮ, ПОЛИДИПСИЮ, ПОЛИУРИЮ, МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ И ГИПОКАЛИЕМИЮ ХАРАКТЕРЕН, ДЛЯ:

- Реноваскулярной гипертензии
- Ренопаренхиматозной гипертензии
- *Синдрома Конна
- Синдрома Кушинга

У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КОННА ВЫРАЖЕННЫЙ ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ:

- Встречается всегда
- Встречается довольно часто
- *Встречается крайне редко
- Не встречается

У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КОННА АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ:

- Всегда имеет кризовое течение

Никогда не имеет кризового течения

*Возможно как кризовое, так и некризовое течение гипертонии

ГИПОКАЛИЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С:

"Объем натрийзависимым" вариантом гипертонической болезни

*Первичным гиперальдостеронизмом

Феохромоцитомой

Фибромышечной дисплазией почечных артерий

ГИПОКАЛИЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ:

С синдромом Конна

С вторичным гиперальдостеронизмом

*И тем, и другим

Ни тем, и ни другим

ДЛЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
ХАРАКТЕРНА:

*Относительная гиповолемия

Гиперволемия

Нормоволемия

Правильного ответа нет

ДЛЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
ХАРАКТЕРНЫ:

Гематурия

Цилиндрурия

Протеинурия

*Все перечисленное

В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С КОАРКТАЦИЕЙ
АОРТЫ ПРИДАЮТ ЗНАЧЕНИЕ:

Гемодинамическому фактору

Гипоперфузии почек

*Обоим факторам

Ни одному из перечисленных

В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, СВЯЗАННОЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ
ПЕРОРАЛЬНЫХ ЭКСТРОГЕНСОДЕРЖАЩИХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ,
ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИДАЮТ:

*Ретенции натрия

Увеличению продукции вазопрессина

Повышению активности симпатoadреналовой системы

Правильного ответа нет

Все ответы правильные

В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, СВЯЗАННОЙ С ПРИЕМОМ
ЭКСТРОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ПЕРОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ,
ПРИДАЮТ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ:

*Увеличению синтеза ренин-субстрата

Снижению синтеза ренин-субстрата

Гипоальдостеронизму

Увеличению активности симпатoadреналовой системы

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ, ПРОТЕКАЮЩАЯ С КРИЗАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ТАХИКАРДИЕЙ, ПОТООТДЕЛЕНИЕМ, ГИПЕРЕМИЕЙ ЛИЦА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Синдрома Конна

Реноваскулярной гипертензии

*Феохромоцитомы

Синдрома Кушинга

ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВАНИЛИЛМИНДАЛЬНОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ, СОБРАННОЙ ЗА 24-ЧАСОВОЙ ПЕРИОД, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

*Феохромоцитомы

Синдрома Конна

Синдрома Кушинга

Реноваскулярной гипертензии

ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ МОЧЕГОННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

Усиливается

*Утрачивается или ослабевает

Не изменяется

ПРИ СИСТЕМАТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ МОЧЕГОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБЩЕЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ СОСУДИСТОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ:

Увеличивается

*Уменьшается

Не изменяется

Закономерности не выявляется

У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НАИМЕНЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ СО СТОРОНЫ ГЛАЗНОГО ДНА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Генерализованное сужение артерий

Отек соска зрительного нерва

Возникновение экссудатов

Возникновение геморрагий

У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ГЛАЗНОГО ДНА ЯВЛЯЕТСЯ:

Генерализованное сужение артерий

*Отек соска зрительного нерва

Возникновение экссудатов

Возникновение геморрагий

ПРИ КУПИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У БОЛЬНЫХ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ:

*Препараты, блокирующие альфа-адренорецепторы

Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

Препараты, блокирующие бета-адренорецепторы

Диуретики

РЕНОВАСКУЛЯРНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ ВОЗНИКАЕТ:

При одностороннем поражении почечной артерии

При двустороннем поражении почечных артерий

*Как при одностороннем, так и при двустороннем стенозировании почечных артерий

У БОЛЬНЫХ С РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ДВУСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ:

Не встречается

Встречается крайне редко

*Встречается довольно часто (до 25% случаев)

Закономерно

ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ СВЯЗАН:

*Со снижением постнагрузки на левый желудочек

Со снижением преднагрузки на левый желудочек

В равной степени со снижением пред- и постнагрузки на левый желудочек

Правильного ответа нет

ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРАЗОЗИНА (АДВЕРЗУТЕНА) О БУСЛОВЛЕН:

Уменьшением постнагрузки на левый желудочек

Уменьшением преднагрузки на левый желудочек

*И того, и другого

Ни того, и ни другого

КАПТОПРИЛ МОЖНО НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНЫМ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В:

I стадии

II стадии

III стадии

*Любой стадии

У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I СТАДИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Гипотиазид

Каптоприл

Обзидан

Коринфар

*Все перечисленные препараты могут быть эффективны

АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ, ЭФФЕКТИВНЫ У БОЛЬНЫХ С:

Норморениновой артериальной гипертонией

Гиперрениновой артериальной гипертонией

Гипорениновой артериальной гипертонией

*Все ответы правильные

Правильного ответа нет

БЕТА-БЛОКАТОРЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ У БОЛЬНЫХ:

С норморениновой артериальной гипертонией

С гипорениновой артериальной гипертонией

С гиперрениновой артериальной гипертонией

БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I СТАДИИ ДИУРЕТИКИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

Только в виде монотерапии

Только в комбинации с антиадренергическими препаратами

*Правильного ответа нет

БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВАЗОДИЛАТАТОР МИНОКСИДИЛ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

Только в виде монотерапии

*Только в комбинации с бета-блокаторами и диуретиками

Правильного ответа нет

Значения не имеет

БОЛЬНЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРЕПАРАТ КАПТОПРИЛ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

Только в виде монотерапии

Только в комбинации с другими группами препаратов

*Правильного ответа нет

АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ:

I стадии

II стадии

II-III стадии

*Всех стадий

Правильного ответа нет

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОМБИНАЦИЙ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕРАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ:

Празозина с гуанетидином

Анаприлина с финоптином

*Коринфара с анаприлином

Клофелина с гипотиазидом

ПРИЧИНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Уменьшение венозного возврата крови к сердцу

Снижение венозного тонуса

Гиповолемия

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ ВО ВРЕМЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ:

*Отмечается заметное ускорение ритма сердца

Отмечается замедление ритма сердечных сокращений

Частота сердечных сокращений не изменяется

Все перечисленные варианты наблюдаются примерно с одинаковой частотой

ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ВО ВРЕМЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ:

Заметно повышается

*Не изменяется

Замедляется

Все перечисленные варианты наблюдаются примерно с одинаковой частотой

ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ, ВЫЗВАННАЯ ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ВОЗНИКАЕТ У БОЛЬНЫХ С:

Амилоидозом

Сахарным диабетом

Опухолями центральной нервной системы

*При всех перечисленных заболеваниях

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ:

Возникает при быстром вставании

Возникает после длительного нахождения в положении стоя

Перед потерей сознания может отмечаться появление предобморочных реакций

*Все ответы правильные

У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ:

Диагноз устанавливают методом исключения органической патологии

Прогноз вполне благоприятный

Основным нарушением является расстройство вегетативной регуляции

*Все ответы правильные

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ВОЗМОЖНО:

Психотерапевтическими методами

Физическими тренировками

С использованием медикаментозных препаратов

*Все ответы правильные

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ВАЗОДЕПРЕССОРНЫМИ ОБМОРОКАМИ ИНФОРМАТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ:

Активной ортостатической пробы

*Пассивной ортостатической пробы

*Инфузии изадрина во время пассивной ортостатической пробы

Все ответы правильные

ОРТОСТАТИЧЕСКУЮ ГИПОТОНИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПРИЕМ:

Метилдофа

Празозина

Гуанетидина

*Всех перечисленных препаратов

БОЛЬНЫМ, СКЛОННЫМ К ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ, СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ВСЕГО, КРОМЕ:

Работы, связанной со статическим (изометрическим) напряжением

Обильного приема пищи

*Употребления продуктов, содержащих большое количество поваренной соли

Длительного пребывания в горизонтальном положении с опущенным головным концом

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У ЗДОРОВЫХ:

*Отмечается снижение систолического АД менее, чем на 30 мм.рт. ст.

Может быть снижение систолического АД более, чем на 30 мм.рт. ст.

Реакция АД индивидуальна

Просмотр
 Секция: Атеросклероз
 Название Атеросклероз
 Вопросов 91
 Суммарный вес вопросов 91
 Максимальный балл 3
 Перемешивать вопросы
 Представлять вопросов 3

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Одним из независимых факторов риска атеросклероза
 Фактором риска атеросклероза, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска
 Не является фактором риска атеросклероза

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ:

*Является одним из независимых факторов риска атеросклероза
 Является фактором риска, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска
 Не является фактором риска атеросклероза

КУРЕНИЕ СИГАРЕТ:

*Является одним из независимых факторов риска клинических проявлений атеросклероза
 Является фактором риска атеросклероза, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска
 Не является фактором риска атеросклероза

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА:

Является одним из независимых факторов риска атеросклероза
 *Является фактором риска атеросклероза, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска
 Не является фактором риска атеросклероза

ГИПОДИНАМИЯ:

Является одним из независимых факторов риска атеросклероза
 *Роль ее как фактора риска не доказана
 Не является фактором риска атеросклероза

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА:

*Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела
 Имеет такое же значение, как избыточная масса тела
 Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА:

Имеет менее важное значение, чем гиподинамия
 *Имеет более важное значение, чем гиподинамия
 Имеет такое же значение, как гиподинамия

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА:

*Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела

Имеет такое же значение, как избыточная масса тела
Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА:

Имеет менее важное значение, чем гиподинамия
*Имеет более важное значение, чем гиподинамия
Имеет такое же значение, как гиподинамия

КУРЕНИЕ СИГАРЕТ КАК ФАКТОР РИСКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА:

Имеет такое же значение, как избыточная масса тела
Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела
*Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела

КУРЕНИЕ СИГАРЕТ КАК ФАКТОР РИСКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА:

*Имеет более важное значение, чем гиподинамия
Имеет менее важное значение, чем гиподинамия
Имеет такое же значение, как гиподинамия

ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Избыточная масса тела
*Гиперхолестеринемия
Психоэмоциональное напряжение
Гиподинамия

ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Психоэмоциональное напряжение
Гиподинамия
*Артериальная гипертония
Избыточная масса тела

ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ:

Является одним из основных факторов риска атеросклероза
Является одним из дополнительных факторов риска атеросклероза
*Не является фактором риска атеросклероза

ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ПОРАЖАЮТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЮЩИЕ СЛОИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ

*Интима
Медия
Адвентиция

ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ПОРАЖАЮТСЯ:

*Артерии мышечного типа
*Артерии мышечно-эластического типа
Артерии эластического типа

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ БЛЯШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

В дистальных отделах артерий

В проксимальных отделах артерий

*В местах бифуркации артерий

С одинаковой частотой образуются в любых отделах артерий

В АРТЕРИОЛАХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ БЛЯШКИ:

Встречаются как правило

Встречаются как исключение

*Не встречаются

ЛИПИДНЫЕ ПЯТНА И ЛИПИДНЫЕ ПОЛОСКИ ХАРАКТЕРНЫ:

*Для ранних стадий атеросклероза

Для поздних стадий атеросклероза

Как для ранних, так и для поздних стадий атеросклероза

ЛИПОИДОЗ АОРТЫ:

*Начинается в детском возрасте

Начинается на третьем десятилетии жизни

Характерен для среднего возраста

Характерен для пожилого и старческого возраста

АОРТА ДЕСЯТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА, КАК ПРАВИЛО:

Не содержит липидных отложений

*Содержит липидные пятна и липидные полосы

Содержит небольшие атеросклеротические бляшки

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ БЛЯШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В:

Церебральных артериях

Коронарных артериях

*Аорте

Бедренных артериях

ПРОЛИФЕРАЦИЯ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ КЛЕТОК В ИНТИМЕ АРТЕРИЙ

РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК:

*Обязательный этап атерогенеза

Существенный, но необязательный этап атерогенеза

Второстепенный этап атерогенеза

ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ "ПЕНИСТЫЕ" КЛЕТКИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В АТЕРОГЕНЕЗЕ, БОГАТЫ:

В основном белком

Кальцием

*Липидами

Тканевым детритом

ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ "ПЕНИСТЫЕ" КЛЕТКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ:

*Ранних стадий атеросклероза

Поздних стадий атеросклероза

При осложнениях атеросклероза

Не характерны для гистологической картины при атеросклерозе

ПРОЛИФЕРАЦИЯ ФИБРОЗНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ИНТИМЕ АРТЕРИЙ:

*Является обязательной в процессе формирования атеросклеротической бляшки
 Рассматривается в качестве существенного, но необязательного процесса при формировании атеросклеротической бляшки
 Не имеет значения в атерогенезе

ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ОСЛОЖНЕНИЯ
 АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ:

Тромбоз
 Кальциноз
 *Фиброз
 Изъязвление

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ СЧИТАЕТСЯ СУЖЕНИЕ ПРОСВЕТА
 КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ НА:

25%
 40%
 *75%

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТИПОВ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ АТЕРОГЕННЫМ
 ЯВЛЯЕТСЯ:

I тип
 *II тип
 V тип

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТИПОВ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ АТЕРОГЕННЫМ
 ЯВЛЯЕТСЯ:

I тип
 V тип
 *III тип

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТИПОВ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ АТЕРОГЕННЫМ НЕ
 ЯВЛЯЕТСЯ:

Тип IIa
 Тип IIb
 III тип
 *V тип

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТИПОВ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 АТЕРОГЕННЫМ:

*I тип
 Тип IIa
 Тип IIb
 III тип

ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ ЭКЗОГЕННЫХ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

*Хиломикроны
 Липопротеиды очень низкой плотности
 Липопротеиды низкой плотности
 Липопротеиды высокой плотности

ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ ЭКЗОГЕННОГО ХОЛЕСТЕРИНА ЯВЛЯЮТСЯ:

Липопротеиды очень низкой плотности

Липопротеиды низкой плотности
 *Хиломикроны
 "Ремнантные" частицы
 Липопротеиды высокой плотности

ОСНОВНОЙ ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ ЭНДОГЕННОГО ХОЛЕСТЕРИНА ЯВЛЯЮТСЯ:

Хиломикроны
 Липопротеиды очень низкой плотности
 *Липопротеиды низкой плотности
 "Ремнантные" частицы
 Липопротеиды высокой плотности

ОСНОВНОЙ ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ ЭНДОГЕННЫХ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

Хиломикроны
 *Липопротеиды очень низкой плотности
 Липопротеиды низкой плотности
 "Ремнантные" частицы
 Липопротеиды высокой плотности

АНТИАТЕРОГЕННУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

Хиломикроны
 Липопротеиды очень низкой плотности
 "Ремнантные" частицы
 Липопротеиды низкой плотности
 *Липопротеиды высокой плотности

СИНОНИМОМ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИДОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Эстерифицированный холестерин
 Неэстерифицированный холестерин
 *Альфа-холестерин
 Бета-холестерин
 Пребета-холестерин

СИНОНИМОМ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Альфа-холестерин
 *Бета-холестерин
 Пребета-холестерин
 Неэстерифицированный холестерин

"ХИЛЕЗНЫЙ" ВИД СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИДАЮТ:

*Хиломикроны
 "Ремнантные" частицы
 Липопротеиды очень низкой плотности
 Липопротеиды низкой плотности
 Липопротеиды высокой плотности

ПРИ НЕАТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯХ НАИБОЛЕЕ ВЫСОК РИСК РАЗВИТИЯ:

Гиперурикемии
 Сахарного диабета

*Острого панкреатита
 Констриктивного перикардита
 Тромбоэмболии легочной артерии

В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИНАДЛЕЖИТ:

Нарушению синтеза липопротеидов низкой плотности
 Нарушению абсорбции холестерина
 *Уменьшению количества или отсутствию рецепторов, на которых фиксируются липопротеиды низкой плотности
 Нарушению катаболизма "ремнантных" частиц
 Нарушению катаболизма липопротеидов очень низкой плотности

НАИБОЛЕЕ РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

*Гомозиготной форме семейной гиперхолестеринемии
 Гетерозиготной форме семейной гиперхолестеринемии
 При III типе дислипотеидемии

СЕМЕЙНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИЗБЫТКОМ:

Хиломикрон
 Липопротеидов низкой плотности
 *Липопротеидов очень низкой плотности и хиломикрон
 Липопротеидов промежуточной плотности
 Липопротеидов низкой и очень низкой плотности

ГОМОЗИГОТНАЯ СЕМЕЙНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ СО СЛЕДУЮЩЕЙ ЧАСТОТОЙ:

I случай на 1000 населения
 I случай на 10 000 населения
 I случай на 100 000 населения
 *I случай на 1 000 000 населения

РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗМОЖНО ПРИ:

Семейной гипертриглицеридемии
 Гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии
 *Гомозиготной семейной гиперхолестеринемии
 Комбинированной семейной гиперлипидемии
 Семейном дефиците липопротеидлипазы

НАЛИЧИЕ ПОНИЖЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К УГЛЕВОДАМ, ГИПЕРУРИКЕМИИ, МЕЛКИХ КСАНТОМ НА ЯГОДИЦАХ И В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЕМЕЙНОЙ:

Гиперхолестеринемии
 *Гипертриглицеридемии
 Комбинированной гиперлипидемии
 Всего перечисленного

ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ:

*I тип дислипотеидемии

Тип IIa дислипидемии
 Тип IIb дислипидемии
 III тип дислипидемии

ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ИМЕЕТ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ
 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЕМЕЙНОЙ ДИСХОЛЕСТЕРИНЕМИИ:

Липоидная дуга роговицы
 Увеличение печени и селезенки
 Ксантоматоз ладоней
 *Ксантоматоз ахилловых сухожилий

ДЛЯ БОЛЬНЫХ С III ТИПОМ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ:

*Плоские ксантомы в складках ладоней
 Липоидная дуга роговицы
 Ксантоматоз ахилловых сухожилий
 Увеличение печени и селезенки

ОПТИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ДЛЯ МУЖЧИНЫ
 В ВОЗРАСТЕ 20 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ:

*Менее 5,2 ммоль/л.
 От 5,2 до 6,2 ммоль/л.
 Более 6,2 ммоль/л.

ПРИ ПРИЕМЕ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ УМЕНЬШАЕТСЯ
 СОДЕРЖАНИЕ:

Только холестерина
 Только триглицеридов
 *И холестерина, и триглицеридов
 Холестерина, но повышается уровень триглицеридов

ЭФФЕКТИВНАЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА НИКОТИНОВОЙ
 КИСЛОТЫ СОСТАВЛЯЕТ:

Около 0,5 г.
 Около 1,0 г.
 Около 1,5 г.
 *Около 3,0 г.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ СВЯЗАНЫ В ОСНОВНОМ С:

Вазоконстрикцией
 *Вазодилатацией
 Аллергическими реакциями
 Гиповитаминозом

ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

Тахикардия
 Гиперемия лица
 Гиперурикемия
 *Все ответы правильные
 Правильного ответа нет

НАЗНАЧЕНИЕ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ ПОКАЗАНО ПРИ:
 Гиперлипидемии II типа.

Гиперлипопротеидемии III типа.

Гиперлипопротеидемии IV типа.

*Все ответы правильные

Правильного ответа нет

ХОЛЕСТИРАМИН:

Хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта

Плохо всасывается из желудочно-кишечного тракта

*Не всасывается из желудочно-кишечного тракта

МЕХАНИЗМ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ХОЛЕСТИРАМИНА СВЯЗАН С:

Снижением синтеза холестерина

Снижением синтеза триглицеридов

*Абсорбцией желчи в кишечнике

Усилением катаболизма липопротеидов

НАЗНАЧЕНИЕ ХОЛЕСТИРАМИНА ПОКАЗАНО ПРИ ГИПЕРЛИПОРОТЕИДЕМИИ:

I типа

*II типа

III типа

IV типа

V типа

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕСТИРАМИНОМ МОГУТ РАЗВИТЬСЯ:

Гипопротромбинемия с геморрагическим синдромом

Гиповитаминоз жирорастворимых витаминов

Нарушение всасывания жиров

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ХОЛЕЛИТИАЗОМ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ:

Холестирамина

Никотиновой кислоты

*Клофибрата (мисклерона)

Все ответы правильные

Правильного ответа нет

ГИПОПРОТРОМБИНЕМИЯ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИЕМА:

Клофибрата (мисклерона)

Никотиновой кислоты

*Холестирамина

Все ответы правильные

Правильного ответа нет

КАНЦЕРОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ:

Ловастатин

Холестирамин

Никотиновая кислота

Все перечисленные препараты

*Ни один из перечисленных препаратов

БОЛЬНЫМ С ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЕЙ ТИПА II А НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

Никотиновую кислоту
Холестирамин
*Клофибрат(мисклерон)
Все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Линетол
Полиспонин
Пармидин
*Ловастатин

СИНОНИМАМИ КЛОФИБРАТА ЯВЛЯЮТСЯ:

Атромид
Атромидин
Мисклерон
*Все перечисленные
Ничего из перечисленного

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

Психоэмоциональный стресс
*Гиперхолестеринемия
Гиподинамия
Ожирение

КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ

Гиподинамия
Психоэмоциональный стресс
*Артериальная гипертензия
Избыточная масса тела

СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И АТЕРОСКЛЕРОЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ:

I типа
Типа IIa
Типа IIb
IV типа
*III типа

ПРИ КАКИХ ТИПАХ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ СУЩЕСТВЕННО ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ И ХОЛЕСТЕРИНА, И ТРИГЛИЦЕРИДОВ:

Типа IIa и типа IIb
*IIb и III типах
II и III типах
I и IV типах
I и V типах
IV и V типах

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ С ЦЕЛЬЮ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

Всем лицам среднего и пожилого возраста

*В тех случаях, когда диетические мероприятия не приводят к нормализации липидного состава крови

В тех случаях, когда гиперлипидемии нет, но имеются дополнительные факторы риска развития атеросклероза

Во всех перечисленных случаях

ПРИ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННЫХ СТАДИЯХ АТЕРОСКЛЕРОЗА:

Уже поздно воздействовать на липидный состав сыворотки крови

Следует добиваться лишь умеренной коррекции нарушений липидного состава

*Следует активно стремиться к нормализации липидного состава сыворотки крови

ПРИ РЕГУЛЯРНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВКАХ СОДЕРЖАНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ АЛЬФА-ХОЛЕСТЕРИНА:

*Увеличивается

Уменьшается

Не изменяется

ПРИ РЕГУЛЯРНОМ ПРИЕМЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ УРОВЕНЬ АЛЬФА-ХОЛЕСТЕРИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ МОЖЕТ:

*Понижаться

Повышаться

Не изменяется

ПРИ РЕГУЛЯРНОМ ПРИЕМЕ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ:

Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови

*Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови

Изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается

ПРИ ПРИЕМЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ:

Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови

Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови

*Существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается

ПРИ ПРИЕМЕ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕН-ИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА:

Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови

Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови

*Существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается

УВЕЛИЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛИПОПРОТЕИДОВ ОЧЕНЬ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

Клофелина

Антагонистов кальция

*Диуретиков

Ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

ПРИ ГИПЕРТИРЕОЗЕ:

Наблюдается тенденция к увеличению содержания холестерина в сыворотке крови

*Наблюдается тенденция к уменьшению содержания холестерина в сыворотке крови

Содержание холестерина в сыворотке крови не изменяется

ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ:

- *Увеличивается
- Уменьшается
- Не изменяется

СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

- Увеличивается
- Уменьшается
- *Не изменяется

УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОНИЖАТЬ В ЦЕЛЯХ:

- Первичной профилактики атеросклероза
- Вторичной профилактики атеросклероза
- *Как в целях первичной, так и вторичной профилактики атеросклероза

ОСНОВНЫМ АТЕРОГЕННЫМ КЛАССОМ ЛИПОПРОТЕИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Липопротеиды очень низкой плотности
- *Липопротеиды низкой плотности
- Липопротеиды высокой плотности
- Хиломикроны

КАКОЙ ИЗ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ СПОСОБЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПОВЫШАТЬ УРОВЕНЬ АЛЬФА-ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ:

- *Никотиновая кислота
- Ловастатин
- Пробукол
- Клофибрат
- Гемфиброзил

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ ПОНИЖАТЬ УРОВЕНЬ АЛЬФА-ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ ОБЛАДАЕТ:

- Никотиновая кислота
- Ловастатин
- *Пробукол
- Клофибрат
- Холестирамин

СПЕЦИАЛЬНЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ ДОКАЗАНО, ЧТО У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ МОЖНО УВЕЛИЧИТЬ ПУТЕМ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ПРИЕМА:

- *Никотиновой кислоты
- Клофибрата
- Пробукола
- Статинов (ловастатин, симвастатин)
- Всех перечисленных

СПЕЦИАЛЬНЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ, ПРОВЕДЕННЫМИ У БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЕЙ, ДОКАЗАНА ВОЗМОЖНОСТЬ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ЖИЗНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:

- *Ловастатином

Клофибратом
Холестирамином
Пробуколом

Всеми перечисленными

УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT НА ЭКГ ВОЗМОЖНО ПРИ ПРИЕМЕ:

*Пробукола
Ловастатина
Никотиновой кислоты
Клофибрата
Холестирамина

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ УМЕНЬШАТЬ СОДЕРЖАНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ОБЛАДАЕТ:

Пробукол
Клофибрат
Никотиновая кислота
*Холестирамин

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ УМЕНЬШАТЬ СОДЕРЖАНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ОБЛАДАЕТ:

*Ловастатин
Клофибрат
Пробукол
Никотиновая кислота

УВЕЛИЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ РЕЦЕПТОРОВ ПЕЧЕНИ ДЛЯ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

Никотиновой кислоты
Пробукола
Клофибрата
*Холестирамина
Гемофиброзила

Просмотр
Секция: Болезни миокарда
Название Болезни миокарда
Вопросов 65
Суммарный вес вопросов 65
Максимальный балл 6
Перемешивать вопросы
Представлять вопросов 6

КАРДИОМИОПАТИЕЙ НАЗЫВАЮТ:

Поражения миокарда известной этиологии
Поражения миокарда, связанные с каким-либо системным заболеванием
*Поражения миокарда неизвестной этиологии
Специфические заболевания миокарда
Все перечисленное

ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ВКЛЮЧАЮТ:

Гипертрофическую форму кардиомиопатии

Дилатационную форму кардиомиопатии
Рестриктивную форму кардиомиопатии
*Все перечисленное

ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНА:

Левожелудочковая недостаточность
Правожелудочковая недостаточность
*Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
ЧАСТО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

*Дующий пансистолический шум
Поздний систолический шум
Четвертый тон
Диастолический шум

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
ЯВЛЯЮТСЯ:

Одышка
Стенокардия напряжения
Обмороки
*Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ
НАРУШЕНА:

Систолическая функция левого желудочка
*Диастолическая функция левого желудочка
Степень нарушения примерно одинакова
Правильного ответа нет

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ОБСТРУКЦИИ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМ ВАРИАНТОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого
желудочка
*Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой
перегородке
Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана
Все перечисленное

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

Дующего пансистолического шума в точке Боткина
*Грубого среднесистолического шума в точке Боткина
Позднего систолического шума в точке Боткина
Все перечисленное

ИНТЕНСИВНОСТЬ ШУМА У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМ ВАРИАНТОМ
**ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ
ПРОВЕДЕНИИ ВСЕХ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЕМОМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:**

*Перехода в положение приседания
Быстрого вставания из положения приседания

Натуживания
Приема нитроглицерина

ИНТЕНСИВНОСТЬ ШУМА У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМ ВАРИАНТОМ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ УМЕНЬШАЕТСЯ:

*В положении приседания
Во время быстрого вставания из приседания
Во время натуживания
После приема нитроглицерина
Правильного ответа нет

ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ХАРАКТЕРНО
НАЛИЧИЕ:

Нормального пульса на сонных артериях
Медленного, анакротического, "плато" пульса на сонных артериях
*Отрывистого (быстрого, укороченного) пульса на сонных артериях

У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК:

Не изменен
*Усиленный и продолжительный (вплоть до 2-го тона)
Укороченный, высокоамплитудный

НА ЭКГ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ :

*Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии левого желудочка
Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии правого желудочка
Обычно ЭКГ в пределах нормы
На ЭКГ обычно регистрируются признаки блокады левой ножки пучка Гиса
На ЭКГ обычно регистрируется неполная блокада правой ножки пучка Гиса

ДЛЯ БОЛЬНЫХ С "ВЕРХУШЕЧНОЙ" ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
ХАРАКТЕРНА РЕГИСТРАЦИЯ НА ЭКГ:

*"Гигантских" отрицательных зубцов Т в левых грудных отведениях (V4-V6) - глубиной до 10 мм и более
Патологических зубцов Q
Признаков гипертрофии правого желудочка
Блокады левой ножки пучка Гиса

ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ:

В пределах нормы
*Увеличена
Снижена

ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:

Сердечные гликозиды и диуретики
*Бета-блокаторы и антагонисты кальция
Периферические вазодилататоры

МИОКАРДИТ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ:

Поражения миокарда возбудителем инфекции
Воздействия токсинов

Возникновения иммунопатологических реакций

*Всего перечисленного

СРЕДИ ИНФЕКЦИОННЫХ МИОКАРДИТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:

*Вирусные

Бактериальные

Паразитарные

Грибковые

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ МИОКАРДИТЫ ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ:

Аллергических реакций

Токсических воздействий

Химических воздействий

Воздействий физических факторов

*Всего перечисленного

НА ФОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИНФЕКЦИИ ИЛИ НЕИНФЕКЦИОННОГО
ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МИОКАРДИТА
ЯВЛЯЮТСЯ:

Повышение температуры

Слабость

Артралгии

Все перечисленное

*Ничего из перечисленного

НА ФОНЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ВОЗДЕЙСТВИЯ
НЕИНФЕКЦИОННОГО ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ
ТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

Лейкоцитоз

Ускорение СОЭ

*Изменения ЭКГ

Все перечисленное

Правильного ответа нет

В НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА МИОКАРДИТА
ИСПОЛЬЗУЮТ БИОПСИЮ МИОКАРДА, ПРИ ЭТОМ:

*Положительные результаты биопсии миокарда подтверждают диагноз

Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита

Оба ответа правильные

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА ПОДТВЕРЖДЕНИЕ
МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНО С ПОМОЩЬЮ:

Сцинтиграфии миокарда с таллием-201

*Биопсии миокарда

Сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция

Радионуклидной вентрикулографии

Всего перечисленного

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА МИОКАРДИТА:

Обязательно назначение "противовоспалительных препаратов"

*Лечение в большинстве случаев симптоматическое

Обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов

Обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде"

Правильного ответа нет

ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ МИОКАРДИТА ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ:

Глюкокортикоидных гормонов

Азатиоприна

*Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

НАЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ МИОКАРДИТАХ:

*Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции

Вообще противопоказано при вирусных миокардитах

Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОКАРДИТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ:

Очень эффективно применение глюкокортикоидных гормонов

*Убедительных доказательств эффективности применения глюкокортикоидных гормонов пока не получено

Доказана высокая эффективность применения азатиоприна

Наиболее эффективно применение нестероидных противовоспалительных препаратов

Правильного ответа нет

СНИЖЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Гипертрофической кардиомиопатии

*Дилатационной кардиомиопатии

Рестриктивной кардиомиопатии

Всего перечисленного

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

Гипертрофической кардиомиопатии

*Дилатационной кардиомиопатии

Рестриктивной кардиомиопатии

Встречается с одинаковой частотой при всех формах

СИНДРОМ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С:

*Гипертрофической кардиомиопатией

Дилатационной кардиомиопатией

Рестриктивной кардиомиопатией

Встречается с одинаковой частотой при всех формах

СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДВИЖЕНИЕ ВПЕРЕД ПЕРЕДНЕЙ СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

*Гипертрофической кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

Рестриктивной кардиомиопатии

Правильного ответа нет

В ПАТОГЕНЕЗЕ ТАК НАЗЫВАЕМОГО "ПИВНОГО" СЕРДЦА ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

Избыточное потребление алкоголя

Избыточное потребление жидкости

*Наличие кобальта в пиве

КОНЦЕНТРИЧЕСКАЯ СИММЕТРИЧНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

Часто встречается при гипертрофической кардиомиопатии

*Редко встречается при гипертрофической кардиомиопатии

Не встречается при гипертрофической кардиомиопатии

ГИГАНТСКИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ЗУБЦЫ "Т" В ПРЕКОРДИАЛЬНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

Рестриктивной кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

*Особого варианта гипертрофической кардиомиопатии

Любых вариантов гипертрофической кардиомиопатии

СУЖЕНИЕ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

Всегда имеет место при гипертрофической кардиомиопатии

Никогда не встречается при гипертрофической кардиомиопатии

*Встречается в части случаев гипертрофической кардиомиопатии

ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ТОЛЩИНА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:

*Обычно превышает толщину задней стенки левого желудочка

Обычно уступает толщине задней стенки левого желудочка

Обычно равна толщине задней стенки левого желудочка

РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, НЕ ИМЕЮЩИХ ВЫРАЖЕННОГО СУЖЕНИЯ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Практически отсутствует

Незначителен

*Довольно высок

АССИММЕТРИЧЕСКАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:

Встречается только при гипертрофической кардиомиопатии

Характерна также для дилатационной и рестриктивной кардиомиопатий

*Может встречаться не только при кардиомиопатиях, но и при других заболеваниях сердца

ДЛЯ АМИЛОИДОЗА СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО:

Увеличение толщины стенки желудочков

Уменьшение размеров полости желудочков

Дилатация предсердий

*Все вышеперечисленное

Ничего из перечисленного

ДЛЯ АМИЛОИДОЗА СЕРДЦА НЕ ХАРАКТЕРНА:

Дилатация предсердий

*Дилатация желудочков

Гипертрофия межжелудочковой перегородки

Гипертрофия задней стенки левого желудочка

ПРИ АМИЛОИДОЗЕ СЕРДЦА ТОЛЩИНА СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

Не изменена

*Увеличена

Уменьшена

ДЛЯ АМИЛОИДОЗА СЕРДЦА ХАРАКТЕРНА:

Систолическая дисфункция левого желудочка

Диастолическая дисфункция левого желудочка

*Как систолическая, так и диастолическая дисфункция левого желудочка

ДЛЯ ТАК НАЗЫВАЕМОЙ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНА:

*Дилатация правого желудочка

Дилатация левого предсердия

Облитерация полости правого желудочка

Гипертрофия межжелудочковой перегородки

ВЫПОТ В ПЕРИКАРД НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

Гипертрофической кардиомиопатии

*Дилатационной кардиомиопатии

Рестриктивной кардиомиопатии

Правильного ответа нет

ЭОЗИНОФИЛИЯ НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

Гипертрофической кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

*Рестриктивной кардиомиопатии

Всех перечисленных видах кардиомиопатии

Правильного ответа нет

ФИБРОЗ ЭНДОКАРДА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

Гипертрофической кардиомиопатии

*Рестриктивной кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

Всех перечисленных видах кардиомиопатии

Правильного ответа нет

НАРУШЕНИЕ ВЗАИМНОЙ ОРИЕНТАЦИИ ВОЛОКОН МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

*Гипертрофической кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

Рестриктивной кардиомиопатии

Всех перечисленных

ПАРИЕТАЛЬНЫЙ ФИБРОПЛАСТИЧЕСКИЙ ЭНДОКАРДИТ ЛЕФФЛЕРА ОТНОСИТСЯ К:

Гипертрофической кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

*Рестриктивной кардиомиопатии

Правильного ответа нет

ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ: Европы

Америки

Азии

Африки

*Все ответы правильные

ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ В:

Европе

Австралии

Америке

*Все ответы правильные

РЕСТРИКТИВНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ В:

Европе

Северной Америке

Азии

*Африке

МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ ДОСТАТОЧНО ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

Гипертрофической кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

Рестриктивной кардиомиопатии

*Всех перечисленных видах кардиомиопатии

Правильного ответа нет

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗУБЦЫ Q, НЕ СВЯЗАННЫЕ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, МОГУТ ВСТРЕТИТЬСЯ ПРИ:

Гипертрофической кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

*И в том, и в другом случае

Ни в одном из перечисленного

ДИЛАТАЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ДОСТАТОЧНО ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

Гипертрофической кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

Рестриктивной кардиомиопатии

*Всех перечисленных заболеваний

ДИНАМИЧЕСКАЯ ОБСТРУКЦИЯ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СВОЙСТВЕННА:

*Гипертрофической кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

Рестриктивной кардиомиопатии

Всем перечисленным

Правильного ответа нет

СЕМЕЙНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СВОЙСТВЕННА:

*Гипертрофической кардиомиопатии

Дилатационной кардиомиопатии

Рестриктивной кардиомиопатии

Всем перечисленным

Правильного ответа нет

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СВОЙСТВЕННА:

Гипертрофической кардиомиопатии
Рестриктивной кардиомиопатии
*И той, и другой форме
Правильного ответа нет

АЛКОГОЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИХОДИТСЯ В ОСНОВНОМ
ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

Гипертрофической кардиомиопатией
*Дилатационной кардиомиопатией
Рестриктивной кардиомиопатией
Ни с одной из перечисленных

НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ БЛИЗКИ К ИМЕЮЩИМСЯ ПРИ:

Гипертрофической кардиомиопатии
Рестриктивной кардиомиопатии
*Дилатационной кардиомиопатии
Правильного ответа нет
Всем перечисленным

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

Гипертрофической кардиомиопатии
Рестриктивной кардиомиопатии
Дилатационной кардиомиопатии
*Всех перечисленных форм

НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ВЫРАЖЕНО У
БОЛЬНЫХ С:

Гипертрофической кардиомиопатией
Дилатационной кардиомиопатией
Рестриктивной кардиомиопатией
*Характерно как для гипертрофической, так и для рестриктивной кардиомиопатии

В ЕВРОПЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ВИДАМИ КАРДИОМИОПАТИЙ
ЯВЛЯЮТСЯ:

*Дилатационная и гипертрофическая
Гипертрофическая и рестриктивная
Дилатационная и рестриктивная

УТОЛЩЕНИЕ ЭНДОКАРДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Гипертрофической кардиомиопатии
Дилатационной кардиомиопатии
*Рестриктивной кардиомиопатии
Всех перечисленных

УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Гипертрофической и дилатационной кардиомиопатии
Дилатационной и рестриктивной кардиомиопатии
*Гипертрофической и рестриктивной кардиомиопатии
Всех перечисленных

УСИЛЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Дилатационной кардиомиопатии

Рестриктивной кардиомиопатии

*Гипертрофической кардиомиопатии

Закреть

Просмотр

Секция: Болезни перикарда

Название Болезни перикарда

Вопросов 101

Суммарный вес вопросов 101

Максимальный балл 6

Перемешивать вопросы

Представлять вопросов 6

В НОРМЕ ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА СОДЕРЖИТ:

Около 5 мл жидкости

*До 50 мл жидкости

100-200 мл жидкости

300-500 мл жидкости

В НОРМЕ ТОЛЩИНА ПЕРИКАРДА СОСТАВЛЯЕТ:

До 0,5 мм.

1-1,5 мм.

*5-10 мм.

В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ ПЕРИКАРДА ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ:

Внутренние грудные артерии и артерии, снабжающие кровью диафрагму

Артерии, кровоснабжающие щитовидную железу

Бронхиальные артерии

Пищеводные и медиастиальные артерии

*Все перечисленные

В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ ЭНДОКАРДА УЧАСТВУЮТ:

Внутренние грудные артерии

Бронхиальные артерии

*Коронарные артерии

Все перечисленные

ОТТОК ЛИМФЫ ОТ ПЕРИКАРДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В:

*Лимфатические узлы средостения

Окологрудные лимфатические узлы

Аорто-каротидные и бронхо-пульмональные лимфатические узлы

Диафрагмальные лимфатические узлы

Все перечисленные

ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

Предохранение сердца от чрезмерного растяжения

Фиксация сердца

Обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме

Защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения

*Все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СДАВЛИВАЮЩЕГО (КОНСТРИКТИВНОГО) ПЕРИКАРДИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Туберкулез

Сифилис

Ревматизм

Ранения перикарда

Системные заболевания соединительной ткани

К АСЕПТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЯМ ПЕРИКАРДА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

Перикардиты при заболеваниях крови

Перикардиты при злокачественных опухолях

Аллергическое или аутоиммунное поражение миокарда

*Все перечисленные формы

Ничего из перечисленного

К асептическим перикардитам следует отнести:

Постинфарктный перикардит

Посткомиссуротомный перикардит

Уремический

*Все перечисленные

Ничего из перечисленного

В ОСТРОЙ СТАДИИ ПЕРИКАРДИТА ПРОИСХОДИТ:

Выпадение нитей фибрина

Накопление экссудата

Ничего из перечисленного

*Все перечисленное

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ:

Происходит разрастание грануляционной ткани

Формируются спайки между листками перикарда

Происходит облитерация полости перикарда

*Имеет место все перечисленное

"ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС" - ЭТО:

*Исчезновение пульса или уменьшение его наполнения при вдохе

Низкая амплитуда пульсовой волны на периферических артериях при высокой амплитуде его на магистральных сосудах

И то, и другое

Ни то, ни другое

ПРИЧИНОЙ "ПАРОДОКСАЛЬНОГО ПУЛЬСА" ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Резкое снижение сердечного выброса на вдохе

Повышение сердечного выброса на выдохе

Нарушения ритма

Все перечисленное

Правильного ответа нет

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ НАКОПЛЕНИИ В ПЕРИКАРДЕ ЖИДКОСТИ:

*Повышается
 Снижается
 Не изменяется
 Изменения не закономерны

НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ В ПЕРИКАРДЕ
 ОБУСЛОВЛЕННЫ:

*Ограничением диастолического растяжения миокарда
 Снижением эффекта присасывающей способности грудной клетки
 *Сдавлением крупных вен
 Всем перечисленным

ДЛЯ ОСТРОГО ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

*Брадикардия
 Повышение температуры тела
 Боль за грудиной
 Шум трения перикарда
 Дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании

ПРИ ОСТРОМ ФИБРИНОЗНОМ ПЕРИКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Тахикардия
 Шум трения перикарда
 Боль за грудиной
 Снижение АД
 *Все перечисленное

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА НАИБОЛЕЕ
 ВАЖНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Тахикардия
 *Шум трения перикарда
 Боль за грудиной
 Дисфагия
 Снижение АД

ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ПРИ ФИБРИНОЗНОМ ПЕРИКАРДИТЕ:

Лучше выслушивается в положении сидя
 Не связан с дыханием
 Усиливается при надавливании стетоскопа
 Выслушивается в систолу и диастолу
 *Все ответы правильные

ВОЗНИКНОВЕНИЯ ШУМА ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА НЕОБХОДИМО:

Нарушение нормального состояния серозной поверхности
 Сохранение взаимной подвижности и соприкосновения висцерального и париентального
 листков перикарда
 *И то, и другое

Ни то, ни другое

ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ:

В межлопаточном пространстве
 Над всей зоной абсолютной тупости сердца

На небольшом участке в IV межреберье слева

*Все ответы правильные

Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА БЕЗ ВЫПОТА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ МЕТОД:

Рентгенографии

Эхокардиографии

*Аускультации

Электрокардиографии

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ВЫПОТНОМ ПЕРИКАРДИТЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ МЕТОД:

Аускультации

Рентгенографии

Электрокардиографии

*Эхокардиографии

БОЛЬ ПРИ ФИБРИНОЗНОМ ПЕРИКАРДИТЕ МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ:

В левой половине грудной клетки

В правой половине грудной клетки с иррадиацией в правую руку

В эпигастральной области

За грудиной

*Все ответы правильны

ДЛЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

Тупой, давящий характер боли

Продолжительность боли более 30 минут

Локализация болей за грудиной

*Уменьшение боли после приема нитроглицерина

Зависимость боли от дыхания, движения, глотания, положения тела

ПРИ ФИБРИНОЗНОМ ПЕРИКАРДИТЕ НА ЭКГ ОБЫЧНО НЕ БЫВАЕТ:

Конкордантного смещения сегмента ST во всех грудных отведения

Отрицательного зубца T

*Отклонения электрической оси влево

ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Одышка

Глухость тонов сердца

Расширение границ сердечной тупости

Тахикардия и парадоксальный пульс

*Все перечисленное

ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

Вынужденное положение тела "поза глубокого наклона"

Застойные явления в большом круге кровообращения

*Брадикардия

Бронхиальное дыхание в связи со сдавлением легких

Парадоксальный пульс

ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ:

Резкая одышка
 Цианоз
 Тахикардия
 Нитевидный пульс
 *Все перечисленное

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

Увеличение размеров сердца
 Ослабление пульсации
 Сглаженность контуров сердца
 *Все перечисленное

ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ НА ЭКГ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ:

Отклонение электрической оси вправо
 Депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях
 *Низкий вольтаж зубцов

ПРИЗНАКАМИ СЛИПЧИВОГО ПЕРИКАРДИТА, ОБНАРУЖИВАЕМЫМИ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:

Относительно нормальные размеры сердца
 Ослабление пульсации сердца
 Отложение солей кальция в перикарде
 Правильного ответа нет
 *Все перечисленные

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЕРИКАРДИТЕ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ:

Гематогенно из различных органов
 *Лимфогенным путем из медиастинальных и трахеобронхиальных лимфоузлов
 Контактным путем

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЕРИКАРДИТ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С ПОРАЖЕНИЕМ:

Плевры
 Брюшины
 *И того, и другого
 Ни того, ни другого

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЕРИКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Специфическое воспаление перикарда с выпотом
 Развитие спаечного процесса
 Обызвествление
 *Все перечисленное

В ЖИДКОСТИ ВЗЯТОЙ ИЗ ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ ПРЕОБЛАДАЮТ:

Эозинофилы
 Моноциты
 *Лимфоциты
 Лейкоциты
 Эритроциты

ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЕРИКАРДИТ МОГУТ УКАЗАТЬ:

Сглаженность контуров сердца
 Увеличение размеров сосудистого пучка
 Значительное расширение границ сердца
 *Очаги обызвествления в перикарде

ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО:

Появление признаков поражения перикарда в начале 2-й недели заболевания
 Относительно небольшое количество выпота при экссудативном перикардите
 Сочетание с поражением миокарда
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ:

*Обычно количество выпота невелико
 Характерно большое количество выпота
 Обычно выпота не бывает

ДИЛАТАЦИЯ КАМЕР СЕРДЦА У БОЛЬНОГО С ПЕРИКАРДИТОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

Накоплении в полости перикарда большого количества экссудата и сдавлении крупных сосудов.
 *Сопутствующем поражении миокарда
 О том, и другом
 Ни о том, и ни о другом

ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПЕРИКАРДИТЕ ИНФЕКЦИЯ ПРОНИКАЕТ В ПЕРИКАРД:

Прямым путем при травмах грудной клетки
 Гематогенным путем при сепсисе
 Контактным путем из соседних органов
 При прорыве абсцесса миокарда в полость перикарда
 *Всеми перечисленными путями

ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПЕРИКАРДИТА МОГУТ СЛУЖИТЬ:

Особенности клинического течения
 Отсутствие признаков воспалительного процесса со стороны крови
 *Обнаружение вируса в перикардальной жидкости или увеличение титра антител к ним в крови
 Все перечисленное

ПРИ ВИРУСНОМ ПЕРИКАРДИТЕ ОДНОВРЕМЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА:

Никогда не наблюдается
 *Встречается часто
 Бывает в исключительных случаях

ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ (СДАВЛИВАЮЩЕМ) ПЕРИКАРДИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

Повышение центрального венозного давления
 Тахикардия
 Уменьшение амплитуды пульсации сердца
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ (СДАВЛИВАЮЩЕМ) ПЕРИКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Набухание шейных вен

Цианоз

Асцит

Отеки ног

*Все перечисленное

ПРИ СДАВЛИВАЮЩЕМ ПЕРИКАРДИТЕ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ:

Увеличиваются преимущественно правые отделы сердца

Увеличиваются преимущественно левые отделы сердца

Происходит увеличение всех отделов сердца

*Чаще размеры сердца остаются нормальными

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЖАЛОБОЙ У БОЛЬНЫХ СО СДАВЛИВАЮЩИМ (КОНСТРИКТИВНЫМ) ПЕРИКАРДИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Одышка при нагрузке

Перебои в работе сердца

Тяжесть в правом подреберье

Болевые ощущения за грудиной и в левой части грудной клетки

ПРИ СДАВЛИВАЮЩЕМ (КОНСТРИКТИВНОМ) ПЕРИКАРДИТЕ:

Происходит снижение венозного давления и повышение артериального

*Отмечается снижение артериального давления и повышение венозного

Артериальное и венозное давление существенно не меняются

О ПРОГРЕССИРОВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ МОЖНО СУДИТЬ ПО:

*Повышению уровня венозного давления

Снижению уровня венозного давления

Повышению уровня артериального давления

Правильного ответа нет

ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

*Увеличение объема циркулирующей крови

Малые размеры сердца

Повышение венозного давления

Увеличение печени с преходящим асцитом

Правильного ответа нет

ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ (СДАВЛИВАЮЩЕМ) ПЕРИКАРДИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

Акроцианоз

Набухание и пульсация шейных вен

Деформация грудной клетки

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

У БОЛЬНЫХ С КОНСТРИКТИВНЫМ (СДАВЛИВАЮЩИМ) ПЕРИКАРДИТОМ НА ЭКГ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Снижение амплитуды зубцов комплекса QRS

Депрессия сегмента ST

Появление отрицательных Т в ряде отведений
 Изменения иногда могут отсутствовать
 *Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ СО СДАВЛИВАЮЩИМ ПЕРИКАРДИТОМ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:
 Синусовая тахикардия
 Экстрасистолия
 Мерцательная аритмия
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

У БОЛЬНЫХ СО СДАВЛИВАЮЩИМ (КОНСТРИКТИВНЫМ) ПЕРИКАРДИТОМ
 МОЖНО НАБЛЮДАТЬ:
 Трехчленный ритм
 Ослабление I тона
 Ослабление II тона
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СДАВЛИВАЮЩЕГО
 (КОНСТРИКТИВНОГО) ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:
 Отсутствие увеличения сердца и снижение пульсации сердечной тени
 Сглаженность или отсутствие дифференциации дуг сердца
 Обызвествление перикарда
 Отсутствие смещения верхушечного толчка при перемене положения тела
 *Все перечисленное

ВЫПОТ ПРИ ОПУХОЛИ ПЕРИКАРДА ОБЫЧНО:
 Серозный
 Гнойный
 *Геморрагический
 Любой из перечисленных

РАННИМ ПРИЗНАКОМ УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
 *Появление шума трения перикарда
 Быстрое накопление жидкости в полости перикарда
 Быстрое нарастание явлений сердечной недостаточности

У БОЛЬНЫХ С УРЕМИЧЕСКИМ ПЕРИКАРДИТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗА
 МОЖНО НАБЛЮДАТЬ:
 Развитие геморрагического перикардита с тампонадой
 Резкое падение уровня артериального давления
 Развитие сепсиса
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМИ ПУТЯМИ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ
 ГНОЙНОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:
 Пероральный
 Парентеральный
 Непосредственно в перикард
 *Сочетание парентерального введения с введением непосредственно в полость перикарда

Необходимо сочетание парентерального введения с пероральным использованием препаратов

У БОЛЬНОГО С ГНОЙНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ НЕОБХОДИМО:

Обеспечение эвакуации экссудата из полости перикарда

Промывание полости перикарда стерильным физраствором

Введение в полость перикарда антибиотика

*Все перечисленное

ПРИ ПЕРИКАРДИТАХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ И У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ СИНДРОМЕ ДРЕССЛЕРА ОБЫЧНО НАЗНАЧАЮТ ПРЕДНИЗОЛОН СУТОЧНОЙ ДОЗЕ:

15-30 мг.

*50-60 мг.

70-100 мг.

120-200 мг.

У БОЛЬНЫХ С ПЕРИКАРДИТОМ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ:

Ацетилсалициловая кислота

Глюкокортикоиды

Индометацин

*Любой из перечисленных препаратов

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ПЕРИКАРДА МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ:

При необходимости повторные пункции перикарда

Введение в перикард цитостатиков и глюкокортикоидов

В некоторых случаях лучевую терапию

*Все перечисленное

ЖИЗНЕННО ВАЖНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПУНКЦИИ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Нарастание явлений тампонады сердца

Подозрение на гнойный характер экссудата

*И то, и другое

Ни то, и ни другое

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ПУНКЦИИ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Подозрение на гнойный характер экссудата

Медленное рассасывание экссудата

*Невозможность установить точный диагноз другим методом

Все ответы правильные

ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ СО СЛИПЧИВЫМ ПЕРИКАРДИТОМ БЕЗ ПРИЗНАКОВ СДАВЛЕНИЯ СЕРДЦА И НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ МОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

*Трудоспособность может быть сохранена, если работа не связана с большими физическими нагрузками

Больные должны быть признаны инвалидами III группы

Больные должны быть признаны инвалидами II группы

ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ СО СЛИПЧИВЫМ ПЕРИКАРДИТОМ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ II СТАДИИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

Больные должны быть признаны инвалидами III группы

*Больные должны быть признаны инвалидами II группы

Больные должны быть признаны инвалидами I группы

ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ СО СЛИПЧИВЫМ ПЕРИКАРДИТОМ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ III СТАДИИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

Больные должны быть признаны инвалидами III группы

Больные должны быть признаны инвалидами II группы

*Больные должны быть признаны инвалидами I-II группы, им противопоказан всякий труд

БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, УМЕНЬШАЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ:

Лежа на спине

*Лежа на животе

Стоя

БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, УМЕНЬШАЕТСЯ:

В положении лежа на спине

*При наклоне вперед

При движениях туловищем

Во время вдоха

БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ УСИЛИВАЕТСЯ:

При перемене положения тела

Во время вдоха

При глотании

В положении лежа на спине

*При всех перечисленных действиях

ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА КЛАССИЧЕСКИ СОСТОИТ ИЗ:

Одного компонента

Двух компонентов

*Трех компонентов

Четырех компонентов

ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ ШУМЕ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА:

*Систолический компонент

Ранний диастолический компонент

Пресистолический компонент

Почти всегда выслушиваются все 3 компонента

Любой из компонентов выслушивается примерно с одинаковой частотой

СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ИЗМЕНЕНИЕМ ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ:

Инверсия зубца Т

Депрессия сегмента ST в большинстве отведений

*Подъем сегмента ST в большинстве отведений

*Подъем сегмента PQ в отведении aVR

ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- *Подъем сегмента ST в большинстве отведений
- Подъем сегмента PQ в отведении aVR
- Депрессия сегмента PQ в большинстве отведений
- Все перечисленное

ПЕРВЫМ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Нитраты
- Папаверин или (но-шпа)
- *Нестероидные противовоспалительные препараты
- Стероидные препараты
- Наркотические анальгетики

ПРИ МЕДЛЕННОМ НАКОПЛЕНИИ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ:

- 0,5 л.
- 1,0 л.
- 1,5 л.
- *2,0-3,0 л.
- 4,0-5,0 л.

СИМПТОМАТИКА ВЫПОТНОГО ПЕРИКАРДИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ:

- Объемом жидкости, накопившейся в полости перикарда
- Скоростью накопления жидкости
- Физическими характеристиками перикарда
- *Всем перечисленным

МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ТАМПОНАДЕ, ПРИ БЫСТРОМ НАКОПЛЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- 10-50 мл.
- *100-200 мл.
- 500-1000 мл.
- 1,5-2,0 л.
- Более 2,0 л.

ВЫПОТ В ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА:

- *Может не иметь никакой клиники
- Всегда сопровождается появлением клинических симптомов
- *Может сопровождаться шумом трения перикарда

ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ВЫПОТНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

- Ослабление дыхания ниже угла левой лопатки
- Усиление голосового дрожания ниже угла левой лопатки
- Приглушение тонов сердца
- *Все перечисленное

ТАМПОНАДА СЕРДЦА НАЧИНАЕТСЯ, КОГДА ДАВЛЕНИЕ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА:

- *Превышает давление в правом предсердии

Превышает конечно-диастолическое давление в правом желудочке
Превышает конечно-диастолическое давление в левом желудочке

У БОЛЬНЫХ С ТАМПОНАДОЙ СЕРДЦА ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПУЛЬСАЦИЕЙ ВЕН ШЕИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- *Набухание на вдохе вен шеи
 - *Полное отсутствие пульсации вен шеи
- Характер пульсации вен такой же, как в норме

ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА НАПОЛНЕНИЕ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРОИСХОДИТ:

- Во время диастолы желудочков
- *Только во время систолы желудочков
- Как во время диастолы, так и во время систолы желудочков
- Только в самом начале диастолы

ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ТАМПОНАДОЙ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНЫ:

- *Одышка при нагрузке
- Ортопное
- Приступы сердечной астмы
- Все перечисленное
- Ничего из перечисленного

ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ТАМПОНАДОЙ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО:

- Набухание вен шеи
- Тахикардия
- Парадоксальный пульс
- *Все перечисленное
- ПРИЗНАКОМ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- Систолический шум
- Альтернирующий пульс
- *Парадоксальный пульс
- Все перечисленное

ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

- Фибринозном перикардите
- Сдавливающим перикардите
- *Тампонаде сердца
- Всех перечисленных состояниях

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ВЫПОТНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- *Снижение вольтажа комплексов QRS
 - *Альтернация комплексов QRS
- Подъем сегмента ST в большинстве отведений
- Все перечисленное

ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ:

- *Повышение внутрисердечного давления
 - *Уменьшение диастолических объемов желудочков
- Уменьшение внутривнутриперикардального давления

ВРЕМЕННОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА
МОЖНО ДОСТИЧЬ:

Инфузией плазмозамещающих растворов

Введением норадреналина

Введением добутамина

*Всем перечисленным

ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ НАПОЛНЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА
ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВО ВРЕМЯ:

Систолы

*Ранней диастолы

Поздней диастолы

ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА
ЯВЛЯЮТСЯ:

Высокое венозное давление

Асцит

Небольшие размеры сердца

*Все перечисленное

ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ КОНСТРИКТИВНЫМ
ПЕРИКАРДИТОМ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

Втяжение верхушечного толчка

Громкий дополнительный тон в начале диастолы

*Систолический щелчок

Все перечисленное

ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
КОНСТРИКТИВНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Полная перикардэктомия

Частичная перикардэктомия

*Эндоскопическая перикардэктомия

Все ответы правильные

ВИРУСНЫЕ И ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ОСТРЫЕ ПЕРИКАРДИТЫ:

Чаще наблюдаются у мужчин

Нередко рецидивируют (у 15-20%)

Продолжаются около 2-х недель

*Все ответы правильные

Правильного ответа нет

ВИРУСНЫЕ И ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ОСТРЫЕ ПЕРИКАРДИТЫ:

Чаще всего заканчиваются переходом в хронический перикардит

Нередко приводят к летальному исходу

Чаще наблюдаются у женщин

Все ответы правильные

*Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПЕРИКАРДИТОМ:

*Боль чаще всего локализуется слева от грудины

*Болевые ощущения часто усиливаются при глубоком дыхании, кашле, движениях туловищем
Иногда боль отмечается только в трапецевидных мышцах
Все ответы правильные

У БОЛЬНЫХ С ТАМПОНАДОЙ СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ:

Снижение систолического АД
Нормальное или повышенное диастолическое АД
Парадоксальный пульс
*Все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С:

*Вирусным и идиопатическим перикардитом
Уремическим перикардитом
Туберкулезным перикардитом
Перикардитом во время инфаркта миокарда (эпистенокардитическим)

ПРИЧИНОЙ ВЫПОТА В ПЕРИКАРДЕ МОЖЕТ БЫТЬ:

Микседема
Заболевания соединительной ткани
Опухоли
Заболевания крови
*Все перечисленное

Закрывать

Просмотр

Секция: Инфаркт миокарда

Название Инфаркт миокарда

Вопросов 120

Суммарный вес вопросов 120

Максимальный балл 6

Перемешивать вопросы

Представлять вопросов 6

ПРИ НАЛИЧИИ ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА:

*Достаточно регистрации патологического зубца Q с подъемом сегмента ST
Желательно определение активности ферментов сыворотки крови в динамике
Обязательно проведение эхокардиографии, радионуклидной вентрикулографии или коронароангиографии
Правильного ответа нет

ПРИ НАЛИЧИИ ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА МЕЛКООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА:

Достаточно регистрации изменений ЭКГ в динамике
*Обязательно определение активности ферментов
Обязательно проведение эхокардиографии, радионуклидной вентрикулографии или коронарографии
Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Болевая
Астматическая

Гастралгическая
Церебро-васкулярная

ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫМ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ:

Синусовая тахикардия
Увеличение частоты дыхания
Приглушение тонов
4 - й тон сердца
*Все перечисленное

ЭКГ-ПРИЗНАКОМ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Подъем сегмента ST
Инверсия зубца Т (отрицательные зубцы Т)
*Патологический зубец Q
Желудочковая экстрасистолия

РЕГИСТРАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q И ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В
ОТВЕДЕНИЯХ V1-V3 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

Бокового инфаркта миокарда
Нижнего инфаркта миокарда
*Передне-перегородочного инфаркта миокарда
Заднего инфаркта миокарда

РЕГИСТРАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q И ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В
ОТВЕДЕНИЯХ I, II, III, AVF ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

Передне-перегородочного инфаркта миокарда
*Нижнего инфаркта миокарда
Бокового инфаркта миокарда
Заднего инфаркта миокарда (задне-базального)

РЕГИСТРАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q И ПОДЪЕМА ST В ОТВЕДЕНИЯХ I,
AVL, V5-V6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

Передне-перегородочного инфаркта миокарда
*Бокового инфаркта миокарда
Нижнего инфаркта миокарда
Заднего инфаркта миокарда

УВЕЛИЧЕНИЕ ВЫСОТЫ И ШИРИНЫ ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V2 В СОЧЕТАНИИ
С ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЗУБЦОМ Т ЯВЛЯЕТСЯ
ПРИЗНАКОМ:

Передне-перегородочного инфаркта миокарда
Инфаркта миокарда правого желудочка
*Заднего инфаркта миокарда (задне-базального)
Мелкоочагового инфаркта миокарда
Правильного ответа нет

ПРИЗНАКОМ СОПУТСТВУЮЩЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА
У БОЛЬНЫХ С НИЖНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ:

Депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5
*Подъем сегмента ST в отведении V4R
Увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2

Правильного ответа нет

К КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫМ ИЗОФЕРМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ:

Креатинфосфокиназа (КФК)

Аспарагиновая трансаминаза (АСТ)

*Фракция МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК)

Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

Все перечисленные

БОЛЬНЫМ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЦЕЛЬЮ
ОГРАНИЧЕНИЯ ЗОНЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

Внутривенное введение глюкозо-инсулин-калиевой смеси ("поляризующая смесь")

*Внутривенное капельное введение нитроглицерина

*Назначение бета-блокаторов

Назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, кокарбоксилаза)

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛИДОКАИНА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА:

Абсолютно показано всем больным

Обязательно только при наличии нарушений ритма

Нецелесообразно

*Единого мнения нет

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА, ПОСТУПИВШИХ В ПЕРВЫЕ 4-6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ЯВЛЯЕТСЯ:

Коронарная ангиопластика (баллонное расширение коронарных артерий)

*Тромболитическая терапия.

Аорто-коронарное шунтирование.

Внутривенная инфузия нитроглицерина

СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ЭКСТРАСИСТОЛИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА СЧИТАЕТСЯ:

Новокаионамид.

Кордарон.

*Лидокаин.

Бета-блокаторы

СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В
ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Кордарон

Новокаионамид

Бета-блокаторы

*Лидокаин

ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ
МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Финоптин

Бета-блокаторы

Сердечные гликозиды

Кордарон (В/в)

*Все перечисленные препараты

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, КАК ПРАВИЛО, ДОСТАТОЧНО РАЗРЯДА МОЩНОСТЬЮ:

*2 -2,5 кВ.

3 - 3,5 кВ.

4 - 5 кВ.

Более 5 кВ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРО-ИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ МОЩНОСТЬ ПЕРВОГО РАЗРЯДА, КАК ПРАВИЛО, ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ:

До 2 кВ.

*3 - 4 кВ.

5 кВ.

Более 5 кВ

АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ (АВ) БЛОКАДА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ:

В большинстве случаев развивается на уровне АВ-узла

Как правило, носит обратимый характер

Обычно не сопровождается выраженными нарушениями гемодинамики

*Все ответы правильные

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ (АВ) БЛОКАДЫ 2- Й СТЕПЕНИ У БОЛЬНЫХ С НИЖНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА:

Всем больным показано внутривенное введение атропина

*Внутривенное введение атропина назначают при резком урежении частоты сердечных сокращений (менее 40 в мин) и нарушениях гемодинамики

Обязательно всем больным проведение временной электрокардиостимуляции

Необходимо назначение диуретиков и кортикостероидных препаратов

АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ (АВ) БЛОКАДА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ:

Является плохим прогностическим признаком

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

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

*Все ответы правильны

Правильного ответа нет

ПРЕДВЕСТНИКАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ (АВ) БЛОКАДЫ 2-3 СТЕПЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Возникновение АВ-блокады I степени

Возникновение блокады левой ножки пучка Гиса

*Возникновение блокады правой ножки пучка Гиса в сочетании с изменением положения электрической оси и удлинением интервала PQ

Все ответы правильные

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Асистолия желудочков

*Фибрилляция желудочков

И то, и другое
Ни то, и ни другое

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 3 СТЕПЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО:

*Внутривенное введение атропина
Проведение временной электрокардиостимуляции
При отсутствии кардиостимулятора можно использовать инфузию изопротеренола (изадрина)

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ:

Морфина
Нитроглицерина
*Преднизолона
Фуросемида

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТМ МИОКАРДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ:

*Внутривенного введения хлористого кальция
Внутривенного введения фуросемида
Внутривенного введения морфина
Нитроглицерина

ПРИЗНАКАМИ ГИПОВОЛЕМИИ ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Спадение подкожных вен
Снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа (или отсутствие ее пульсации)
Отсутствие хрипов в легких
Отсутствие ортопноэ
*Все перечисленное

ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПОТОНИЕЙ ИЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ШОКА ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ГИПОВОЛЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Внутривенная инфузия норадреналина
*Внутривенное введение плазмозаменяющих растворов
Внутривенное введение сердечных гликозидов
Правильного ответа нет
Все перечисленное

ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ У БОЛЬНЫХ С НИЖНИМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЗКОЙ ГИПОТОНИИ И ВЫРАЖЕННОЙ БРАДИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Внутривенная инфузия норадреналина
Внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% р-р глюкозы)
*Внутривенное введение атропина
Все ответы правильные
Правильного ответа нет

ПРИЗНАКАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПОТОНИИ У БОЛЬНОГО С НИЖНИМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

Набухание шейных вен

Повышение верхнего уровня пульсации внутренней яремной вены (сохранение пульсации даже в положении сидя)

Отсутствие хрипов в легких

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПОТОНИИ ИЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ШОКА У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

Назначение диуретиков.

Внутривенное введение сердечных гликозидов.

Ничего из перечисленного

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

Инфузии норадреналина

Инфузии допамина

*Кордиамина

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРДИОГЕННОГО ШОКА В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ, ОТ НАЧАЛА ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОСТИГАЮТСЯ:

*Восстановлением коронарного кровотока с помощью тромболитической терапии, ангиопластики или аорто-коронарного шунтирования

Поддержанием систолического АД на уровне 90-100 мм. рт.ст. с помощью инфузии допамина

Внутривенным введением жидкости (реополиглюкин, альбумин)

Не достигается ничем из перечисленного

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:

Разрыв межжелудочковой перегородки

Тромбоэмболия легочной артерии

Инфаркт миокарда правого желудочка

*Всех перечисленных осложнений

Правильного ответа нет

ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ ИЛИ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО С ПАНСИСТОЛИЧЕСКИМ ШУМОМ СКОРЕЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

Разрыв свободной стенки левого желудочка

Разрыв межжелудочковой перегородки

*Разрыв папиллярной мышцы

Все ответы правильные

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЕОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ВНЕЗАПНОГО ПОЯВЛЕНИЯ ГРУБОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Разрыв свободной стенки левого желудочка
 *Разрыв межжелудочковой перегородки
 Разрыв папиллярной мышцы
 Тромбоэмболия легочной артерии
 Любое из перечисленных осложнений

СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С АНЕВРИЗМОЙ СЕРДЦА, РЕЖЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

Сердечная недостаточность
 Тромбоэмболия
 *Разрывы миокарда
 Желудочковые аритмии

К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ:

Определение фракции выброса
 Оценка степени поражения коронарных артерий
 Наличие и выраженность желудочковых аритмий
 *Все перечисленное

К ПРЕПАРАТАМ, ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОТОРЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ БОЛЬНЫМ ОТМЕЧЕНО ДОСТОВЕРНОЕ СНИЖЕНИЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ, УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ И ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ:

Дипиридамол (курантил)
 Верапамил (финоптин)
 Бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью (тразикор, вискен)
 *Бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности (анаприлин, метопролол)
 Антиаритмические препараты

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ, В ОСНОВНОМ, СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ИЗОФЕРМЕНТОВ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ (ЛДГ):

*ЛДГ-1
 ЛДГ-2.
 ЛДГ-3.
 ЛДГ-4.
 ЛДГ-5.

ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ (ЛДГ) В СЫВОРОТКЕ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ:

Через 1-2 ч.
 Через 4-6 ч.
 Через 8-12 ч.
 *Через 24 ч. и более

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОВЫШЕННАЯ АКТИВНОСТЬ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СОХРАНЯЕТСЯ:

В течение 1-2 дней.
 В течение 3-5 дней.
 *В течение 7-14 дней.
 Более, чем 14 дней

ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АСПАРТАТАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ (АСТ) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

Через 1-2 ч.

Через 4-6 ч.

*Через 8-12 ч.

Не ранее, чем через 24 ч

ПОВЫШЕННАЯ АКТИВНОСТЬ АСПАРТАТАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ (АСТ) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОХРАНЯЕТСЯ:

В течение 1 дня.

*В течение 3 - 7 дней.

В течение 10-14 дней

ПОВЫШЕННАЯ АКТИВНОСТЬ КРЕАТИНИНФОСФОКИНАЗЫ (КФК) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

Через 1-2 ч.

*Через 4-8 ч.

Через 12-24 ч.

Через 48 ч.

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОВЫШЕННАЯ АКТИВНОСТЬ КРЕАТИН-ИНФОСФОКИНАЗЫ (КФК) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СОХРАНЯЕТСЯ:

*В течение 3-4 дней

В течение 7-10 дней

В течение 14-16 дней

С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОПРЕДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗОФЕРМЕНТЫ КРЕАТИНИНФОСФОКИНАЗЫ (КФК):

ВВ-КФК

ММ-КФК

*МВ-КФК

Все перечисленное

НАИБОЛЬШУЮ ЦЕННОСТЬ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

Аспартатаминотрансферазы

Аланинаминотрансферазы

*Креатининфосфокиназы

Лактатдегидрогеназы

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗДНИЕ СРОКИ НАИБОЛЬШУЮ ЦЕННОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

Аспартатаминотрансферазы (АСТ)

Аланинаминотрансферазы (АЛТ)

Креатининфосфокиназы (КФК)

*Лактатдегидрогеназы (ЛДГ)

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ СЕРИЙНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФРАКЦИИ МВ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ (МВ-КФК) В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОСТАВЛЯЕТ:

30-40 %

50-60 %

70-80 %

*Около 95 %

ПРИЧИНАМИ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ АСТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ:

*Инфаркт почки, гипотиреоз, острый панкреатит, правожелудочковая недостаточность с увеличением печени, гемолитический криз

Прием клофибрата, внутримышечные инъекции, инсульт, токсемия беременных, хирургическая травма

Инфаркт селезенки, электрическая кардиоверсия, пневмония

Гипертиреоз, внутримышечные инъекции, прием клофибрата, пневмония

Все перечисленное

ПРИЧИНАМИ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ КРЕАТИНИН-ФОСФОКИНАЗЫ КФК В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ:

*Прием клофибрата, электрическая кардиоверсия, внутримышечные инъекции, инфаркт почки, острый панкреатит.

Пневмония, инфаркт почки, острый панкреатит.

Токсемия беременности, инфаркт селезенки, гемолитический криз, гипертиреоз.

Гипертиреоз, инфаркт почки, пневмония, прием салицилатов.

Все перечисленное

НА СПЕЦИФИЧНОСТЬ МЕТОДОВ ФЕРМЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ВЛИЯЮТ:

Размеры инфаркта

Срок от начала заболевания

Повторное или однократное определение активности фермента

*Все перечисленные факторы

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ НЕ СНИЖАЮТ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МЕТОДОВ ФЕРМЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА:

Блокада левой ножки пучка Гиса

Блокада правой ножки пучка Гиса

Частая экстрасистолия

*Все ответы правильные

СЦИНТИГРАФИЯ МИОКАРДА С ПИРОФОСФАТОМ, МЕЧЕНЫМ ТЕХНЕЦИЕМ-99М, ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ:

Крупноочаговый инфаркт миокарда

Мелкоочаговый инфаркт миокарда

*И тот, и другой

Ни тот, и ни другой

ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА МЕТОДОМ СЦИНТИГРАФИИ С ПИРОФОСФАТОМ, МЕЧЕНЫМ ТЕХНЕЦИЕМ-99М, МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНЫ НАЛИЧИЕМ:

Внутрисердечного тромбоза при аневризме левого желудочка после ранее перенесенного инфаркта миокарда

Идиопатической кардиомиопатии

*Обоих этих состояний
Ни одного из них

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА МОГУТ
ЯВЛЯТЬСЯ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ "РЕЦИПРОКНЫЕ" ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ:

Высоком боковом инфаркте миокарда
Инфаркте межжелудочковой перегородки
*Заднебазальном инфаркте миокарда
Заднедиафрагмальном инфаркте миокарда

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЗАДНЕБАЗАЛЬНОГО ИНФАРКТА
МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

Патологический зубец Q, подъем сегмента ST и инверсия зубца T во II, III, aVF-отведениях
*Высокий зубец R в V1, V2, смещение сегмента ST вниз и увеличение амплитуды зубца T в
этих же отведениях
Высокий зубец R в V1, V2, подъем сегмента ST и инверсия зубца T в этих же отведениях
Патологический Q, подъем ST в отведении aVR

ПРИ ВЫСОКОМ БОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЭЛЕКТРОКАРДИО-
ГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА ВЫЯВЛЯЮТСЯ:

В отведениях I, V5, V6
В отведениях I, V4, V5
*В отведении aVL (или aVL и I)
В отведении aVL

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭЛЕКТРО-
КАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА ВЫЯВЛЯЮТСЯ:

В отведениях I, II, aVF
*В отведениях II, III, aVF
В отведениях I, III, aVR
В отведениях II, III, aVL

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФАРКТ МИОКАРДА ВЫСОКИХ ОТДЕЛОВ ПЕРЕДНЕ-
БОКОВОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

*Снять ЭКГ в грудных отведениях V4-V6 на 1-2 межреберья выше обычного уровня
Снять ЭКГ в отведениях V4-V6 на 1-2 межреберья ниже обычного уровня
Снять дополнительные отведения V7-V9

РЕГИСТРИРОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ГРУДНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ V7-V9 И
ДОРЗАЛЬНОЕ ОТВЕДЕНИЕ НЭБУ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ:

Заднедиафрагмальном инфаркте
*Заднебазальном инфаркте
Инфаркте правого желудочка
Высоком боковом инфаркте

ПРИ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЗУБЕЦ Q
ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

Не позже, чем через 30 мин от начала заболевания.
*Обычно в течение первых нескольких часов.
Не ранее, чем через 24 часа от начала заболевания
На вторые-третьи сутки от начала заболевания

ЛЕЙКОЦИТОЗ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

- *Через несколько часов от начала заболевания
- К концу первых суток
- На вторые-третьи сутки
- Обычно не выявляется вовсе

ЛЕЙКОЦИТОЗ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ СОХРАНЯЕТСЯ:

- 1 - 2 дня
- *3 - 7 дней
- Обычно до 20 дней

ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРЕН ЛЕЙКОЦИТОЗ:

- *Со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
- Со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо
- Без сдвига формулы

ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА:

- Появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания
- *Появляется обычно на второй день заболевания
- Появляется на 3- 4 день заболевания
- Появляется в более поздние сроки

ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА УСКОРЕНИЕ СОЭ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

- Уже через 1-2 часа от начала заболевания
- Через 6-8 часов от начала заболевания
- *Через двое суток от начала заболевания
- На четвертые-пятые сутки

ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МАКСИМАЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ:

- Через несколько часов от начала заболевания
- В течение первых суток болезни
- В течение вторых суток болезни
- *Через 7-12 дней от начала заболевания

ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ РАННИМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Лихорадка
- *Лейкоцитоз
- Увеличение СОЭ
- Увеличение содержания фибриногена в крови

У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МЕЛКООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ:

- Выявляется менее тяжелое поражение коронарных артерий, чем при крупноочаговом инфаркте
- Выявляется более тяжелое поражение коронарных артерий, чем при крупноочаговом инфаркте
- *Тяжесть поражения коронарного русла при мелкоочаговом и крупноочаговом инфаркте миокарда одинакова
- ШУМ ПРИ РАЗРЫВЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Пансистолическим
Мезосистолическим
Систоло-диастолическим
Диастолическим

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Дисфункция папиллярных мышц
Разрыв межжелудочковой перегородки
Отрыв сухожильных мышц
Разрыв сухожильных хорд

"ЛОЖНАЯ" АНЕВРИЗМА СЕРДЦА - ЭТО:

Участок миокарда с парадоксальной пульсацией, но без истончения стенки левого желудочка
Аневризма, заполненная организованным тромбом
Аневризма межжелудочковой перегородки
*"Прикрытая" перфорация

НАИБОЛЕЕ ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТОМ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Антиангинальное действие
Ограничение зоны инфаркта
Уменьшение частоты реинфаркта
*Снижение частоты тромбоэмболических осложнений

КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:

При первом инфаркте миокарда
*При повторном инфаркте
Частота возникновения этого осложнения одинакова при первом и при повторном инфаркте миокарда
Четкой закономерности не выявляется

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ГИПОТОНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА:

Гиповолемией
Рефлекторным воздействием
Поражением миокарда
*Всем перечисленным

ПРИ ИСТИННОМ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЛЕТАЛЬНОСТЬ ДОСТИГАЕТ:

20-30%
40-50%
60-70%
*80-100%

ДЛЯ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРЕН:

*Метаболический ацидоз
Метаболический алкалоз
Может развиваться как ацидоз, так и алкалоз
Кислотно-щелочное равновесие существенно не изменяется

ИСТИННЫЙ КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА РАЗВИВАЕТСЯ КАК ПРАВИЛО

При поражении 20% массы миокарда

*При поражении около 50% массы миокарда

Развитие кардиогенного шока не связано с объемом поражения миокарда

ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ:

Может не изменяться

Несколько повышается

Несколько понижается

*Значительно уменьшается

КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ:

Цианотичные, сухие

Бледные, сухие

*Бледные, влажные

Розовые, влажные

В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕЖИТ:

*Резкое снижение сократительной функции левого желудочка

Стрессовая реакция на боль

Артериальная гипотония

Гиповолемия

У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНИВШИМСЯ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ, ТЕМПЕРАТУРНАЯ РЕАКЦИЯ:

*Обычно не выражена

Обычно резко выражена

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

ТРОМБОЭНДОКАРДИТ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:

При длительном постельном режиме

При чрезмерно ранней активизации больных

*При развитии аневризмы левого желудочка

При дисфункции папиллярных мышц

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭНДОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

Антибиотики группы тетрациклина

Антибиотики из группы аминогликозидов

*Нестероидные противовоспалительные препараты

Производные нитрофурана

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА:

Антибиотики

Нестероидные противовоспалительные препараты

Анальгетики

Антигистаминные

*Глюкокортикоиды

ПРИ ЭПИСТЕНОКАРДИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНЫ:

Антигистаминные препараты

*Нестероидные противовоспалительные препараты

Глюкокортикоиды

Антибиотики

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ ПРИ "ПЕРВИЧНОЙ" ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ОНА ПРОИЗВОДИТСЯ СВОЕВРЕМЕННО) СОСТАВЛЯЕТ:

30-40%

50-60%

70-80%

*свыше 90%

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЧАСТОТА КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ:

40-50 в мин

60-70 в мин

*80-100 в мин

КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

Уменьшение болевого синдрома

"Реперфузионные" аритмии

Быстрое возвращение сегмента ST ЭКГ к изолинии

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ ОККЛЮЗИРОВАННОЙ КРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ:

*Быстрое возвращение сегмента ST к изолинии

Исчезновение патологических зубцов Q

Более медленное возвращение сегмента ST к изолинии

Динамика сегмента ST носит обычный характер

У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ОККЛЮЗИРОВАННОЙ КРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОБЫЧНО СОПРОВОЖДАЕТСЯ

*Появлением желудочковых аритмий

Антиаритмическим эффектом

Восстановление проходимости существенно не сказывается на динамике нарушений ритма

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Внутрикоронарное введение

Внутривенное введение

Внутримышечное введение

Эффективность тромболитической терапии не зависит от способа введения

ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

Изолированно

При одновременном поражении передней стенки левого желудочка

*При одновременном поражении нижней стенки левого желудочка

При одновременном поражении предсердий

ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Спазм коронарной артерии

*Тромбоз коронарной артерии

Окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой

Внезапное повышение потребности миокарда в кислороде

БЕТА-БЛОКАТОРЫ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

На 2-3 месяца

На 4-6 месяцев

*На 1-2 года

Пожизненно

У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ АСПИРИНА:

*Уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда

Не влияет на прогноз

Уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у женщин

Благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан

БОЛЬНЫЕ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВ, ПО СРАВНЕНИЮ С ОСТАЛЬНЫМИ БОЛЬНЫМИ В ЦЕЛОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

Более выраженным ангинозным синдромом

Более выраженными нарушениями гемодинамики

Большими размерами очага некроза

Все ответы правильные

*Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ:

*При первичной фибрилляции желудочков выше, чем при вторичной

При вторичной фибрилляции желудочков выше, чем при первичной

Одинакова при этих видах фибрилляции

Данный вопрос не изучен

РИСК РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ВЫСОК:

*В первые минуты заболевания

Через 3 - 4 часа от начала заболевания

К концу первых суток заболевания

На вторые сутки заболевания

УЛУЧШИТЬ ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПОЗВОЛЯЮТ:

Нитраты

Непрямые антикоагулянты

*Бета-блокаторы

Все перечисленное

Ни один из перечисленных

ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ВСТРЕЧАЮТСЯ:

Менее, чем в половине случаев

У 50-70% больных

*Практически у всех больных

УЛУЧШИТЬ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПОЗВОЛЯЮТ:

Дизопирамид

Хининдин

Новокаионамид

Все перечисленные средства

*Ни одно из перечисленных

ПРЕДСКАЗАТЬ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА:

Можно

*Нельзя

Данный вопрос не изучен

У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ НАЛИЧИЕ:

Частой монотопной экстрасистолии

Частой политопной желудочковой экстрасистолии

Групповой желудочковой экстрасистолии

"Пробежки" желудочковой тахикардии

*Ни один из перечисленных

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

Мерцательная аритмия

АВ- блокада I степени

*Недостаточность кровообращения IIБ степени

Все перечисленное

Ни одно из перечисленных

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К САНАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА:

Пароксизмальная желудочковая тахикардия

*Компенсированный сахарный диабет

Тромбоэмболические осложнения в остром периоде

Ранняя постинфарктная стенокардия

Все вышеперечисленные

ВВЕДЕНИЕ ЛИДОКАИНА БОЛЬНЫМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА:

- *Уменьшает вероятность возникновения фибрилляции желудочков
- Не влияет на частоту возникновения фибрилляции желудочков
- *Увеличивает частоту асистолии желудочков

ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ "ПРОБЕЖЕК" ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО СРАВНЕНИЮ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ

Значительно ниже

- *Значительно выше

Практически такая же

Определенных данных по этому вопросу нет

МОНИТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЭКГ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА:

Позволяет выделить группу лиц, у которых вероятность развития фибрилляции желудочков является наибольшей

Позволяет выделить группу лиц с высокой вероятностью развития фибрилляции желудочков только при применении холтеровского мониторирования

- *Не позволяет выделить группу лиц, у которых вероятность развития фибрилляции желудочков является наибольшей

БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- *Аспирин

Дипиридамола

Любого из перечисленных препаратов

Только сочетания их

ЧАСТОТА ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В БЛИЖАЙШИЙ МЕСЯЦ ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ:

Ниже, чем у больных, не получавших тромболитики

- *Выше, чем у больных, не получавших тромболитики

Такая же, как у больных, не получавших тромболитики

У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ НАЛИЧИЕ:

Более 10 желудочковых экстрасистол в час

Более 30 желудочковых экстрасистол в час

Частых желудочковых экстрасистол высоких градаций

- *Частота желудочковых экстрасистол существенного влияния на прогноз не оказывает

Правильные только ответы 2 и 3

У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРЕХОДЯЩЕЙ АВ-БЛОКАДЫ:

- *Осложняет прогноз заболевания

Не влияет на прогноз заболевания

Данный вопрос не изучен

ЗОЛИРОВАННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

Не встречается

Встречается часто

- *Встречается крайне редко

ПРОГНОЗ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА БОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТЕН:

У мужчин

*У женщин

Различий нет

СПОСОБНОСТЬЮ ОГРАНИЧИВАТЬ ОБЪЕМ ПОРАЖЕНИЯ И БЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯТЬ НА БЛИЖАЙШИЙ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОБЛАДАЮТ:

Антагонисты кальция

Бета-блокаторы

Нитроглицерин (при внутривенном введении)

Все перечисленные

*Только нитроглицерин и бета-блокаторы

БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЦЕЛЬЮ ОГРАНИЧЕНИЯ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ:

Бета-блокаторы с частичной симпатомиметической активностью

*Кардиоселективные бета-блокаторы

Оба ответа правильны

Правильного ответа нет

Заккрыть

Просмотр

Секция: Инфекционные эндокардиты

Название Инфекционные эндокардиты

Вопросов 87

Суммарный вес вопросов 87

Максимальный балл 8

Перемешивать вопросы

Представлять вопросов 8

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ ПОРАЖЕНИЕ ЭНДОКАРДА:

Лактобактерии

Синегнойная палочка

*Зеленящие стрептококки

Золотистые стафилококки

Менингококки

ЭНДОКАРДИТ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ:

Вирусы

Бациллы лихорадки Ку

Сальмонеллы

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К ИНФЕКЦИОННОМУ ЭНДОКАРДИТУ ФАКТОРАМИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

Преходящую бактеремию

Проведение гемодиализа

Наличие искусственных клапанов сердца

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ:

*У больных, имеющих поражение клапанного аппарата

При интактных клапанах

Частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение клапанного аппарата и не имеющих его

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Лихорадка

Артралгии

Петехии на коже и слизистых

Изменения формы ногтей

ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Миокардит

Васкулиты мелких сосудов

Эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ОТНОСИТЕЛЬНО РЕДКО ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ:

Митрального клапана

Аортального клапана

*Трехстворчатого клапана

ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН:

*Эмболией сосудов бактериальными или тромботическими массами

Поражением *vasa vasorum*

И тем, и другим

Ни тем, и ни другим

ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Диффузный гломерулонефрит

Инфаркт почки

Очаговый нефрит

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА ПОЧКИ ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

Боль в поясничной области

Гематурия

Дизурические явления

*Все перечисленное

Правильного ответа нет

ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ АНЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ:

*У большинства больных

Редко

Не встречается

ДЛЯ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО:

Наличие лихорадки, озноба

Наличие лейкоцитоза

Быстрое формирование порока сердца

Быстрое появление признаков сердечной недостаточности

*Все перечисленное

ДЛЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

Бактеремии

Лейкоцитоза

Увеличение СОЭ

*Все ответы правильные

ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Поражение ЦНС

Поражение клапанов сердца

Эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов

Почечная недостаточность

*Все перечисленное

ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ АОРТАЛЬНЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ЧАЩЕ ФОРМИРУЕТСЯ:

*К 2-й неделе от начала заболевания

К концу 1-го месяца от начала заболевания

К концу 3-4-го месяца заболевания

К концу 1-го полугодия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ:

Митральный клапан

*Аортальный клапан

Трехстворчатый клапан

ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ПОРАЖЕНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

Систолического шума с максимумом во II межреберье справа

*Диастолического шума в точке Боткина

Диастолического шума на верхушке

ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Экстрасистолия

Мерцательная аритмия

Нарушения АВ проводимости

Синусовая брадикардия или тахикардия

*Все перечисленное

ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ИНФАРКТ МИОКАРДА ВСЛЕДСТВИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ РАЗВИВАЕТСЯ:

*Редко

Примерно в половине случаев
У большинства больных

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ РАЗВИТИЕМ:

Перикардита
Миокардита
*Того, и другого
Ни одного из них

НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМИ ДЛЯ ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО
ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

Увеличение СОЭ
Анемия
Лейкоцитопения
*Бактеремия

ДЛЯ АБАКТЕРИАЛЬНОЙ СТАДИИ ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

Тромбоэмболии в различные органы
Артралгии
Анемии, лейкоцитопении, тромбоцитопении
Развитие порока сердца
*Положительного результата посева крови

ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

Умеренная лихорадка
Боль в груди
Одышка
Слабость
*Все перечисленное

ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Гломерулонефрит с явлениями почечной недостаточности
Артриты
Синовииит
Васкулиты
*Все перечисленное

ПРИЧИНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ
ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ БЫТЬ:

Формирование порока митрального клапана
Формирование порока аортального клапана
Формирование порока трикуспидального клапана
Сопутствующий миокардит
*Все перечисленное

ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРОК СЕРДЦА ЧАЩЕ
ФОРМИРУЕТСЯ:

В течение 2-3 недель от начала заболевания
*В течение 1-6 месяцев от начала заболевания
К концу 1-го года заболевания

ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ:

Разрывом хорды
 Образованием аневризмы аорты
 Разрывом межжелудочковой перегородки
 Развитием пиогемоперикарда
 *Всем перечисленным

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЭМБОЛИИ ВОЗМОЖНЫ В:

Артерии почек
 Коронарные артерии
 Артерии селезенки
 Артерии мозга
 *Во все перечисленные

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ:

Инфаркта почки
 Абсцесса почки
 Диффузного гломерулонефрита
 *Всего перечисленного
 Ничего из перечисленного

ДЛЯ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

Увеличение СОЭ
 Анемия
 Тромбоцитопения
 *Лейкопения
 Правильного ответа нет

ПРИЧИНОЙ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА ПРИ ПОСЕВЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ МОЖЕТ БЫТЬ:

Вирусная природа эндокардита
 Неправильная методика взятия крови
 Использование недостаточного набора сред
 *Все перечисленное

НАИБОЛЬШАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ПОЛУЧИТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ГЕМОКУЛЬТУРЫ У БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЗАБОРЕ КРОВИ:

3-5 раз через 24-48 ч после отмены антибиотиков
 8-10 раз через 12-24 ч после отмены антибиотиков
 *В период повышения температуры (или перед очередным повышением) каждые 5-10мин (всего 5-6 анализов) после отмены антибиотиков

НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ПОДОСТРЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ВЛИЯЮТ:

Чувствительность микрофлоры к проводимой антибактериальной терапии
 Рецидивы заболевания
 Наличие сердечной недостаточности
 Хроническая почечная недостаточность
 *Все перечисленное

ТАКТИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ СВОДИТСЯ К:

- *Немедленному назначению больших доз антибиотиков с учетом наиболее вероятной микробной флоры в каждом случае
- Назначению больших доз антибиотиков только после получения результатов бактериологического исследования
- Возможны оба варианта
- Правильного ответа нет

ТАКТИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ СВОДИТСЯ К:

- Немедленному назначению адекватных доз антибиотиков с учетом наиболее вероятной микробной флоры в каждом случае
- Назначению адекватных доз антибиотиков после получения результатов бактериологического исследования в течение 1-2 недель
- *И то, и другое
- Ни то, и ни другое

НАЗНАЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ВОЗМОЖНО ПРИ:

- Остром инфекционном эндокардите
- *Подостром инфекционном эндокардите
- И то, и другое
- Ни то, и ни другое

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- *Внутривенное введение антибиотиков
- Внутримышечное введение антибиотиков
- Применение препаратов per os
- Любой из перечисленных способов

У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЕНИЦИЛЛИН В ДОЗЕ:

- 1-2 млн в сутки
- 5 млн в сутки
- *20-40 млн в сутки
- БОЛЬНОМУ С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:
- Пенициллин
- Гентамицин
- *Амфотерицин
- Ванкомицин

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Резистентная к терапии сердечная недостаточность
- Повторные эмболии крупных сосудов
- Наличие внутрисердечного абсцесса
- Аневризма синуса Вальсальвы
- *Все перечисленное

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Инфекционный эндокардит грибковой этиологии
 Хронические очаги инфекции в организме
 Предшествующие заболевания сердца
 *Наличие искусственных клапанов

НА ПРОГНОЗ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ВЛИЯЕТ:

Время начала эффективной антибактериальной терапии
 Вид возбудителя
 Наличие у больного предшествующего заболевания сердца
 *Все перечисленное

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ И ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ:

*Натриевую соль пенициллина
 Калиевую соль пенициллина
 Существенной разницы нет

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Антибиотики
 Противостафилококковую плазму
 Антистафилококковый гамма-глобулин
 *Все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ В РАННИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИЗНАКОМ ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Повторные периоды умеренного повышения температуры
 Изменение характера шума у больных с пороком сердца
 Заболевание ревматизмом в анамнезе
 Правильного ответа нет

САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА:

*Сердечная недостаточность
 Микотическая аневризма сосудов
 Спленомегалия
 Инфаркт почки
 Все перечисленное

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

*Порок сердца
 *Бактериемия
 Эмболии
 Все перечисленное

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ:

С поражением митрального клапана
 *С поражением аортального клапана
 Со спленомегалией
 Все ответы правильные

БОЛЬНЫМ С ПОРАЖЕНИЕМ КЛАПАНОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ
АНТИБИОТИКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ:

- Хирургического вмешательства в полости рта
- Хирургического вмешательства в брюшной полости
- Хирургического вмешательства в урогенитальной области
- *Все ответы правильные
- Правильного ответа нет

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ РЕЖЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ У БОЛЬНЫХ С:

- *Незаращением овального отверстия
- Дефектом межжелудочковой перегородки
- Митральной недостаточностью
- Аортальной недостаточностью
- Открытым артериальным протоком

ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ
ВЫСОКА У БОЛЬНЫХ С:

- Дефектом межпредсердной перегородки
- *Дефектом межжелудочковой перегородки
- Митральным стенозом
- Пролабированием митрального клапана без регургитации
- Гипертрофической кардиомиопатией

ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ
ВЫСОКА У БОЛЬНЫХ С:

- Дефектом межпредсердной перегородки
- Митральным стенозом
- *Митральной недостаточностью
- Гипертрофической кардиомиопатией
- Пролабированием митрального клапана без регургитации

ПРИЧИНОЙ БАКТЕРИЕМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ:

- *Манипуляции в полости рта и глотки
- Уро-генитальные вмешательства
- Операции на желудочно-кишечном тракте
- Катетеризация вен

САМЫМ ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- *Повышение температуры
- Появление петехий
- Появление узелков Ослера
- Боли в области сердца

К ОТНОСИТЕЛЬНО СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ
ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ:

- *Узелки Ослера
- Множественные кровоизлияния
- Эритема
- Все перечисленное

ПРИ ОСМОТРЕ ГЛАЗНОГО ДНА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ
ИНОГДА ВЫЯВЛЯЮТСЯ:

Узелки Ослера
 Сужение артерий
 Отек соска зрительного нерва
 *Петехии
 Все перечисленное

ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, КОТОРОЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОДОСТРОМ ТЕЧЕНИИ, ЧЕМ ПРИ ОСТРОМ, ЯВЛЯЕТСЯ:
 Сердечная недостаточность
 Абсцессы миокарда
 Повреждение клапанов
 Эмболии
 *Микотические аневризмы

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:
 Аортальная недостаточность
 *Сопутствующий миокардит
 Сопутствующий перикардит
 Абсцесс миокарда

СРЕДИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЖЕ ВСЕГО ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:
 Анемия
 Повышение СОЭ
 *Лейкоцитоз
 Появление С-реактивного белка

ПОСЕВ КРОВИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ПРИЧИНА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА:
 *Стрептококки
 Кишечная палочка
 Грибы
 Энтерококки
 Анаэробные бактерии

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ГЕМОКУЛЬТУРЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
 Небактериальный агент, как причина эндокардита (например, грибы)
 *Предшествующее лечение антибиотиками
 Низкий уровень бактериемии
 Недостаточное количество проб крови для посева

У БОЛЬНЫХ ПОДОСТРЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ГЕМОКУЛЬТУРЫ:
 Нецелесообразно повторное исследование крови
 *Целесообразно повторное исследование крови
 *Перед повторным исследованием отменяют антибиотики на двое суток и взятие крови осуществляется во время повышения температуры тела
 Повторное исследование проводят на фоне лечения антибиотиками

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

Рентгенологическое исследование

Электрокардиография

*Эхокардиография

Радионуклидная вентрикулография

Фонокардиография

САМЫЕ БОЛЬШИЕ ВЕГЕТАЦИИ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, ВЫЗВАННОМ:

Стрептококками

Энтерококками

*Грибами

Анаэробными бактериями

ВЕГЕТАЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ СОСТОЯТ ИЗ:

Тромбоцитов

Фибрина

Микроорганизмов

*Всего перечисленного

ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ СРЕПТОКОККИ, ТО ЧАЩЕ ВСЕГО НАЗНАЧАЮТ:

*Пенициллин

*Пенициллин в сочетании с гентамицином

Ампициллин

Ванкомицин

ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ ЭНТЕРОКОККИ, ТО ЧАЩЕ ВСЕГО НАЗНАЧАЮТ:

*Пенициллин

Тетрациклины

*Ампициллин в сочетании с гентамицином

Гентамицин с карбенициллином

ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ ГРАММ-ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ БАКТЕРИИ, ТО СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

Пенициллин

Пенициллин со стрептомицином

Тетрациклины

*Гентамицин и/или ампициллин

Амфотерицин В

ПРИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ЭНДОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ:

Ампициллина

*Оксациллина

*Гентамицина и оксациллина

Тетрациклина

ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ СТАФИЛОКОККИ, УСТОЙЧИВЫЕ К ПЕНИЦИЛЛИНУ, ТО СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

Оксациллин

Метициллин

*Цефалоспорины

Все перечисленное

ПРИ ЭНДОКАРДИТЕ, ВЫЗВАННОМ ГРИБАМИ, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

Ампициллина

Тетрациклина

*Амфотерицина В

Канамицина

Карбенициллина

СТРЕПТОКОККОВУЮ ЭТИОЛОГИЮ ЭНДОКАРДИТА ПРЕДПОЛАГАЮТ, ЕСЛИ СИМПТОМЫ ЭНДОКАРДИТА ВОЗНИКАЮТ ПОСЛЕ:

Ранений

Хирургических операций

*Манипуляций в ротовой полости

Фурункулеза

Уро-генитальных вмешательств

СТАФИЛОКОККОВУЮ ЭТИОЛОГИЮ ЭНДОКАРДИТА ПРЕДПОЛАГАЮТ, ЕСЛИ СИМПТОМЫ ЭНДОКАРДИТА ВОЗНИКАЮТ:

После ранений

После хирургических операций

При фурункулезе

У наркоманов

*При всем перечисленном

ЭНТЕРОКОККОВУЮ ЭТИОЛОГИЮ ЭНДОКАРДИТА ПРЕДПОЛАГАЮТ, ЕСЛИ СИМПТОМЫ ЭНДОКАРДИТА ВОЗНИКАЮТ:

После ранений

При фурункулезе

*После уро-генитальных вмешательств

*После манипуляций на желудочно-кишечном тракте

ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

Рефрактерная сердечная недостаточность

Повторные тромбоэмболии

Грибковая этиология эндокардита

*Все перечисленные

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ:

2 недели или меньше

*4-6 недель

Более 6 недель

Правильного ответа нет

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРИ МАНИПУЛЯЦИЯХ В ПОЛОСТИ РТА И НА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- *Пенициллин
- *Ампициллин с гентамицином
- Эритромицин
- Все перечисленное

ПРИ МАНИПУЛЯЦИЯХ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ИЛИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- *Ампициллина с гентамицином
- Амоксициллина
- Ванкомицина с гентамицином
- Всего перечисленного

ПРИ МАНИПУЛЯЦИЯХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАКТЕРИЕМИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ НАЗНАЧЕНИЕ:

- Оксациллина
- Эритромицина
- Ампициллина
- *Любого из перечисленных препаратов

ПРИЧИНОЙ ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ:

- *Стрептококки
- Стафилококки
- Энтерококки
- Грибы

ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ:

- Стрептококки
- *Стафилококки
- Энтерококки
- Грибы
- Синегнойная палочка

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У НАРКОМАНОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *Стафилококки
- Стрептококки
- Энтерококки
- Грибы
- Синегнойная палочка

ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РЕЦИДИВУ ЭНДОКАРДИТА, МОЖЕТ БЫТЬ:

- Неправильное лечение
- Предшествующие заболевания сердца
- Наличие искусственных клапанов
- *Все ответы правильные

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ:

Других инфекционных заболеваний

Миксомы

Эндокардита Либмана-Сакса (при системной красной волчанке)

*Всего перечисленного

Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Сердечная недостаточность

Эмболии в сосуды мозга

Разрывы микотических аневризм

Неконтролируемая инфекция

ГРИБКОВАЯ ЭТИОЛОГИЯ ЭНДОКАРДИТА ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

У наркоманов

После кардиохирургических операций

После лечения антибиотиками широкого спектра действия

На фоне лечения иммунодепрессантами

*При всем перечисленном

ДЛЯ ПОСЕВА КРОВИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ:

Как правило, достаточно одноразового взятия крови

*Необходимо несколько проб крови, взятых во время повышения температуры

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

Закрыть

Просмотр

Секция: Ишемическая болезнь сердца

Название Ишемическая болезнь сердца

Вопросов 149

Суммарный вес вопросов 149

Максимальный балл 10

Перемешивать вопросы

Представлять вопросов 10

ДЛЯ ИБС ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯЖ

*Коллатеральное кровообращение развито лучше, чем в интактном сердце

Коллатеральное кровообращение развито хуже, чем в интактном сердце

Существенных особенностей коллатерального кровообращения при ИБС нет

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В БОЛЬШИНСТВЕ ИНДУСТРИАЛЬНО РАЗВИТЫХ СТРАН:

Рост заболеваемости ИБС продолжается

Заболеваемость ИБС снижается

Рост заболеваемости ИБС прекратился, но тенденции к снижению заболеваемости нет

*Характерны различные тенденции динамики заболеваемости

ПОТРЕБНОСТЬ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ:

Частота сердечных сокращений
 Контрактильность миокарда
 Напряжение стенки левого желудочка
 *Все перечисленное

"ДВОЙНОЕ ПРОИЗВЕДЕНИЕ" - ПОКАЗАТЕЛЬ, В ОПРЕДЕЛЕННОЙ СТЕПЕНИ ОТРАЖАЮЩИЙ ПОТРЕБНОСТЬ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

*Произведение частоты сердечных сокращений на систолическое артериальное давление
 Произведение частоты сердечных сокращений на динамическое диастолическое артериальное давление
 Произведение частоты сердечных сокращений на среднее артериальное давление
 Произведение частоты сердечных сокращений на давление заклинивания легочных капилляров

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В:

Правой коронарной артерии
 Передней нисходящей коронарной артерии
 *Общем стволе левой коронарной артерии
 Огибающей коронарной артерии
 Прогноз у больных ибс не зависит от локализации атеросклеротических поражений коронарного русла

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ СЧИТАЕТСЯ СУЖЕНИЕ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ:

Не менее 25% просвета
 Не менее 40% просвета
 *Не менее 50-75% просвета
 Не менее 90% просвета

ОСОБЕННОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА АТЕРОСКЛЕРОЗОМ У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ:

Имеется, как правило, более выраженное поражение коронарной системы, чем при стабильной стенокардии напряжения
 Имеется, как правило, менее выраженное поражение коронарной системы, чем при стабильной стенокардии напряжения
 *Как правило, существенных особенностей поражения коронарных артерий (по сравнению со стабильной стенокардией) не выявляется

ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

*Спазм коронарной артерии
 *Фиксированный стеноз коронарной артерии
 Тромботическая окклюзия коронарной артерии
 Все перечисленное

НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЬЮ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ И ЕГО ДОСТАВКОЙ ПО КОРОНАРНОМУ РУСЛУ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ:

Стабильной стенокардии напряжения
 Спонтанной стенокардии

Прогрессирующей стенокардии напряжения
 Впервые возникшей стенокардии
 *Любых вариантах стенокардии

ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ:

Коронарные артерии, как правило, интактны
 Как правило, имеется гемодинамически незначимое стенозирование коронарных артерий
 *Как правило, имеется гемодинамически значимое стенозирование коронарных артерий
 Все описанные варианты встречаются практически с одинаковой частотой

ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ:

*Чаше, чем у больных со стабильной стенокардией, выявляется стенозирование одной коронарной артерии
 Реже, чем у больных со стабильной стенокардией, выявляется стенозирование одной коронарной артерии
 Характер поражения коронарных артерий не отличается от имеющегося у больных со стабильной стенокардией напряжения

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ:

*Показана всем больным
 Не показана
 Показана в отдельных случаях
 Решается индивидуально

ИСХОДОМ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

Клиническое выздоровление
 Развитие инфаркта миокарда
 Переход в стабильную стенокардию
 Внезапная смерть
 *Все перечисленное

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ:

*Показана всем больным
 Не показана
 Показана в ряде случаев

ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ МЕДЛЕННОЙ ХОДЬБЕ ПО РОВНОМУ МЕСТУ:

При I функциональном классе стенокардии
 При II функциональном классе стенокардии
 При II и III классах стенокардии
 *При III и IV классах стенокардии

ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ НЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ МЕДЛЕННОЙ ХОДЬБЕ ПО РОВНОМУ МЕСТУ У БОЛЬНЫХ:

I-го функционального класса
 II-го функционального класса
 *I и II-го функциональных классов
 III-го функционального класса
 II и III-го функционального класса

ПРИЕМ ПИЩИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ:

- *Уменьшает толерантность к нагрузкам
- Увеличивает толерантность к нагрузкам
- Не влияет на толерантность к нагрузкам
- Может наблюдаться как повышение, так и снижение толерантности

У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ БЕЗБОЛЕВЫЕ ЭПИЗОДЫ ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST:

- Практически не встречаются
- Встречаются весьма редко
- *Встречаются довольно часто
- Закономерны

ПРЕХОДЯЩИЕ ЭПИЗОДЫ ИШЕМИИ МИОКАРДА:

- Всегда сопровождаются болевым синдромом
- Всегда сопровождаются болевым синдромом или его эквивалентом
- *Могут не сопровождаться вышеуказанными проявлениями

ДЛЯ ПРЕХОДЯЩЕЙ ТРАНСМУРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ:

- Депрессия сегмента ST
- *Подъем сегмента ST
- Увеличение амплитуды зубца "Т"
- Все перечисленное

ДЛЯ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ:

- *Депрессия сегмента ST
- Подъем сегмента ST
- Как депрессия, так и подъем сегмента ST
- Все перечисленное

КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ:

- Уменьшается
- *Увеличивается
- Не изменяется

СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ИБС СПОНТАННАЯ СТЕНОКАРДИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- Более часто, чем стабильная стенокардия напряжения
- Практически так же часто, как стабильная стенокардия напряжения
- *Менее часто, чем стабильная стенокардия напряжения

ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПОВ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НАРУШЕНИЯ РИТМА:

- Практически не встречаются
- Встречаются редко
- *Встречаются часто
- Встречаются практически всегда

ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ В СЛУЧАЕ:

- *Развития депрессии сегмента ST ишемического типа
- Развития инверсии зубца "Т"
- Появления частых экстрасистол высоких градаций

Во всех вышеперечисленных случаях

ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Проба с физической нагрузкой
Проба с введением изопротеренола
Чреспищеводная электрокардиостимуляция
*Холтеровское мониторирование ЭКГ
Дипиридамовая проба

ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Проба с физической нагрузкой
Чреспищеводная электрокардиостимуляция
Проба с изопротеренолом
*Проба с эргоновином
Дипиридамовая проба

У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ (ИЗОПРОТЕРЕНОЛОВАЯ, ДИПИРИДАМОЛОВАЯ) ЯВЛЯЮТСЯ:

*Менее информативными, чем стандартная проба с дозированной физической нагрузкой
Более информативными, чем стандартная проба с физической нагрузкой
Столь же информативными, что и проба с дозированной физической нагрузкой

ПРИ ПРИСТУПЕ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

Увеличивается у всех больных
Уменьшается у всех больных
Не изменяется у всех больных
*Не изменяется или уменьшается

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ:

Радионуклидная вентрикулография
Перфузионная сцинтиграфия миокарда в условиях физической нагрузки
Регистрация ЭКГ в условиях физической нагрузки, чреспищеводной электрокардиостимуляции
Холтеровское мониторирование ЭКГ
*Все перечисленное

НИТРИТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:

Широко применяются у больных со стенокардией
*Не применяются
Применяются, но не так часто, как нитраты
Применяются чаще, чем нитраты

ПОТРЕБНОСТЬ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

Частота сердечных сокращений
Контрактильность миокарда
Преднагрузка на левый желудочек
Постнагрузка на левый желудочек
*Все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ:

Нитратов

Бета-блокаторов

Антагонистов кальция

*Эффективность перечисленных групп препаратов при стенокардии напряжения практически одинакова

УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ ПРИ ПРИЕМЕ НИТРАТОВ ОБУСЛОВЛЕНО:

Отрицательным инотропным эффектом

Отрицательным хронотропным эффектом

Уменьшением постнагрузки на левый желудочек

*Уменьшением преднагрузки на левый желудочек

Всем перечисленным

АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ НИТРАТОВ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕН:

Отрицательным инотропным эффектом

*Уменьшением потребности миокарда в кислороде

Отрицательным хронотропным эффектом

АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ БЕТА-БЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕН:

Увеличением коронарного кровотока

*Уменьшением потребности миокарда в кислороде

В равной степени увеличением коронарного кровотока и уменьшением потребности миокарда в кислороде

АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕН:

Увеличением коронарного кровотока

Уменьшением потребности миокарда в кислороде

*Влиянием на коронарный кровоток и уменьшением потребности миокарда в кислороде

УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ ПРИ ПРИЕМЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ОБУСЛОВЛЕНО В ОСНОВНОМ:

Отрицательным инотропным эффектом

Отрицательным хронотропным эффектом

*Как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом

Уменьшением преднагрузки на левый желудочек

Уменьшением постнагрузки на левый желудочек

УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ ПРИ ПРИЕМЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ОБУСЛОВЛЕНО, В ОСНОВНОМ:

Отрицательным инотропным эффектом

Отрицательным хронотропным эффектом

*Уменьшением постнагрузки на левый желудочек

Уменьшением преднагрузки на левый желудочек

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

Нитраты

Бета-блокаторы

*Антагонисты кальция

Эффективность перечисленных групп препаратов при спонтанной стенокардии практически одинакова

У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ:

Нитраты

Бета-блокаторы

Антагонисты кальция

Нитраты и бета-блокаторы

*Антагонисты кальция и бета-блокаторы

У БОЛЬНЫХ ИБС С ЗАСТОЙНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ:

Надолол (коргард)

Верапамил

Дилтиазем

Анаприлин

*Нитраты

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИАНГИНАЛЬНОГО ЭФФЕКТА СУСТАКА-ФОРТЕ У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗОВОМ ПРИЕМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1-1,5 часа

8 -12 часов

*3 - 5 часов

6 -10 часов

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НИТРАТОВ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ:

*Не изменяется

Увеличивается

Уменьшается

Изменения не закономерны

В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ УМЕНЬШАЮТ ПРЕДНАГРУЗКУ НА ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК:

Бета-блокаторы

*Нитраты

Антагонисты кальция

Все в одинаковой степени

НАЗНАЧЕНИЕ АНАПРИЛИНА ПО 20 МГ 4 РАЗА В ДЕНЬ БОЛЬНЫМ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ОКАЗЫВАЕТСЯ:

Достаточным у большей части больных

Достаточным приблизительно у половины больных

*Эффективным лишь в единичных случаях

КОРИНФАР В ДОЗЕ 10 МГ 3 РАЗА В ДЕНЬ:

Как правило,обладает антиангинальным эффектом

*Как правило,не обладает достаточным антиангинальным эффектом

Обладает антиангинальным эффектом приблизительно у половины больных

ВЕРАПАМИЛ (ФИНОПТИН) ПРИ ЕГО НАЗНАЧЕНИИ ПО 40 МГ 3 РАЗА В ДЕНЬ:

Обычно обладает антиангинальным эффектом

*Обычно не обладает антиангинальным эффектом

Обладает антиангинальным эффектом приблизительно у половины больных

МИНИМАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА НИТРОСОРБИДА ПРИ
СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ПРИ ПРИЕМЕ ВНУТРЬ:

Обычно 5 мг

*Обычно 10 мг

Не менее 20 мг

ПРИ ПРИЕМЕ ОДНОЙ ТАБЛЕТКИ СУСТАКА-МИТЕ АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ:

У большинства больных отчетливо выражен

Выражен у половины больных

*Не выражен

ПРИ ПРИЕМЕ ОДНОЙ ТАБЛЕТКИ НИТРОНГА-МИТЕ АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ:

Выражен у большинства больных

*Обычно не выражен

Выражен приблизительно у половины больных

ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В МЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ
УМЕНЬШАЕТ ЧАСТОТУ ПУЛЬСА В ПОКОЕ У БОЛЬНЫХ ИБС:

Анаприлин

Обзидан

*Вискен

Индерал

В НАИМЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ УМЕНЬШАЮТ ЧАСТОТУ ПУЛЬСА У БОЛЬНЫХ ИБС В
ПОКОЕ СЛЕДУЮЩИЕ БЕТА-БЛОКАТОРЫ:

Неселективные

Кардиоселективные

*Обладающие собственной симпатомиметической активностью

ОТЛИЧИЯ В МЕХАНИЗМЕ АНТИАНГИНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ СУСТАКА И
НИТРОСОРБИДА:

Имеются

*Не имеются

Не закономерны

Вопрос не изучался

ПРИ ПРИЕМЕ БОЛЬШИХ ДОЗ НИТРАТОВ ЧАСТОТА ПУЛЬСА:

*Увеличивается

Уменьшается

Не меняется

Изменения не закономерны

У БОЛЬНЫХ ИБС С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ

Нитратов

Корватона

*Бета-блокаторов и верапамила

Коринфара

Фуросемида

ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ:

*Нитратов

Бета-блокаторов

Антагонистов кальция

Всех перечисленных

Ни одного из перечисленных

ПРИ ГЛУБОКОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ПРИЕМОМ НИТРАТОВ, ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ:

Увеличивается

*Уменьшается

Не изменяется

Изменения не закономерны

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДОСТАТОЧНО ВЫРАЖЕННЫМ АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ:

Эринит

Нитронг-мите

Анаприлин 10 мг

*Нитросорбид 10 мг

Все перечисленные

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОБЛАДАЮТ АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ:

Нитросорбид

*Курантил

*Интенсаин

Коринфар

НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ КРИТЕРИЕМ АНТИАНГИНАЛЬНОГО ЭФФЕКТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Уменьшение количества принимаемых таблеток нитроглицерина

Уменьшение частоты приступов стенокардии

*Повышение толерантности к физической нагрузке

Ни один из перечисленных

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ СЛЕДУЮЩАЯ КОМБИНАЦИЯ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ:

Бета-блокаторов с нитратами

Бета-блокаторов с коринфаром

*Бета-блокаторов с изоптином

Коринфара с изоптином

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К АНТАГОНИСТАМ КАЛЬЦИЯ:

Молсидомин (корватон)

Анаприлин

Нитросорбид

Эринит

*Ни один из перечисленных

В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СВОЙСТВЕНЕН СИНДРОМ ОТМЕНЫ:

Нитратам

Антагонистам кальция

*Бета-блокаторам

Всем перечисленным

ПО ХИМИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ НЕ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ НИТРАТОВ:

Нитронг

*Корватон

Тринитролонг

Нитросорбид

Эринит

АКТИВНЫЕ МЕТАБОЛИТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ СОБСТВЕННЫМ АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ, ОБРАЗУЮТСЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ ПРИЕМЕ:

Сустака

Тринитролонга

*Нитросорбида

Коринфара

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СИНДРОМ ОТМЕНЫ НЕ СВОЙСТВЕНЕН:

Пропранололу

*Нитросорбиду

Атенололу

Метопрололу

СИНДРОМ ОТМЕНЫ БЕТА-БЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ИБС МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ:

Учащением приступов стенокардии

Появлением приступов стенокардии в покое

Снижением толерантности к физической нагрузке

Развитием инфаркта миокарда

*Всем перечисленным

СИНДРОМ ОТМЕНЫ НИТРАТОВ ОПИСАН ДЛЯ:

Больных со стенокардией напряжения

Больных со спонтанной стенокардией

*Рабочих, занятых на производстве взрывчатых веществ

Лиц с нейроциркуляторной дистонией

КАРДИОСЕЛЕКТИВНОСТЬ БЕТА-БЛОКАТОРОВ:

*С увеличением дозы кардиоселективность снижается

Увеличивается при увеличении дозы

Не зависит от дозы

КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫЕ БЕТА-БЛОКАТОРЫ У БОЛЬНЫХ ИБС С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:

Назначать можно

*Назначать нельзя

Данный вопрос не изучен

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ПРЕПАРАТУ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:

*Нитратами

Бета-блокаторами

Антагонистами кальция

Всеми перечисленными средствами

О РАЗВИТИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ У БОЛЬНЫХ ИБС МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Учащения приступов стенокардии (по сравнению с частотой приступов до начала лечения)

*Уменьшения антиангинального эффекта, наблюдавшегося вначале

Развивающейся зависимости от препарата

Правильного ответа нет

ПОСЛЕ ПЕРЕРЫВА В ЛЕЧЕНИИ НАБЛЮДАВШИЙСЯ РАНЕЕ АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ НИТРАТОВ У ТЕХ БОЛЬНЫХ ИБС, У КОТОРЫХ РАЗВИЛАСЬ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НИМ:

*Как правило, восстанавливается

Как правило, восстанавливается только частично

Не восстанавливается

В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ БЫВАЕТ ДОСТАТОЧНЫМ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ЭФФЕКТА ПРЕКРАТИТЬ ЛЕЧЕНИЕ НА СРОК:

Около 3 месяцев

Около 1 месяца

2 - 3 недели

*Несколько дней

ГОЛОВНУЮ БОЛЬ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПРИЕМ:

*Нитратов

Бета-блокаторов

*Антагонистов кальция

Нитратов и бета-блокаторов

ПОБОЧНУЮ РЕАКЦИЮ В ВИДЕ ОТЕКА ЛОДЫЖЕК ОБЫЧНО ВЫЗЫВАЕТ:

Верапамил

*Нифедипин

Пропранолол (анаприлин)

Нитросорбид

НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЛИПИДНЫЙ СОСТАВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ОКАЗЫВАЮТ:

Нитраты

*Бета-блокаторы

Антагонисты кальция

Все перечисленное

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЗАМЕДЛЯЮТ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНУЮ ПРОВОДИМОСТЬ:

Нитросорбид

Сустан

*Анаприлин

Корватон

Все ответы правильные

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ЗАМЕДЛЯЮТ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНУЮ ПРОВОДИМОСТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

Нитросорбида

*Изоптина

Сустан-форте

Корватона

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОДАВЛЯЕТ АВТОМАТИЗМ СИНУСОВОГО УЗЛА:

*Спесикор (метопролол)

Сустан

Корватон

Нитросорбид

Правильного ответа нет

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПОДАВЛЯЕТ АВТОМАТИЗМ СИНУСОВОГО УЗЛА:

Сустан

Корватон

*Кардил (дилтиазем)

Коринфар

Нитросорбид

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ОТНОСИТСЯ К КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ:

Анаприлин

*Спесикор (метопролол)

Обзидан

*Тенормин (атенолол)

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ОБЛАДАЕТ СОБСТВЕННОЙ СИМПАТОМИМЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ:

Пропранолол (анаприлин)

Метопролол (спесикор)

Надолол (коргард)

*Пиндолол (вискен)

Правильного ответа нет

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ОТНОСИТСЯ К КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ:

Пропранолол

Коргард (надолол)

Вискен

Все перечисленные

*Ни один из перечисленных

ИЗ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОРТОСТАТИЧЕСКУЮ ГИПОТОНИЮ МОГУТ ВЫЗВАТЬ:

*Нитросорбид

Анаприлин

Верапамил (финоптин)

ИЗ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ИМЕЮТ ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ СУБАОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ:

Нитросорбид

*Анаприлин

*Изоптин

Коринфар

НАЗНАЧАТЬ АНТИАНГИНАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ БОЛЬНЫМ ИБС С БЕЗБОЛЕВЫМИ ЭПИЗОДАМИ ИШЕМИИ МИОКАРДА:

Не следует

*Следует

Да, но только при наличии дополнительных показаний

ИЗ ДВУХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ СВОЙСТВЕН:

*Верапамилу

Нифедипину

Данные препараты не обладают отрицательным инотропным эффектом

Верапамилу и нифедипину в одинаковой степени

ОПЕРАЦИЯ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОРАЖЕНИЕМ ТРЕХ ОСНОВНЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ:

Улучшает ближайший, но не влияет на отдаленный прогноз

*Улучшает отдаленный прогноз

Не влияет на прогноз заболевания

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Тромбоэмболия легочной артерии

*Инфаркт миокарда

Прогрессирующая недостаточность кровообращения

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗОБНОВЛЕНИЯ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ В БЛИЖАЙШИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Прогрессирование коронарного атеросклероза

Окончание "платебо-эффекта" оперативного вмешательства

*Окклюзия шунтов

Все перечисленное

ОПЕРАЦИЯ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС:

Улучшает качество жизни
 Улучшает прогноз заболевания
 *И то, и другое
 Ни то, и ни другое

ОПЕРАЦИЯ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ УВЕЛИЧИВАЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ:

У всех больных ИБС
 У больных с "однососудистым" поражением коронарных артерий
 *У больных с "трехсосудистым" поражением коронарных артерий
 Продолжительность жизни после аорто-коронарного шунтирования не увеличивается

ОПЕРАЦИЯ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ УВЕЛИЧИВАЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ:

У всех категорий больных ИБС
 *У больных с поражением ствола левой коронарной артерии
 У больных с "однососудистым" поражением коронарных артерий
 Продолжительность жизни после аорто-коронарного шунтирования не увеличивается

ПОСЛЕ МАММАРНО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРОХОДИМОСТЬ ШУНТОВ СОХРАНЯЕТСЯ:

*Более длительное время, чем после аорто-коронарного шунтирования
 Менее продолжительное время, чем после аорто-коронарного шунтирования
 Частота тромбозов шунтов одинакова при обоих видах оперативного вмешательства

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЛИЯЕТ НА РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ:

Пол
 Возраст
 *Сократительная функция левого желудочка
 Масса тела
 Число пораженных коронарных артерий

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ:

Лучше, чем у больных с "нормальным" уровнем холестерина
 *Хуже, чем у больных с "нормальным" уровнем холестерина
 Такие же, как у больных с "нормальным" уровнем холестерина

ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ ПЛАСТИКИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

"Многососудистые" варианты диффузного поражения коронарных артерий
 Стенозирование дистальных участков коронарных артерий
 *Проксимальное стенозирование при "однососудистом" поражении коронарных артерий

У БОЛЬНЫХ С ТАК НАЗЫВАЕМОМ "СИНДРОМОМ Х" (ИКС):

Имеются приступы стенокардии напряжения
 Коронарные артерии не изменены (или изменены незначительно)
 Прогноз, как правило, благоприятный
 *Все перечисленное
 Правильного ответа нет

ПРИЧИНА СТЕНОКАРДИИ:

Органическое поражение коронарных артерий

Функциональные нарушения регуляции тонуса коронарных артерий

*Сочетание органического поражения коронарных артерий и функциональных нарушений

ПРИЧИНОЙ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ:

*Атеросклероз

Специфические артерииты с вовлечением коронарных артерий

Травматические повреждения сердца

Все ответы правильные

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ СУЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ СЧИТАЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ДИАМЕТРА ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ИЛИ ВЕТВЕЙ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ НА:

25%

50%

*75%

90%

СПАЗМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ У БОЛЬНЫХ ИБС:

С неизменными коронарными артериями

*С выраженным атеросклеротическим поражением коронарных артерий

Примерно с одинаковой частотой - как у больных с неизменными коронарными

артериями, так и у больных с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИБС ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИБС, КРОМЕ:

Стенокардии

Инфаркта миокарда

Постинфарктного кардиосклероза

*Атеросклеротического кардиосклероза

Нарушения ритма сердца

ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТЬЮ НАЗЫВАЮТ СМЕРТЬ:

При остром инфаркте миокарда

*Смерть в течение 6-ти часов после возникновения неблагоприятных симптомов

Смерть при документированной фибрилляции желудочков

Все ответы правильны

ПРИЗНАКАМИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

Боли в левой половине грудной клетки при нагрузке

Иррадиация ощущений влево - по медиальной поверхности левой руки

Эффект от нитроглицерина или прекращения нагрузки в течение 1-3 мин

*Все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НЕПРИЯТНЫХ ОЩУЩЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ПРИ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Область сердца (слева от грудины)

*За грудиной

В области верхушечного толчка

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ НАГРУЗКИ, КАК ПРАВИЛО СОСТАВЛЯЕТ:

*Несколько минут (менее 10 минут)

Менее 30 сек

15-20 мин

У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II ФК ПРИСТУПЫ ВОЗНИКАЮТ:

При подъеме по лестнице менее, чем на один этаж (меньше 2 - х пролетов лестницы)

*При подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2 - х пролетов лестницы)

Только при очень больших физических нагрузках

При любой, даже минимальной физической нагрузке

ПРИЗНАКОМ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ IV ФК ЯВЛЯЕТСЯ:

Возникновение стенокардии при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы)

*Возникновение стенокардии при минимальной физической нагрузке

Возникновение спонтанной стенокардии

Отсутствие эффекта от нитроглицерина

ПРИ НАЛИЧИИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ II ФК:

Больной не способен без остановки подняться по лестнице более чем на один этаж (преодолеть без остановки 2 пролета лестницы)

*Больной в состоянии без остановки подняться по лестнице на 2 -5- й этаж

Приступы стенокардии возникают в покое

Приступы стенокардии возникают только при очень больших физических нагрузках

СПОНТАННАЯ СТЕНОКАРДИЯ:

Это синоним стенокардии покоя

Возникает вследствие повышения потребности миокарда в кислороде

*Возникает вследствие уменьшения коронарного кровотока (без

признаков повышения потребности миокарда в кислороде)

Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ С ПРИСТУПАМИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ, КАК ПРАВИЛО:

*Имеется и стенокардия напряжения

Нет приступов стенокардии напряжения

У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ (НЕСТАБИЛЬНОЙ) СТЕНОКАРДИЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ:

Возникновение приступов при более легкой нагрузке

Появление приступов стенокардии в покое

Увеличение продолжительности приступов стенокардии

Уменьшение эффекта от нитроглицерина

*Все перечисленное

У ЖЕНЩИН С БОЛЕВЫМИ ОЩУЩЕНИЯМИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВЕРОЯТНОСТЬ ИБС:

*Всегда ниже, чем у мужчин

Выше, чем у мужчин

Такая же, как у мужчин

САМЫМ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИБС НА ЭКГ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ В ПОКОЕ (ВНЕ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ), ЯВЛЯЕТСЯ:

Изменения сегмента ST и зубца Т

*Признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS)

Блокада ветвей пучка Гиса

Нарушения ритма сердца

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЭКГ- ПРИЗНАКАМИ ИШЕМИИ МИОКАРДА СЧИТАЮТСЯ:

Появление отрицательных зубцов Т

*Горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм

Возникновение желудочковых аритмий

Все ответы правильные

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИЗНАКАМИ ВОЗМОЖНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА СЧИТАЮТСЯ:

Возникновение приступа стенокардии без изменений ЭКГ

Появление выраженной одышки

Возникновение ощущения резкой слабости в связи со снижением артериального давления

*Все перечисленное

ПРИЗНАКАМИ ВЫРАЖЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

Максимальная достигнутая ЧСС менее 120/мин

Очень раннее появление депрессии сегмента ST (на первых минутах нагрузки)

Длительное сохранение депрессии сегмента ST после прекращения нагрузки (в течение 6-8 мин)

*Все перечисленное

ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ИБС ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ПОКАЗАНА ПРЕЖДЕ ВСЕГО БОЛЬНЫМ:

С типичной стенокардией напряжения

*С атипичным болевым синдромом

Лицам без каких-либо симптомов ИБС

Все ответы правильные

ИЗ ВСЕХ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТОЛЬКО ПРОБУ С:

Калием

Нитроглицерином

*Дипиридамом (курантилом)

Анаприлином (обзиданом)

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА С ТАЛИЕМ В СОЧЕТАНИИ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ:

Такая же, как и у ЭКГ- пробы с нагрузкой

*Выше, чем у ЭКГ- пробы с нагрузкой

Ниже, чем у ЭКГ- пробы с нагрузкой

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Нитросорбида
 Анаприлина (обзидан)
 Финоптина (верапамил)
 Коринфара (кордафен, нифедипин)
 *Папаверина

У БОЛЬНЫХ ИБС С НАКЛОННОСТЬЮ К БРАДИКАРДИИ НЕРАЦИОНАЛЬНО
 ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

*Анаприлин
 Тразикор
 Вискен
 Коринфар

СРЕДНИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ НИТРОСОРБИДА У БОЛЬНЫХ ИБС СОСТАВЛЯЮТ:

10-20 мг
 *40-60 мг
 100-200 мг
 300-400 мг
 500-600 мг

СРЕДНИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ФИНОПТИНА ПРИ ИБС СОСТАВЛЯЮТ:

40-80 мг
 80-120 мг
 120-200 мг
 *240-320 мг
 500-600 мг

СРЕДНИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ КОРИНФАРА СОСТАВЛЯЮТ:

10-30 мг
 *60-80 мг
 100-200 мг
 200-240 мг

СРЕДНИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ АНАПРИЛИНА СОСТАВЛЯЮТ:

20-40 мг
 *80-200 мг
 300-400 мг
 400-600 мг

ОСНОВНЫМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ
 СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Отсутствие эффекта от медикаментозной терапии при тяжелом клиническом течении ИБС
 Молодой возраст больных
 Наличие в анамнезе 2 - х и более инфарктов миокарда
 Все перечисленное

ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАЦИИ
 АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

*Стеноз основного ствола левой коронарной артерии (сужение на 50% и более) или
 проксимальное 3-сосудистое поражение (гемодинамически значимые стенозы правой и двух
 ветвей левой коронарной артерии)
 Выраженное диффузное поражение коронарных артерий

Все ответы правильные
Правильного ответа нет

КРОМЕ СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (ВЫРАЖЕННОСТИ СТЕНОЗИРОВАНИЯ) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Сопутствующая умеренная дисфункция левого желудочка (фракция выброса около 0,4)
Выраженное нарушение функции левого желудочка (фракция выброса меньше 0,3)
Отсутствие признаков нарушения функции левого желудочка

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ ("МАММАРО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ"):

*Позволяет увеличить продолжительность функционирования шунтов
Не имеет преимуществ перед венозным шунтом для аорто-коронарного шунтирования
Уменьшает продолжительность функционирования шунтов

ПРЕПАРАТЫ, "УЛУЧШАЮЩИЕ МЕТАБОЛИЗМ МИОКАРДА" (АТФ, КОКАРБОКСИЛАЗА, РИБОКСИН И ТП):

Имеют самостоятельное значение в лечении ИБС
Показаны как вспомогательные препараты, повышающие эффективность лечения
*Эффективность подобных препаратов не отличается от плацебо

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, КАК ПРАВИЛО:

Назначают только нитраты
*Используют сочетание нитратов, бета-блокаторов и антагонистов кальция
Бета-блокаторы противопоказаны
Нифедипин (коринфар) наиболее эффективен

НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ:

Инверсия зубцов Т
Появление преходящих зубцов Q
Возникновение преходящей блокады ветвей пучка Гиса
*Преходящий подъем сегмента ST

Возникновение желудочковой тахикардии
НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПРЕДОТВРАЩАЮЩИМИ ПРИСТУПЫ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:

Нитраты
*Антагонисты кальция
Бета-блокаторы
Празозин
Аспирин

У БОЛЬНЫХ С КЛАССИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ (ВАРИАНТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ) ПРИСТУПЫ ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮТ:

Во второй половине дня
*Ночью или рано утром
Не существует какой-либо циркадности (преимущественного времени суток) в возникновении спонтанной стенокардии
Правильного ответа нет

РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ:

Формирование аневризмы левого желудочка

Возникновение митральной недостаточности, вследствие дисфункции папиллярных мышц

*И то, и другое

Ни то, и ни другое

У БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ:

Сердечная недостаточность

Желудочковые аритмии

Образование тромба в области аневризмы

*Все перечисленное

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС С СОХРАНЕННОЙ ИЛИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕННОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЬНЫМИ, ЛЕЧЕННЫМИ МЕДИКАМЕНТОЗНО, ПРИ:

Поражении одной коронарной артерии

Поражении двух коронарных артерий

*Поражении трех коронарных артерий

Все ответы правильные

Правильного ответа нет

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС С СОХРАНЕННОЙ ИЛИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕННОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЬНЫМИ, ЛЕЧЕННЫМИ МЕДИКАМЕНТОЗНО, ПРИ ПОРАЖЕНИИ:

*Ствола левой коронарной артерии

Двух коронарных артерий

Правой коронарной артерии

Огибающей ветви левой коронарной артерии

Дистальных отделов передней межжелудочковой артерии

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС СО ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕННОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА НИЖЕ 30%, КДД БОЛЕЕ 20 ММРТСТ) ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ:

Увеличивается по сравнению с больными, которых лечили медикаментами

*Такая же как у больных, которых лечили медикаментами

Снижается по сравнению с больными, которых лечили медикаментами

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЙ СТЕНОЗ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ДОСТИГАЮЩИЙ КАК МИНИМУМ:

70%

*50%

30%

20%

НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ, НЕ ПОДДАЮЩАЯСЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ:

*Является показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС

Не является показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС

Является противопоказанием для проведения коронаро-ангиографии

НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРОГНОСТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА ИСХОД ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ:

*Существенное снижение сократительной функции левого желудочка

*Возраст старше 70 лет

Лабильная артериальная гипертония

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОКАЗАНО ПРИ:

Отсутствии осложнений, связанных с наличием хронической аневризмы

Обнаружении тромба в аневризме

*Обнаружении тромба в аневризме и наличии в анамнезе тромбоэмболии

Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ ИБС ЭНДОВАСКУЛЯРНУЮ БАЛОННУЮ ДИЛЯТАЦИЮ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, А НЕ ОПЕРАЦИЮ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПРИ:

Поражении трех коронарных артерий

*Проксимальном стенозе одной коронарной артерии

Дистальном стенозе двух коронарных артерий

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ БАЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ОПЕРАЦИЕЙ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ:

Менее травматична

Имеет меньше осложнений

Уменьшает продолжительность пребывания больного в стационаре

*Все перечисленное

Закрыть

Просмотр

Секция: Клиническая электрокардиография

Название Клиническая электрокардиография

Вопросов 265

Суммарный вес вопросов 265

Максимальный балл 18

Перемешивать вопросы

Представлять вопросов 18

ВНУТРЕННЯЯ СТОРОНА КЛЕТОЧНОЙ МЕМБРАНЫ МИОЦИТА В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ ЗАРЯЖЕНА:

*Отрицательно

Положительно

Заряд равен

Возможны все три варианта

ВНУТРИ МИОЦИТА В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ИОНОВ КАЛИЯ:

*Больше, чем во внеклеточной жидкости

Меньше, чем во внеклеточной жидкости

Такая же, как во внеклеточной жидкости

ВНУТРИ МИОЦИТА В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ИОНОВ НАТРИЯ:

Больше, чем во внеклеточной жидкости

*Меньше, чем во внеклеточной жидкости

Такая же, как во внеклеточной жидкости

ФАЗА "0" ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ КЛЕТОК ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА И МИОКАРДА ОБУСЛОВЛЕНА:

Выходом из клетки ионов калия

*Входом в клетку ионов натрия

Входом в клетку ионов кальция

Выходом из клетки ионов кальция

НАИМЕНЬШЕЙ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ФАЗОЙ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

*0

1

2

3

4

САМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ФАЗОЙ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

0

1

*2

3

2-Я ФАЗА ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ КЛЕТОК МИОКАРДА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕНА:

Быстрым входом ионов натрия внутрь клетки

Выходом ионов хлора из клетки

*Входом ионов кальция внутрь клетки

Входом ионов калия

Правильного ответа нет

ДЛЯ ЗАМЕЩАЮЩЕГО РИТМА ИЗ АВ-СОЕДИНЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ЧАСТОТА:

Менее 20 в мин

20-30 в мин

*40-50 в мин

60-80 в мин

90-100 в мин

ДЛЯ ЗАМЕЩАЮЩЕГО РИТМА ИЗ ВОЛОКОН ПУРКИНЬЕ ХАРАКТЕРНА ЧАСТОТА:

Менее 20 в мин

*20-30 в мин

40-50 в мин

60-80 в мин

СКОРОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ИМПУЛЬСА ЗАВИСИТ ОТ:

Скорости и амплитуды "0" фазы потенциала действия

Уровня потенциала покоя

*И того, и другого

РЕФРАКТЕРНЫЙ ПЕРИОД В КЛЕТКАХ РАБОЧЕГО МИОКАРДА ПРИХОДИТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ:

Фазы 0,1,2

*Фазы 0,1,2,3

Фазы 0,1,2,3,4

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕФРАКТЕРНОГО ПЕРИОДА В КЛЕТКАХ МИОКАРДА ПРИ УСКОРЕНИИ РИТМА:

*Уменьшается

Увеличивается

Не изменяется

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕФРАКТЕРНОГО ПЕРИОДА В КЛЕТКАХ СИНУСОВОГО И АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО УЗЛОВ ПРИ УСКОРЕНИИ РИТМА:

Укорачивается

*Удлиняется

Не меняется

Правильного ответа нет

ИМПУЛЬСЫ ПРОВОДЯТСЯ С НАИМЕНЬШЕЙ СКОРОСТЬЮ:

*В синоатриальной зоне

В межузловых предсердных трактах

*В АВ - узле

В общем стволе пучка Гиса

ДЕПОЛЯРИЗАЦИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ В НОРМЕ НАПРАВЛЕНА:

*От эндокарда к эпикарду

От эпикарда к эндокарду

Возможны оба варианта

НАПРАВЛЕНИЕ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ В ЖЕЛУДОЧКАХ В НОРМЕ:

*От эпикарда к эндокарду

От эндокарда к эпикарду

Возможны оба варианта

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Р В ОТВЕДЕНИЯХ III И AVF МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ:

При эктопическом предсердном ритме

При отклонении электрической оси предсердия влево

*И в том, и в другом случае

Ни в том и ни в другом случае

АМПЛИТУДА ЗУБЦА Р ВО II ОТВЕДЕНИИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

Менее 2,0 мм

*До 2,5 мм

До 3,5 мм

До 4,0 мм

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБЦА Р В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

0,02 сек

*До 0,10 сек

До 0,12 сек

До 0,13 сек

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ У ВЗРОСЛЫХ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

0,08-0,12 сек

*0,14-0,20 сек

0,22-0,24 сек

0,26-0,48 сек

УГОЛ МЕЖДУ ОСЯМИ СТАНДАРТНЫХ (I, II, III) ОТВЕДЕНИЙ ЭКГ СОСТАВЛЯЕТ:

15 градусов

30 градусов

*60 градусов

90 градусов

ОСЬ ОТВЕДЕНИЯ AVF ПЕРПЕНДИКУЛЯРНА ОСИ:

*I отведения

II отведения

III отведения

Отведения aVL

ОСЬ ОТВЕДЕНИЯ AVL ПЕРПЕНДИКУЛЯРНА ОСИ:

I отведения

*II отведения

III отведения

Отведения aVR

ОСЬ ОТВЕДЕНИЯ AVR ПЕРПЕНДИКУЛЯРНА ОСИ:

I отведения

II отведения

*III отведения

Отведения aVF

ЗУБЕЦ Р В НОРМЕ ВСЕГДА ОТРИЦАТЕЛЕН В:

aVF отведении

aVL отведении

*aVR отведении

III отведении

СООТНОШЕНИЕ АМПЛИТУД ЗУБЦОВ Р В СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ:

$RI > RII > RIII$

* $RII > RI > RIII$

$RIII > RII > RI$

ДВУХФАЗНЫЙ ЗУБЕЦ Р ЧАЩЕ ВСЕГО РЕГИСТРИРУЕТСЯ В НОРМЕ:

В отведении avf
 В отведении III
 *В отведении V1
 В отведении aVR

ЕСЛИ В I ОТВЕДЕНИИ АМПЛИТУДА R=S, А В AVF АМПЛИТУДА R НАИБОЛЬШАЯ, УГОЛ АЛЬФА РАВЕН

*+90 градусов
 0 градусов
 +30 градусов
 -90 градусов

ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИИ AVF АМПЛИТУДА R=S, А В I ОТВЕДЕНИИ АМПЛИТУДА R НАИБОЛЬШАЯ, УГОЛ АЛЬФА РАВЕН:

+90 градусов
 *0 градусов
 +30 градусов
 -90 градусов

ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИИ AVL АМПЛИТУДА R НАИБОЛЬШАЯ, А ВО II ОТВЕДЕНИИ АМПЛИТУДА R=S, АЛЬФА РАВЕН:

0 градусов
 +90 градусов
 *-30 градусов
 -60 градусов

ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИЯХ AVL R=S, А ВО II ОТВЕДЕНИИ ЗУБЕЦ R НАИБОЛЬШИЙ, УГОЛ АЛЬФА РАВЕН

+30 градусов
 *+60 градусов
 +90 градусов
 0 градусов

ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИИ AVR R=S, А АМПЛИТУДА R В III ОТВЕДЕНИИ НАИБОЛЬШАЯ, УГОЛ АЛЬФА РАВЕН:

0 градусов
 -30 градусов
 -60 градусов
 -90 градусов
 *Правильного ответа нет

ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИИ AVR R=S, А В III ОТВЕДЕНИИ АМПЛИТУДА R НАИБОЛЬШАЯ, УГОЛ АЛЬФА РАВЕН

+90 градусов
 *+120 градусов
 +60 градусов
 0 градусов

ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ УГОЛ АЛЬФА РАВЕН:

*От 0 градусов до +39 градусов
 От +40 градусов до +69 градусов
 От +70 градусов до +90 градусов

От 0 градусов до -30 градусов
От +91 градусов до +120 градусов

ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ УГОЛ АЛЬФА РАВЕН:

От 0 градусов до +39 градусов
От +40 градусов до +69 градусов
*От +70 градусов до +90 градусов
От +91 градусов до +120 градусов
Более +120 градусов

НАЛИЧИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ЗУБЦА Т В ОТВЕДЕНИЯХ V1 И V2:

Всегда свидетельствует об ишемии межжелудочковой перегородки
*Может быть вариантом нормы
Всегда бывает при нарушениях проводимости по правой ножке пучка Гиса

ИНТЕРВАЛ PQ ВКЛЮЧАЕТ:

Время проведения импульсов по предсердиям
Время проведения импульса по AV-узлу
Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса
Время проведения импульса по волокнам Пуркинье
*Все ответы правильные

ДЕПОЛЯРИЗАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НАЧИНАЕТСЯ С:

Правой части межжелудочковой перегородки
*Левой части межжелудочковой перегородки
Базальной части левого желудочка
Верхушки сердца

ДЕПОЛЯРИЗАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ:

В правой части межжелудочковой перегородки
В верхушке сердца
*В базальной части левого желудочка
В базальной части правого желудочка

К ПОЗИЦИОННЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

Уширение комплекса QRS до 0,10 сек
Снижение амплитуды R между любой из пар отведений: V2-V3, V3-V4, V4-V5, V5-V6
Подъем сегмента ST в отведениях V5-V6
*Отрицательный Т в отведениях V1-2

СЕГМЕНТ ST ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ОТРАЖАЕТ:

Проведение импульса от правого предсердия к желудочкам
Проведение импульса по межжелудочковой перегородке
Реполаризацию желудочков
Правильный ответ 1 и
*Ничего из перечисленного

ЗУБЕЦ Т ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ОТРАЖАЕТ:

Проведение импульса по межжелудочковой перегородке
Проведение импульса по волокнам Пуркинье
*Реполаризацию желудочков
Все ответы правильные

КОНЕЧНОЙ ЧАСТЬЮ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА НАЗЫВАЕТСЯ:

Интервал QT

Комплекс QRS

*Сегмент ST и зубец T

Зубец T

I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Биополярным отведением

Монополярным отведением

Монополярным усиленным отведением

AV СОЕДИНЕНИЕ:

*Осуществляет задержку проведения импульса из предсердий к желудочкам

*Является центром автоматизма II порядка

Является центром автоматизма III порядка

Правильного ответа нет

ДЛЯ ЗУБЦА Q В НОРМЕ НЕ ХАРАКТЕРНА:

Амплитуда, равная 1/3 амплитуды зубца R в III стандартном отведении

Ширина 0,03 сек в отведении aVL

*Амплитуда, равная 15% от зубца R в отведении V2

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ЧСС В НОРМЕ:

Увеличивается

*Уменьшается

Обычно не меняется

ИНТЕРВАЛ QT ВКЛЮЧАЕТ:

*Комплекс QRS

*Сегмент ST

*Зубец T

ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ФАЗА ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИИ V1 ОБУСЛОВЛЕНА:

Возбуждением правого предсердия

*Возбуждением левого предсердия

Проведением импульса по пучку Бахмана

ЗУБЕЦ S В ПРАВЫХ ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ ОТРАЖАЕТ ОБЫЧНО:

*Потенциалы левого желудочка

Потенциалы правого желудочка

Потенциалы базальной части левого желудочка

Правильного ответа нет

35 МОНОПОЛЮСНЫХ ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЙ ЭКГ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ:

Для уточнения характера нарушения внутрижелудочковой проводимости

При подозрении на инфаркт правого желудочка

*Для определения объема поражения при переднем инфаркте миокарда

Для определения объема поражения при ниже-диафрагмальном инфаркте миокарда

ШИРИНА КОМПЛЕКСА QRS В ПРЕКАРДИАЛЬНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ (V1-V6) В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

*0,09 сек
 0,10 сек
 0,12 сек
 0,16 сек

ШИРИНА КОМПЛЕКСА QRS В ОТВЕДЕНИЯХ ОТ КОНЕЧНОСТЕЙ В НОРМЕ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:

0,08 сек
 0,09 сек
 *0,10 сек
 0,11 сек

ПЕРЕХОДНАЯ ЗОНА (АМПЛИТУДА R=S) ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ:

Отведениям V1-V2
 *Отведениям V3-V4
 Отведению V5
 Отведению V6

ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО:

Амплитуда зубца Р во II отведении, равная 2,5 мм
 Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1
 *Индекс Макруза 1,7 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ)
 Все перечисленные признаки

Для гипертрофии левого предсердия не характерно:

*Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1
 Индекс Макруза 1,7 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ)
 Ширина зубца Р в I и aVL отведениях, равная 0,12 сек
 Все перечисленные признаки

ОТЛИЧИТЬ ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ОТ ВНУТРИПРЕДСЕРДНОЙ БЛОКАДЫ ПОЗВОЛЯЕТ:

Продолжительность зубца Р в отведениях I, aVL > 0,10 сек
 Наличие двугорбого зубца Р в отведениях I, aVL, V5-6
 Сглаженный зубец Р в отведениях III, aVF
 Все перечисленные признаки
 *Ни один из вышеперечисленных признаков

УШИРЕННЫЙ, ДВУГОРБЫЙ Р В ОТВЕДЕНИЯХ I И aVL ВСТРЕЧАЕТСЯ:

При митральном пороке сердца
 При пролапсе митрального клапана с регургитацией
 При дилатационной кардиопатии
 При ИБС с сердечной недостаточностью
 *Во всех вышеперечисленных случаях

ВЫСОКИЙ ОСТРОКОНЕЧНЫЙ ЗУБЕЦ Р В ОТВЕДЕНИЯХ III, aVF ОТМЕЧАЕТСЯ:

При тромбоэмболии легочной артерии
 При миксоте правого предсердия
 При хронических неспецифических заболеваниях легких
 *Во всех перечисленных случаях
 Ни при одном из перечисленных случаев

ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЙ
ОБЫЧНО НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

Уширенный, двугорбый Р в I и aVL отведениях

Увеличение отрицательной и положительной фазы зубца Р в отведениях V1 V2

*Индекс Макруза меньше или равен 1,6 (отношение продолжительности Р к сегменту PQ)

Амплитуда зубца Р в отведениях III, aVF, равная 2,5 мм

Ничего из перечисленного

Все перечисленное

РЕЗУЛЬТИРУЮЩИЙ ВЕКТОР ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ
ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ОТКЛОНЯЕТСЯ:

Вверх и назад

Влево

Вправо

*Вниз и вперед

ДЛЯ ЭКГ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО:

Отрицательный зубец Р в aVL

*Увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1

Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1

Увеличение амплитуды зубца Р более 2,5 мм во II, III и aVF отведениях

Сглаженный зубец Р в I отведении

ЭКГ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РЕДКО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:

Гипертонической болезни

Аортальном пороке

Дилатационной кардиомиопатии

*Пролапсе митрального клапана

Коарктации аорты

ЭКГ ПРИЗНАКОМ, МАЛО ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ:

Амплитуда зубца R в отведении V5, равная 25 мм

Уширение QRS до 0,10 сек

Смещение сегмента ST вниз в отведении V5-V6

Значение угла альфа, равное (-) 35 градусам

*Наличие зубца Q в отведении V1-V2

ЭКГ ПРИЗНАКОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА,
ЯВЛЯЕТСЯ:

Форма QRS в V1 в виде R или qR

*Уширение QRS > 0,12 сек

Значение угла альфа, равное (+) 100 градусам

Амплитуда зубца R в V1 больше или равна 11 мм

Соотношение амплитуды зубцов R/S в V1 более 1

"S"-ТИП КОНФИГУРАЦИИ QRS ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

*Хронических неспецифических воспалительных заболеваний легких

Тромбоэмболии легочной артерии

Дилатационной кардиомиопатии

Все ответы правильные

ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ТАКЖЕ НАЛИЧИЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ:

Глубокий S в отведениях V1-V2

Угол альфа, равный -30 градусам

Косонисходящая депрессия ST в V5-6

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

НАЛИЧИЕ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕСОМНЕННЫХ ПРИЗНАКАХ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖНО ВЫЯВИТЬ, ЕСЛИ НА ЭКГ ИМЕЕТСЯ:

Угол альфа, равный (+) 100 градусов и более

Высокий R в отведениях V1-V2

Признаки неполной блокады правой ножки в отведении V1

Глубокие зубцы S в отведениях V5-V6

*Все перечисленные

ПОЯВЛЕНИЕ ШИРОКОГО ДВУГОРБОГО ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИЯХ I, II И AVF ОБЫЧНО ОБУСЛОВЛЕНО В I, II И AVF ОТВЕДЕНИЯХ:

Развитием гипертрофии левого предсердия

Замедлением межпредсердной проводимости

*Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

ПРИ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ ВОЗМОЖНО:

Удлиннение интервала PQ

Увеличение амплитуды зубца T

Расширение зубца P

Удлиннение интервала QT

*Все ответы правильные

ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ВОЗМОЖНО:

Укорочение интервала PQ

Увеличение значения угла альфа

Укорочение интервала QT

Изменение формы сегментов PQ и ST - "Якорьобразная" форма PQRST

*Все перечисленное

СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

Уменьшением интервала PP и RR

Укорочением интервала PQ

*Удлинением интервала QT

Альтернативой амплитуды зубца R

СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

Увеличением интервала PP и RR

Удлиннением интервала PQ

Удлиннением интервала QT

Все ответы правильные

*Правильного ответа нет

СИНУСОВАЯ АРИТМИЯ:

Нередко наблюдается у молодых людей

Может быть проявлением нарушения функции синусового узла

В большинстве случаев связана с актом дыхания

Может быть обусловлена нарушениями синоатриальной проводимости

*Все ответы правильные

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩЕГО ИМПУЛЬСА ЯВЛЯЕТСЯ:

Уширение комплекса QRS

Удлинение интервала PQ

*Продолжительность нормального импульса до эктопического больше нормального расстояния RR

Все ответы правильные

Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ЭКТОПИЧЕСКОГО РИТМА ИЗ НИЖНЕЙ ЧАСТИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Наличие инвертированного зубца Р перед комплексом QRS

Уширение зубца Р

Увеличение амплитуды зубца Р

Увеличение интервала PP

Все ответы правильные

ДЛЯ ЭКТОПИЧЕСКОГО РИТМА ИЗ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ХАРАКТЕРНО:

Наличие зубца Р за комплексом QRS

Отсутствие зубца Р перед комплексом QRS

*Наличие зубца Р, имеющего форму "Щит и меч" в нескольких отведениях

Правильного ответа нет

ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОМ РИТМЕ ИЗ АВ-СОЕДИНЕНИЯ НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

Ретроградный зубец Р за комплексом QRS

Отсутствие зубца Р

Тахикардия

Брадикардия

*Все ответы правильные

ПРИ МИГРАЦИИ ВОДИТЕЛЯ РИТМА ПО ПРЕДСЕРДИЯМ НА ЭКГ ОТМЕЧАЮТСЯ:

Изменения расстояния PP

Изменения амплитуды и полярности Р

Отсутствие зубца Р у некоторых комплексов QRS

*Все ответы правильные

Правильного ответа нет

ДЛЯ УСКОРЕННОГО ИДИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО РИТМА ХАРАКТЕРНО:

Наличие ретроградного зубца Р перед комплексом QRS

*Уширение комплекса QRS

*Частота сердечных сокращений > 60 в минуту

Все перечисленное

ПРИ АВ-ДИССОЦИАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ:

Интервал RR меньше, чем интервал PP
 Можно обнаружить сливные комплексы QRS
 Периодически могут появляться синусовые комплексы
 *Наблюдается все перечисленное
 Правильного ответа нет

ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ:

*Продолжительность предэкстрасистолического интервала меньше нормального расстояния RR
 Всегда наблюдается расширение и деформация комплекса QRS
 И то, и другое
 Ни то, и ни другое

ДЛЯ ПРЕДСЕРДНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ХАРАКТЕРНО:

Отсутствие уширения комплекса QRS
 *Наличие неполной компенсаторной паузы
 Наличие полной компенсаторной паузы
 Все перечисленное

ДЛЯ ЭКСТРАСИСТОЛ ИЗ АВ-СОЕДИНЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

Наличие неполной компенсаторной паузы
 Обычно неуширенный комплекс QRS
 Отсутствие зубца Р перед комплексом QRS
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

*Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса
 Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса
 Правильного ответа нет

ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ИЗ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

Форма комплекса QRS экстрасистолы напоминает в отведениях V1-6 блокаду правой ножки пучка Гиса
 *Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса
 Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИТОПНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Меняющаяся форма комплекса QRS
 Правильного ответа нет
 *Изменение продолжительности интервала сцепления

ВОЗНИКНОВЕНИЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА ПО ТИПУ ПАРАСИСТОЛИИ ВОЗМОЖНО ПРИ:

Существовании 2-х водителей ритма
 Наличии блокады входа эктопического центра автоматизма
 *Оба ответа правильные
 Правильного ответа нет

ПРИЗНАКОМ ПАРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Обычно меняющийся интервал сцепления между нормальным и эктопическим импульсом
 Периодическое появление сливных комплексов QRS
 Наличие кратных отношений интерэктопических интервалов
 *Все ответы правильные
 Правильного ответа нет

ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

Трепетанием желудочков
 Пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW
 Узловой пароксизмальной тахикардией
 *Предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени
 Всем перечисленным

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ С АВ-БЛОКАДОЙ II СТЕПЕНИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Изменение конфигурации предсердных комплексов
 *Высокая частота предсердных комплексов
 Высокая частота желудочковых комплексов
 Наличие вторичных изменений конечной части желудочкового комплекса

ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЯ ВОЗБУЖДАЮТСЯ С ЧАСТОТОЙ:

100 В МИН
 150 в мин
 200 в мин
 *250 в мин

АВ-БЛОКАДУ С ПРОВЕДЕНИЕМ 2:1 ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ:

*Можно рассматривать как физиологическую
 Следует рассматривать как проявление скрытого нарушения АВ-проводимости
 Правильного ответа нет

ВОЛНЫ F ПРИ МЕРЦАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЧАЩЕ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ В:

II, III и aVF отведениях
 *V1-2 отведениях
 V4-6 отведениях
 I, aVL отведениях

ПРИ ТАХИКАРДИИ С ЧАСТОТОЙ ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ 160 В МИН И УШИРЕННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛАГАТЬ НАЛИЧИЕ:

Пароксизма желудочковой тахикардии
 Пароксизма суправентрикулярной тахикардии с аберацией внутрижелудочковой проводимости
 Пароксизма антидромной тахикардии при синдроме WPW
 *Всего перечисленного
 Ничего из перечисленного

ДЛЯ УЗЛОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО:

Наличие отрицательного зубца R во II, III, aVF отведениях перед комплексом QRS
 *Резкое удлинение PQ в момент возникновения тахикардии

Обязательное уширение комплекса QRS при большой частоте сердечных сокращений
Все перечисленное

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R ПРИ УЗЛОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ
ЧАЩЕ РАСПОЛОЖЕН:

За комплексом QRS

Перед комплексом QRS

*Совпадает с комплексом QRS

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНОГО
С СИНДРОМОМ WPW ОБЫЧНО РАСПОЛОЖЕН:

*За комплексом QRS

Перед комплексом QRS

Совпадает с комплексом QRS

ПРИЗНАКАМИ ФЕНОМЕНА WPW ЯВЛЯЮТСЯ:

Укороченный интервал PQ

Наличие волны дельта

Расширение комплекса QRS

*Все перечисленное

У БОЛЬНОГО В ОТВЕДЕНИЯХ I,AVL,V5-6 ОТМЕЧАЕТСЯ УКРОЧЕНИЕ PQ, ИМЕЕТСЯ
ДЕЛЬТА-ВОЛНА И УШИРЕННЫЙ КОМПЛЕКС QRS С ВЫСОКИМ ЗУБЦОМ R ЗУБЕЦ
QS В III И AVL ОТВЕДЕНИЯХ У ЭТОГО БОЛЬНОГО ОТРАЖАЕТ:

Наличие феномена WPW и очаговых изменениях нижней локализации

*Наличие одного из вариантов феномена WPW

Наличие очаговых изменений нижней локализации с нарушением атриовентрикулярной и
внутрижелудочковой проводимости

Наличие феномена WPW и замедление внутрижелудочковой проводимости

СИНОАТРИАЛЬНУЮ ТАХИКАРДИЮ ОТ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ МОЖНО
ОТЛИЧИТЬ ПО:

Изменению полярности зубца P

Значительному укорочению интервала PQ

Укорочению интервала QT

Изменению конфигурации комплекса QRS

*Правильного ответа нет

ПРИЗНАКОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СИНОАТРИАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Внезапное начало и внезапный конец тахикардии

Положительный зубец P перед комплексом QRS в большинстве отведений

В некоторых случаях наличие АВ-блокады

Ничего из перечисленного

*Все перечисленное

ПРИЗНАКОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Уширение комплекса QRS > 0.14 "

Наличие синусовых зубцов P, не связанных с комплексом QRS

Появление проводных синусовых импульсов (захватов)

Появление сливных комплексов QRS

*Все перечисленное

ПРИ АВ-ДИССОЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ:

Одновременное существование 2-х водителей ритма в предсердии и желудочке
Ретроградная блокада проведения возбуждения из желудочков в предсердия

*И то,и другое

Ни то,и ни другое

ПРИ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ НА ЭКГ:

Имеет место синусовая брадикардия с удлинением интервала РР

Часто наблюдается синусовая аритмия

Могут появляться выскальзывающие сокращения

*Патологических изменений не отмечается

В НОРМЕ ВРЕМЯ СИНОАТРИАЛЬНОГО ПРОВЕДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ:

600-550 сек

550-300 мсек

240-200 мсек

*100-150 мсек

ПРИ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Постепенное замедление синоатриальной проводимости с последующим выпадением очередного импульса

Не меняющееся время синоатриального проведения с выпадением очередного импульса

*И то, и другое

Ни то, и ни другое

ПРИ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ПО ТИПУ МОБИТЦ I НАБЛЮДАЕТСЯ:

Выпадение комплексов pqrst

Укорочение интервала РР перед выпадением импульсов

Выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса PQRS

*Все перечисленное

ПРИ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЕ 3:2:

3 импульса возникают в синусовом узле,из них 2 блокируются в синоатриальной зоне

*3 импульса возникают в синусовом узле,из них 2 проводятся на предсердие

3 импульса возникают в синусовом узле, 3 проводятся на желудочек (проведенные синусовые и выскальзывающие импульсы)

СИНОАУРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 2:1 НА ЭКГ ВЫГЛЯДИТ КАК:

*Синусовая брадикардия

Синусовая аритмия

Экстрасистолия из верхней части предсердия по типу бигеминии

Возможен каждый из перечисленных вариантов

ПРИ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ БЛОКАДЕ НА ЭКГ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Появление уширенного двугорбого зубца Р

Мерцание левого предсердия

*И то, и другое

Ни то, и ни другое

ПРИ ПОЛНОЙ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ БЛОКАДЕ НА ЭКГ НАБЛЮДАЕТСЯ:

*На фоне нормального синусового ритма независимая электрическая активность левого предсердия
 Эктопический ритм из АВ-соединения и возбуждение предсердия импульсом синусового узла
 Эктопический ритм из нижней части правого предсердия
 Все ответы правильные
 Правильного ответа нет

ДЛЯ АВ-БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ НЕ ХАРАКТЕРНО:
 Продолжительность PQ > 0,20" при ЧСС 60-80 в I мин
 Укорочение PQ при увеличении частоты сердечных сокращений
 И то, и другое
 *Правильного ответа нет

ОСТРО ВОЗНИКШАЯ АВ-БЛОКАДА I СТЕПЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В:
 *АВ-узле
 Стволе пучка Гиса
 Ножках пучка Гиса
 Правильного ответа нет

ВЕЛИЧИНА ИНТЕРВАЛА А-Н НА ГИС-ЭЛЕКТРОГРАММЕ ПРИ АВ-БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ, ЛОКАЛИЗУЮЩЕЙСЯ В АВ-УЗЛЕ:
 *Увеличивается
 Уменьшается
 Существенно не изменяется
 Закономерности не выявляется

ПРИ АВ-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ПО ТИПУ МОБИТЦ II НАБЛЮДАЕТСЯ:
 Постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением желудочкового комплекса
 Постепенное укорочение интервала PP перед выпадением желудочкового комплекса
 *Выпадение одного или нескольких комплексов QRS
 Все ответы правильные
 Правильного ответа нет

ДЛЯ АВ-БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ПО ТИПУ МОБИТЦ II ХАРАКТЕРНО:
 Постоянство интервала PQ
 Наличие паузы в возбуждении желудочков, продолжительность которой равна 2 нормальным расстояниям PP или кратна им
 Наличие выскальзывающих сокращений во время пауз в возбуждении желудочков
 *Все ответы правильные

АВ-БЛОКАДУ II СТЕПЕНИ С КОЭФФИЦИЕНТОМ ПРОВЕДЕНИЯ 2:1, ВОЗНИКШУЮ ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:
 АВ-блокадой III степени и ритмом из АВ-соединения
 Блокированными экстрасистолами из правого предсердия
 *Трепетанием предсердий

ПРИ АВ-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ С КОЭФФИЦИЕНТОМ ПРОВЕДЕНИЯ 3:2:
 *Из 3 синусовых импульсов на желудочки проводится
 Из 3 синусовых импульсов 2 блокируется
 Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО УСТАНОВИТЬ УРОВЕНЬ АВ-БЛОКАДЫ III СТЕПЕНИ ПОЗВОЛЯЕТ:

Анализ конфигурации и соотношения зубцов Р и QRS на ЭКГ в 12 отведениях

Дополнительная регистрация отведений по Небу

*Запись электрограммы пучка Гиса

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Резкое отклонение электрической оси влево

Отклонение электрической оси вправо

Деформация комплекса QRS

Расширение комплекса QRS $> 0,10''$

Изменение конечной части желудочкового комплекса

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК БЛОКАДЫ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА - ЭТО

Отклонение электрической оси вправо

*Резкое отклонение электрической оси вправо

Расширение комплекса QRS $> 0,10''$

Деформация комплекса QRS

Изменение конечной части желудочкового комплекса

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ВЕКТОР КОМПЛЕКСА QRS ПРИ БЛОКАДЕ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ОТКЛОНЯЕТСЯ:

*Влево и вверх

Вниз и вправо

Вперед и вниз

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ВЕКТОР КОМПЛЕКСА QRS ПРИ БЛОКАДЕ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ОТКЛОНЯЕТСЯ:

Влево и вверх

*Вниз и вправо

Вперед и вниз

Правильного ответа нет

НА БЛОКАДУ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ УГОЛ АЛЬФА, РАВНЫЙ:

0 градусов

-10 градусам

*-45 градусам

+100 градусам

НА БЛОКАДУ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ УГОЛ АЛЬФА, РАВНЫЙ:

0 градусов

-15 градусам

+90 градусам

*+120 градусам

ПРИ БЛОКАДЕ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА:

Амплитуда R aVL $>$ RI

Комплекс QR или rSR в aVR

Глубокий S III, aVF

Зубец S в V5-6

*Все перечисленное

ДЛЯ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА БЕЗ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

Ширина комплекса QRS $> 0,12''$

Уширение зубца R в отведениях V5-6; I; aVL

Углубление и уширение в отведениях зубца S; V1-2; III; aVF

*Наличие зубца Q в отведениях V5-6

Увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях V5-6; I; aVL

Дискордантное смещение сегмента ST

ДЛЯ НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НЕ ХАРАКТЕРНО:

*Уширение комплекса QRS более $0,12''$

Наличие расширенного и зазубренного зубца R в отведениях V5-6; I; aVL

Исчезновение зубца Q в I; V5-6 отведениях

Правильного ответа нет

ДЛЯ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

Ширина комплекса QRS $> 0,12''$

Высокие и широкие зубцы R в отведениях V1-2

Глубокие и широкие зубцы S в отведениях V5-6

Увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях V1-2

*Увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях v5-6

ПРИ БЛОКАДЕ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА И ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЗНАЧЕНИЕ УГЛА АЛЬФА РАВНО:

*-30 градусам

Около 0 градусов

От +40 градусов до +90 градусов

Отклонение вправо +90 градусов

ПРИ БЛОКАДЕ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА И ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НАБЛЮДАЕТСЯ:

Форма QRS в виде rSR в отведениях V1-2

Зубец S в отведении V6

Высокий R aVL

Глубокий S III, aVF

*Все перечисленные признаки

КРИТЕРИЯМИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИБС ЯВЛЯЮТСЯ:

Возникновение пароксизма желудочковой тахикардии

*Горизонтальная депрессия сегмента ST в одном или нескольких отведениях 1 мм и более

Развитие синкопального состояния

Появление одышки

Все перечисленное

ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ИБС НА ЭКГ ПОКОЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Депрессия ST на 1 мм в нескольких отведениях

Наличие отрицательного зубца T в нескольких отведениях

Частая политопная желудочковая экстрасистолия

*Наличие патологического зубца Q

Все перечисленное

ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ВЕРХНЕ-БОКОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДОПОЛНИТЕЛЬНО ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬ:

Отведения по Небу

Корригированные ортогональные отведения по Франку

*Отведения V5-6 на 2 ребра выше

Возможно уточнение диагноза при регистрации любых из перечисленных дополнительных отведений

ПРИ НАЛИЧИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q В I И AVL ОТВЕДЕНИЯХ ОЧАГОВЫЕ
ИЗМЕНЕНИЯ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

В задне-базальной области левого желудочка

*В верхне-боковой области левого желудочка

В правом желудочке

В передне-перегородочной области

ПРИ НАЛИЧИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q В II, III И AVF ОТВЕДЕНИЯХ
ОЧАГОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

В задне-базальной области левого желудочка

В верхне-боковой области левого желудочка

В правом желудочке

В передне-перегородочной области

*В области нижней стенки

КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ИНФАРКТЕ
МИОКАРДА ЗАДНЕ-БАЗАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ:

Соотношение амплитуд зубцов R/S не менее 1,2

Отсутствие зубца S в отведениях V5-6

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

Все перечисленное

Правильного ответа нет

В ОТВЕДЕНИИ V1 ВЫСОКИЙ R, СООТНОШЕНИЕ АМПЛИТУД ЗУБЦОВ R/S=1,2,
СЕГМЕНТ ST СНИЖЕН, ЗУБЕЦ T ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО
НАЛИЧИЕ:

Одного из вариантов нормальной ЭКГ

Задне-базального инфаркта миокарда

*Неполной блокады правой ножки пучка Гиса или гипертрофии правого желудочка

В ОТВЕДЕНИИ V1 ВЫСОКИЙ R, СООТНОШЕНИЕ АМПЛИТУД ЗУБЦОВ R/S=1,5, ST
СНИЖЕН НА 2 ММ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ T НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО НАЛИЧИЕ:

Неполной блокады правой ножки пучка Гиса

Гипертрофии правого желудочка

*Задне-базального инфаркта миокарда

Одного из вариантов нормальной ЭКГ

В ОТВЕДЕНИЯХ V3-4 РЕГИСТРИРУЕТСЯ ЗУБЕЦ Q ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 0,02,
ГЛУБИНОЙ 2 ММ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ:

Блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса

*Гипертрофии межжелудочковой перегородки
 *Очаговых изменений передней локализации
 Крупноочагового инфаркта миокарда

ЗУБЕЦ Q В ОТВЕДЕНИЯХ V5-6 НА ФОНЕ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА
 МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ПРИ:

Гипертрофии левого желудочка
 *Очаговых изменениях боковой стенки
 И при том, и при другом
 Ни при том, и ни при другом

У БОЛЬНОГО ВО II, III И AVF ОТВЕДЕНИЯХ ИМЕЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ Q,
 ПОДЪЕМ ST НА 3 ММ, ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ Т МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ
 ИНФАРКТА МИОКАРДА, КОТОРЫЙ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО, ИМЕЕТ ДАВНОСТЬ:

Сутки
 *2 - 3 суток
 2 недели
 Более 2-х недель

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОВТОРНОГО КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА
 МИОКАРДА В ОБЛАСТИ РУБЦА НА ЭКГ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ:

Углубление зубца Q
 Переход зубца Q в QS
 Подъем сегмента ST
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

ПРОВЕДЕНИЕ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ
 БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО:

*На фоне блокады левой ножки пучка Гиса
 При наличии у больного в анамнезе пароксизмальной тахикардии
 При наличии в анамнезе синкопальных состояний
 Всего перечисленного
 Ничего из перечисленного

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ МОЖНО:

Уточнить диагноз ишемической болезни сердца
 Определить толерантность к физической нагрузке
 Оценить эффективность терапии нарушений ритма
 Выявить нарушения ритма, которые могут быть у больного
 *Возможно все перечисленное

НА ЭКГ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ СПУСТЯ 2 ЧАСА ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ
 АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА, ДЛИВШЕГОСЯ ОКОЛО 1 ЧАСА, ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ В
 ЭТОМ СЛУЧАЕ:

Диагноз инфаркта можно исключить
 Диагноз инфаркта можно исключить, если отсутствует повышение уровня ферментов
 *Инфаркт миокарда возможен Необходимо дальнейшее наблюдение за ЭКГ и уровнем ферментов

ДОСТАТОЧНО СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО
 ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

Блокада правой ножки пучка Гиса
 Патологический зубец Q в III и aVF отведениях
 Подъем ST в отведениях V1-2
 *Ничего из перечисленного
 Все перечисленное

СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ЭКГ ПОКОЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Отрицательный зубец T в левых грудных отведениях
 Депрессия ST в нескольких отведениях
 Инверсия зубцов T в нескольких отведениях
 *Ничего из перечисленного
 Все перечисленное

ПРИ ИНФАРКТЕ ПРЕДСЕРДИЙ НА ЭКГ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Снижение сегмента PQ во II, III и aVF отведениях
 Подъем сегмента PQ во II, III, aVF отведениях
 Подъем сегмента PQ во I, aVL, V5-6 отведениях
 Мерцательная аритмия
 *Все перечисленное

ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST У БОЛЬНЫХ БЕЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ЭКГ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

Острых перикардитах
 Нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях с глубокими зубцами S
 Тромбоэмболии легочной артерии в отведениях V1-2
 Синдроме ранней реполяризации
 *Во всех перечисленных случаях

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА НА ЭКГ МОЖЕТ ДЛИТЕЛЬНО НАБЛЮДАТЬСЯ:

Подъем ST в ряде отведений
 Снижение ST в отведениях V1-5
 *Отрицательный зубец T в нескольких отведениях
 Правильного ответа нет
 Все ответы правильные

ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ НА ЭКГ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Снижение вольтажа комплекса QRS
 Уплощение или инверсия зубца T
 Уширенный зубец P в I и II отведениях
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

СПЕЦИФИЧНЫМИ ДЛЯ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

Нарушения проводимости на различных уровнях
 Эктопические ритмы
 Синусовая тахикардия
 Мерцательная аритмия и экстрасистолия
 *Специфических нарушений ритма и проводимости нет

ПРИ МИОКАРДИТАХ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Депрессия сегмента ST
 Сглаженный или отрицательный зубец T
 Блокада ножек пучка Гиса
 Псевдоинфарктный зубец Q
 *Все перечисленное

ПРИ ОЖИРЕНИИ НА ЭКГ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Снижение вольтажа зубцов комплекса QRS
 Горизонтальное положение электрической оси
 Синусовая тахикардия
 Некоторые признаки гипертрофии левого желудочка
 *Все перечисленное

ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭКГ:

В III отведении появляется зубец Q
 Имеются признаки гипертрофии правого желудочка
 Появляются высокие зубцы R во II, III, aVF отведениях
 Имеются признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса
 *Все ответы правильные

ПРИ ПРИЕМЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ВСЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

*Удлинения интервала QT
 Корытообразного смещения сегмента ST
 Двухфазного зубца T
 Удлинения интервала PQ
 Правильного ответа нет

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БОЛЬШИХ ДОЗ ХИНИДИНА ОБЫЧНО НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

Уширения комплекса QRS
 Удлинения интервала QT
 Инверсии зубца T
 Удлинения интервала PQ и увеличения амплитуды зубца U
 *Укорочения интервала QT

С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ НОВОКАИНАМИДА МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО:

Уширение комплекса QRS
 Удлинение интервала QT
 Удлинение интервала PQ
 Появление тахикардии типа "пируэт"
 *Все перечисленное

С ПРИЕМОМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО:

Удлинение интервала PQ
 Увеличение амплитуды зубца T
 Укорочение интервала QT
 Увеличение интервала PP
 *Все перечисленное

С ГИПЕРКАЛИЕМИЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО:

Укорочение интервала QT
 Высокие остроконечные зубцы T

Уширение комплекса QRS

*Все перечисленное

С ГИПОКАЛИЕМИЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО:

Уменьшение амплитуды зубца Т

Увеличение амплитуды зубца U

Депрессия сегмента ST

*Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

Удлинение интервала QT

Увеличение амплитуды зубца Т

Инверсия зубца Т

Депрессия сегмента ST

*Все перечисленное

С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО:

Увеличение амплитуды зубцов Р,Т и комплекса QRS

Изменение положения электрической оси сердца

Синусовая тахикардия

*Все перечисленное

СТАНДАРТНЫМИ ОТВЕДЕНИЯМИ ЭКГ НАЗЫВАЮТ:

Отведения от конечностей

*Двухполюсные отведения от конечностей

Однополюсные отведения от конечностей

Грудные отведения

Все перечисленное

ВЕКТОР ЭЛЕКТРОДВИЖУЩИХ СИЛ СЕРДЦА ВСЕГДА НАПРАВЛЕН:

*От минуса к плюсу

От плюса к минусу

Возможно любое направление вектора

НАПРАВЛЕНИЕ ВЕКТОРА ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ:

*Совпадает с направлением деполяризации

Прямо противоположно направлению деполяризации

Перпендикулярно направлению деполяризации

Возможны любые варианты

Правильного ответа нет

НАПРАВЛЕНИЕ ВЕКТОРА РЕПОЛЯРИЗАЦИИ:

Совпадает с направлением реполяризации

*Прямо противоположно направлению реполяризации

Перпендикулярно направлению реполяризации

Возможны любые варианты

ВЕКТОР РЕПОЛЯРИЗАЦИИ НАПРАВЛЕН:

*От минуса к плюсу
 От плюса к минусу
 Возможно любое направление вектора

РЕПОЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ В НОРМЕ НАЧИНАЕТСЯ:

У эндокарда
 *У эпикарда
 В интрамуральных слоях миокарда
 Одновременно во всех слоях миокарда

ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА
 МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ:

В отведении aVL
 *В I отведении
 Во II отведении
 В III отведении
 В отведении aVR

ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА
 МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ:

В отведении aVL
 В I отведении
 *Во II отведении
 В III отведении
 В отведении aVF

ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА
 МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ:

В отведении aVL
 *В отведении aVF
 В отведении aVR
 В I отведении
 В III отведении

ПРИ ОТКЛОНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ВПРАВО МАКСИМАЛЬНЫЙ
 ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ:

В отведении aVL
 В отведении aVF
 Во II отведении
 *В III отведении
 В отведении aVR

В ОТВЕДЕНИИ V1:

Первая фаза зубца Р положительна, вторая отрицательна
 В норме зубец Р положительный
 В норме зубец Р отрицательный
 *В норме может быть любая из перечисленных конфигураций зубца Р

СЕГМЕНТ P-R ОТРАЖАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ ИМПУЛЬСА:

По предсердиям и АВ-узлу
 По АВ-узлу
 *По АВ-узлу и системе Гиса-Пуркинье

По системе Гиса-Пуркинье и миокарду желудочков

ДЕПОЛЯРИЗАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НАЧИНАЕТСЯ:

- *С левой стороны межжелудочковой перегородки
- С правой стороны межжелудочковой перегородки
- С передней стенки левого желудочка
- С передней стенки правого желудочка
- Одновременно во всех отделах желудочков

НОРМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Q В ЛЕВЫХ ОТВЕДЕНИЯХ (AVL, V4-6) ОТРАЖАЕТ ДЕПОЛЯРИЗАЦИЮ:

- Передней стенки правого желудочка
- Передней стенки левого желудочка
- *Межжелудочковой перегородки
- Базальных отделов желудочков
- Верхушки сердца

ПРИ СКОРОСТИ ДВИЖЕНИЯ БУМАГИ 25 ММ/С ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ I ММ:

- Равна 0,01 с
- Равна 0,02 с
- Равна 0,03 с
- *Равна 0,04 с
- Равна 0,05 с

ПРИ СКОРОСТИ ДВИЖЕНИЯ БУМАГИ 50 ММ/С ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ I ММ:

- Равна 0,01 с
- *Равна 0,02 с
- Равна 0,03 с
- Равна 0,04 с
- Равна 0,05 с

ВЫСОТА ЗУБЦА R В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ:

- 0,5 мм
- 1,0 мм
- 1,5 мм
- 2,0 мм
- *2,5 мм

ИНТЕРВАЛ PR В НОРМЕ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ:

- 0,12 сек
- 0,15 сек
- 0,18 сек
- *0,20 сек
- 0,22 сек

ИНТЕРВАЛ PR В НОРМЕ НЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ МЕНЬШЕ:

- 0,15 сек
- *0,12 сек
- 0,10 сек
- 0,08 сек

0,05 сек

У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ (БЕЗ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ) НА ЭКГ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

Синдром SI,II,III

S-тип ЭКГ

Неполная блокада правой ножки пГиса

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ (БЕЗ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ) НА ЭКГ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

Зубец Q шириной 0,03-0,04 с в III отведении

Синдром ранней реполяризации желудочков

Отрицательные зубцы Т в отведениях III или V1-3

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НА ЭКГ ОТНОСИТСЯ:

*Увеличение высоты зубцов Р в отведениях II и V1

Исчезновение положительной фазы зубца Р в отведении V1

Увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1

Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НА ЭКГ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ:

Синусовой тахикардии

Гипокалиемии

Астенической конституции

*Всего перечисленного

Ничего из перечисленного

У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ

Вертикализация оси зубца Р

Отсутствие зубца Р в отведении I

Отрицательные зубцы Р в отведениях aVL и V1

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ПРИЧИНАМИ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НА ЭКГ МОГУТ БЫТЬ

Синусовая тахикардия

Гипокалиемия

Хронические обструктивные заболевания легких

Все перечисленное

*Ничего из перечисленного

ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

*Увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1

Увеличение высоты зубца Р в отведениях II, III и aVF
 Заостренная форма зубцов Р
 Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

Увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1
 "Двугорбость" зубца Р
 Уширение зубца Р более 0,11 с
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТНОСИТСЯ

Увеличение амплитуды зубцов R в левых отведениях (aVL, I, V5-6)
 Увеличение глубины зубцов S в правых грудных отведениях (V1-2)
 Дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТНОСЯТСЯ

Увеличение высоты зубцов R в отведениях aVF, III и увеличение глубины зубцов S в отведениях V1-2
 Конкордантное смещение сегмента ST и зубца Т
 Электрическая ось типа SI-SII-SIII
 Все перечисленное
 *Ничего из перечисленного

ВОЛЬТАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ИНДЕКСОМ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА) СЧИТАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ СУММАРНОЙ АМПЛИТУДЫ ЗУБЦОВ R (В ОТВЕДЕНИИ V5 ИЛИ V6) И S (В ОТВЕДЕНИИ V1 ИЛИ V2) БОЛЕЕ:

20 мм
 25 мм
 30 мм
 *35 мм
 40 мм

ДИСКОРДАНТНОЕ СМЕЩЕНИЕ СЕГМЕНТА ST И ЗУБЦА Т ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВЫЗВАНО:

Сердечной недостаточностью вследствие гипертрофии
 Очаговыми изменениями миокарда
 *Вторичными изменениями реполяризации вследствие гипертрофии
 Нарушениями сократительной функции
 Нарушением "питания" миокарда

ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

Отклонение электрической оси влево
 Высота зубца R в V6 больше высоты зубца R в V5
 Смещение переходной зоны вправо
 Высота зубца R в I отведении больше 1mv
 *Ничего из перечисленного

ПРИЗНАКАМИ ВОЗМОЖНОЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВСЛЕДСТВИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ПЕРЕГРУЗКИ (ПЕРЕГРУЗКИ ОБЪЕМОМ) ЯВЛЯЮТСЯ:

Увеличение амплитуды зубцов R в отведениях aVL, I, V5-6

Увеличение глубины зубцов Q в отведениях V5-6

Увеличение высоты зубцов T в отведениях V5-6

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТНОСЯТСЯ:

Отклонение электрической оси вправо

В отведении V1 зубец R больше зубца S

В отведении V6 зубец S больше зубца R

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

САМЫМ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ:

Отклонение электрической оси вправо

В отведении V1 зубец R больше зубца S

В отведении V6 зубец S больше зубца R

*Комплекс типа QR в отведении V1 (без блокады правой ножки пГиса)

Комплекс типа RSR в отведении V1

ГИПЕРТРОФИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ЭКГ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ В ВИДЕ:

"R-типа"

"RSR- типа"

"S-типа"

*Всего перечисленного

Ничего из перечисленного

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭКГ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНО ПОЯВЛЕНИЕ:

*Признака QIII SI

Блокады правой ножки пГиса

Отрицательных зубцов T в отведениях V1-3

Синусовой брадикардии

Предсердных экстрасистол

НА ФОНЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИЗНАКАМИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОГУТ БЫТЬ:

Отклонение электрической оси вправо

В отведении aVR зубец R больше зубца Q

В отведении V5 зубец S больше зубца R

Отрицательный зубец T в V1

*Все перечисленное

ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ПЕРЕГРУЗКОЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ПЕРЕГРУЗКА ОБЪЕМОМ) ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ВИДЕ:

"R-типа"

*"RSR- типа"

"S-типа"

Увеличения амплитуды комплексов QRS в переходных отведениях

ВТОРИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТРАЖАЮТСЯ НА ЭКГ В ВИДЕ:

Уменьшения высоты зубца Т

Инверсии зубца Т

Дискордантного смещения сегмента ST и зубца Т

Увеличения высоты зубца Т в отведении V1

*Всего перечисленного

ВАРИАНТ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ТИПА RSR НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С:

Митральным стенозом

Митральной недостаточностью

*Дефектом межпредсердной перегородки

Хроническим обструктивным заболеванием легких

Дефектом межжелудочковой перегородки

ВАРИАНТ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА "S-ТИП" НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С:

Митральным стенозом

Митральной недостаточностью

Дефектом межпредсердной перегородки

*Хроническим обструктивным заболеванием легких

Дефектом межжелудочковой перегородки

У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НАЛИЧИИ В ОТВЕДЕНИИ V1 КОМПЛЕКСОВ ТИПА QR ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

Выраженная гипертрофия правого желудочка

Гипертрофия правого предсердия

Недостаточность 3-х створчатого клапана

*Все перечисленное

"R-ТИП" ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА С КОМПЛЕКСАМИ QR В ОТВЕДЕНИИ V1 ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С:

Выраженной артериальной легочной гипертензией

Стенозом легочной артерии

Тетрадой Фалло

*Всеми перечисленными заболеваниями

Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЕЙ ЭБШТЕЙНА НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ:

Высокий пикообразный зубец Р

Удлинение интервала РР

Неполная блокада правой ножки пГиса RSR в V1

Признаки предвозбуждения желудочков

*Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:

ЭКГ может быть в пределах нормы

Могут быть признаки гипертрофии левого желудочка

Могут быть признаки гипертрофии правого желудочка

Могут быть признаки гипертрофии обоих желудочков

*Возможны все перечисленные изменения ЭКГ

РЕГИСТРАЦИЯ НА ЭКГ ВЫСОКОГО ПИКООБРАЗНОГО ЗУБЦА R, УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PR И НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПГИСА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Дефекта межпредсердной перегородки

Дефекта межжелудочковой перегородки

Открытого артериального протока

*Аномалии Эбштейна

Тетрады Фалло

ОСНОВНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ:

Инверсии зубцов T

Подъема сегмента ST

Депрессии сегмента ST

*Патологического зубца Q

Снижения высоты зубца R

У БОЛЬНЫХ С МЕЛКООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА:

Может не быть изменения ЭКГ

Может отмечаться инверсия зубцов T

Может отмечаться депрессия сегмента ST

Может отмечаться подъем сегмента ST

*Возможны все перечисленные варианты

ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ РЕГИСТРАЦИЯ НА ЭКГ:

Инверсии зубцов T

Подъема сегмента ST

*Сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и отрицательного зубца T

Увеличения амплитуды зубца T

ПРИ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ОТМЕЧАЮТСЯ:

В отведениях I и aVL

В отведениях II, III, aVF

*В отведениях V1-V4

В отведениях V3-V4

В отведениях V5-V6

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ОТМЕЧАЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ:

I и II

*II, III, aVF

V1-V2

V5-V6

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ОТМЕЧАЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ:

II, III, aVF

V1-V4

*I, aVL, V5-6

V1-2

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ (ЗАДНЕ-БАЗАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ) НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ

Появление патологических зубцов Q в отведениях II, III, aVF

*Увеличение высоты зубцов R в отведениях V1-2

Подъем сегмента ST в отведениях V1-2

*Депрессия сегмента ST в отведениях V1-2

ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ (ЗАДНЕБАЗАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ) ЯВЛЯЕТСЯ:

Увеличение высоты и ширины зубцов R в отведениях V1-2

Депрессия сегмента ST в отведениях V1-2

Положительные зубцы T в отведениях V1-2

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

РЕГИСТРАЦИЯ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИИ V1 У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

Сопутствующего инфаркта задней стенки (задне-базальных отделов)

*Сопутствующего инфаркта правого желудочка

Сопутствующего передне-перегородочного инфаркта

Всего перечисленного

Ничего из перечисленного

РЕГИСТРАЦИЯ ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V3 У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ:

Так называемых реципрокных изменений

Вовлечения задней стенки (задне-базальных отделов)

Сопутствующего мелкоочагового инфаркта миокарда передней стенки

*Всего перечисленного

ПОЯВЛЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ QS НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА:

*Передне-перегородочной локализации

Нижней локализации

Боковой локализации

Задней стенки

У БОЛЬНЫХ С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПГИСА ПОЯВЛЕНИЕ ЗУБЦОВ Q В ОТВЕДЕНИЯХ aVL, I, V1-3 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА:

*Передне-перегородочной локализации

Нижней локализации

Боковой локализации

Задней стенки

У БОЛЬНЫХ С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПГИСА ПОЯВЛЕНИЕ ЗУБЦОВ Q В ОТВЕДЕНИЯХ aVL, I, V5-6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА:

Передне-перегородочной локализации

Нижней локализации
 *Боковой локализации
 Задней стенки
 Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ПГИСА ПРИЗНАКОМ КРУПНООЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Регистрация комплексов QS во II отведении
 Регистрация зубцов q во II отведении
 Зубец r во II отведении меньше, чем зубцы r в отведениях III и aVF
 Зубец r во II отведении 1,5 мм и меньше
 *Все перечисленное

ГИГАНТСКИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ЗУБЦЫ Т (ОЧЕНЬ ГЛУБОКИЕ И РЕЗКО УШИРЕННЫЕ) ЧАЩЕ ВСЕГО РЕГИСТРИРУЮТСЯ У БОЛЬНЫХ С:

Мелкоочаговым инфарктом миокарда
 Тромбоэмболией легочной артерии
 Синдромом ранней реполяризации желудочков
 *Субарахноидальным кровоизлиянием
 Проталсом митрального клапана

ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЗУБЦОВ Т НА ЭКГ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Гипервентиляции
 *Гиперкалиемии
 Дисгормональных нарушений
 Нарушений мозгового кровообращения
 Мелкоочагового инфаркта миокарда

ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ОЧЕНЬ ВЫСОКИХ ЗУБЦОВ Т МОЖЕТ БЫТЬ:

Гиперкалиемия
 Ваготония
 Сверхострая фаза инфаркта миокарда
 Нарушения мозгового кровообращения
 *Все перечисленное

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ:

Ишемии миокарда
 Мелкоочагового инфаркта миокарда
 Реципрокных изменений при крупноочаговом инфаркте
 *Всего перечисленного

ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В БОЛЬШИНСТВЕ ОТВЕДЕНИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

Тромбоэмболии легочной артерии
 Гипокалиемии
 Гиперкалиемии
 *Острого перикардита
 Всю перечисленного

ДЛЯ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА РЕГИСТРАЦИЯ НА ЭКГ:
 Отрицательных зубцов Т

Депрессии сегмента ST

*Подъема сегмента ST

Высокоамплитудных зубцов R

Глубоких остроконечных зубцов S

ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА PR В ОТВЕДЕНИИ:

aVL

aVF

*aVR

V5

VR4

ДЛЯ ЭКТОПИЧЕСКОГО РИТМА ИЗ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ХАРАКТЕРНА РЕГИСТРАЦИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЗУБЦОВ P:

*В отведении I

В отведении aVR

В отведении III

В отведении V1

Во всех перечисленных отведениях

ПРИ РИТМЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ:

Зубцы P отсутствуют

Зубцы P отрицательны во II отведении и регистрируются позади комплексов QRS

Зубцы P отрицательны во II отведении и регистрируются перед комплексами QRS

Наблюдается атриовентрикулярная диссоциация

*Может быть все перечисленное

ПРИЧИНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ДИССОЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

Выраженная синусовая брадикардия

Полная атриовентрикулярная блокада

Увеличение частоты сокращений желудочков выше частоты сокращений предсердий

*Все перечисленное

ПРИЗНАКАМИ ПАРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

*Постоянного интервала сцепления

Изменяющегося интервала сцепления

Сливных комплексов

Поздних преждевременных комплексов

Возможности вычислить общий делитель для всех межэктопических интервалов

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ ЭКГ С

В отведении V1 желудочковые комплексы типа R

В отведении V1 желудочковые комплексы типа QR

В отведении V1 желудочковые комплексы типа RS

*В отведении V1 желудочковые комплексы типа RSr'

В отведении V1 желудочковые комплексы типа QS

ПРИ ТАХИКАРДИИ С УШИРЕННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Уширения желудочковых комплексов более 0,14 с

Отклонения электрической оси вверх (максимальный положительный комплекс в отведении aVR)

Конкордантного направления комплексов QRS в грудных отведениях

*Трехфазного комплекса QRS в отведении VI (типа rSR')

Наличия сливных комплексов

У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ РЕГИСТРАЦИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ДЕЛЬТА-ВОЛНЫ В ОТВЕДЕНИЯХ I, V5-6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ РАСПОЛОЖЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПУТИ:

Справа

*Слева

Спереди

Сзади

Справа-сзади

У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ДЕЛЬТА-ВОЛНЫ В ОТВЕДЕНИЯХ III, V1-2 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАСПОЛОЖЕН:

*Справа

Слева

Спереди

Сзади

Слева-сзади

ПОЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ ПАУЗ (ПРЯМАЯ ЛИНИЯ) ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 2-3 СЕК ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

Синоатриальной блокады I степени

*Синоатриальной блокады II степени

Синоатриальной блокады III степени

Атриовентрикулярной блокады II степени

ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КОМПЛЕКСЫ ТИПА RSR' В ОТВЕДЕНИИ V1 ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ:

*Блокады правой ножки пГиса

Блокады левой ножки пГиса

Блокады левой передней ветви

Блокады левой задней ветви

Неспецифической внутрижелудочковой блокады

РЕГИСТРАЦИЯ В ОТВЕДЕНИЯХ I И V6 УШИРЕННЫХ ЗУБЦОВ R (БЕЗ ЗУБЦОВ Q И S) ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ БЛОКАДЫ:

Правой ножки пГиса

*Левой ножки пГиса

Левой передней ветви

Левой задней ветви

Неспецифической внутрижелудочковой блокады

ПРИ ПОВОРОТЕ СЕРДЦА ВЕРХУШКОЙ ВПЕРЕД НА ЭКГ ПОЯВЛЯЕТСЯ:

Отклонение электрической оси влево

Отклонение электрической оси вправо

Блокада левой передней ветви

Блокада левой задней ветви

*Электрическая ось типа QI-QII-QIII

ПРИ БЛОКАДЕ ЛЕВОЙ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЗУБЕЦ R МАКСИМАЛЬНОЙ АМПЛИТУДЫ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ОТВЕДЕНИИ:

aVR

*aVL

aVF

I

II

"БИФАСЦИКУЛЯРНОЙ" БЛОКАДОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

Блокада левой ножки пГиса

Блокада правой ножки пГиса в сочетании с блокадой левой передней или левой задней ветви

Перебегающая блокада левой передней и левой задней ветвей

*Все перечисленное

ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ С ПЕРИОДИКОЙ САМОЙЛОВА-ВЕНКЕБАХА ХАРАКТЕРНО:

Постоянство интервалов PR

*Прогрессивное укорочение интервалов RR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS)

Частое наличие блокады ветвей пГиса

*Прогрессивное удлинение интервала PR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS)

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКАМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИПРОВОЖДЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Увеличения высоты зубца R

*Уменьшения высоты зубца R

Уменьшения зубца Q в отведении V6

Появления отрицательного зубца "U"

Удлинения скорректированного интервала QT

К ДОСТОВЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКАМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ПРОВОЖДЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ОТНОСИТСЯ:

*Горизонтальная депрессия сегмента ST

Инверсия зубца T

Появление нарушений ритма и проводимости

Все перечисленное

УМЕНЬШЕНИЕ АМПЛИТУДЫ ЗУБЦА T И ПОЯВЛЕНИЕ ВЫСОКИХ ЗУБЦОВ "U" ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

Гиперкалиемии

*Гипокалиемии

Гиперкальциемии

Гипокальциемии

ВЫСОКИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫЕ ("ПИКООБРАЗНЫЕ") ЗУБЦЫ T ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

*Гиперкалиемии

Гипокалиемии

Гиперкальциемии

Гипокальциемии

УШИРЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ QRS, УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА PR И УМЕНЬШЕНИЕ ЗУБЦА R ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВЫРАЖЕННОЙ:

Гиперкалиемии

Гипокалиемии

Гиперкальциемии

*Гипокальциемии

УДЛИНЕНИЕ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

Гиперкалиемии

Гипокалиемии

Гиперкальциемии

*Гипокальциемии

УКОРОЧЕНИЕ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

Гиперкалиемии

Гипокалиемии

*Гиперкальциемии

Гипокальциемии

СОЧЕТАНИЕ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

Стеноза легочной артерии

Дефекта межпредсердной перегородки

*Митрального стеноза

Аортальной недостаточности

ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО:

Низкий вольтаж ЭКГ

"S-тип" ЭКГ

Признаки гипертрофии правого предсердия

Отсутствие увеличения высоты зубца R в грудных отведениях от V1 к V4

*Все перечисленное

ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ:

Синдром QIII SI

Возникновение блокады правой ножки пГиса

Появление отрицательных зубцов Т в отведениях V1-4

Смещение переходной зоны влево

*Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОТОРАКСОМ НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

Появление комплексов типа QS в отведениях V1-4

Отклонение электрической оси вправо

Нормализация ЭКГ в положении стоя

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

РЕГИСТРАЦИЯ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА С КОМПЛЕКСАМИ ТИПА QRS В ОТВЕДАНИИ V1 УКАЗЫВАЕТ НА ВЕРОЯТНОЕ НАЛИЧИЕ:

- Дилатации правого желудочка
- Гипертрофии правого предсердия
- Недостаточности 3-х створчатого клапана
- *Всего перечисленного
- Ничего из перечисленного

У БОЛЬНЫХ С ВЫПОТОМ В ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

- Снижение вольтажа
- Электрическая альтернация
- *И то, и другое
- Правильного ответа нет

ЭКГ-СИНДРОМ SI QIII ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- Острого перикардита
- Аномалии Эбштейна
- *Острого легочного сердца
- Пневмоторакса

ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В БОЛЬШИНСТВЕ ОТВЕДАНИЙ (КРОМЕ AVR, AVL, V1) В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА PR ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

- Острого легочного сердца
- *Острого перикардита
- Выпота в полость перикарда
- Микседемы

СНИЖЕНИЕ ВОЛЬТАЖА КОМПЛЕКСОВ И ЗУБЦОВ ЭКГ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- Микседеме
- Выпоте в полость перикарда
- Хронических обструктивных заболеваниях легких
- *Всех перечисленных состояниях

К ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- Желудочковой экстрасистолии
- Ритма атриовентрикулярного соединения
- *Желудочковой тахикардии с блокадой выхода 3:2
- Предсердной тахикардии с атриовентрикулярной блокадой II степени
- "Корытообразной" депрессии сегмента ST

«МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ»

НА БИОДОСТУПНОСТЬ НИТРАТОВ ПРИ ПРИЕМЕ ВНУТРЬ В РЕШАЮЩЕЙ СТЕПЕНИ ВЛИЯЕТ:

- Моторика желудочно-кишечного тракта
- Связывание с белками плазмы
- *Метаболизм в печени
- Все ответы правильные

Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ У БОЛЬНЫХ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ:

Сустак 6,4 мг

Нитронг 6,5 мг

Тринитролонг 1 мг

Нитросорбид 10 мг

*Эффективность данных препаратов в указанных дозах практически одинакова

РАЗВИТИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ ОБУСЛОВЛЕНО:

*Снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки

Активацией системы ренин-ангиотензин

Активацией симпатoadреналовой системы

Задержкой в организме натрия и воды

Активацией лизосомальных ферментов печени

ПРИ РАЗВИТИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ СЛЕДУЕТ:

Полностью отказаться от их применения

Перейти на прием другого препарата данной группы

*Временно отменить препарат

Уменьшить дозировку

СИНДРОМ ОТМЕНЫ НИТРАТОВ ОПИСАН:

У больных со спонтанной стенокардией

У больных со стабильной стенокардией

У больных с недостаточностью кровообращения

Все ответы правильны

*Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ ИБС КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИЕМА НИТРАТОВ:

Повышается

*Понижается

Не изменяется

Может как повышаться, так и понижаться

НИТРАТЫ ПОКАЗАНЫ ПРИ:

Стенокардии напряжения

Спонтанной стенокардии

Сердечной астме

*Все ответы правильные

К АНТАГОНИСТАМ КАЛЬЦИЯ ОТНОСЯТСЯ:

Верапамил

Нифедипин

Дилтиазем

*Все перечисленные

Ни один из перечисленных

АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ ВЛИЯЮТ НА ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДОЧКА СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

Уменьшая пред- и постнагрузку

Увеличивая пред- и постнагрузку

*Уменьшая постнагрузку и существенно не влияя на преднагрузку

Уменьшая преднагрузку и существенно не влияя на постнагрузку

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ВЛИЯНИЕМ НА СОСУДИСТЫЙ ТОНУС ИЗ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ОБЛАДАЕТ:

*Нифедипин

Верапамил

Дилтиазем

Различий между данными препаратами нет

ОРТОСТАТИЧЕСКУЮ ГИПОТОНИЮ ВЫЗЫВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ИЗ ГРУППЫ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ:

Верапамил

Нифедипин

Дилтиазем

Все перечисленное

*Правильного ответа нет

ПОБОЧНАЯ РЕАКЦИЯ В ВИДЕ ОТЕКА ЛОДЫЖЕК ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

*Коринфара

Финоптина

Кардила (дилтиазема)

Правильного ответа нет

ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ЭФФЕКТИВНО:

Введение хлористого кальция

Введение изупрела (изадрина)

Введение добутамина

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ХРОНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ НАИБОЛЕЕ СВОЙСТВЕНЕН:

Коринфару

*Финоптину

Антагонисты кальция не обладают отрицательным хронотропным эффектом

Данный эффект у коринфара и финоптина выражен в одинаковой степени

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН:

У коринфара

*У финоптина

Данные препараты не обладают отрицательным инотропным эффектом

Отрицательный инотропный эффект выражен у обоих препаратов в одинаковой степени

В ЭКСПЕРИМЕНТАХ НА ИЗОЛИРОВАННОМ СЕРДЦЕ КОРИНФАР:

*Уменьшает автоматизм синусового узла

Увеличивает автоматизм синусового узла

Не влияет на автоматизм синусового узла

ПРИ ВНУТРИКОРОНАРНОМ ВВЕДЕНИИ КОРИНФАР:

*Обладает отрицательным инотропным эффектом
 Обладает положительным инотропным эффектом
 Не обладает инотропным эффектом

КАПТОПРИЛ ОТНОСИТСЯ К:

Альфа-блокаторам
 Бета-блокаторам
 Антагонистам кальция
 *Ингибиторам ангиотензин-конвертирующего фермента

ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ КАПТОПРИЛА СОСТОИТ В:

Непосредственном влиянии на сосудистый тонус
 Антирениновом эффекте
 *Снижении активности ангиотензин-конвертирующего фермента
 Снижении синтеза альдостерона
 Снижении синтеза брадикинина

ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАПТОПРИЛОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ТЕНДЕНЦИЯ К:

*Увеличению концентрации калия в крови
 Снижению концентрации калия
 Правильного ответа нет

ПРИ ПРИЕМЕ КАПТОПРИЛА АКТИВНОСТЬ РЕНИНА ПЛАЗМЫ:

*Увеличивается
 Уменьшается
 Не изменяется

ПРИ ПРИЕМЕ КАПТОПРИЛА СОДЕРЖАНИЕ АНГИОТЕНЗИНА I В ПЛАЗМЕ КРОВИ:

Уменьшается
 *Увеличивается
 Не изменяется

ПРИ ПРИЕМЕ КАПТОПРИЛА КОНЦЕНТРАЦИЯ АНГИОТЕНЗИНА II В КРОВИ:

Увеличивается
 *Уменьшается
 Не изменяется

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ КУМБСА МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

*Допегита
 Клофелина
 Резерпина
 Всех перечисленных препаратов
 Ни одного из них

ГИНЕКОМАСТИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

*Допегита
 Клофелина
 Резерпина
 Каждого из перечисленных препаратов
 Ни одного из них

ГИНЕКОМАСТИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ТАКЖЕ ПРИ ПРИЕМЕ:

Этакриновой кислоты
 *Верошпирона
 Гипотиазида
 Триамтерена
 Амилорида

ГИПЕРУРИКЕМИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

Гипотиазида
 Фуросемида
 Этакриновой кислоты
 *Всех перечисленных препаратов
 Ни одного из них

ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С ПРИЕМОМ:

*Резерпина
 Верошпирона
 Анаприлина
 Коринфара

СУХОСТЬ ВО РТУ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СВЯЗАНА С ПРИЕМОМ:

Финоптина
 Анаприлина
 *Ритмилена
 Кордарона
 Коринфара

СУХОСТЬ ВО РТУ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА ТАКЖЕ С ПРИЕМОМ:

Клофелина
 Допегита
 Ритмилена
 *Всех перечисленных
 Ни одного из перечисленных

КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

*Резерпина
 Финоптина
 Гипотиазида
 Каптоприла

БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:

Триампур
 Верошпирон
 Амилорид
 *Все перечисленное
 Ни один из перечисленных

КАПТОПРИЛ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО КОМБИНИРОВАТЬ С:

*Верошпироном
 Гипотиазидом
 Фуросемидом
 Гликозидами

Всеми перечисленными препаратами

ПОСТУРАЛЬНУЮ ГИПОТОНИЮ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ:

Изобарин

Пентамин

Празозин (адверзутен)

Нитроглицерин

*Все перечисленные

ПОСТУРАЛЬНУЮ ГИПОТОНИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТ ПРЕПАРАТЫ:

*Уменьшающие тонус резистивных сосудов

Уменьшающие тонус емкостных сосудов

Только препараты, уменьшающие в равной мере тонус и резистивных, и емкостных сосудов

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ВЫЗЫВАЕТ ЗАДЕРЖКИ НАТРИЯ И ВОДЫ В ОРГАНИЗМЕ ТОЛЬКО:

*Анаприлин

Клофелин

Допегит

Резерпин

ЗАДЕРЖКУ НАТРИЯ И ВОДЫ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ВЫЗЫВАЕТ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ:

*Допегит

Коринфар

Каптоприл

Празозин

Анаприлин

ПРИ ПРИЕМЕ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ АКТИВНОСТЬ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ:

*Увеличивается

Уменьшается

Не изменяется

ПРИ ПРИЕМЕ АРТЕРИОЛЯРНЫХ ВАЗОДИЛЯТАТОРОВ АКТИВНОСТЬ РЕНИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ:

Не изменяется

*Повышается

Понижается

ПРИ АКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ДИУРЕТИКАМИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ:

Первичный альдостеронизм

*Вторичный альдостеронизм

И то, и другое

Ни то,и ни другое

АНТИРЕНИНОВОЕ ДЕЙСТВИЕ СВОЙСТВЕННО:

Вазодилататорам

Диуретикам

*Бета-блокаторам

Ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента

Всем перечисленным препаратам

ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК НЕ УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

Пропранолола (анаприлина)

Талинолола (корданума)

*Надолола (коргарда)

Всех перечисленных

Правильного ответа нет

В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИЕМА ПИЩИ БИОУСВОЯЕМОСТЬ ПРОПРАНОЛОЛА:

Не уменьшается

Уменьшается

*Увеличивается

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ К КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ ОТНОСЯТСЯ:

Пропранолол (анаприлин)

*Метапролол (спесикор)

Надолол (коргард)

Пиндолол (вискен)

Все перечисленные

СЕКРЕКЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА МОЖЕТ УВЕЛИЧИВАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

*Диуретиков

Антагонистов кальция

Бета-блокаторов

Ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

Всех перечисленных

МЕТАБОЛИЗМ ЛИДОКАИНА ПРОИСХОДИТ В:

*Печени

Почках

Печени и почках

АКТИВНЫЙ МЕТАБОЛИТ, ПРИНАДЛЕЖАЩИЙ К АНТИАРИТМИКАМ III КЛАССА, ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ БИОТРАНСФОРМАЦИИ В ПЕЧЕНИ:

Лидокаина

*Новокаинамида

Верапамила

Мекситила

НАИБОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНЫМ ПОЛУПЕРИОДОМ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ:

Лидокаин

Мекситил

Ритмилен

*Кордарон

Этмозин

ВОЛЧАНОЧНОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ:

*Новокаинамида

Хинидина

Кордарона
Этацизина

ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

Мекситила
*Кордарона
Хинидина
Пропранолола

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО
РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

*Кордарона
Хинидина
Ритмилена
Этмозина
Этацизина

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ КОРДАРОНА НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ ЕГО
НАКОПЛЕНИЕ ПРОИСХОДИТ В:

Печени
Коже
Щитовидной железе
*Миокарде
Жировой клетчатке

ЛИДОКАИНУ СВОЙСТВЕННЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:

Головокружение
Парестезии
Спутанность сознания, ступор
*Все перечисленное
Ни один из перечисленных

АРИТМОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

Этацизина
Аллапинина
Кордарона
*Всех перечисленных
Правильного ответа нет

«МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В КАРДИОЛОГИИ»

БОЛЬНЫЕ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО ПРИНИМАЮТ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:

Ортопноэ
Лежа на левом боку с приведенными к животу ногами
*На корточках
Ни одного из перечисленных

УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

*Аортальной недостаточности
Трикуспидальной недостаточности
Митральной недостаточности

Митрального стеноза

ДИФФУЗНЫЙ ЦИАНОЗ У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА ОБУСЛОВЛЕН:

Сбросом крови слева-направо

*Сбросом крови справа-налево

Наличие цианоза не зависит от направления сброса крови

ПОСЛЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СБРОСА КРОВИ СПРАВА-НАЛЕВО ВСТРЕЧАЮТСЯ "БАРАБАННЫЕ ПАЛОЧКИ" И ЦИАНОЗ НОГ, НО НЕ РУК, ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ПОРОКЕ СЕРДЦА:

*Незарращения артериального (Боталлова) протока

Дефекте межпредсердной перегородки

Дефекте межжелудочковой перегородки

Тетраде Фалло

УТОЛЩЕНИЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Семейной гипертриглицеридемии

Комбинированной семейной гиперлипидемии

*Семейной гиперхолестеринемии

Семейной дисбеталипопротеидемии

ВЫРАЖЕННАЯ АСИММЕТРИЯ АД НА РУКАХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Синдрома Конна

Дефекта межжелудочковой перегородки

Триады Фалло

*Неспецифического аортоартериита

БОЛЕЕ НИЗКИЕ ЦИФРЫ АД НА НОГАХ, ЧЕМ НА РУКАХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

Аортальной недостаточности

*Коарктации аорты

Здоровых людей

Больных с недостаточностью кровообращения

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

Аортальной недостаточности

Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия

*Трикуспидальной недостаточности

Митральной недостаточности

ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ:

При тампонаде сердца

При ожирении

При хронических обструктивных заболеваниях легких

*При всех перечисленных состояниях

Ни при одном из них

ВЫРАЖЕННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Митрального стеноза

Митральной недостаточности

*Недостаточности трехстворчатого клапана

Стеноза устья аорты

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЯХ ИСПОЛЬЗУЮТ:

Опросник Браунвальда

*Опросник Роуза

Опросник Лауна

Опросник Харриса

Опросник Стьюдента

ФЕНОМЕН ПАРАДОКСАЛЬНОГО ПУЛЬСА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

*Уменьшении наполнения пульса на вдохе

Увеличении наполнения пульса на вдохе

Уменьшении наполнения пульса на выдохе

Увеличении наполнения пульса на выдохе

ПОВЫШЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ПОНИЖЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АД
СВОЙСТВЕННО:

Аортальной недостаточности

Незаращению артериального (Боталлова) протока

Артериовенозным шунтам

*Всему перечисленному

Ни одному из перечисленных

В НОРМЕ АОРТАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ II ТОНА ВОЗНИКАЕТ:

*Раньше легочного компонента

Позже легочного компонента

Одновременно с легочным компонентом

На вдохе этот компонент возникает раньше, а на выдохе - позже легочного компонента

"ПУШЕЧНЫЙ" ТОН СТРАЖЕСКО ОПИСАН ПРИ:

Резкой синусовой брадикардии

Пролапсе митрального клапана

*Атриовентрикулярной блокаде

Перикардите

ТРЕТИЙ ТОН СЕРДЦА:

Всегда является патологическим

*Выслушивается в норме у детей

Может выслушиваться при аортальном стенозе

Выслушивается преимущественно при синусовой тахикардии

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, ВЫСЛУШИВАЕМЫЙ ВО ВТОРОМ
МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА, ОБУСЛОВЛЕН:

Митральной регургитацией

Трикуспидальной регургитацией

Относительным сужением устья аорты

*Относительным сужением легочной артерии

К ОСЛАБЛЕНИЮ ЗВУЧНОСТИ I ТОНА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:

Разрушение атриовентрикулярных клапанов

Снижение сократительной функции левого желудочка

Резкое ограничение подвижности створок атриовентрикулярных клапанов

*Все перечисленное

ДВУМЕРНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

*Выявлять в ряде случаев стенозирование проксимальных отделов левой и правой коронарных артерий при их кальцинозе
Выявлять стенозирование дистальных отделов коронарных артерий
Эхолокация коронарных артерий невозможна

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАНО:

Всем больным с пароксизмальными нарушениями ритма сердца
Всем больным с синдромом слабости синусового узла
*Больным с синкопальными состояниями неясного генеза
Всем перечисленным группам больных

МЕТОД ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЗВОЛЯЕТ:

Провоцировать и купировать ускоренный ритм АВ-соединения
Провоцировать и купировать пароксизмы мерцания предсердий
*Провоцировать и купировать пароксизмы трепетания предсердий
Все ответы правильные

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ III ТОН ОБУСЛОВЛЕН:

*Увеличением диастолического наполнения желудочков
Уменьшением диастолического наполнения желудочков
Изменением тонуса папиллярных мышц
Увеличением постнагрузки на левый желудочек

"РИТМ ПЕРЕПЕЛА" ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ОБУСЛОВЛЕН:

Расщеплением I тона
Расщеплением II тона
Наличием патологического III тона
*Наличием тона (щелчка) открытия митрального клапана
Наличием диастолического шума

ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО:

Увеличение интервала Q-I тон и интервала II тон- щелчок открытия митрального клапана
Укорочение интервала Q-I тон и интервала II тон-щелчок открытия митрального клапана
*Увеличение интервала Q-I тон и укорочение интервала II тон-щелчок открытия митрального клапана
Укорочение интервала Q-I тон и удлинение интервала II тон-щелчок открытия митрального клапана

ШУМ ГРЕХЕМА СТИЛЛА — ЭТО:

*Диастолический шум относительной недостаточности клапана легочной артерии
Диастолический шум относительного стеноза митрального клапана
Систолический шум при стенозе легочной артерии
Пресистолический шум при митральном стенозе

ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА АУСКУЛЬТАТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА В:

Горизонтальном положении пациента
*Вертикальном положении
Положении на левом боку

Симптоматика не зависит от положения тела

ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ СУБАОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
АУСКУЛЬТАТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА В:

Горизонтальном положении пациента

Положении на левом боку

*Вертикальном положении

Аускультативные проявления не зависят от положения тела

НАЛИЧИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ЩЕЛЧКА И ПОЗДНЕГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

Отрыве хорд митрального клапана

Кальцинозе митрального клапана

Пролапсе аортального клапана

*Пролапсе митрального клапана

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

Митрального стеноза

Митральной недостаточности

Аортального стеноза

Аортальной недостаточности

*Правильного ответа нет

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

Митрального стеноза

Митральной недостаточности

Стеноза легочной артерии

*Трикуспидальной недостаточности

Правильного ответа нет

ПОЛИКАРДИОГРАФИЯ ПО БЛЮМБЕРГУ (ФАЗОВЫЙ АНАЛИЗ СИСТОЛЫ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА) ПРЕДУСМАТРИВАЕТ РЕГИСТРАЦИЮ:

*ЭКГ,ФКГ и каротидной сфигмограммы

ЭКГ,ФКГ и кривой венного пульса

ЭКГ,ФКГ и апекскардиограммы

Векторкардиограммы, ФКГ и апекскардиограммы

МЕТОД ВЕКТОРКАРДИОГРАФИИ ИМЕЕТ НАИБОЛЬШУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ:

Анализе нарушений ритма сердца

Анализе нарушений АВ-проводимости

Выявлении преходящей ишемии миокарда

*Диагностике инфаркта миокарда

ВЫЯВЛЕНИЕ ЛИНИЙ КЕРЛИ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

Гипертензии в системе легочной артерии

Гиповолемии малого круга кровообращения

Воспалительных изменениях в легких

*Венозном застое в малом круге кровообращения

В ПЕРЕДНЕЙ ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
ВТОРАЯ ДУГА ПО ЛЕВОМУ КОНТОРУ ОБРАЗОВАНА:

Ушком левого предсердия

Дугой аорты

Нисходящей аортой

*Легочной артерией

Левым желудочком

КОНЕЧНОДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ
СООТВЕТСТВУЕТ:

*Давлению заклинивания легочных капилляров

Уровню центрального венозного давления

Диастолическому давлению в аорте

Систолическому давлению в стволе легочной артерии

ПРИ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ:

Ударный объем левого желудочка

Минутный объем левого желудочка

Сердечный индекс

Фракцию выброса желудочков

*Все перечисленное

МЕТОД РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИВАТЬ:

Только глобальную функцию левого желудочка

Только регионарную сократимость левого желудочка

*И то, и другое

Ни то, и ни другое

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОЧАГА НЕКРОЗА В
МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

Перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201

*Сцинтиграфия миокарда с технецием-99м - пирофосфатом

Радионуклидная вентрикулография

Ни одно из перечисленных

Все перечисленное

НАКОПЛЕНИЕ ТЕХНЕЦИЯ-99М-ПИРОФОСФАТА В МИОКАРДЕ МОЖЕТ
НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

Аневризме левого желудочка

"Нестабильной" стенокардии

Кардиомиопатиях

*Всех перечисленных состояниях

Ни при одном из перечисленных

В КОСТНУЮ ТКАНЬ АКТИВНО ВКЛЮЧАЕТСЯ:

Таллий-201

*Технеций-99м-пирофосфат

Радиоактивные микросферы альбумин

Ксенон-133

ТАЛЛИЙ-201 АКТИВНО ВКЛЮЧАЕТСЯ В:

Рубцовую ткань

Ишемизированный миокард
 *Здоровый миокард
 Некротизированную ткань
 Костную ткань

ПЕРФУЗИОННАЯ СЦИНТИГРАФИЯ МИОКАРДА С ТАЛЛИЕМ-201 В УСЛОВИЯХ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПО СРАВНЕНИЮ С КЛАССИЧЕСКИМ ЭКГ-ТЕСТОМ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

Более высокой чувствительностью, но меньшей специфичностью

Более низкой чувствительностью, но большей специфичностью

*Более высокой чувствительностью и специфичностью

Более низкой чувствительностью и специфичностью

ДЛЯ ОЦЕНКИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МЕТОДОМ ТЕРМОДИЛЮЦИИ:

Необходима катетеризация левого желудочка

Необходима катетеризация левого желудочка и левого предсердия

*Достаточно катетеризации легочной артерии

Необходима катетеризация обоих желудочков

ПРИ СЕЛЕКТИВНОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ ВВЕДЕНИЕ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ПРОИЗВОДИТСЯ С:

Кубитальную вену

Устье аорты

Устье аорты и ствол левой коронарной артерии

*Раздельно в устье правой и левой коронарных артерий

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ПРЯМЫМ МЕТОДОМ ФИКА:

*Достаточно получить венозные пробы крови

Следует получить пробы артериальной крови

Необходимы заборы крови из вены и артерии

Необходимо получить пробы крови из правого желудочка

ПОЯВЛЕНИЕ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ВОЗМОЖНО:

При гипокалиемии

На фоне приема гликозидов

При синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта

При пролапсе митрального клапана

*При всем перечисленном

СПЕЦИФИЧНОСТЬ ТЕСТА С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ У:

Женщин

Молодых мужчин

*Мужчин пожилого и среднего возраста

Правильного ответа нет

Существенной разницы не выявляется

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ОТВЕДЕНИЕМ ЭКГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ:

I
II,III,avF
V1-V2
*V5-V6

ПРИНЦИП ДИАГНОСТИКИ ИБС С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ В УСЛОВИЯХ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

Избыточном накоплении радиоизотопа в зонах ишемии
Снижении накопления радиоизотопа в зонах ишемии
*Выявлении снижения сократимости миокарда при ишемии
Выявлении повышения сократимости миокарда при ишемии

ЛОЖНООТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ:

Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта
Гипокалиемией
Пролапсом митрального клапана
Всем перечисленным
*Ничем из перечисленного

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ РАСЧЕТНАЯ ВЕЛИЧИНА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ СУБМАКСИМАЛЬНОМУ УРОВНЮ НАГРУЗКИ:

Увеличивается с возрастом пациента
*Уменьшается с возрастом пациента
Не зависит от возраста пациента

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИБС ОБЛАДАЕТ:

Холодовая проба
Дипиридамовая проба
*Проба с нагрузкой на велоэргометре
Проба со статической физической нагрузкой

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ:

Эпилепсия
*Синдром слабости синусового узла
АВ-блокада II-III степени
Стеноз устья аорты

ТЕСТ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ НЕМЕДЛЕННО ПРЕКРАЩЕН ПРИ:

Появлении дискомфорта в грудной клетке
Повышении систолического АД до 180 мм рт ст
Возникновении редкой монотопной желудочковой экстрасистолии
Всех вышеперечисленных состояниях
*Ни при одном из перечисленных состояний

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ РИТМ НАВЯЗЫВАЕТСЯ:

Правому предсердию

*Левому предсердию

Правому желудочку

Левому желудочку

МЕТОДИКА ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ, КАК ПРАВИЛО, НЕ ПОЗВОЛЯЕТ:

Оценить функцию синусового узла

Оценить функцию АВ-узла

Провоцировать суправентрикулярные пароксизмальные нарушения ритма

*Провоцировать желудочковые пароксизмальные нарушения ритма

МЕТОДИКА ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ФУНКЦИЮ СИНУСОВОГО УЗЛА С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

Времени восстановления функции синусового узла

Корригированного времени восстановления функции синусового узла

Времени синоатриального проведения

*Всех перечисленных параметров

Ни одного из перечисленных

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СЕРДЦА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ:

Высокой артериальной гипертонии

Перемежающейся хромоте

Тромбофлебите нижних конечностей

*Всем перечисленном

Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ И ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

24-часовой мониторинг ЭКГ

*Проба с дозированной физической нагрузкой

Фармакологические пробы

Холодовая проба

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КОЛЕБАНИЯ ХОРОШО ПРОВОДЯТСЯ ЧЕРЕЗ:

Воздухоносные полости

Костную ткань

*Жидкие среды

Жировую ткань

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВЫПОТА В ПЕРИКАРД ЯВЛЯЕТСЯ:

Рентгеновский

Фонокардиография

ЭКГ

Физикальное исследование

*Эхокардиография

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА МЕТОДОМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ОСНОВНОЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

*Передне-заднего размера полости левого желудочка
 Продольного размера левого желудочка
 Экскурсии аорты
 Размеров предсердий

ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА НАИБОЛЕЕ ТРУДНО ЛОЦИРОВАТЬ:

Митральный клапан
 Трикуспидальный клапан
 Аортальный клапан
 *Клапан легочной артерии

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ МЕТОДОМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДВИЖЕНИЯ:

Митрального клапана
 Трикуспидального клапана
 *Клапана легочной артерии
 Аортального клапана

ХАРАКТЕРНЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Однонаправленное диастолическое движение створки митрального клапана
 *Систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана
 Диастолическое "дрожание" передней митральной створки
 Касание межжелудочковой перегородки передней митральной створкой в диастолу

ОДНОНАПРАВЛЕННОЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДВИЖЕНИЕ СТВОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ВЫЯВЛЯЕМОЕ МЕТОДОМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Пролапса митрального клапана
 Миксомы левого предсердия
 Аортальной недостаточности
 *Митрального стеноза

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАТРУДНЕНО ПРИ:

Кифосколиозе
 Эмфиземе легких
 У лиц гиперстенической конституции
 *Все ответы правильны
 Ни при одном из перечисленных состояний

ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ МЕЛКОАМПЛИТУДНОЕ (ВЫСОКОЧАСТОТНОЕ) ДРОЖАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Аортального стеноза
 Митрального стеноза
 *Аортальной недостаточности
 Митральной недостаточности
 Пролапса митрального клапана

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ:

ЭКГ

Рентгеновское обследование

*Допплеркардиография

Фонокардиография

В КАЧЕСТВЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ КОНТРАСТОВ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Физиологический раствор

Аутокровь

5% раствор глюкозы

*Все перечисленное

ФЕНОМЕН ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИССОЦИАЦИИ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

Электрокардиографией

Регистрацией внутрисердечной электрограммы

Методом эхокардиографии

*Всеми перечисленными методами

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

Первичном альдостеронизме

Вторичном альдостеронизме

Применении диуретиков

*Всех вышеперечисленных состояниях

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

МР-томография

Рентгеновская компьютерная томография

*Рентгеноконтрастная аортография

Изотопная ренография

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АЛЬТЕРНАЦИЯ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Гипертрофической кардиомиопатии

Застойной недостаточности кровообращения

Острого инфаркта миокарда

*Массивного выпота в перикард

КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТАБОЛИТОВ КАТЕХОЛАМИНОВ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В МОЧЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ:

Пировиноградная кислота

*Ванилилминдальная кислота

Гамма-оксимасляная кислота

Фенилпировиноградная кислота

Все перечисленные

СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В КРОВИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ:

Повышено

*Понижено

Не изменено

КАКАЯ АКТИВНОСТЬ РЕНИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА КОННА:

*Низкая

Высокая

Нормальная

Закономерности не выявляется

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИ НЕ ИЗМЕНЕННЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ:

Проба с дозированной физической нагрузкой

Дипиридамовая проба

Чреспищеводная электрокардиостимуляция

*Эргоновиновая проба

ПРИ СИНДРОМЕ ПИКВИКА:

Повышено давление углекислого газа в крови

Понижено давление кислорода в крови

*Имеет место и то,и другое

Газовый состав крови не нарушен

ПРИ НЕБОЛЬШОМ ОБЪЕМЕ ВЫПОТА В ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА ОН НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ:

Боковой поверхности левого желудочка

Передней поверхности правого желудочка

*Задней поверхности левого желудочка

Верхушки сердца

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

Эхокардиография

Инвазивное исследование гемодинамики

ЭКГ

*Все вышеперечисленное

ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ НА ТРЕДМИЛЕ У БОЛЬНЫХ ИБС:

Значительно более информативна,чем проба с нагрузкой на велоэргометре

Значительно уступает по информативности пробе на велоэргометре

*Практически равноценна пробе на велоэргометре

БОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНОГО ИБС ПОЗВОЛЯЕТ:

*Проба с нагрузкой на велоэргометре

Чреспищеводная электрокардиостимуляция

24-часовое мониторирование ЭКГ

Перечисленные методы практически равноценны

24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ дает возможность диагностировать:

Безболевую ишемию миокарда

Нарушения ритма сердца

*И то,и другое

Ни то,и ни другое

ПРИ 24-ЧАСОВОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

*Депрессия сегмента ST

*Подъем сегмента ST

Инверсия зубца T

Все перечисленные

ПРИ 24-ЧАСОВОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ:

*Чаше выявляются эпизоды депрессии сегмента ST

Чаше выявляются эпизоды подъема сегмента ST

Как правило, выявляются эпизоды депрессии и подъема сегмента ST в разное время суток

НАИМЕНЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ И ДИАГНОСТИКИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ:

Проба с нагрузкой на велоэргометре

Проба с нагрузкой на тредмиле

*24-часовое мониторирование ЭКГ

Чреспищеводная электрокардиостимуляция

НА ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА 24-ЧАСОВОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ ВЛИЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

Активность больного во время исследования

Прием лекарственных препаратов

Толерантность к физической нагрузке

*Все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

Телекардиометрия

Проба Мастера

24-часовое мониторирование ЭКГ

*Проба с нагрузкой на велоэргометре (метод парных велоэргометрий)

САМЫЙ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:

Боль в грудной клетке

Кровохарканье

*Внезапная одышка

Потеря сознания

НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

*Ортопноэ

*Пароксизмальная одышка (сердечная астма)

Дыхание Чейн-Стокса

Отеки на нижних конечностях

ХАРАКТЕР ПУЛЬСАЦИИ ВЕН ШЕИ ЛУЧШЕ ВСЕГО ОЦЕНИВАТЬ ПО:

Пульсации наружной яремной вены справа

*Пульсации внутренней яремной вены справа

Пульсации наружной яремной вены слева

Пульсации внутренней яремной вены слева

САМЫЙ РАННИЙ СИМПТОМ ОТЕКА ЛЕГКИХ:

*Тахипное

Страх

Потливость

Кашель с жидкой мокротой

РАСШИРЕНИЕ СОСУДОВ ЛЕГКИХ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТМЕЧАЕТСЯ, КОГДА ЗАКЛИНИВАЮЩЕЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРЕВЫШАЕТ:

10 ммртст

*20 ммртст

30 ммртст

40 ммртст

ВАРИАБИЛЬНОСТЬ НАПОЛНЕНИЯ (НАПРЯЖЕНИЯ) ПУЛЬСА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ ЧАСТОТОЙ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЦА СВОЙСТВЕННА:

*Желудочковой тахикардии

Суправентрикулярной тахикардии

Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

ПИК (МАКСИМУМ) ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА СОВПАДАЕТ В НОРМЕ С:

*Открытием аортального клапана

Закрытием атриовентрикулярных клапанов

II-тоном сердца

Правильного ответа нет

ДВОЙНОЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С:

Пролапсом митрального клапана

*Гипертрофической кардиомиопатией

Дилатационной кардиомиопатией

Аортальной недостаточностью

Митральной недостаточностью

ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ:

Сердечной недостаточности

Заболеваниях перикарда

Гиперволемии

Сдавлении верхней полой вены

*Все ответы правильные

АНОМАЛЬНОЕ РАСЩЕПЛЕНИЕ I ТОНА С СОХРАНЕНИЕМ НОРМАЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЕГО КОМПОНЕНТОВ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ:

Блокады левой ножки пучка Гиса

Правожелудочковых экстрасистол

*Блокады правой ножки пучка Гиса

Предвозбуждения левого желудочка

Всего перечисленного

ДВУХМЕРНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ:

Внутрисердечных тромбов
 Инфекционного эндокардита
 Аневризмы левого желудочка
 Инфаркта миокарда правого желудочка
 *Всего перечисленного

СРЕДНЕЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕВОМ ПРЕДСЕРДИИ В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ:

*5 ммртст
 10 ммртст
 15 ммртст
 20 ммртст

СВЯЗЬ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ С ДВИЖЕНИЯМИ ТУЛОВИЩЕМ, ДЫХАНИЕМ, ГЛОТАНИЕМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Стенокардии
 *Перикардита
 Нейроциркуляторной дистонии
 Всего перечисленного
 Правильного ответа нет

БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ, ТРУДНО ОТЛИЧИМЫЕ ОТ СТЕНОКАРДИИ, МОГУТ БЫТЬ ПРИ:

Расслоении аорты
 Тромбоэмболии легочной артерии
 Остром панкреатите
 *Всем перечисленном

ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ В СПИНУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Стенокардии
 Инфаркта миокарда
 *Расслоения аорты
 Всего перечисленного

МГНОВЕННОЕ НАРАСТАНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ ДО МАКСИМУМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Стенокардии
 Инфаркта миокарда
 *Расслоения аорты
 Острого перикардита
 Правильного ответа нет

УСИЛЕНИЕ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДВИЖЕНИИ, ГЛУБОКОМ ДЫХАНИИ И КАШЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Перикардита
 Плеврита
 Остеохондроза шейно-грудного отдела
 *Всего перечисленного

ВНЕЗАПНАЯ ОДЫШКА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

Тромбоэмболии легочной артерии
 Отеке легких
 Пневмотораксе

Тампонаде сердца

*При всех перечисленных состояниях

ТЕРМИНОМ "ОРТОПНОЕ" НАЗЫВАЮТ:

Увеличение частоты дыхания

*Неспособность находиться в положении лежа из-за одышки

Возникновение одышки в положении сидя и облегчение ее в положении лежа

Приступы сердечной астмы

Правильного ответа нет

ПОСТОЯННАЯ ОДЫШКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

Левожелудочковой недостаточности

Первичной легочной гипертензии

Врожденных пороках со сбросом крови справа-налево

Эмфиземе легких

*При всех перечисленных состояниях

ПРИСТУПЫ ОДЫШКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ И ОБЛЕГЧАЮЩИЕСЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА, МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ У БОЛЬНЫХ С:

Митральным пороком сердца

*Миксомой левого предсердия

*Шаровидным тромбом в левом предсердии

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРИСТУПОВ ОДЫШКИ ТОЛЬКО В ПОКОЕ (ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАМЕТНОЙ ОДЫШКИ ВО ВРЕМЯ НАГРУЗКИ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Сердечной недостаточности

Заболеваний легких

*Нейроциркуляторной дистонии

Всего перечисленного

Правильного ответа нет

ТЕРМИНОМ "СЕРДЕЧНАЯ АСТМА" ОБОЗНАЧАЮТ:

Возникновение одышки при нагрузке

Возникновение одышки во время стенокардии

*Приступы пароксизмальной ночной одышки у больных с левожелудочковой недостаточностью

Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ЖАЛОБЫ НА СЕРДЦЕБИЕНИЯ МОГУТ ПРЕДЪЯВЛЯТЬ БОЛЬНЫЕ С:

Синусовой тахикардией

Анемией

Пароксизмальной тахикардией

*При всех перечисленных состояниях

ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ БЕЗ ВИДИМЫХ ОТЕКОВ ЗАДЕРЖКА ЖИДКОСТИ МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ:

I литр

3 литра

*5 литров

10 литров

ПРЕОБЛАДАНИЕ ОТЕЧНОСТИ ЛИЦА НАД ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ОТЕКОВ НОГ
НЕРЕДКО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

Констриктивном перикардите
Обструкции верхней поллой вены
Микседеме
*Всех перечисленных состояниях
Правильного ответа нет

ОДНОСТОРОННИЕ ОТЕКИ НОГ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С:

Сердечной недостаточностью
*Заболеваниями вен
*Поражением лимфатических сосудов
Всех перечисленных состояниях

ДВУСТОРОННЯЯ ОТЕЧНОСТЬ ГОЛЕНЕЙ, НЕ ЗАХВАТЫВАЮЩАЯ СТОПЫ
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Сердечной недостаточности
Болезней вен
*Ожирения
Всех перечисленных состояний

БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОТЕКОВ ПРИ:

*Тромбофлебите
*Тромбозе глубоких вен
Сердечной недостаточности

КАРДИАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С:

Дилатационной кардиомиопатией
*Констриктивным перикардитом
Гипертрофической кардиомиопатией
Одинаково часто при всех перечисленных состояниях

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АСЦИТА У БОЛЬНОГО С
УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫМИ ОТЕКАМИ НОГ ЯВЛЯЮТСЯ:

Дилатационная кардиомиопатия
*Констриктивный перикардит
*Цирроз печени
С равной степенью вероятности может быть все перечисленное

ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
БОЛЬНЫХ С:

*Аортальным стенозом
Митральным стенозом
Аортальной недостаточностью
Митральной недостаточностью

ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
БОЛЬНЫХ С:

Дилатационной кардиомиопатией
*Гипертрофической кардиомиопатией
Митральным стенозом
Одинаково часто встречаются при всех перечисленных состояниях

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОБМОРОКОВ ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

Аортальным стенозом

Гипертрофической кардиомиопатией

Первичной легочной гипертензией

*Всех перечисленных состояний

НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ОБМОРОКОВ У ЛИЦ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

Ортостатическая гипотония

*Вазодепрессорный обморок

Желудочковая тахикардия

ОТСУТСТВИЕ ПРЕДВЕСТНИКОВ (ПРЕДОБМОРОЧНЫХ РЕАКЦИЙ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Вазодепрессорного обморока

Обмороков при функциональной ортостатической гипотонии

*Обмороков при аритмиях

Всех перечисленных состояний

В НОРМЕ НА ФОНОКАРДИОГРАММЕ АОРТАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ 2-ГО ТОНА:

Совпадает с пульмональным компонентом

*Предшествует пульмональному компоненту

Следует за пульмональным компонентом

Может не регистрироваться

НА ФОНОКАРДИОГРАММЕ ПУЛЬМОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ 2-ГО ТОНА МОЖЕТ ПРЕДШЕСТВОВАТЬ АОРТАЛЬНОМУ КОМПОНЕНТУ ПРИ:

*Блокаде левой ножки пучка Гиса

*Перегрузке объемом левого желудочка

Блокаде правой ножки

ЗАМЕТНАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

Понижении центрального венозного давления

*Повышении центрального венозного давления

Нормальном центральном венозном давлении

АНАКРОТИЧЕСКИЙ ПУЛЬС НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ (ПУЛЬС С МЕДЛЕННЫМ ПОДЪЕМОМ И УМЕНЬШЕННЫМ ОБЪЕМОМ) ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

Митрального стеноза

Митральной недостаточности

*Аортального стеноза

Аортальной недостаточности

Гипертрофической кардиомиопатии

ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ УВЕЛИЧЕННОЙ АМПЛИТУДЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Аортальной недостаточности

Тиреотоксикоза

Выраженной анемии

*Всего перечисленного

В НОРМЕ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ГРАДИЕНТ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ АОРТОЙ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ:

Составляет 20-30 ммртст

Составляет 50-70 ммртст

Составляет 100-120 ммртст

*Отсутствует

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ВОЗРОСШЕЙ ПОТРЕБНОСТИ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Увеличение кровотока за счет расширения коронарных артерий

Увеличение экстракции кислорода из коронарных артерий

Правильного ответа нет

ПАРОДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

Гипертонической болезни

Сердечной недостаточности

*Тампонаде сердца

Гиповолемическом шоке

Гипертрофической кардиомиопатии

ВИДИМАЯ ПУЛЬСАЦИЯ В НАДГРУДИННОЙ ВЫРЕЗКЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ:

Аневризмы аорты

Высокого расположения дуги аорты

Коарктации аорты

*Всего перечисленного

СИСТОЛИЧЕСКАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ПЕЧЕНИ И КРУПНЫХ ВЕН БЫВАЕТ ПРИ:

Стенозе правого атрио-вентрикулярного отверстия

Недостаточности аортального канала

Гипертрофической кардиомиопатии

*Недостаточности трехстворчатого клапана

Правильного ответа нет

НАЛИЧИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ГРАДИЕНТА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ АОРТОЙ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Дилатационной кардиомиопатии

Стеноза левого предсердножелудочкового отверстия

*Стеноза устья аорты

Гипертонической болезни

Правильного ответа нет

РАСЩЕПЛЕНИЕ 2-ГО ТОНА В НОРМЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:

*Во время вдоха

*Во время выдоха

В положении лежа

РАСЩЕПЛЕНИЕ 2-ГО ТОНА В НОРМЕ МОЖНО УСЛЫШАТЬ:

Только на верхушке

*Только на основании сердца

*Только в положении лежа

ФИКСИРОВАННОЕ РАСЩЕПЛЕНИЕ 2-ГО ТОНА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

Блокаде левой ножки пучка Гиса

Дефекте межпредсердной перегородки

*Дефекте межжелудочковой перегородки

ДЛЯ КОРОНАРНОГО КРОВотоКА ХАРАКТЕРНО:

Увеличение в систолу

*Увеличение в диастолу

Уменьшение в диастолу

ПРИ СОКРАЩЕНИИ МИОКАРДА НАИБОЛЬШЕЕ ПРЕПЯТСТВИЕ КОРОНАРНОМУ КРОВОТОКУ СОЗДАЕТСЯ В:

Субэпикардиальных слоях миокарда

*Субэндокардиальных слоях миокарда

Одинаково в субэпикардиальных и субэндокардиальных слоях миокарда

ГРОМКОСТЬ АОРТАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА 2-ГО ТОНА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ:

Артериальной гипертензии

Уплотнении (склерозировании) аорты

Уплотнении (склерозировании) створок аортального клапана

*Всех перечисленных состояниях

ГРОМКОСТЬ ЛЕГОЧНОГО КОМПОНЕНТА 2-ГО ТОНА УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ:

*Легочной гипертензии

*Дефекте межпредсердной перегородки

Стенозе легочной артерии

Всех перечисленных состояний

ОСЛАБЛЕНИЕ 2-ГО ТОНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

Легочной гипертензии

*Стенозе легочной артерии

*Стенозе аорты

ТРЕТИЙ ТОН МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ В НОРМЕ У:

Детей

Молодых людей

Беременных

*Все ответы правильные

Правильного ответа нет

ТРЕТИЙ ТОН МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ПРИ ВСЕХ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Митральной недостаточности

*Митрального стеноза

Дефекта межжелудочковой перегородки

КРОВОХАРКАНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ:

Митрального стеноза

Инфаркта легкого

Рака легкого

*Всего перечисленного

ШУМ ИЗГНАНИЯ МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ПРИ:

Аортальном стенозе

Стенозе легочной артерии

Расширении аорты или легочной артерии

2-х створчатом аортальном клапане

*Всех перечисленных состояниях

ПРИЧИНОЙ ВЫСЛУШИВАНИЯ "ЩЕЛЧКА" ВО ВРЕМЯ СИСТОЛЫ:

*Чаще всего является пролабирование створок митрального клапана

*Может быть констриктивный перикардит

Может быть митральный стеноз

Все ответы правильные

СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С:

*Митральным стенозом

Недостаточностью аортального клапана

Недостаточностью митрального клапана

Стенозом устья аорты

СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ТИПА ИЗГНАНИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ:

Стенозе устья аорты или легочной артерии

Гипертрофической кардиомиопатии (обструктивный вариант)

Дефекте межпредсердной перегородки

*Всех перечисленных состояниях

СИСТОЛИЧЕСКИЕ ШУМЫ ТИПА ИЗГНАНИЯ ОБЫЧНО ВЫСЛУШИВАЮТСЯ:

Как ранние систолические шумы (сразу после I-го тона)

*Как среднесистолические (через короткий промежуток после I-го тона)

Как поздние систолические шумы (перед 2-ым тоном)

Как пансистолические шумы

РАННИЙ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ (СРАЗУ ПОСЛЕ 2-ГО ТОНА) ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

Митрального стеноза

*Аортальной недостаточности

Открытого артериального протока

Дефекта межпредсердной перегородки

Всех перечисленных состояний

ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, НАЧИНАЮЩИЙСЯ ЧЕРЕЗ НЕБОЛЬШОЙ ПРОМЕЖУТОК ОТ 2-ГО, ТОНА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

*Митрального стеноза

Аортальной недостаточности

Недостаточности клапана легочной артерии

Дефекта межпредсердной перегородки

НЕПРЕРЫВНЫЙ СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

Дефекта межпредсердной перегородки

Аномалии Эбштейна

*Открытого артериального протока

Всех перечисленных состояний

ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ОБЫЧНО ЛУЧШЕ ВСЕГО СЛЫШЕН:

- *Во время систолы
- В первой половине диастолы
- В конце диастолы

Выраженная легочная гипертензия приводит к:

- Укорочению фазы изгнания крови из правого желудочка
- Более раннему закрытию клапана легочной артерии
- Появлению на фонокардиограмме 2 - го тона большой амплитуды
- *Все ответы правильные

«НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА»

ПЕРВИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Экстрасистолия
- *Атриовентрикулярная диссоциация
- Ускоренные эктопические ритмы сердца
- Атриовентрикулярная блокада
- Ни одно из перечисленных

ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ НАЗЫВАЮТ:

- *Преждевременные импульсы
- Импульсы, появляющиеся после паузы
- И то, и другое
- Ни то, ни другое

К ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИМ СОКРАЩЕНИЯМ ОТНОСЯТ:

- Эктопические импульсы
- Преждевременные импульсы
- *Импульсы, появляющиеся после паузы
- Все перечисленное

СРЕДИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- Пучок Джеймса
- Пучок Махайма
- *Пучок Кента

У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ:

- Мерцательная аритмия
- *Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия
- Желудочковая тахикардия
- Атриовентрикулярная блокада

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИМПУЛЬСОВ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ С:

- Другими врожденными заболеваниями сердца
- Семейной отягощенностью в плане наличия дополнительных путей
- *И то, и другое

Правильного ответа нет

ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ФЕНОМЕНА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ:

Укорочение интервала PR

*"Дельта-волна"

Уширение комплекса QRS

Дискордантное смещение сегмента ST

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ВАРИАНТОМ ТАХИАРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФ-ПАРКИНСОН-УАЙТА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Мерцательная аритмия

Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия

Правильного ответа нет

И то, и другое

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

Выявление бессимптомных аритмий

Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ

*Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

ОСНОВНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ:

Уточнение электрофизиологического механизма развития тахикардии

*Ускорение подбора антиаритмической терапии у больных с пароксизмальными наджелудочковыми тахикардиями

Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ:

Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца

Может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом

*И то, и другое

Ни то, ни другое

АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ АРИТМОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ - УЧАЩЕНИЕ АРИТМИИ ИЛИ ПОЯВЛЕНИЕ НОВОГО ВИДА НАРУШЕНИЯ РИТМА В ЭТОМ СЛУЧАЕ:

Вероятность возникновения аритмогенного эффекта составляет примерно 10% при назначении любого антиаритмического препарата

Чем тяжелее аритмия - тем выше вероятность аритмогенного эффекта

Вследствие аритмогенного эффекта может быть даже развитие фибрилляции желудочков и внезапная смерть больного

*Все ответы правильные

Правильного ответа нет

СРЕДНИЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ АНАПРИЛИНА (ОБЗИДАНА) СОСТАВЛЯЮТ:

10-20 мг
30-40 мг
50-60 мг
*80-200 мг
400 мг и более

СРЕДНИЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ КИНИЛЕНТИНА СОСТАВЛЯЮТ:

125-250 мг
375-500 мг
*750-1000 мг
1500-2000 мг
Более 2000 мг

СРЕДНИЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ЭТМОЗИНА СОСТАВЛЯЮТ:

200-300 мг
400-500 мг
*600-800 мг
1000-1500 мг
Более 1500 мг

СРЕДНИЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ЭТАЦИЗИНА СОСТАВЛЯЮТ:

50-100мг
*150-200мг
250-300мг
350-400мг
Более 400мг

СРЕДНИЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ АЛЛАПИНИНА СОСТАВЛЯЮТ:

25-50 мг
*75-150 мг
200-250 мг
300-350 мг
Более 350 мг

СРЕДНИЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ НОВОКАИНАМИДА СОСТАВЛЯЮТ:

500-750 мг
1-1,5 г
*2-3 г
4-6 г
Более 6 г

СРЕДНИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ КОРДАРОНА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ (ПОСЛЕ ПЕРИОДА НАСЫЩЕНИЯ) СОСТАВЛЯЮТ:

*200-400мг
600-800мг
1000-1200мг
Более 1200мг

ВО ВРЕМЯ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ВОЗМОЖНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ НИЖЕ, КРОМЕ:

Полной нерегулярности сердечных сокращений
 Волн "f"
 *Зубцов Р, отличающихся по форме от "синусовых"
 Правильного ответа нет

ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НАЗНАЧАЮТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

Финоптина
 Дигоксина
 *Хинидина
 Кордарона
 Анаприлина

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРИСТУПА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ:

Новокаиномид
 *Финоптина
 Кордарона
 Хинидина
 Ритмилена

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН В КУПИРОВАНИИ ПРИСТУПОВ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ:

Строфантин
 *Финоптин
 Обзидан
 Лидокаин
 Мезатон

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

Финоптин
 *Лидокаин
 Сердечные гликозиды
 Обзидан

ПРИЗНАКОМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Выраженная синусовая брадикардия
 Мерцательная аритмия
 Предсердная экстрасистолия
 Атриовентрикулярная блокада I степени
 Все перечисленное

ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ 1-Й СТЕПЕНИ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ:

Выпадение комплексов QRS
 *Удлинение интервала PR
 Атриовентрикулярная диссоциация
 Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

ПРИЗНАКОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 2-Й СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Выпадение комплексов QRS

Удлинение интервала PR
Уширение комплексов QRS
Все перечисленное

ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ 3 СТЕПЕНИ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ:

Выпадение комплексов QRS
Резкое удлинение интервала PR
*Выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков
Все ответы правильные

ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 2-Й СТЕПЕНИ ТИПА I ("МОБИТЦ-I")
ХАРАКТЕРНО:

Постоянство интервала PR
*Прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS
Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса
Все перечисленное

ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 2-Й СТЕПЕНИ ТИПА 2 ("МОБИТЦ-2")
ХАРАКТЕРНО:

Прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов
*Постоянство интервала PR
*Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса
Все перечисленное

ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ 3-ЕЙ СТЕПЕНИ ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИЙ
РИТМ НОРМАЛЬНЫМИ (НЕУШИРЕННЫМИ) КОМПЛЕКСАМИ QRS ПОЗВОЛЯЕТ
ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ БЛОКАДЫ:

*На уровне АВ-узла или пучка Гиса
На уровне ветвей пучка Гиса
На любом уровне

ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ 3-ЕЙ СТЕПЕНИ ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИЙ
РИТМ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS ДАЕТ ОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЬ
РАЗВИТИЕ БЛОКАДЫ:

На уровне АВ-узла
На уровне пучка Гиса
На уровне ветвей пучка Гиса
*На любом уровне

ЕСЛИ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (АВ-БЛОКАДЕ 3-Й
СТЕПЕНИ) РЕГИСТРИРУЕТСЯ ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИЙ РИТМ С УШИРЕННЫМИ
КОМПЛЕКСАМИ QRS С ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И РАВНОЙ 30 В 1
МИН, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО, ЧТО ЛОКАЛИЗАЦИЯ БЛОКАДЫ:

На уровне АВ-узла
На уровне пучка Гиса
*На уровне ветвей пучка Гиса

ПРИЗНАКОМ СИНОАТРИАЛЬНОЙ (СА) БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Эпизодическое выпадение комплексов QRS
*Эпизодическое исчезновение зубцов Р
Отсутствие выскальзывающих сокращений во время паузы

Все перечисленное

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

Наличие признаков дисфункции синусового узла на ЭКГ

Атриовентрикулярные блокады 2-3-й степени (даже без симптомов)

*Возникновение предобморочных состояний или эпизодов потери сознания (приступов Морганьи-Эдемса-Стокса) у больных с дисфункцией синусового узла или АВ-блокадой 2-3-й степени

Все перечисленное

ПРИЧИНОЙ ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИХ ИМПУЛЬСОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

Повышение частоты сердечных сокращений

*Возникновение пауз (эпизодов асистолии)

И то, и другое

Ни то, и ни другое

ЭКТОПИЧЕСКИМ РИТМОМ НАЗЫВАЮТ:

*Любой ритм, кроме синусового

Ритмы с частотой менее 60 в мин

Ритмы с частотой более 100 в мин

Все ответы правильные

Правильного ответа нет

УСКОРЕННЫМИ ЭКТОПИЧЕСКИМИ РИТМАМИ СЕРДЦА НАЗЫВАЮТ:

Выскальзывающие ритмы сердца

Эктопические ритмы с частотой менее 60 в мин

*Эктопические ритмы с частотой более 60 в мин, но менее 100 в мин

Правильного ответа нет

ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИЕ РИТМЫ СЕРДЦА:

Необходимо устранять с помощью антиаритмических препаратов

*Можно ускорить с помощью симпатомиметиков и/или холинолитиков

Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

УШИРЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ QRS НА ЭКГ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

Эктопическом образовании импульса в желудочках

Нарушении внутрижелудочковой проводимости

Синдроме предвозбуждения желудочков

*При всех перечисленных состояниях

ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ДИССОЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Полная атриовентрикулярная блокада

Ускоренный ритм или тахикардия из атриовентрикулярного соединения

Ускоренный идиовентрикулярный ритм или желудочковая тахикардия

*Все перечисленное

ПОЛНАЯ КОМПЕНСАТОРНАЯ ПАУЗА:

Бывает при желудочковой экстрасистолии

Может быть при наджелудочковой экстрасистолии

*Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

ПРИЗНАКАМИ ПАРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Изменяющийся интервал сцепления преждевременных комплексов

Наличие "сливных" комплексов

Возможность вычисления общего делителя для всех межэктопических интервалов

*Все перечисленное

ПРИ УРЕЖЕНИИ ЧАСТОТЫ ОСНОВНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПАРАСИСТОЛИЕЙ
МОЖНО ОЖИДАТЬ:

*Увеличения частоты парасистолических комплексов

Уменьшения частоты парасистолических комплексов

Отсутствия изменений частоты парасистолических комплексов

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ
ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ПАРАСИСТОЛИИ:

*Примерно одинаковы

Парасистолия, несомненно, является более серьезным нарушением ритма

Экстрасистолия, несомненно, является более серьезным нарушением ритма

ТАХИКАРДИЯ С УШИРЕННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS:

Всегда является желудочковой

*Может быть наджелудочковой - при нарушении внутрижелудочковой проводимости

*Может быть наджелудочковой - у больных с синдромом предвозбуждения желудочков

Правильного ответа нет

ПРИ ЧАСТОМ РИТМЕ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS, ПРИЗНАКАМИ
ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

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

*Наличие атриовентрикулярной диссоциации

Наличие ретроградных зубцов Р

Отсутствие зубцов Р

ПРИ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ С "ТАХИЗАВИСИМЫМ" НАРУШЕНИЕМ
ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ КОМПЛЕКСЫ QRS ЧАЩЕ ВСЕГО:

*Имеют форму блокады правой ножки пучка Гиса

Имеют форму блокады левой ножки пучка Гиса

Уширены более 0,14 сек

*Уширены менее 0,14 сек

ПРИ РЕГИСТРАЦИИ НА ЭКГ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ С ОТСУТСТВИЕМ
ЗУБЦОВ Р НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО, ЧТО У БОЛЬНОГО :

*Атриовентрикулярная узловатая тахикардия

Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения

Предсердная тахикардия

Вероятность всех трех вариантов одинакова

ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ВО ВРЕМЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ
ПРЕДСЕРДНЫХ КОМПЛЕКСОВ В ОБЛАСТИ СЕГМЕНТА ST ИЛИ ЗУБЦА Т НАИБОЛЕЕ
ВЕРОЯТНО, ЧТО У БОЛЬНОГО:

Атриовентрикулярная узловая тахикардия

*Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения

Предсердная тахикардия

Вероятность всех трех вариантов примерно одинакова

РАЗВИТИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ БЕЗ ПРЕРЫВАНИЯ
ПАРОКСИЗМА ПАРОКСИЗМА ТАХИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Атриовентрикулярной узловой тахикардии

Наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения

*Предсердной тахикардии

ПРЕКРАЩЕНИЕ ПРИСТУПА ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВАГУСНЫХ ПРИЕМОВ (ПРОБА
ВАЛЬСАЛЬВЫ, МАССАЖ СОННОЙ АРТЕРИИ) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ:

Предсердной тахикардии

Мерцательной аритмии

*Атриовентрикулярной узловой тахикардии или над желудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения

Желудочковой тахикардии

ПОЛНАЯ НЕРЕГУЛЯРНОСТЬ РИТМА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ НАИБОЛЕЕ
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Предсердной тахикардии

*Мерцания предсердий

Атриовентрикулярной узловой тахикардии

Желудочковой тахикардии

ПРИЗНАКИ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ МОГУТ ИМИТИРОВАТЬ:

Крупноочаговые рубцовые изменения

Блокады ветвей п Гиса

*И то, и другое

Ничего из перечисленного

НОРМАЛИЗАЦИЯ УШИРЕННЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ КОМПЛЕКСОВ ВО ВРЕМЯ
ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ИЛИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НОВОКАИНАМИДА МОЖЕТ
НАБЛЮДАТЬСЯ У БОЛЬНЫХ С:

*Предвозбуждением желудочков

Крупноочаговыми рубцовыми изменениями

Блокадой ветвей пГиса

При всех перечисленных состояниях

Ни при одном из перечисленных состояний

ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С
НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ:

Субъективно плохая переносимость сердцебиения и/или перебоев в
работе сердца

Выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией

Неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

СОГЛАСНО НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ВЫДЕЛЯЮТ:

2 класса
3 класса
*4 класса
5 классов
6 классов

НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ:

*К 1-му классу
Ко 2-му классу
К 3-му классу
К 4-му классу

КАКОЙ ИЗ КЛАССОВ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДОПОЛНИТЕЛЬНО
РАЗДЕЛЯЮТ НА ПОДКЛАССЫ "А", "В", "С":

*1-й
2-й
3-й
4-й

САМЫМ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, СВЯЗАННЫМ С ПРИЕМОМ ХИНИДИНА
ЯВЛЯЕТСЯ:

Головокружение
Нарушение функции желудочно-кишечного тракта
*Возникновение желудочковой тахикардии типа "пируэт"
Возникновение фиброза легких
Ничего из перечисленного

ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ТИПА
"ПИРУЭТ" НА ФОНЕ ПРИЕМА ХИНИДИНА, НОВОКАИНАМИДА ИЛИ
ДИЗОПИРАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Исходное удлинение интервала QT
Гипокалиемия
Брадикардия
*Все перечисленное
Ничего из перечисленного

САМЫМ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, СВЯЗАННЫМ С ПРИЕМОМ КОРДАРОНА,
ЯВЛЯЕТСЯ:

Нарушение функции щитовидной железы
*Возникновение фиброза легких
Фотосенсибилизация
Периферические нейропатии
Паркинсонизм

СРЕДИ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ХОЛИНОЛИТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ В
НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНО У:

Хинидина
Новокаинамида
*Дизопирамида (ритмилена)
Этмозина
Этацизина

ОБЩЕЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ ПОВЫШАЮТ:

Хинидин и новокаинамид

*Анаприлин (обзидан) и дизопирамид (ритмилен)

Кордарон и верапамил (финоптин)

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

Выраженная брадикардия (ЧСС менее 50/мин)

Перемежающаяся хромота, синдром Рейно

Бронхиальная астма

Декомпенсированный сахарный диабет

*Все перечисленное

В МЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ УРЕЖАЮТ ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПОКОЕ:

Анаприлин (обзидан)

Спесикор (метапролол)

*Вискен (пиндолол)

НАЗНАЧЕНИЕ ЛИДОКАИНА ПОКАЗАНО ПРИ:

Мерцательной аритмии

Атриовентрикулярной узловой тахикардии

*Желудочковой тахикардии

При всех перечисленных аритмиях

ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ВЕРАПАМИЛА (ФИНОПТИНА) МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

*Купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии

Купирование приступа мерцательной аритмии

*Урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии

Урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта

СРЕДНЯЯ ДОЗА ВЕРАПАМИЛА (ФИНОПТИНА) ПРИ В/В ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ:

*10 мг

20 мг

30 мг

40 мг

СРЕДНЯЯ ДОЗА НОВОКАИНАМИДА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПРИ В/В ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ:

0,25 г (2,5 мл 10% р-ра)

*1 г (10 мл 10% р-ра)

2 г (20 мл 10% р-ра)

3 г (30 мл 10% р-ра)

РЕКОМЕНДУЕМАЯ СКОРОСТЬ В/В ВВЕДЕНИЯ 1 Г (10 МЛ 10% Р-РА) НОВОКАИНАМИДА СОСТАВЛЯЕТ:

2 мин (500 мг/мин)

5-10 мин (100-200 мг/мин)

*10-20 мин (50-100 мг/мин)

САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ В/В ВВЕДЕНИИ НОВОКАИНАМИДА (ОСОБЕННО ПРИ ОЧЕНЬ БЫСТРОМ ВВЕДЕНИИ) ЯВЛЯЕТСЯ:

Резкая брадикардия

*Гипотония
Тошнота
Головная боль

РЕКОМЕНДУЕМАЯ СКОРОСТЬ В/В ВВЕДЕНИЯ ОБЗИДАНА:

*1 мг/мин
2 мг/мин
3 мг/мин
5 мг/мин

ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА ПРОТИВОПОКАЗАНО В/В ВВЕДЕНИЕ:

Новокаинамида
Ритмилена(дизопирамида)
*Верапамила (финоптина)
Этмозина
Кордарона

ВЕРАПАМИЛ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ПРИ:

Полиморфной желудочковой тахикардии
Желудочковой тахикардии типа "пируэт"
*Идиопатической желудочковой тахикардии, при которой форма комплексов QRS напоминает блокаду правой ножки пГиса с отклонением электрической оси влево
Двунаправленной желудочковой тахикардии

СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ГИПОТОНИИ, ВОЗМОЖНОЙ ПРИ В/В ВВЕДЕНИИ ВЕРАПАМИЛА (ФИНОПТИНА), ЯВЛЯЕТСЯ:

Мезатон
*Хлористый кальций (или глюконат кальция)
Плазмозамещающие растворы
Сердечные гликозиды

ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ В КРОВИ ВЫЗЫВАЮТ:

*Хинидин и кордарон
Новокаинамид и ритмилен
Анаприлин (обзидан)
*Верапамил (финоптин)

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ СХЕМОЙ НАЗНАЧЕНИЯ КОРДАРОНА ВНУТРЬ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Насыщение по 3-6 табл в день в течение 7-10 дней
Насыщение по 10 табл в день в течение недели
Насыщение по 6-8 табл в день в течение 2-4 недель

ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОМБИНАЦИИ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В УМЕНЬШЕННЫХ ДОЗАХ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ:

Наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений
*Отмечается повышение эффективности с уменьшением выраженности побочного действия каждого препарата
Правильного ответа нет
Наблюдается снижение эффективности

СЛЕДСТВИЕМ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ МОГУТ БЫТЬ:

Предсердная тахикардия с атриовентрикулярной блокадой II степени

"Непароксизмальная тахикардия из атриовентрикулярного соединения"

Двунаправленная желудочковая тахикардия

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМОГЕННОГО ЭФФЕКТА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ БОЛЕЕ ВЫСОКА У БОЛЬНЫХ С:

Экстрасистолией

Наджелудочковыми аритмиями

*Тяжелыми желудочковыми аритмиями

*Выраженным поражением миокарда

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМОГЕННОГО ЭФФЕКТА ПРИ ПРИЕМЕ ЛЮБОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ:

Около 5-10%

20% - 30%

40% - 50%

Более 50%

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ РАЗРЯД МОЩНОСТЬЮ:

2 кВ

3 кВ

4 кВ

*5 кВ и более

ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РИТМА С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ, КАК ПРАВИЛО, НЕОБХОДИМ РАЗРЯД МОЩНОСТЬЮ БОЛЕЕ 3 КВ ПРИ:

*Мерцании предсердий

Трепетании предсердий

Наджелудочковых тахикардиях

Желудочковых тахикардиях

При всех перечисленных

ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

Реланиум (седуксен)

Тиопентал натрия

Гексенал

*Все перечисленное

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ СЕРДЦА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ ТАХИАРИТМИЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ:

Мерцании предсердий

*Пароксизмальных наджелудочковых тахикардиях

Пароксизмальных желудочковых тахикардиях

Всех перечисленных тахикардиях

Ни при одном из перечисленных

С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ НЕВОЗМОЖНО КУПИРОВАТЬ:

*Мерцание предсердий
 Трепетание предсердий
 Пароксизмальную наджелудочковую тахикардию
 Пароксизмальную желудочковую тахикардию

ИМПЛАНТИРОВАННЫЕ КАРДИОСТИМУЛЯТОРЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ:

Предупреждения эпизодов асистолии
 Купирования пароксизмальных тахикардий
 Предупреждения возникновения тахикардий
 *Все ответы правильные

"СИНДРОМ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА" МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ У БОЛЬНЫХ С ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ:

Предсердий
 *Желудочков
 Двухкамерной стимуляции
 При всем перечисленном

ПРИЗНАКАМИ "СИНДРОМА КАРДИОСТИМУЛЯТОРА" ЯВЛЯЕТСЯ:

Общая слабость и быстрая утомляемость
 Ощущения дискомфорта за грудиной, "кома в горле"
 Головокружения и обмороки
 Одышка при нагрузке
 *Все перечисленное

ПРИЧИНОЙ "СИНДРОМА КАРДИОСТИМУЛЯТОРА" ЯВЛЯЕТСЯ:

Отсутствие синхронизации сокращений предсердий и желудочков (атриовентрикулярная диссоциация)
 Ретроградное проведение импульсов к предсердиям при электростимуляции желудочков
 *Оба ответа правильные
 Правильного ответа нет

"ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ" СТИМУЛЯЦИЕЙ СЕРДЦА НАЗЫВАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВИДЫ СТИМУЛЯЦИИ, КРОМЕ:

Стимуляции предсердий
 *Стимуляции желудочков
 Двухкамерной стимуляции ("Р-синхронизированная" и последовательная предсердно-желудочковая стимуляция)

ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА СЧИТАЕТСЯ ПОКАЗАННОЙ ДАЖЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ С:

Синоатриальной блокадой 2-й степени
 *Атриовентрикулярной блокадой 2-й степени типа 2 ("Мобитц-2")
 *Приобретенной полной атриовентрикулярной блокадой
 Врожденной полной атриовентрикулярной блокадой

У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ КАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ В РЕЖИМЕ "ДЕМАНД" ВО ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА НЕРЕДКО ОТМЕЧАЮТСЯ ИНВЕРСИЯ ЗУБЦА Т И/ИЛИ ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST ЭТИ ИЗМЕНЕНИЯ:

Всегда являются отражением ишемии миокарда

*Могут быть обусловлены чисто "электрическими" влияниями (так называемый "постстимуляционный" или "постдеполяризационный" синдром)
Правильного ответа нет

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОПАСНЫМИ ДЛЯ ЖИЗНИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПРИБОРОВ, НАИЛУЧШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ УДАЛОСЬ ДОСТИЧЬ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ

Кардиостимуляторов

Кардиовертеров

*Кардиовертеров-дефибрилляторов

НАИЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТАХИАРИТМИЙ ДОСТИГНУТЫ У БОЛЬНЫХ С

*Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта

Желудочковыми тахикардиями

Мерцательной аритмией

Все ответы правильные

ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ИСПОЛЬЗУЮТ:

Аневризмэктомию (или удаление постинфарктного рубца)

Циркулярную (окружающую) вентрикулотомию

Эндокардиальную резекцию по данным эндокардиального картирования

*Все перечисленное

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА ИСПОЛЬЗУЮТ:

Деструкцию атриовентрикулярного соединения с последующей имплантацией кардиостимулятора

Деструкцию дополнительных путей атриовентрикулярного проведения (при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта)

Деструкцию аритмогенного фокуса в предсердиях

Деструкцию аритмогенного фокуса в желудочках

*Все перечисленное

ЧАСТАЯ И/ИЛИ ГРУППОВАЯ ПРЕДСЕРДНАЯ ИЛИ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ:

Может указывать на наличие органического поражения сердечно сосудистой системы

Может регистрироваться и у лиц без других признаков поражения сердца

*Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ПРОГНОЗ У ЛИЦ С ЭТОЙ АРИТМИЕЙ:

Прежде всего зависят от характера основного заболевания и степени поражения миокарда

Без признаков органического поражения сердца, как правило, не представляют опасности

*Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

РЕГИСТРАЦИЯ ЧАСТОЙ И/ИЛИ ГРУППОВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ЭКГ:

Является показанием для назначения антиаритмических препаратов

*Экстрасистолия сама по себе не является показанием для проведения специального антиаритмического лечения
Правильного ответа нет

В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ ИБС:
Доказано, что эффективное лечение антиаритмическими препаратами первой группы улучшает прогноз

*Показано, что назначение бета-блокаторов способно улучшить прогноз у больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда

*В некоторых исследованиях наблюдалось увеличение летальности в группе "эффективно леченных" антиаритмическими препаратами первой группы больных по сравнению с контрольной группой больных (принимавших плацебо)

У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЗАМЕТНОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛИИ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТО ПРИ НАЗНАЧЕНИИ:

Диуретиков

Сердечных гликозидов

*Каптоприла (капотена)

Коринфара (нифедипин, кордафен)

УСКОРЕННЫЕ ЭКТОПИЧЕСКИЕ РИТМЫ СЕРДЦА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

Миокардите

Инфаркте миокарда

Интоксикации сердечными гликозидами

Приеме симпатомиметиков

*При всех перечисленных состояниях

ПРИ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS ИСТОЧНИК РИТМА МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ В ЛЮБОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА, КРОМЕ:

Предсердий

Атриовентрикулярного узла

Пучка Гиса

*Ветвей пучка Гиса

ПРИ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ С УЧАСТИЕМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВЕДЕНИЯ (СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА) ЦИРКУЛЯЦИЯ ИМПУЛЬСА ПРОИСХОДИТ:

В пределах предсердий

В атриовентрикулярном узле

*Включает предсердия, АВ-узел, пучок Гиса и одну из его ветвей, и пучок Кента

СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ АРИТМИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

*Мерцание предсердий

Трепетание предсердий

Тахикардия из атриовентрикулярного соединения

Желудочковые тахикардии

ПРИЧИНАМИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ, НЕ СВЯЗАННОЙ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, МОГУТ БЫТЬ

Тиреотоксикоз

Анемия
 Феохромоцитома
 Миокардит
 *Все перечисленное

КРОМЕ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ "СИНУСОВАЯ" (НОРМАЛЬНАЯ) ФОРМА
 ЗУБЦОВ P МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

Предсердной тахикардии из верхней части правого предсердия
 Сино-атриальной реципрокной тахикардии
 Атриовентрикулярной тахикардии у больного с дополнительным путем АВ проведения (при локализации предсердной части дополнительного пути в верхней части правого предсердия)
 *При всех перечисленных тахикардиях

АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА II СТЕПЕНИ ВО ВРЕМЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ
 ТАХИКАРДИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

*Предсердных тахикардиях
 Атриовентрикулярной узловой тахикардии
 Атриовентрикулярных тахикардиях с участием дополнительных путей проведения

ПОЛИМОРФНАЯ ПРЕДСЕРДНАЯ ТАХИКАРДИЯ:

Чаще всего возникает у больных с тяжелыми заболеваниями легких
 Возникает на фоне приема симпатомиметиков, эуфиллина
 Считается прогностически неблагоприятным признаком
 *Все ответы правильные

ПРИ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЕ РИТМА ВО ВРЕМЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ
 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СОКРАЩЕНИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ
 ЯВЛЯЕТСЯ:

Хинидин
 *Верапамил (финоптин)
 Дизопирамид (ритмилен)
 Новокаиномид
 Этацизин

ВОЗНИКНОВЕНИЕ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ:

Практически не влияет на показатели центральной гемодинамики
 *У большинства больных приводит к снижению ударного объема и сердечного выброса
 У больных с идиопатической мерцательной аритмией часто приводит к увеличению ударного объема

ТРОМБОЭМБОЛИИ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ
 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ У БОЛЬНЫХ:

Ишемической болезнью сердца
 *Митральным пороком сердца
 Артериальной гипертонией
 С идиопатической мерцательной аритмией

ОЧЕНЬ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВО ВРЕМЯ
 МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

Синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта
 Тиреотоксикозе
 Синдроме укороченного интервала PR

*Все ответы правильные

УСКОРЕНИЕ ЧАСТОТЫ СОКРАЩЕНИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ВО ВРЕМЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ (У БОЛЬНЫХ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ) МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЮБОГО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ:

Хинидина

Новокаинамида

Дизопирамида (ритмилена)

*Верапамила (финоптина)

ПРИЗНАКОМ ОТСУТСТВИЯ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА СЧИТАЕТСЯ:

Максимальная частота сердечных сокращений во время пароксизма мерцательной аритмии более 240 в мин

*Максимальная частота сердечных сокращений во время пароксизма мерцательной аритмии менее 240 в мин

Правильного ответа нет

ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВО ВРЕМЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА ИСПОЛЬЗУЮТ:

Индукцию мерцательной аритмии или частую стимуляцию предсердий на фоне инфузии изопроterenолола (изадрина)

Индукцию мерцательной аритмии или частую стимуляцию предсердий во время пробы с физической нагрузкой

*И то, и другое

Ни то, и ни другое

ЕСЛИ ПРИСТУП МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ТАКИМИ СИМПТОМАМИ КАК СЕРДЕЧНАЯ АСТМА, РЕЗКАЯ ГИПОТОНИЯ, СТЕНОКАРДИЯ, ТО НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

Введение сердечных гликозидов

Введение новокаинамида

*Проведение электроимпульсной терапии

Все перечисленное

МИНИМАЛЬНАЯ МОЩНОСТЬ РАЗРЯДА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ:

1 кВ

*3-4 кВ

5-6 кВ

Более 6 кВ

ПРИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ:

*Как правило, достаточно разряда мощностью в 2-3 кВ

Необходимо использование разряда мощностью не менее 4 кВ

Необходимо использование разряда мощностью более 5 кВ

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Электроимпульсную терапию
 Частую стимуляцию предсердий
 Антиаритмические препараты
 *Все перечисленное

ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ПАРОКСИЗМЕ
 МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

Хининдин
 Новокаиномид
 Дизопирамид (ритмилен)
 *Все перечисленное

САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ
 ПРИСТУПОВ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Хининдин
 Новокаиномид
 *Кордарон
 Анаприлин (обзидан)
 Финоптин

ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ
 ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТАК
 НАЗЫВАЕМЫХ "НОРМАЛИЗАЦИОННЫХ" ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПОВЫШЕНА У
 БОЛЬНЫХ С:

Тромбоэмболиями в анамнезе
 Митральным пороком сердца
 Выраженной кардиомегалией
 *При всем перечисленном

БОЛЬНЫМ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПРИ
 ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ ПОСТОЯННОЙ
 ФОРМЫ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НЕПРЯМЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ
 НАЗНАЧАЮТ:

В течение 3-х дней до и после восстановления ритма
 *В течение 2-3-х недель до и после восстановления синусового ритма
 Не менее, чем в течение месяца до и после восстановления ритма
 Только в течение 1-2-х недель до попытки восстановления синусового ритма

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ
 ВСЕГДА ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ
 БЛОКАДЫ 2-Й СТЕПЕНИ:

Предсердная тахикардия
 АВ - узловая тахикардия
 *Атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительных путей АВ проведения
 (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта)
 Правильного ответа нет

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРИСТУПА УСТОЙЧИВОГО СЕРДЦЕБИЕНИЯ В ПОЛЬЗУ
 ТОГО, ЧТО ТАХИКАРДИЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ВСЕ
 ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

*Купирования приступа с помощью вагусных приемов
 Инфаркта миокарда в анамнезе (и возникновение приступов только после инфаркта)

Появления нерегулярных усиленных волн венного пульса (на венах шеи)

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСПОЛЬЗУЮТ:

Новокаиномид

*Лидокаин

Обзидан

Верапамил (финоптин)

Строфантин

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛИДОКАИНА, ПРИМЕНЯЮТ:

*Новокаиномид

Мезатон

Обзидан

Верапамил (финоптин)

Строфантин

ПОДБОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЯХ С ПОМОЩЬЮ ПОВТОРНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ (ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЦА) ПОКАЗАН БОЛЬНЫМ С:

Очень частыми пароксизмами желудочковой тахикардии (например, ежедневно или через 1-2 дня)

Редкими легкопротекающими приступами желудочковой тахикардии

*Редкими, но очень тяжело протекающими приступами желудочковой тахикардии

При всем перечисленном

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ТИПА "ПИРУЭТ" У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМ УДЛИНЕНИЕМ ИНТЕРВАЛА QT КРОМЕ ОТМЕНЫ ПРЕПАРАТА, ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ПРИЧИНОЙ ЭТОГО СОСТОЯНИЯ, ИСПОЛЬЗУЮТ:

Электрокардиостимуляцию с частотой 90-120/мин

Инфузию изопротеренола (изадрина)

Введение сернокислой магнезии

Устранение гипокалиемии

*Все перечисленное

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ТИПА "ПИРУЭТ" У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ СИНДРОМОМ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА QT ПРИМЕНЯЮТ:

Постоянный прием бета-блокаторов

Удаление левого звездчатого ганглия

*Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ С АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

Комплексы QRS во время желудочковой тахикардии, как правило, изменены по типу блокады левой ножки пГиса

Может быть увеличение размеров правого желудочка

На ЭКГ во время синусового ритма могут регистрироваться отрицательные зубцы Т в правых грудных отведениях и признаки блокады правой ножки пГиса

*Может быть все перечисленное

"ИДИОПАТИЧЕСКАЯ" ФОРМА ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ:

Как правило, не вызывает заметных нарушений гемодинамики

Больные с идиопатической желудочковой тахикардией почти всегда имеют благоприятный прогноз жизни

*Оба ответа правильные

Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ КОМПЛЕКСОВ QRS ВО ВРЕМЯ ТАХИКАРДИИ ПО ТИПУ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПГИСА С РЕЗКИМ ОТКЛОНЕНИЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ ВЛЕВО НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ:

Хинидина

Анаприлина (обзидана)

*Верапамила (финоптина)

Кордарона

СРЕДСТВОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Хинидин

*Анаприлин (обзидан)

Кордарон

Дифенин

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ КРОМЕ ПОВТОРНЫХ ПОПЫТОК ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ:

*Адреналина

Хлористого кальция

Глюкокортикостероидных гормонов

Всего перечисленного

ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ АСИСТОЛИИ ИЛИ ЭЛЕКТРО-МЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ:

Такая же, как и при фибрилляции желудочков

Гораздо выше, чем при фибрилляции желудочков

*Гораздо ниже, чем при фибрилляции желудочков

Правильного ответа нет

НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ:

Асистолия желудочков

*Фибрилляция желудочков

Электро-механическая диссоциация

ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ, РЕАНИМИРОВАННЫХ ПОСЛЕ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ, ИСПОЛЬЗУЮТ:

Длительное мониторирование ЭКГ

Повторные пробы с физической нагрузкой

Повторное проведение электростимуляции желудочков

*Все перечисленное

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЮТСЯ:

*Головокружения и обмороки

Стенокардия и сердцебиение

Одышка и слабость

Ничего из перечисленного

ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА НА ЭКГ:

Больные без клинических симптомов не нуждаются в специальном лечении и обследовании

Прогноз у больных без клинических симптомов вполне благоприятный

Прогноз у больных с обмороками и/или головокружениями прежде всего зависит от основного заболевания и степени поражения миокарда

*Все ответы правильные

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ С ЧАСТОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА:

Показано только больным с обмороками и/или головокружениями неясной этиологии, если синдром слабости синусового узла является возможной причиной этих симптомов

Отрицательные результаты пробы (нормальные показатели функции синусового узла) не исключают диагноз синдрома слабости синусового узла

Не показано больным без клинических симптомов с признаками дисфункции синусового узла на ЭКГ

*Все ответы правильные

ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА (СТИМУЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ В РЕЖИМЕ "ДЕМАНД"):

Показана всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла

*Показана только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения)

Показана больным с синоатриальной блокадой 2-ой степени

ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВО ВРЕМЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Верапамил (финоптин)

Анаприлин (обзидан)

*Дигоксин

Кордарон

БЛОКАДЫ ВЕТВЕЙ ПГИСА:

Могут быть "идиопатическими" - у лиц без признаков сердечно-сосудистых заболеваний

Прогноз у больных с блокадами ветвей пГиса прежде всего зависит от характера основного заболевания

Прогноз у лиц с "идиопатическими" блокадами ветвей пГиса, как правило, вполне благоприятный

*Все ответы правильные

У БОЛЬНЫХ С ЭКГ - ПРИЗНАКАМИ БЛОКАДЫ 2-Х ВЕТВЕЙ ПГИСА:

Резко повышен риск развития полной атриовентрикулярной блокады

Даже при отсутствии симптомов целесообразна "профилактическая" имплантация кардиостимулятора

*"Профилактическая" имплантация кардиостимулятора нецелесообразна, тк ни в одном исследовании не выявлено увеличения продолжительности жизни после имплантации кардиостимулятора у больных с блокадой ветвей пГиса

ПРИ ПОСТОЯННОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ:

Показано специальное лечение, направленное на уменьшение степени блокады

*Не требуется специального лечения

Назначение препаратов, замедляющих проведение в АВ-узле (верапамил, анаприлин, дигоксин и тп), абсолютно противопоказано

*При наличии показаний возможно осторожное применение препаратов, замедляющих проведение в АВ-узле

ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИВНОЕ УКОРОЧЕНИЕ ИНТЕРВАЛОВ RR (ИЛИ PP) НА ПРОТЯЖЕНИИ НЕСКОЛЬКИХ ЦИКЛОВ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПАУЗОЙ (ВНЕЗАПНОЕ УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА RR ИЛИ PP) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

*Сино-атриальной блокады II степени тип I

Сино-атриальной блокады II степени тип II

*Атриовентрикулярной блокады II степени тип I

Атриовентрикулярной блокады II степени тип II

УМЕНЬШЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ БЛОКАДЫ ИЛИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ НАРУЗКИ ИЛИ ВВЕДЕНИЯ АТРОПИНА ВОЗМОЖНО ПРИ:

*АВ-блокаде II степени тип I

АВ-блокаде II степени тип II

*Полной АВ-блокаде на уровне АВ-узла

Полной АВ-блокаде на уровне системы Гиса-Пуркинье

УМЕНЬШЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ БЛОКАДЫ ИЛИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ МАССАЖА КАРОТИДНОГО СИНУСА ИЛИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ОБЗИДАНА ВОЗМОЖНО ПРИ:

АВ-блокаде II степени тип I

*АВ-блокаде II степени тип II

Полной АВ-блокаде на уровне АВ-узла

*Полной АВ-блокаде на уровне системы Гиса-Пуркинье

ПОСТОЯННАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА III СТЕПЕНИ НА УРОВНЕ АВ-УЗЛА:

*Как правило, является врожденной

Как правило, является приобретенной

Является абсолютным показанием для имплантации кардиостимулятора

*Имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами и/или резкой брадикардией

ПОСТОЯННАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА III СТЕПЕНИ НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ГИСА-ПУРКИНЬЕ:

*Как правило, является приобретенной

*Является показанием для имплантации кардиостимулятора

Имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами (приступами Морганьи-Эдемса-Стокса)

ПРИ ВНЕЗАПНОМ ВОЗНИКНОВЕНИИ ВЫРАЖЕННЫХ БРАДИАРИТМИЙ
РАЦИОНАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Внутривенного введения атропина

Инфузии изопротеренола (изадрина), алупента, астмопента

*Внутривенного введения преднизолона и фуросемида

Временной электрокардиостимуляции

ПОТЕНЦИАЛОМ ПОКОЯ НАЗЫВАЮТ:

Разность потенциалов между клеткой и внеклеточной средой во время систолы

*Разность потенциалов между клеткой и внеклеточной средой во время диастолы

Максимальный диастолический потенциал в клетках синусового и атриовентрикулярного узлов

Разность концентраций ионов натрия внутри клеток и в межклеточной среде

ПОТЕНЦИАЛОМ ДЕЙСТВИЯ НАЗЫВАЮТ:

Быструю деполяризацию клеточной мембраны

*Деполяризацию и последующую реполяризацию клеточной мембраны

Вход ионов натрия в клетку после достижения порогового потенциала

Правильного ответа нет

АВТОМАТИЗМ КЛЕТОК СИНУСОВОГО УЗЛА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

*Спонтанной диастолической деполяризацией

Работой так называемой натрий-калиевой помпы

*Преобладанием во время диастолы ионного тока внутрь клетки над током наружу

СКОРОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ В МИОКАРДЕ:

Зависит от скорости нулевой фазы потенциала действия

Зависит от уровня потенциала покоя

Выше при проведении вдоль волокон миокарда

*Все ответы правильные

С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ МОЖНО ВЫЗВАТЬ ТАХИАРИТМИЮ,
ОБУСЛОВЛЕННУЮ МЕХАНИЗМОМ:

*Повторного входа волны возбуждения

Ранних постдеполяризаций

*Поздних постдеполяризаций

УСИЛЕННЫЕ ("ГИГАНТСКИЕ") НЕРЕГУЛЯРНЫЕ ВОЛНЫ ВЕННОГО ПУЛЬСА МОГУТ
НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

*Полной атриовентрикулярной блокаде

Желудочковой тахикардии

*Ускоренном ритме из атриовентрикулярного соединения

При всех перечисленных аритмиях

РЕГИСТРАЦИЯ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Отражением участков замедленного проведения в миокарде

Признаком наличия аритмогенного фокуса в миокарде

Отражением участка полной блокады проведения в миокарде

Всем перечисленным

СКОРОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАМЕДЛЯЕТ:

Хинидин
Обзидан
Кордарон
*Этагизин
Финоптин

СКОРОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ В АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ УЗЛЕ В МАКСИМАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ЗАМЕДЛЯЕТ:

Хинидин
Этмозин
Ритмилен
*Финоптин
Дифенин

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ УВЕЛИЧИВАЕТ:

Хинидин
Этмозин
Этагизин
*Кордарон
Финоптин

УСКОРЕНИЕ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

Хинидин
Ритмилен
*Лидокаин
Кордарон
Этагизин

ПОТЕНЦИАЛЬНО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АРИТМОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

Замедление скорости проведения
Удлинение рефрактерных периодов
Укорочение рефрактерных периодов
Ускорение проведения в сочетании с удлинением рефрактерных периодов
*Замедление проведения в сочетании с укорочением рефрактерных периодов

ТЕОРЕТИЧЕСКИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ОБУСЛОВЛЕНО:

Замедлением скорости проведения
Удлинением рефрактерных периодов
Укорочением рефрактерных периодов
*Ускорением проведения в сочетании с удлинением рефрактерных периодов
Замедлением проведения в сочетании с укорочением рефрактерных периодов

ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО НАИБОЛЬШЕЙ "АНТИФИБРИЛЛЯТОРНОЙ" АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ:

Хинидин
*Обзидан
Этмозин

Этализин
 Финоптин

МАКСИМАЛЬНОЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ИНОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ:

Хинидин
 *Ритмилен
 Кордарон
 Этмозин
 Мекситил

ВАЗОКОНСТРИКТОРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ:

Хинидин
 *Ритмилен
 Кордарон
 Этмозин
 Мекситил

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ТИПА "ПИРУЭТ" ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧЕНО НА ФОНЕ ПРИЕМА:

*Хинидина
 Этмозина
 Этализина
 Кордарона
 Финоптина

ВОЗНИКНОВЕНИЕ АРИТМОГЕННОГО ЭФФЕКТА ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧЕНО ПРИ ПРИЕМЕ:

Хинидина
 Ритмилена
 *Препаратов подкласса I "С" (флекаинид, энкаинид и др)
 Кордарона
 Финоптина

УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT, НЕ СВЯЗАННОЕ С УШИРЕНИЕМ КОМПЛЕКСА QRS, ОТМЕЧАЕТСЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА:

*Хинидина
 Этмозина
 *Кордарона
 Всего перечисленного

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВОЛЧАНОЧНОГО СИНДРОМА ОТМЕЧЕНО НА ФОНЕ ПРИЕМА:

Хинидина
 *Новокаинамида
 Ритмилена
 Кордарона
 Этмозина

ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ФИНОПТИНА НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Мезатон
 Кордиамин
 *Хлористый кальций

Ничего из перечисленного

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ СЕРНОКИСЛОЙ МАГНЕЗИИ НЕРЕДКО ЭФФЕКТИВНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ:

Мерцательной аритмии

Пароксизмальных атриовентрикулярных тахикардий

Мономорфной и полиморфной желудочковой тахикардии

*Желудочковой тахикардии типа "пируэт"

При всех перечисленных аритмиях

ПРИМЕНЕНИЕ БЫСТРОГО ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ АТФ ЭФФЕКТИВНО ПРИ КУПИРОВАНИИ:

Мерцательной аритмии

*Пароксизмальной АВ-узловой тахикардии

*Наджелудочковой тахикардии с участием дополнительного пути проведения

Желудочковой тахикардии

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ НАЗЫВАЮТ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЮ:

При локализации стимулирующего электрода в предсердиях

"Р-управляемую" стимуляцию желудочков

Двухкамерную (последовательную предсердно-желудочковую) стимуляцию сердца

*Все перечисленные варианты

ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРЫ С АВТОМАТИЧЕСКИ ИЗМЕНЯЕМОЙ ЧАСТОТОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА РЕАГИРУЮТ НА ИЗМЕНЕНИЕ:

Интервала Q-T

Температуры крови

Частоты дыхания

Механического сотрясения тела

*Всего перечисленного

ПОЯВЛЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЗУБЦОВ Т ПРИ ПРЕКРАЩЕНИИ СТИМУЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ВО ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОБСТВЕННОГО РИТМА:

Всегда вызвано ишемией миокарда

*Часто является проявлением так называемого постстимуляционного синдрома, не связанного с ишемией миокарда

*Может сохраняться до 2-х месяцев

ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ:

Циркулярной вентрикулотомии

*Эндокардиальной резекции

Аневризмэктомии

Эффективность перечисленных методов примерно одинакова

В РЯДЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОКАЗАНО СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И АРИТМИЯМИ НА ФОНЕ ПРИЕМА:

Ритмилена

*Кордарона

Этмозина

Всех перечисленных препаратов

ПРИЧИНАМИ УСКОРЕННЫХ ЭКТОПИЧЕСКИХ РИТМОВ СЕРДЦА МОГУТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Миокардита

Острого инфаркта миокарда

Приема симпатомиметических препаратов

*Приема бета-блокаторов

Интоксикации сердечными гликозидами

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЛОКАДА АВ-УЗЛА МОЖЕТ БЫТЬ СПОСОБОМ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ:

*Хронической предсердной тахикардии

Желудочковой тахикардии

Ускоренного желудочкового ритма

Всех перечисленных состояний

ОДНОВРЕМЕННОЕ РАЗВИТИЕ АВ-БЛОКАДЫ 2-3-Й СТЕПЕНИ И УСКОРЕННОГО РИТМА ИЗ АВ-СОЕДИНЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ:

Хинидина

Новокаинамида

*Дигоксина

Всех перечисленных препаратов

ПРИЧИНОЙ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Анемии

Гипертиреоза

*Гипотиреоза

Сердечной недостаточности

Нейроциркуляторной дистонии

СИНО-АТРИАЛЬНУЮ РЕЦИПРОКНУЮ ТАХИКАРДИЮ ОТЛИЧАЕТ ОТ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ:

Возможность индукции электрокардиостимуляцией

Внезапное начало и прекращение приступов

Возможность развития АВ-блокады во время тахикардии

*Все перечисленное

Правильного ответа нет

ТРОМБОЭМБОЛИЯ В СОСУДЫ МОЗГА У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ:

Чаще возникают при пароксизмальной форме, чем при постоянной

*Чаще всего возникают в течение первого месяца после установления постоянной формы аритмии

Чаще всего возникают через несколько лет после установления постоянной формы аритмии

Не отмечено какой-либо разницы в частоте возникновения тромбоэмболий у больных с разной продолжительностью аритмии

ПРИЧИНОЙ ОЧЕНЬ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВО ВРЕМЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ МОГУТ БЫТЬ:

Синдром преждевременного возбуждения желудочков

Электрофизиологические особенности АВ узла (так называемое "улучшенное" проведение по АВ-узлу)

Прием препаратов класса I (хинидин, ритмилен и тп)

*Все перечисленное

ПРЕПАРАТОМ, УРЕЖАЮЩИМ ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ КАК У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА, ТАК И БЕЗ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ:
Новокаионамид

Ритмилен

*Кордарон

Аллапинин

Лидокаин

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Возникновение тромбоэмболий

Возникновение или усугубление сердечной недостаточности

Устранение предполагаемой причины мерцательной аритмии (хирургическая коррекция порока сердца, лечение тиреотоксикоза)

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВО ВРЕМЯ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРИЕМА:

Дигоксина

Обзидана

Финоптина

Кордарона

*Всех перечисленных препаратов

ВО ВРЕМЯ РЕЦИПРОКНОЙ АВ-УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ:

*Может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам

*Может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям

Развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "АВ-узловой тахикардии"

ВО ВРЕМЯ РЕЦИПРОКНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА:

Может отмечаться блокада проведения импульса к желудочкам

Может отмечаться блокада проведения импульса к предсердиям

*Возникновение блокады проведения импульса к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "реципрокной АВ-тахикардии"

ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДВУНАПРАВЛЕННОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

Острый инфаркт миокарда

Острый миокардит

Прием симпатомиметиков

*Интоксикация сердечными гликозидами

ДВУНАПРАВЛЕННАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ:

Чаще всего наблюдается при интоксикации сердечными гликозидами
 Желудочковые комплексы в отведении V1 типа блокады правой ножки
 В отведениях от конечностей отмечается альтернация электрической оси (влево-вправо)
 *Все ответы правильные
 Правильного ответа нет

ПРИ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

Желудочковые комплексы во время тахикардии изменены по типу блокады правой ножки
 *Желудочковые комплексы во время тахикардии изменены по типу блокады левой ножки
 *Часть миокарда правого желудочка замещена жировой или фиброзной тканью

У БОЛЬНЫХ С АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТСЯ:

Отсутствие признаков органического поражения миокарда
 *Увеличение размеров правого желудочка, участки гипокинезии или дискинезии
 *Снижение фракции выброса правого желудочка

ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА МОЖНО С ПОМОЩЬЮ:

Снижения частоты надавливаний на грудину до 30-40 в мин
 *Повышения частоты надавливаний до 80-100 в мин
 Уменьшения продолжительности фазы компрессии грудины

ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВТОРНЫХ ПОПЫТОК ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ:

*Адреналина
 Бета-блокаторов
 Хлористого кальция
 Всех перечисленных препаратов

ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВТОРНЫХ ПОПЫТОК ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ:

*Лидокаина
 Глюкокортикоидных гормонов
 Сердечных гликозидов
 Всех перечисленных препаратов

ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ АСИСТОЛИИ:

Очень эффективно применение электрокардиостимуляции
 Очень эффективно введение хлористого кальция
 *Эффективность реанимационных мероприятий не превышает 10-15%
 Эффективность реанимационных мероприятий гораздо выше, чем при фибрилляции желудочков

ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ ЭЛЕКТРО-МЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ:

Очень эффективно применение электрокардиостимуляции
 Очень эффективно введение хлористого кальция
 Эффективность реанимационных мероприятий гораздо выше, чем при фибрилляции желудочков
 Все ответы правильные

*Правильного ответа нет

У ВНЕЗАПНО УМЕРШИХ:

В большинстве случаев выявляют ишемическую болезнь сердца

Нередко имеется постинфарктный кардиосклероз

В 20-40% случаев выявляют признаки острого инфаркта миокарда

*Все ответы правильные

ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Регистрация желудочковых экстрасистол "высоких градаций"

*Выраженное нарушение функции левого желудочка (снижение фракции выброса менее 40-30%)

Наличие ишемической болезни сердца

Все перечисленные признаки имеют примерно одинаковую прогностическую ценность

ПРИМЕНЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПУТИ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО ПРОВЕДЕНИЯ (ПУЧОК КЕНТА):

*Может уменьшить его рефрактерность

Как правило, увеличивает его рефрактерность

Влияния сердечных гликозидов на его рефрактерность не отмечено

ЧАСТОТА ПОВТОРЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ:

Составляет примерно 5% в течение 1-2 лет

*Составляет примерно 25% в течение 1-2 лет

Составляет примерно 50% в течение 1-2 лет

Составляет примерно 75% в течение 1-2 лет

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВА ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У РЕАНИМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ УДАЕТСЯ ДОСТИЧЬ:

*С помощью подбора антиаритмических препаратов во время электрофизиологического исследования

При имплантации автоматических кардиовертеров-дефибрилляторов

*При использовании хирургических способов лечения желудочковых аритмий

Все ответы правильные

ПОВЫШЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НА ФОНЕ ЭФФЕКТИВНОГО УСТРАНЕНИЯ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ ОТМЕЧЕНО ПРИ ПРИЕМЕ:

Хинидина

Этмозина

Флекаинида и энкаинида

*Все ответы правильные

«НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ»

ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ УМЕНЬШЕНИЕ КРОВотоКА ОТМЕЧАЕТСЯ В СОСУДАХ:

Почек

*Скелетных мышц

Мозга

Кожи

Примерно одинаково снижается кровоснабжение всех перечисленных органов и тканей

ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫМИ ПРИЧИНАМИ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ШОКА МОГУТ БЫТЬ:

Кровотечение

Сепсис, вызванный грамм-отрицательными бактериями

Анафилаксия

*Все перечисленное

Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ С КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ, КАК ПРАВИЛО, ОТМЕЧАЕТСЯ НЕКРОЗ МИОКАРДА, МАССОЙ НЕ МЕНЕЕ, ЧЕМ:

10% миокарда

20% миокарда

*40% миокарда

60% миокарда

90% миокарда

ПРИ ОККЛЮЗИИ ПРАВОЙ КРОНАРНОЙ АРТЕРИИ:

Никогда не бывает кардиогенного шока

*Примерно у 25% больных отмечается сопутствующий инфаркт правого желудочка

Инфаркт правого желудочка наблюдается крайне редко

Никогда не бывает АВ-блокады

Правильного ответа нет

К АРИТМИЯМ, ПРИ КОТОРЫХ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ КАРДИОГЕННЫЙ ШОК, ОТНОСЯТСЯ:

Устойчивая желудочковая тахикардия

Мерцание предсердий у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта

Брадиаритмия у больных с нарушением функции левого желудочка

Мерцание предсердий у больных с выраженным аортальным стенозом

*Все перечисленное

ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Разрыва головки папиллярной мышцы

Разрыва межжелудочковой перегородки

*Перикардита

Инфаркта миокарда правого желудочка

Разрыва левого желудочка

ТЯЖЕЛЫЙ МИОКАРДИТ С РАЗВИТИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ:

Коксаки-вирусы

Эхо-вирусы

Вирусы гриппа

*Все перечисленные вирусы

Ничего из перечисленного

ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКА МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПОРАЖЕНИЯ:
Обструкция верхней полой вены

Внутрисердечные опухоли
 Массивная тромбоэмболия легочной артерии
 Аортальный стеноз
 *Все перечисленное

ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА МОЖЕТ БЫТЬ:

*Вирусный перикардит
 Выпот в перикард при злокачественных опухолях
 Уремия
 *Разрыв левого желудочка

КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

Физикальным обследованием
 Эхокардиографией
 *Исследованием гемодинамики с помощью катетеров Свана-Ганса
 Электрокардиографией
 Всем перечисленным

У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ "МЕЛКООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА":

*Частота повторных инфарктов миокарда выше, чем после крупноочагового
 Реже, чем после крупноочагового
 Такая же, как при крупноочаговом

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МЕЛКООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ:

Депрессия сегмента ST
 Инверсия зубца T
 Подъем сегмента ST
 Депрессия сегмента ST в сочетании с инверсией зубца T
 *Все перечисленное

ПРИ МЕЛКООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО СРАВНЕНИЮ С КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ:

Реже наблюдается недостаточность кровообращения
 Меньше объем поражения миокарда
 *Оба ответа правильные
 Правильного ответа нет

РЕЦИДИВИРОВАНИЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕЛКООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА:

Наблюдается также часто, как и при крупноочаговом инфаркте
 *Наблюдается чаще, чем при крупноочаговом инфаркте
 Наблюдается реже, чем при крупноочаговом инфаркте
 Не бывает бессимптомным
 Никогда не приводит к внезапной смерти

ОТДАЛЕННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ МЕЛКООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В СРАВНЕНИИ С ГОСПИТАЛЬНОЙ:

Выше
 Ниже
 *Существенно не различается

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛКООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ИСПОЛЬЗУЮТ:

Нитраты

Аспирин

Гепарин внутривенно

*Все перечисленное

ДОСТОВЕРНОЕ СНИЖЕНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ МЕЛКООЧАГОВОГО ИНФАРКТА ОТМЕЧЕНО НА ФОНЕ ПРИЕМА:

*Обзидана

Коринфара

Верапамила

*Дилтиазема

ПРИЧИНОЙ ОШИБОЧНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ:

*Наличие инфаркта миокарда в анамнезе

Признаки гипертрофии желудочков

Нарушения внутрижелудочковой проводимости

Наличие сопутствующей патологии миокарда неишемического генеза

Все перечисленное

ЧАСТОТА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ ВСКРЫТИЯ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ:

*от 5% до 15%

от 15% до 20%

от 20% до 40%

от 40% до 60%

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СОСТОЯНИЯМИ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЕТ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

Травмы костей таза и нижних конечностей

Злокачественных новообразований

Заболеваний венозной системы

Оперативных вмешательств

*Острых вирусных инфекций

К РАЗВИТИЮ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ:

Длительный постельный режим

Истошающие заболевания

Избыточный вес

Сердечная недостаточность

*Все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

*Вены нижних конечностей

Вены верхних конечностей

Правое сердце

Вены таза

ТРОМБОЭМБОЛИЯ СЧИТАЕТСЯ МАССИВНОЙ ПРИ ОБТУРАЦИИ ПРОСВЕТА СОСУДА В ПРЕДЕЛАХ:

15-45%

*45-75%

75-100%

РАЗВИТИЮ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВОООБРАЩЕНИЯ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

*Использования периферических вазодилататоров

Форсированного диуреза

Гиподинамии

Нарушений ритма сердца

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ ИЛИ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО НА:

*1-ой неделе заболевания

2-3-ей неделе заболевания

Спустя месяц и более от начала заболевания

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ФЛЕБОТРОМБОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Неприятных ощущений (распирание, жжение, боль, парестезии) в конечности

Асимметричной отечности конечности

Болезненности при пальпации по ходу вен

*Повышение уровня протромбина в крови

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СОЧЕТАНИЕМ СИМПТОМОВ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Одышка, цианоз, тахикардия

Бронхоспазм, кровохарканье, тахикардия

Цианоз, бронхоспазм, тахикардия

Кровохарканье, коллапс, одышка

ПРИ МОЛНИЕНОСНОЙ ФОРМЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЭМБОЛ ЗАКРЫВАЕТ:

*Основной ствол легочной артерии

Крупные ветви легочной артерии

Множественные мелкие периферические ветви легочной артерии

ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА:

Систолический шум на легочной артерии

*Диастолический шум на легочной артерии

Акцент II тона на легочной артерии

Тахикардия

Раздвоение II тона на легочной артерии

НЕХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В 1-ЫЕ СУТКИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Отсутствие или обеднение сосудистого рисунка

Высокое стояние купола диафрагмы

*Признаки экссудативного плеврита

Все перечисленное

ВОЗМОЖНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭКГ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Изменение комплексов QRS в V1-V2 по типу RSR

Подъем сегмента ST в III, AVF, V1-V2

Депрессия сегмента ST в I, II, AVL, V5-V6

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЭМБОЛ МОЖЕТ:

Спонтанно и быстро подвергаться лизису и исчезать в течение нескольких дней

Рассасываться медленно

Оставаться на месте и подвергаться организации

*Все перечисленные исходы

Правильного ответа нет

ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА СНАЧАЛА РАСШИРЯЕТСЯ:

*Правое предсердие

Правый желудочек

Верхняя полая вена

Все ответы правильные

ЖЕЛТУХА ПРИ ИНФАРКТЕ ЛЕГКОГО:

*Является следствием временной гипербилирубинемии, вызванной распадом гемоглобина в очаге инфаркта

Может быть следствием гипербилирубинемии за счет застоя крови в печени

Наблюдается только у больных с предшествующим поражением печени

ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:

*Резко возрастает

Остается нормальным

Понижается

ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ:

*Повышается

Остается неизменным

Понижается

УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:

ЭКГ

ЭХО-кардиография

Рентгенологическое исследование

*Селективная ангиопульмонография

Сцинтиграфия легких

ГЕПАРИН ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВВОДЯТ:

В случае повышенного содержания протромбина в крови

В случае значительного увеличения тромбинового времени
 Только при повторной тромбоэмболии
 Во всех перечисленных случаях
 *Правильного ответа нет

КРОВОХАРКАНИЕ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:

Является абсолютным противопоказанием к применению гепарина
 Является относительным противопоказанием к назначению гепарина
 *Не является противопоказанием к назначению гепарина

СТРЕПОКИНАЗА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:

*Вводится в суточной дозе около 500000 ЕД
 Вводится в суточной дозе 300000 ЕД
 Не применяется

ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЭМБОЛЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА В СЛУЧАЕ:

*Сохранения явлений шока на фоне введения норадреналина, гепарина, вдыхания кислорода
 Появления кровохарканья
 Наличия признаков тромбофлебита
 Все ответы правильные
 Правильного ответа нет

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ МОЖЕТ СОСТОЯТЬ ИЗ:

Перевязки нижней полую вены
 Тромбэктомии из бассейна полых вен и вен нижних конечностей
 Установки зонда-фильтра в полую вену
 *Всего перечисленного

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Лечения сердечной недостаточности
 Длительного приема антикоагулянтов при тромбофлебите
 *Длительного постельного режима после полостных операций
 Бинтования нижних конечностей после холецистэктомии
 Правильного ответа нет

ОСНОВНЫЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВКЛЮЧАЮТ:

Механическую обтурацию легочной артерии
 Спазм легочных артерий
 Гипоксию
 *Все перечисленное

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВКИ ФИЛЬТРА В НИЖНИЮ ПОЛУЮ ВЕНУ ИЛИ ПЕРЕВЯЗКИ ЕЕ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ТРОМБОФЛЕБИТОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Повторная тромбоэмболия на фоне терапии антикоагулянтами
 *Наличие противопоказаний для лечения антикоагулянтами
 Высокое содержание протромбина

Все ответы правильные

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ:

40-50 в 1 минуту

60-70 в 1 минуту

*80-100 в 1 минуту

120-130 в 1 минуту

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНУЮ ТЕРАПИЮ (ДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ) НАДО НАЧИНАТЬ С РАЗРЯДА В:

1,5-2 кВ

2,5-3 кВ

4-4,5 кВ

*5-7 кВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ (ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ) У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ:

Обзидана

Ритмилена

*Лидокаина

Амиодарона

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ:

Асистолия желудочков

*Фибрилляция желудочков

Электромеханическая диссоциация

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:

*В первые 1,5-2 часа от начала заболевания

На 2-3 сутки от начала заболевания

На 7-10 сутки от начала заболевания

Нет связи между частотой развития фибрилляции желудочков и временем от начала заболевания

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Внутрисердечное введение

*Внутривенное введение в одну из крупных вен

Внутритрахеальное введение

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДВУМЯ ЛЮДЬМИ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

*Выполнение 5 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие

Выполнение 10 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие

Выполнение 20 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие

ЕСЛИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНУЮ РЕАНИМАЦИЮ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ОДИН ЧЕЛОВЕК, ТО НАРУЖНЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В СООТНОШЕНИИ:

5:1

10:1

*15:2

ПРИ АСИСТОЛИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ СЕРДЦА, КАК ПРАВИЛО:

Является высокоэффективной

*Является малоэффективной

Дает средние по эффективности результаты

СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СТРАДАЮЩИМИ ОБМОРОКАМИ, СОСТАВЛЯЕТ В ГОД:

1-5%

*20-30%

Свыше 50%

ДЛЯ СИНКОПАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО:

Кратковременность потери сознания

Утрата мышечного тонуса

Обратимость

*Сохранение слухового восприятия при потере сознания

ПРЕДСИНКОПАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

*Ощущением "приближающейся потери сознания"

Неизбежным переходом в синкопальное состояние

*Головокружением, слабостью, потемнением в глазах

Все ответы правильные

ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ В СОСУДАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАВНО:

Систолическому АД

Диастолическому АД

*Среднему артериальному давлению

УМЕНЬШЕНИЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАЧИНАЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ СРЕДНЕГО АД:

Ниже 30 мм ртст

*До 50 мм ртст

До 80 мм ртст

До 100 мм ртст

УМЕНЬШЕНИЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МОЗГА ОБЫЧНО НЕ СВЯЗАНО С:

Уменьшением сердечного выброса

Обструкцией сосудов, снабжающих головной мозг

*Снижением среднего артериального давления до 80 мм ртст

У БОЛЬНОГО СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ БЕЗ ПРИЗНАКОВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ И КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОЯВИЛИСЬ ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ УСИЛИЯХ ЕМУ НЕОБХОДИМО:

Назначить препараты, улучшающие инотропную функцию миокарда

Обследование с целью исключения тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии

*Проведение консультации кардиохирурга для решения вопроса о возможности хирургического лечения порока

Все ответы правильные

Правильного ответа нет

СИНКОПАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ:

*Провоцируется физической нагрузкой

*Развивается вследствие неадекватного увеличения сердечного выброса

В ВОЗНИКНОВЕНИИ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ АСИММЕТРИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:

*Систолическая обструкция выносящего тракта

Значительное снижение систолической функции левого желудочка

*Возникновение различных нарушений ритма

Все ответы правильные

ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО:

Возникновение сразу после прекращения физической нагрузки

*Возникновение только в ранние утренние часы

Провоцирование приступов приемом нитратов

ПРИЧИНОЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ЛЕВОГО АВ-ОТВЕРСТИЯ МОЖЕТ БЫТЬ:

Шаровидный тромб левого предсердия

Мерцательная аритмия с высокой частотой сердечных сокращений

Тромбоэмболия легочной артерии

Тромбоэмболия сосудов мозга

*Все перечисленное

У МУЖЧИНЫ 43 ЛЕТ БЕЗ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО АНАМНЕЗА ПОЯВИЛИСЬ СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ ПРЕДШЕСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ ПРИСТУПА ОДЫШКИ ИМЕЮТСЯ АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АВ-ОТВЕРСТИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ДИАГНОЗ:

Шаровидный тромб левого предсердия у больного с ревматическим пороком митрального клапана

*Миксома левого предсердия

Неспецифический аортоартериит с поражением экстракраниальных сосудов

Органическое поражение сердца скорее всего отсутствует

ПРИЧИНОЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ:

Прогрессирующее ухудшение внутрижелудочковой проводимости

*Возникновение пароксизма желудочковой тахикардии типа "пируэт"

Возникновение периодов асистолии

Все ответы правильные

К ФАКТОРАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT, МОЖНО ОТНЕСТИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

*Приема сердечных гликозидов

Приема антиаритмических препаратов
 Приема некоторых психотропных препаратов
 Гипокалиемии и гипомагниемии

КРИТЕРИЕМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

Урежение частоты сердечных сокращений до 60 в минуту
 *Пауза в синусовых импульсах продолжительностью 3 сек
 *Синусовая брадикардия менее 50 в мин
 Правильного ответа нет

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

Проба с атропином
 Проба с дозированной физической нагрузкой
 Чреспищеводная стимуляция предсердий
 Суточное мониторирование ЭКГ
 *Все перечисленное

У ЖЕНЩИНЫ 23 ЛЕТ БЕЗ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО АНАМНЕЗА ПОЯВИЛИСЬ СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ. ПРИ ОСМОТРЕ: ЦИАНОЗ ГУБ, РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ СЕРДЦА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВПРАВО. В ЛЕГКИХ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ХРИПОВ НЕТ, АКЦЕНТ II ТОНА НАД ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ДИАГНОЗ:

Врожденного порока сердца
 Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
 *Первичной легочной гипертонии

У МУЖЧИНЫ 54 ЛЕТ, КОТОРЫЙ НАХОДИЛСЯ В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ, В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ТРИЖДЫ ВОЗНИКАЛИ КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ, КОТОРЫМ ПРЕДШЕСТВОВАЛО ПОЯВЛЕНИЕ НЕПРИЯТНЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ. ВНЕЗАПНО УСИЛИЛАСЬ ОДЫШКА НА ЭКГ - МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

Появление у больного вазодепрессорного обморока вследствие нарушения регуляции сосудистого тонуса
 Появление обмороков связано с ортостатической гипотонией
 *Тромбоэмболия легочной артерии

ДЛЯ СИНДРОМА МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА НЕ ХАРАКТЕРНО:

Внезапное начало и быстрое восстановление сознания после окончания приступа
 Ретроградная амнезия
 Редкий или очень частый пульс
 Наличие предсинкопального периода, появление судорог при длительном приступе
 *Сопорозное состояние после приступа потери сознания

СИНДРОМ МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

Межпредсердной блокаде
 *Синоатриальной блокаде
 Двухпучковой внутрижелудочковой блокаде
 Правильного ответа нет

СИНДРОМ МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА НИКОГДА НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

Синоатриальной блокаде

Неполной АВ-блокаде высокой степени

Полной поперечной блокаде

*Правильного ответа нет

ТАХИКАРДИТИЧЕСКАЯ ФОРМА СИНДРОМА МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

Фибрилляции желудочков

Желудочковой тахикардии

Частой групповой желудочковой экстрасистолии

*Все ответы правильные

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ У БОЛЬНОГО С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Частая желудочковая экстрасистолия

Пароксизмы желудочковой тахикардии

АВ-блокада I степени на ЭКГ покоя

*Правильного ответа нет

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ УСТАНОВИТЬ ПРИЧИНУ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ:

Практически во всех случаях

Примерно в 50% случаев

*Менее чем в 5% случаев

НА ВОЗМОЖНОСТЬ СИНДРОМА МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА У БОЛЬНОГО С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ МОГУТ УКАЗЫВАТЬ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПРИ СУТОЧНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ:

Периоды синусовой брадикардии с частотой сердечных сокращений 30 в I минуту

Периоды эктопического ритма с частотой сердечных сокращений 30 в I минуту

Эпизоды желудочковой тахикардии продолжительностью в 5 комплексов

*Все перечисленное

ПРЕДСИНКОПАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ, СЛАБОСТЬЮ, БЛЕДНОСТЬЮ, ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ПРЕДШЕСТВУЕТ:

Обмороку при ортостатической гипотонии

*Вазодепрессорному обмороку

Обмороку при синдроме Морганьи-Эдемса-Стокса

ВО ВРЕМЯ ПУНКЦИИ ВЕНЫ МУЖЧИНА 41 ГОДА ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ ПРИ ОСМОТРЕ КОЖА БЛЕДНАЯ, ВЛАЖНАЯ, АД 90/50 ММ РТСТ ПУЛЬС РИТМИЧНЫЙ ЧСС 50 В I МИНУТУ ЧЕРЕЗ 10 СЕКУНД ПРИШЕЛ В СЕБЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА СИНКОПАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ:

*Вазодепрессорный обморок

Ортостатическая гипотония

Приступ подкорковой эпилепсии

Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса

«ПОРОКИ СЕРДЦА»

ПРИЧИНАМИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА МОГУТ БЫТЬ:

Синдром Марфана
 *Системная красная волчанка
 Синдром Элерса-Данлоса
 Все перечисленное
 Ни одна из перечисленных

ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ БЫТЬ:

Ревматизм
 Атеросклероз
 Инфекционный эндокардит
 *Все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Пролапс створок клапана
 *Дилатация правого желудочка
 Инфекционный эндокардит
 Ревматоидный артрит

МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:

*Ревматизма
 Инфекционного эндокардита
 Системной красной волчанки
 Атеросклероза

ПЛОЩАДЬ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1-2 квсм
 *4-6 квсм
 8-10 квсм
 Все ответы неправильные

СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕВОМ ПРЕДСЕРДИИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

4-5 мм ртст
 *8-10 мм ртст
 20-25 мм ртст
 Все ответы неправильные

ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ТОН (ЩЕЛЧОК) ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФКГ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ II ТОНА ЧЕРЕЗ:

*0,08-0,11 сек
 0,2-0,3 сек
 0,4-0,5 сек
 0,6-0,8 сек

ПРИ ПОЯВЛЕНИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ:

Не изменяется
 Усиливается
 *Исчезает
 Ослабевает

ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ С КОНТРАСТИРОВАННЫМ ПИЩЕВОДОМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПИЩЕВОД ОТКЛОНЯЕТСЯ ПО ДУГЕ:

- *Малого радиуса
- Большого радиуса
- Как правило, не отклоняется

У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИ ПЕРКУССИИ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ТУПОСТЬ СЕРДЦА УВЕЛИЧЕНА:

- *Вверх и вправо
- Вверх и влево
- Влево
- Правильного ответа нет

ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ИМЕЕТ:

- *Убывающий характер
- Нарастающий характер
- Характер шума не изменяется в течение всей диастолы

ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ИМЕЕТ:

- *Нарастающий характер
- Убывающий характер
- Характер шума не изменяется в течение всей диастолы

ХАРАКТЕРНЫМИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- Однонаправленное движение створок митрального клапана
- Отсутствие расширения полости левого желудочка
- Расширение левого предсердия
- Утолщение створок митрального клапана
- *Все ответы правильные

ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ БЫТЬ:

- Ревматизм
- Склеродермия
- Ревматоидный полиартрит
- Септический эндокардит
- *Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ПЕРКУССИИ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ТУПОСТЬ СЕРДЦА УВЕЛИЧЕНА:

- *Вверх и влево
- Влево
- Не увеличена
- Все ответы неправильные

ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА I-Й ТОН:

- Усилен
- Не изменен
- *Ослаблен

У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА 3-Й ТОН ВЫСЛУШИВАЕТСЯ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА:

*Довольно часто

Очень редко

Всегда

ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ С КОНТРАСТИРОВАННЫМ ПИЩЕВОДОМ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПИЩЕВОД ОТКЛОНЯЕТСЯ ПО ДУГЕ:

Малого радиуса

*Большого радиуса

Не отклоняется

ПРИ ЗАПИСИ ФОНОКАРДИОГРАММЫ С ВЕРХУШКИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА АМПЛИТУДА 1-ГО ТОНА:

Увеличена

*Уменьшена

Не изменена

СИНДРОМ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ВКЛЮЧАЕТ:

Систолический шум на верхушке

Ослабление 1-го тона

Наличие 3-го тона сердца

*Все перечисленное

Все ответы неправильные

ОТЕК ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА РАЗВИВАЕТСЯ:

Более часто, чем у больных с митральным стенозом

*Менее часто, чем у больных с митральным стенозом

Нет различий в частоте развития отека легких при митральном стенозе и митральной недостаточности

ДЛЯ СИНДРОМА ПРОЛАБИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Добавочного систолического тона

Систолического шума

*Ослабления I-го тона

У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОГУТ БЫТЬ:

Недостаточность кровообращения

Инфекционный эндокардит

Нарушения ритма сердца

*Все ответы правильные

Все ответы неправильные

ДЛЯ СИНДРОМА ПРОЛАБИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Болей в грудной клетке

Экстрасистолы

Синусовой тахикардии
 *Синусовой брадикардии

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ МОГУТ БЫТЬ:

Ревматизм
 Атеросклероз
 Врожденная патология клапана
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СИСТОЛЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

*Увеличивается
 Уменьшается
 Не изменяется

ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ:

Митральном стенозе
 Недостаточности митрального клапана
 Недостаточности аортального клапана
 *Стенозе устья аорты

ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ 2-ОЙ ТОН:

Усилен
 *Ослаблен
 Не изменен

ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭКГ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

*Блокады правой ножки пучка Гиса
 Блокады левой ножки пучка Гиса
 Гипертрофии левого желудочка

НЕХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ФОНОКАРДИОГРАММЫ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Уменьшение амплитуды аортального компонента 2-го тона
 Систолический шум ромбовидной формы
 *Увеличение амплитуды 1-го тона

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ:

Инфекционный эндокардит
 Атеросклероз
 *Ревматизм
 Сифилис
 Травма грудной клетки

ДЛЯ БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Повышения систолического АД
 Снижения диастолического АД
 Увеличения пульсового АД

*Повышения диастолического АД

ШУМ ГРЭХЕМА-СТИЛЛА ЧАЩЕ ВСЕГО МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ПРИ:

*Митральном стенозе с легочной гипертензией

Коарктации аорты

Недостаточности аортального клапана

Недостаточности митрального клапана

ПРИЗНАКОМ КЛАПАННОГО СТЕНОЗА АОРТЫ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ:

Отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой

*Увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка

Значительное увеличение давления в левом предсердии

Значительное увеличение давления в легочной артерии

ТРЕТИЙ ТОН СЕРДЦА НЕ ДОЛЖЕН ВЫСЛУШИВАТЬСЯ:

У детей

При недостаточности митрального клапана

При недостаточности трикуспидального клапана

*При митральном стенозе

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

Периферические отеки

Увеличение печени

*Одышка

Желудочковые нарушения ритма сердца

НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Предсердная пароксизмальная тахикардия

*Мерцательная аритмия

Атриовентрикулярная диссоциация

Левопредсердный ритм

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Расширения легочной артерии

Расширения корней легких

Увеличения правого предсердия

*Расширения дуги аорты

ШУМ ФЛИНТА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ПРИ:

Митральном стенозе

Стенозе устья аорты

*Недостаточности аортального клапана

Недостаточности митрального клапана

У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА:

*Систолическое артериальное давление повышается, а диастолическое снижается

Систолическое артериальное давление снижается, а диастолическое повышается

Систолическое артериальное давление не изменяется, а диастолическое повышается

Систолическое и диастолическое артериальное давление не изменяются

ВЫСЛУШИВАНИЕ "ДВОЙНОГО" ШУМА ДЮРОЗЬЕ НА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Стеноза устья аорты

Недостаточности клапана легочной артерии

*Недостаточности аортального клапана

Недостаточности митрального клапана

ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНОКАРДИОГРАММЕ
(ВТОРОЕ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА) РЕГИСТРИРУЕТСЯ:

*Снижение амплитуды аортального компонента 2-го тона и диастолический шум
убывающей интенсивности

Увеличение амплитуды аортального компонента 2-го тона и диастолический шум
возрастающей интенсивности

Снижение амплитуды аортального компонента 2-го тона и систолический шум убывающей
интенсивности

ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

Усиленный, разлитой верхушечный толчок, смещенный вниз и влево

Расширение относительной сердечной тупости влево

Увеличение левого желудочка при рентгеноскопии, эхокардиографии

Признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ

*Признаки гипертрофии правого желудочка на ЭКГ

ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ
ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Двойного тона Траубе и двойного шума Дюрозье

Высокого, быстрого пульса

Низкого диастолического артериального давления

Капиллярного пульса

*Низкого систолического артериального давления

ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА (ШУМ ФЛИНТА) СОЧЕТАЕТСЯ С:

Усиленным 1-м тоном

Щелчком открытия митрального клапана

Значительно увеличенным левым предсердием

*Правильного ответа нет

Все ответы правильные

ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

Пульсация яремных вен

*Пульсация сонных артерий

Пульсация печени

Наличие систолического шума у основания мечевидного отростка

С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ СВЯЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

Болей за грудиной

Осиплости голоса

Кашля

Кровохарканья

*Повышения систолического артериального давления

УМЕНЬШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО С:

Микседемой

Митральным стенозом

Сердечной недостаточностью

Тахисистолической формой мерцательной аритмии

*Всем перечисленным

У БОЛЬНОГО С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ НЕ МОГУТ БЫТЬ:

*Широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка

Широкий зазубренный зубец Р и отклонение электрической оси сердца вправо

Широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии правого желудочка

Широкий зазубренный зубец Р и пароксизмальная мерцательная аритмия

ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Восстановление синусового ритма

Замедление частоты мерцания предсердий

*Замедление частоты сокращений желудочков

Снижение активности симпатической нервной системы

Подавление активности блуждающего нерва

ПУЛЬСАЦИЯ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА:

Стенозом устья аорты

Митральным стенозом

Недостаточностью аортального клапана

*Недостаточностью трехстворчатого клапана

К УВЕЛИЧЕНИЮ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА МОГУТ ПРИВЕСТИ:

Стеноз устья аорты

Сдавливающий перикардит

Митральный стеноз

*Недостаточность аортального клапана

БЫСТРЫЙ ПОДЪЕМ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ, А ЗАТЕМ БЫСТРОЕ ПАДЕНИЕ ЕЕ НАСТУПАЕТ ПРИ:

Митральном стенозе

Недостаточности митрального клапана

Стенозе устья аорты

Коарктации аорты

*Недостаточности аортального клапана

СРЕДИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ:

Аортального клапана

*Митрального клапана

3-х створчатого клапана

Клапана легочной артерии

СРЕДИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ВРОЖДЕННЫМ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СТЕНОЗ:

Аортального клапана
Митрального клапана
3-х створчатого клапана
*Клапана легочной артерии

РЕВМАТИЗМ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ:

Аортального стеноза
*Митрального стеноза
Стеноза легочной артерии
Митральной недостаточности

ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ:

*"P - mitrale"
*Признаки гипертрофии правого желудочка
Признаки гипертрофии левого желудочка
Все ответы правильные

"КРИТИЧЕСКИМ" СЧИТАЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ПЛОЩАДИ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ДО:

6 квсм
4 квсм
3 квсм
2 квсм
*1 квсм и менее

ПРИ "КРИТИЧЕСКОМ" МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ ЛЕВЫМ ПРЕДСЕРДИЕМ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ ВО ВРЕМЯ ДИАСТОЛЫ СОСТАВЛЯЕТ:

Около 1-2 ммртст
Около 10 ммртст
*Около 20 ммртст
Более 30 ммртст

В НОРМЕ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ ЛЕВЫМ ПРЕДСЕРДИЕМ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ ВО ВРЕМЯ ДИАСТОЛЫ СОСТАВЛЯЕТ:

*1-2 ммртст
5-6 ммртст
8-10 ммртст
14-16 ммртст
20 ммртст

ПРИЧИНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

Спазм легочных артериол
Гипертрофия легочных артериол и артерий
Склероз легочных артериол и артерий
*Все перечисленное

"ВТОРЫМ БАРЬЕРОМ" ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ НАЗЫВАЮТ:

Венозную гипертензию
*Артериальную легочную гипертензию

Сопутствующий стеноз аортального клапана
 Сопутствующий стеноз 3-х створчатого клапана
 Левое предсердие

ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОТЕКА ЛЕГКИХ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ СПОСОБСТВУЕТ:

Развитие мерцательной аритмии
 Увеличение частоты сердечных сокращений
 Увеличение притока крови
 *Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ВЫРАЖЕННОСТЬ ОДЫШКИ
 УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ:

Усилении венозного застоя в легких
 *Развитии активной легочной гипертензии
 Появлении мерцательной аритмии
 *Появлении недостаточности правого желудочка

КРОВОХАРКАНИЕ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ НЕРЕДКО ИСЧЕЗАЕТ
 ПОСЛЕ:

Усиления венозного застоя в легких
 *Развития активной легочной гипертензии
 *Появления недостаточности правого желудочка
 Правильного ответа нет

У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ АКТИВНОЙ
 ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ:

Уменьшение выраженности ортопноэ
 Уменьшение частоты приступов сердечной астмы и отека легких
 Исчезновение кровохарканья
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ
 ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Усиления громкости первого тона
 Ранний диастолический шум (сразу после 2-го тона)
 Щелчок открытия митрального клапана
 Пресистолический шум

К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ
 ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

*Появления 3-го тона
 Щелчка открытия митрального клапана
 Среднедиастолического шума (после щелчка открытия митрального клапана)
 Пресистолического шума
 Усиления громкости I-го тона

ГРОМКОСТЬ ЩЕЛЧКА ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И
 ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ УМЕНЬШАЕТСЯ ПОСЛЕ:

*Развития активной легочной гипертензии
 Улучшения состояния больных на фоне эффективной терапии
 *Развития недостаточности правого желудочка

Правильного ответа нет

ПРИЗНАКОМ ВЫРАЖЕННОГО МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

Увеличение громкости диастолического шума

Увеличение громкости пресистолического компонента диастолического шума

Увеличение интервала 2-й тон - щелчок открытия митрального клапана

*Уменьшение интервала 2-й тон - щелчок открытия митрального клапана

ПАЛЬПИРУЕМЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ТОЛЧОК СЛЕВА ОТ НИЖНЕГО КРАЯ ГРУДИНЫ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ:

Верхушечным толчком

Толчком увеличенного ("гигантского") левого предсердия

*Толчком правого желудочка

Признаком сопутствующей митральной недостаточности

Признаком сопутствующего стеноза 3-х створчатого клапана

МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН РАЗВИТИЕМ ФИБРОЗНО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА УРОВНЕ:

Створок митрального клапана

Подклапанных структур

*Правильные ответы 1 и

На уровне митрального кольца

Все ответы правильные

ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Увеличения второй дуги левого контура (ствол легочной артерии)

Увеличения третьей дуги левого контура (ушко левого предсердия)

*Увеличения четвертой дуги по левому контуру

Признаков венозного застоя в легких

Признаков активной легочной гипертензии

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Однонаправленного движения передней и задней створок митрального клапана

*Систолического движения вперед передней створки митрального клапана

Уменьшения амплитуды движения митральных створок

Утолщения или кальциноз створок

ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

*Высокочастотного мелкоамплитудного "дрожания" передней митральной створки

Увеличения линейной скорости кровотока через митральный клапан (при доплерографии)

Увеличения размеров левого предсердия

Дилатации правого желудочка

Признаков легочной гипертензии

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТ НАЗНАЧЕНИЯ:

Сердечных гликозидов

*Бета-блокаторов

Диуретиков

Вазодилататоров

ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАГРУЗКА НА ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК ВО ВРЕМЯ СИСТОЛЫ:

Снижена

Такая же, как и без порока

*Повышена

Могут быть все перечисленные варианты

К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Ослабления 1-го тона

Дующего пансистолического шума

3-го тона

*4-го тона

ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УМЕНЬШЕНИЕ СТЕПЕНИ РЕГУРГИТАЦИИ И УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ МОЖНО ОЖИДАТЬ ОТ НАЗНАЧЕНИЯ:

Празозина

Апрессина

Каптоприла

Коринфара

*Всего перечисленного

ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИЗНАКОМ ВЫРАЖЕННОГО НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Степени укорочения передне-заднего размера левого желудочка, равной 248

Конечно-систолического размера, равного 5 см

*Конечно-диастолического размера, равного 5,5 см

Конечно-систолического объема, равного 90 мл

ПРИ ПРОЛАБИРОВАНИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЩЕЛЧОК ВЫСЛУШИВАЕТСЯ:

*Во время систолы

В начале диастолы

В конце диастолы

Может быть в любой части сердечного цикла

ПРИ ПРОЛАБИРОВАНИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНО ВЫСЛУШИВАНИЕ:

Пансистолического шума

Раннего систолического шума

*Позднего систолического шума

Среднедиастолического шума

Пресистолического шума

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОЛАБИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ЕГО АУСКУЛЬТАТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ УМЕНЬШАЕТСЯ:

В положении стоя

Во время натуживания при пробе Вальсальвы

После приема нитроглицерина

*В положении лежа

У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАБИРОВАНИЕМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ:

Деформация позвоночника

Нейро-циркуляторная дистония

Гипомастия у женщин

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного

У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАБИРОВАНИЕМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЧАСТО ОТМЕЧАЮТСЯ:

Боли в груди

Сердцебиения или перебои в работе сердца

Чувство нехватки воздуха

Головокружение

*Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАБИРОВАНИЕМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА:

На ЭКГ возможно наличие "неспецифических" изменений сегмента ST или зубца T

Возможно наличие аритмий

Нередко выявляется наличие дополнительных путей атриовентрикулярного проведения (различные варианты синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта)

*Все ответы правильные

Правильного ответа нет

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С:

*Синдромом Марфана

*Синдромом Элерса-Данлоса

Ревматизмом

Все ответы правильные

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРОЛАБИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ОТНОСИТСЯ:

Возникновение и прогрессирование митральной недостаточности

Инфекционный эндокардит

Нарушения ритма сердца

*Все перечисленное

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕПРИЯТНЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА ИЛИ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАБИРОВАНИЕМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТ:

Дигоксина

*Бета-блокаторов

Каптоприла

Кордарона

Антагонистов кальция

У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

Врожденным

Ревматическим

*Дегенеративным ("склеротическим")

Вероятность всех 3-х вариантов примерно одинакова

КРИТИЧЕСКИМ СЧИТАЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ПЛОЩАДИ АОРТАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ДО:

- 6 кв см
- 4 кв см
- 2 кв см
- 1 кв см
- *0,5 кв см

ПРИ КРИТИЧЕСКОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ, КАК ПРАВИЛО, ПРЕВЫШАЕТ:

- 5 ммртст
- 10 ммртст
- 15 ммртст
- 25 ммртст
- *50 ммртст

К ЧИСЛУ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ОТНОСИТСЯ:

- Стенокардия напряжения
- Обмороки
- Сердечная недостаточность
- *Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ, ОБМОРОКОВ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ НЕ ПРЕВЫШАЕТ:

- 1 года
- *2-3 лет
- 5-10 лет
- 10-15 лет

К ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИЗНАКАМ У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОТНОСИТСЯ:

- Стенокардия напряжения
- Обмороки
- Выраженная одышка при физической нагрузке
- *Все перечисленное

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ХАРАКТЕРНО:

- Усиление предсердной волны венного пульса (волны "а")
- Малый медленный пульс на сонных артериях
- Увеличение продолжительности верхушечного толчка (вплоть до 2-го тона)
- *Все перечисленное

СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:

- Является практически среднесистолическим
- На фонокардиограмме имеет ромбовидную форму
- Иррадиирует на сонные артерии
- *Все ответы правильные

К ПРИЗНАКАМ ВЫРАЖЕННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Увеличения предсердной волны венного пульса (волны "а")

Парадоксального расщепления 2-го тона

Увеличения продолжительности верхушечного толчка (до 2-го тона)

*Усиления громкости систолического шума

Выраженной гипертрофии левого желудочка на ЭКГ

ДУЮЩИЙ ПАНСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

Аортального стеноза

*Митральной недостаточности

Стеноза легочной артерии

*Недостаточности 3-х створчатого клапана

ГРУБЫЙ СРЕДНЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

*Аортального стеноза

Митральной недостаточности

*Стеноза легочной артерии

Недостаточности 3-х створчатого клапана

ПРИЗНАКОМ СОХРАНЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ СТОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Регистрация 4-го тона

*Регистрация систолического тона изгнания

Парадоксальное расщепление 2-го тона

Все перечисленное

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Уменьшения громкости систолического шума

Уменьшения продолжительности систолического шума

*Увеличения продолжительности систолического шума

Уменьшения амплитуды пульсации сонной артерии

Парадоксального расщепления 2-го тона

ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИЗНАКАМИ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Расширения восходящей аорты

Кальциноза аортального клапана

*Увеличения 3-й дуги по левому контуру (ушко левого предсердия)

Увеличения 4-й дуги по левому контуру

ПРИ ВЫРАЖЕННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ:

*Абсолютно показано хирургическое лечение

Возможна стабилизация состояния с помощью назначения диуретиков и вазодилататоров

*Фармакологическое лечение почти всегда не эффективно и может привести к ухудшению состояния

Как правило, эффективно назначение сердечных гликозидов

РЕВМАТИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАКТИЧЕСКИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ:

Аортального стеноза

Аортальной недостаточности
 *Митрального стеноза
 Митральной недостаточности

ПРИЧИНОЙ "ЧИСТОЙ" АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Сифилитического аортита
 Ревматоидного артрита
 *Кальцификации аортальных створок
 Идиопатического расширения аорты
 Расширения аорты при артериальной гипертонии

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СОЧЕТАННОГО АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

Сифилитический аортит
 Ревматоидный артрит
 *Ревматизм
 Инфекционный эндокардит
 Синдром Марфана

САМЫЕ БОЛЬШИЕ РАЗМЕРЫ СЕРДЦА ("БЫЧЬЕ СЕРДЦЕ") ОТМЕЧАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ С:

Аортальным стенозом
 *Аортальной недостаточностью
 Митральным стенозом
 Митральной недостаточностью

ДЛЯ БОЛЬНЫХ С "ЧИСТОЙ" АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Гиперемии кожных покровов
 *Бледности кожных покровов
 Теплой влажной кожи
 Усиления пульсации сонных артерий

ДЛЯ БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Усиления пульсации сонных артерий
 Повышения систолического артериального давления
 *Повышения диастолического артериального давления
 Снижения диастолического давления
 Выявления капиллярного пульса

К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ:

Двойной тон Траубе (над бедренными артериями)
 Двойной шум Дюрозье (над бедренными артериями)
 Ранний нежный диастолический шум с максимумом в точке Боткина
 *Все перечисленное

К ПРИЗНАКАМ ВЫРАЖЕННОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ:

Выслушивание 3-го тона сердца
 Увеличение продолжительности диастолического шума

Выслушивание шума Аустина-Флинта (грубый диастолический шум в середине диастолы)

*Все перечисленное

УМЕНЬШЕНИЕ СТЕПЕНИ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ МОЖНО ОЖИДАТЬ ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ:

Апрессина

Каптоприла

Коринфара

*Обзидана

Празозина

К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ:

Инфекционный эндокардит

Ишемия миокарда

Инфаркт миокарда

*Все перечисленное

К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ:

Инфекционный эндокардит

Расслоение аорты

Травмы грудной клетки

*Все перечисленное

У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИЗНАКАМИ СОПУТСТВУЮЩЕГО СТЕНОЗА 3-Х СТОРЧАТОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Венозного застоя в большом круге

*Выраженной легочной гипертензии

Отсутствия легочной гипертензии

Отсутствия признаков гипертрофии правого желудочка

Увеличения предсердной волны венного пульса

ИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У ВЗРОСЛЫХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

*Дефект межпредсердной перегородки

Аномалия Эбштейна

Стеноз легочной артерии

Тетрада Фалло

Комплекс Эйзенменгера

К ПРИЗНАКАМ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Фиксированного расщепления 2-го тона

*Ослабления пульмонального компонента 2-го тона

Среднесистолического шума над легочной артерией

Пальпируемого толчка правого желудочка

Усиления пульмонального компонента 2-го тона

К ПРИЗНАКАМ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

Неполной блокады правой ножки пучка Гиса на ЭКГ

Увеличения правых отделов сердца
 Гиперволемии малого круга
 *Гиповолемии малого круга
 Расширения и усиления пульсации легочной артерии

СБРОС КРОВИ СЛЕВА - НАПРАВО ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ
 ПЕРЕГОРОДКИ МОЖНО ВЫЯВИТЬ С ПОМОЩЬЮ:

Допплерэхокардиографии
 Цветового доплеровского картирования
 Радионуклидной вентрикулографии
 *Всего перечисленного

ДЛЯ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ
 ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Грубого систолического шума
 Выслушивания 3-го тона
 Пальпируемого систолического дрожания
 *Соответствия интенсивности шума величине дефекта
 Повышенного риска инфекционного эндокардита

ДЛЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ
 ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Увеличения амплитуды пульсации сонных артерий
 Снижения диастолического АД
 *Уменьшения пульсового давления
 Непрерывного систоло-диастолического шума
 Увеличения левого желудочка

ДЛЯ СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА
 ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Усиления предсердной волны венного пульса
 Грубого систолического шума
 *Усиления пульмонального компонента 2-го тона
 Ослабления пульмонального компонента 2-го тона
 Расщепления 2-го тона

ПРИ АНОМАЛИИ ЭБШТЕЙНА ОТМЕЧАЕТСЯ:

*Увеличение правого предсердия
 Увеличение правого желудочка
 *Уменьшение правого желудочка

ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ ТАХИАРИТМИЙ ХАРАКТЕРНО
 ДЛЯ БОЛЬНЫХ С:

Дефектом межпредсердной перегородки
 Дефектом межжелудочковой перегородки
 Открытым артериальным протоком
 *Аномалией Эбштейна
 Комплексом Эйзенменгера

СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ У
 БОЛЬНЫХ С:

Дефектом межпредсердной перегородки

Дефектом межжелудочковой перегородки
 Открытым артериальным протоком
 *Аномалией Эбштейна
 Тетрадой Фалло

НА ВДОХЕ МОГУТ УСИЛИВАТЬСЯ:

Только систолические шумы
 Только диастолические шумы
 *Как систолические, так и диастолические шумы
 Ни те, и ни другие

НА ВЫДОХЕ МОГУТ УСИЛИВАТЬСЯ:

Только систолические шумы
 Только диастолические шумы
 *Как систолические, так и диастолические шумы
 Ни те, и ни другие

НА ВДОХЕ ПРОИСХОДИТ:

Увеличение ударного объема правого желудочка
 Увеличение ударного объема левого желудочка
 Увеличение ударного объема левого и правого желудочков
 Уменьшение ударного объема правого желудочка и увеличение ударного объема левого желудочка
 *Увеличение ударного объема правого желудочка и уменьшение ударного объема левого желудочка

РАСЩЕПЛЕНИЕ II ТОНА НА ВДОХЕ ОБУСЛОВЛЕНО:

Увеличением венозного возврата к правому желудочку
 Уменьшением венозного возврата к правому желудочку
 Ротацией сердца
 *Увеличением венозного возврата к правому желудочку и снижением заполнения левого желудочка

НА ВДОХЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ УСИЛЕНИЕ:

Диастолического шума пульмональной регургитации
 Диастолического шума трикуспидального стеноза
 Систолического шума пульмонального стеноза
 *Все ответы правильные
 Правильного ответа нет

АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ВДОХЕ:

*Усиливаются
 Ослабляются
 Не изменяются

ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ВО ВРЕМЯ ГЛУБОКОГО ДЛИТЕЛЬНОГО ВЫДОХА:

*Усильвается
 Ослабевает
 Не изменяется

ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ В ВЕРТИКАЛЬНОЕ СТАНОВИТСЯ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ:

*Гипертрофической кардиомиопатии

*Пролапсе митрального клапана

Митральном стенозе

Все ответы правильные

ПЕРЕХОД ИЗ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО В ВЕРТИКАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ УСИЛЕНИЕМ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ:

Митральной недостаточности

Трикуспидальной недостаточности

Стенозе аорты

Все ответы правильные

*Правильного ответа нет

ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИЕ "НА КОРТОЧКАХ" УСИЛИВАЕТСЯ ЗВУЧНОСТЬ ШУМА ПРИ:

Субаортальном стенозе

Пролапсе митрального клапана

Оба ответа правильные

*Правильного ответа нет

ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИЕ "НА КОРТОЧКАХ" УСИЛИВАЕТСЯ ЗВУЧНОСТЬ ШУМОВ ПРИ:

*Аортальной регургитации

Пролапсе митрального клапана

Субаортальном стенозе

Все ответы правильные

Правильного ответа нет

ПЕРЕХОД ИЗ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИЕ "НА КОРТОЧКАХ" - ПРИЕМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОЙ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА, СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

Увеличением венозного возврата крови к сердцу

Увеличением системного сосудистого сопротивления

*Как увеличением венозного возврата к сердцу, так и увеличением системного сосудистого сопротивления

Увеличением венозного возврата крови к сердцу и снижением системного сосудистого сопротивления

Уменьшением венозного возврата крови к сердцу и снижением системного сосудистого сопротивления

ИЗОМЕТРИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПРИВОДИТ К:

Усилению шума при аортальном стенозе

Ослаблению шума митральной регургитации

Оба ответа правильные

*Правильного ответа нет

ПРИ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ УСИЛИВАЮТСЯ ШУМЫ ПРИ:

Митральном стенозе

Аортальной регургитации

Митральной регургитации

*Все ответы правильные
Правильного ответа нет

ШУМ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ УСИЛИВАЕТСЯ:

После приема нитроглицерина
*При выполнении статической нагрузки
Оба ответа правильные
Правильного ответа нет

ШУМ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ:

Изометрической нагрузке
Переходе в положение "на корточках"
Наклоне вперед в положении сидя
*Все ответы правильные
Правильного ответа нет

ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА УСИЛИВАЕТСЯ ЗВУЧНОСТЬ ШУМОВ ПРИ:

Гипертрофической обструктивной кардиомиопатии
Пролапсе митрального клапана
*Оба ответа правильные
Правильного ответа нет

ЗАДЕРЖКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Митрального стеноза
Клапанного стеноза аорты
Трикуспидального стеноза
*Коарктации аорты
Всего перечисленного

МЕДЛЕННО НАПОЛНЯЮЩИЙСЯ МАЛЫЙ ПУЛЬС ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

Митрального стеноза
Аортальной недостаточности
*Аортального стеноза
Митральной недостаточности

БЫСТРОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ АМПЛИТУДЫ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

*Митральной недостаточности
Митрального стеноза
Стеноза устья аорты
Стеноза легочной артерии

БЫСТРОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ АМПЛИТУДЫ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Митрального стеноза
*Дефекта межжелудочковой перегородки
Стеноза устья аорты
Недостаточности клапана легочной артерии

ПУЛЬСОВАЯ ВОЛНА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ БЫСТРЫМ НАЧАЛЬНЫМ
НАПОЛНЕНИЕМ С ПОСЛЕДУЮЩИМ БЫСТРЫМ СПАДЕНИЕМ В СИСТОЛУ,
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Аортального стеноза
Митральной недостаточности

Дефекта межжелудочковой перегородки
 *Аортальной недостаточности
 Трикуспидальной недостаточности

ПРИЧИНОЙ ШУМА ГРЭХЕМА-СТИЛЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

Стеноз устья аорты
 Стеноз устья легочной артерии
 Недостаточность аортального клапана
 *Относительная недостаточность клапана легочной артерии

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

Выбухания дуги легочной артерии
 Симптома "ампутации" корней легких
 *Прослеживания легочного рисунка до периферии легочных сосудов

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ:

*Систолический шум с эпицентром в 3-4-м межреберье по левому краю грудины
 *Усиление 2-го тона над легочной артерией
 Ослабление второго тона над легочной артерией

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТОМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ:

*Систолический шум с эпицентром во 2-3-м межреберье по левому краю грудины
 Систолический шум с эпицентром в 3-4-м межреберье по левому краю грудины
 *Усиление 2-го тона над легочной артерией

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

Дефект межпредсердной перегородки
 *Дефект межжелудочковой перегородки
 Изолированный стеноз легочной артерии

«ПРАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ»

К НАБЛЮДАТЕЛЬНЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

Одномоментных
 Проспективных
 "Регистра инфаркта миокарда"
 *Исследований по первичной и вторичной профилактике ИБС

ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ:

*Здоровая часть населения с факторами риска, при уменьшении которых можно рассчитывать на предупреждение ИБС
 Часть популяции с симптомами ИБС
 Больные после перенесенного инфаркта миокарда

ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ГРУППЫ, КРОМЕ:

*Здоровой части населения, у которой выявляются факторы риска
Части популяции с симптомами ИБС
Больных, перенесших инфаркт миокарда

СУЩЕСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ НАБЛЮДАТЕЛЬНЫХ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Проспективные
Ретроспективные
Одномоментные
*Все перечисленное
Правильного ответа нет

ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ К МОМЕНТУ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ
РАЗНОВИДНОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Проспективные
"Регистр инфаркта миокарда"
*Одномоментные
Все перечисленные
Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ТОЧНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ЧАСТОТЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НОВЫХ
СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДАЮТ:

*Проспективные исследования
Ретроспективные исследования
Одномоментные исследования
Ни один из перечисленных видов исследований

ЦЕЛЯМИ ОДНОМОМЕНТНЫХ НАБЛЮДАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОГУТ БЫТЬ:

*Оценка распространения болезни в популяции
*Изучение естественного течения заболевания
Определение частоты возникновения новых случаев заболеваний
Все перечисленное

ДАННЫЕ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ МЕДСТАТИСТИКИ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

Дают точную и полную картину по данному вопросу
Дают информацию, сравнимую по точности с эпидемиологическими исследованиями
*Дают искаженную картину заболеваемости

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НАИБОЛЕЕ
ТРАДИЦИОННЫМИ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ
СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

*Стандартные опрос, измерение АД, регистрация ЭКГ
Опрос, измерение АД, регистрация ЭКГ, проба с физической нагрузкой
Опрос, измерение АД, регистрация ЭКГ, ЭХО-кардиография

ДИАГНОСТИКА ИБС В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

По данным пробы с физической нагрузкой
С помощью методов стандартного опроса

С помощью оценки ЭКГ по Миннесотскому коду

*Всеми перечисленными методами

Ни одним из перечисленных методов

С ПОМОЩЬЮ МИННЕСОТСКОГО КОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ АНАЛИЗИРУЮТСЯ:

Изменения ЭКГ покоя

Изменения ЭКГ, снятой при нагрузке

*Изменения ЭКГ в покое и при нагрузке

Правильного ответа нет

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ
ПРИНЯТО ИЗМЕРЯТЬ:

На левой руке

На правой руке

Обязательно на обеих руках

*На любой руке, но обязательно на одной и той же в данном исследовании

Значения не имеет

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ПЕРСОНАЛА, УЧАСТВУЮЩЕГО В
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПО МЕТОДИКЕ ИЗМЕРЕНИЯ АД,
ТРЕБУЕТСЯ:

*У всех лиц, измеряющих АД в исследовании

У лиц, не имеющих медицинского образования

Для средних и младших медработников

Как правило, подготовки не требуется

ВРАЧ ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬ РЕГИСТРАЦИЮ АД:

С точностью до 5 мм ртст

Точность устанавливается произвольно каждым исследователем

С точностью до 1 мм ртст

*С точностью, соответствующей цене деления сфигмоманометра

В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ
ПОПУЛЯЦИЙ:

Случайные национальные выборки

Выборки, сформированные по территориальному признаку

Профессиональные и производственные выборки

*Все перечисленные

К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

Медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена

Пропаганда здорового образа жизни

Диетическая коррекция нарушений липидного обмена

*Все перечисленное

ОДНОВРЕМЕННО К ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС ОТНОСЯТСЯ
СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

Диетические мероприятия

Медикаментозная коррекция гиперхолестеринемии

Нормализация уровня АД

Мероприятия, направленные на отказ от курения

*Все перечисленное

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИБС ПРОВОДИТСЯ СРЕДИ:

Здоровых лиц с одним или несколькими факторами риска ИБС

Здоровых лиц с совокупностью факторов риска ИБС

Больных артериальной гипертонией, не имеющих ИБС

Все ответы правильные

*Правильного ответа нет

ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ИЛИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ:

*Бета-блокаторы

Рибоксин, панангин

Лазеротерапию

Антикоагулянты

Все перечисленное

ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ БЕТА-БЛОКАТОРЫ:

*Кардиоселективные

*Некардиоселективные

Обладающие частичной симпатомиметической активностью

Все перечисленные

ЛЕЧЕНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ:

3-4 мес

3-6 мес

6-12 мес

*Не менее 1-2 лет

ПРОПРАНОЛОЛ С ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ В ДОЗЕ:

10 мг х 4 р в день

20 мг х 4 р в день

Не менее 80 мг х 3 р в день

*В индивидуально подобранных дозах, урежающих ритм сердца в покое и/или при нагрузке на 15-20%

РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ УДАЕТСЯ СНИЗИТЬ НА:

50-60%

40-50%

30-40%

*Примерно на 25%

К НАИБОЛЕЕ ДОКАЗАННЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ИБС ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

Малоактивного образа жизни, потребления высококалорийной пищи

*Психоэмоционального стресса

Курения
Дислиппротеидемии

ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

*Артериальная гипертония
Гипертриглицеридемия
Нарушенная толерантность к углеводам
Малоактивный образ жизни
Ожирение

К ОСНОВНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ИБС ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

Артериальной гипертонии
Гиперхолестеринемии
Курения
*Возраста
Правильного ответа нет

ПРИ СНИЖЕНИИ АД У БОЛЬНЫХ С "МЯГКОЙ" АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАЗЛИЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ:

Не изменяется
*Несколько снижается (по данным мета-анализа)
Увеличивается
*Данные о влиянии противоречивы в различных исследованиях

В ВЫЯВЛЕНИИ ЛИЦ С ПОВЫШЕННЫМ И ПОГРАНИЧНЫМ УРОВНЕМ АД ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ:

Участковые терапевты
Сотрудники кабинета доврачебного приема (кабинет профилактики)
Врачи-кардиологи
Врачи любой специальности
*Все перечисленные

«СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ЛЕГОЧНОСЕРДЦЕ»

ПРИЧИНАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Повреждение миокарда
Перегрузка сердца давлением или объемом
Нарушение диастолической функции
*Все перечисленное

НА ВЕЛИЧИНУ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ВЛИЯЮТ:

Частота сердечных сокращений
Сократимость миокарда
Преднагрузка
Постнагрузка
*Все перечисленное

НА ВЕЛИЧИНУ ПРЕДНАГРУЗКИ ВЛИЯЮТ:

*Величина венозного притока к сердцу

Тонус артериол
И то, и другое
Ни то, и ни другое

ПОСТНАГРУЗКА БОЛЬШЕ ВСЕГО ЗАВИСИТ ОТ:

Величины венозного возврата к сердцу
Эластичности миокарда
*Общего периферического сопротивления сосудов
Всего перечисленного
Правильного ответа нет

ПОВЫШЕНИЮ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА СПОСОБСТВУЕТ:

*Увеличение преднагрузки
Увеличение постнагрузки
Оба ответа правильные
Правильного ответа нет

ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Слабость
*Приступы сердечной астмы
Отеки ног
Венозный застой в большом круге кровообращения
Все перечисленное

ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Слабость
Одышка
Приступы сердечной астмы
*Венозный застой в большом круге кровообращения
Все перечисленное

ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

Альтернирующий пульс
3-й тон сердца
Смещение верхушечного толчка влево и вниз
Повышение уровня пульсации внутренней яремной вены
*Все перечисленное

ПОЯВЛЕНИЕ ПРИСТУПОВ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ:

I стадии
*II стадии
*III стадии
Любой из стадий

ПОЯВЛЕНИЕ ОРТОПНОЭ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
КРОВООБРАЩЕНИЯ:

I стадии
*II стадии

*III стадии
Любой из стадий

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЧЕТКИХ КРИТЕРИЕВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ I СТАДИИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ:

Сердечных гликозидов
Диуретиков
Периферических вазодилататоров
*Всего перечисленного
Ничего из перечисленного

ОСНОВНЫМИ СПОСОБАМИ ЛЕЧЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ I СТАДИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

*Нормализация веса тела и ограничение употребления соли
Назначение сердечных гликозидов
Назначение диуретиков
Все перечисленное

ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ С ВЫРАЖЕННЫМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ ОТЕКАМИ В СОЧЕТАНИИ С ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НАЗНАЧАЮТ:

*Сердечные гликозиды
Диуретики
Периферические вазодилататоры

ЕСЛИ ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗКО ВЫРАЖЕННАЯ ОДЫШКА (ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ОРТОПНОЭ, ПРИСТУПЫ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ), НАИБОЛЬШЕГО ЭФФЕКТА МОЖНО ОЖИДАТЬ ОТ НАЗНАЧЕНИЯ:

Сердечных гликозидов
*Диуретиков
*Вазодилататоров
Любого из этих препаратов

ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ОБЛЕГЧАЮТСЯ ИЛИ УСТРАНЯЮТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ ДИУРЕТИКОВ:

Слабость, быстрая утомляемость
*Одышка
*Периферические отеки

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ОБЛЕГЧАЕТСЯ ИЛИ УСТРАНЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ ВЕНОЗНЫХ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ:

Слабость
*Приступы одышки
Периферические отеки
Все перечисленное

НАИБОЛЬШЕГО ЭФФЕКТА ОТ НАЗНАЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ:

*Кардиомегалии
Исходно относительно низком артериальном давлении
Наличии стенозов клапанов

*Наличии недостаточности клапанов

К ПРИЗНАКАМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОЖИДАТЬ ЭФФЕКТ ОТ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ, ОТНОСЯТСЯ:

*Тахикардия

Наличие 4-го тона сердца

*Наличие 3-го тона сердца

Все перечисленное

ПРЕПАРАТОМ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАСШИРЯЮЩИМ ВЕНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ:

*Сиднофарм (молсидомин)

Апрессин

Празозин

Каптоприл

ПРЕПАРАТОМ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАСШИРЯЮЩИМ АРТЕРИОЛЫ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Нитросорбид

Сиднофарм

*Апрессин

Празозин

Каптоприл

СРЕДНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ДОЗЫ ТРИАМПУРА В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СОСТАВЛЯЮТ:

1 табл в сут

*2 4 табл в сут

5 8 табл в сут

СРЕДНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ДОЗЫ ДИГОКСИНА СОСТАВЛЯЮТ:

0,125 мг в сутки

*0,125 мг -0,5 в сутки

0,75 - 1,0 мг в сутки

У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТМЕЧЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПРИЕМА:

Сердечных гликозидов

Диуретиков

*Эналаприла (и каптоприла)

*Нитросорбида в сочетании с апресином

АНТИАРИТМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТМЕЧЕНО ПРИ НАЗНАЧЕНИИ:

Диуретиков

Нитратов

Коринфара

*Каптоприла

Допамина

АНТАГОНИСТОМ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ:

Апрессин

Нитросорбид

Сиднофарм

*Каптоприл
Празозин

МАКСИМАЛЬНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ФУРОСЕМИДА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДОСТИГАЮТ:

100 мг
200 мг
300 мг
500 мг
*600 мг и более

КРИТЕРИЕМ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

*Гипертрофия правого желудочка
*Дилатация правого желудочка
Легочная гипертензия
Все ответы правильные

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

Пневмония
Астматическое состояние
*Тромбоэмболия легочной артерии
Спонтанный пневмоторакс
Легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях

ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА МОГУТ БЫТЬ:

Пневмония
Астматическое состояние
Тромбоэмболия легочной артерии
*Все перечисленное

ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА МОГУТ БЫТЬ:

Хроническое неспецифическое заболевание легких
Интерстициальные заболевания легких
Сосудистые заболевания легких
Деформации грудной клетки и нарушения нейро-мышечного аппарата
*Все перечисленное

В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ:

*Хронические неспецифические заболевания легких
Интерстициальные заболевания легких
Сосудистые заболевания легких
Деформация грудной клетки, ожирение, нарушения нейро-мышечного аппарата
Легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях

ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИТИЕ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С:

*Хроническим бронхитом
Бронхиальной астмой
Бронхоэктазами

Может быть с равной степенью вероятности при всех перечисленных состояниях

В НОРМЕ СОСУДИСТОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ В МАЛОМ КРУГЕ МЕНЬШЕ, ЧЕМ В БОЛЬШОМ, ПРИМЕРНО В:

- 2 раза
- 5 раз
- *10 раз
- 20 раз

САМЫЙ МОЩНЫЙ СТИМУЛ ДЛЯ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ В ЛЕГКИХ:

- *Гипоксия
 - Ацидоз
 - Гиперкапния
- Все перечисленные факторы примерно в равной степени вызывают вазоконстрикцию в легких

РЕФЛЕКТОРНАЯ ВАЗОКОНСТРИКЦИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ГИПОКСИИ:

- Является частью нормальной саморегуляции функции легких
- В норме способствует сохранению соответствия вентиляции и перфузии легких
- Способствует уменьшению степени шунтирования крови
- *Все ответы правильные
- Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- Уменьшение количества функционирующих шунтов
- *Легочная гипертензия
- Гиперкапния и ацидоз
- Ишемия миокарда правого желудочка
- Все перечисленное

ПОНИЖЕННАЯ РЕАКЦИЯ НА ГИПОКСИЮ (ОТСУТСТВИЕ ОДЫШКИ ИЛИ НЕРЕЗКО ВЫРАЖЕННАЯ ОДЫШКА) СВОЙСТВЕННА БОЛЬНЫМ:

- *Хроническим бронхитом
- Эмфиземой
- Бронхиальной астмой
- Бронхоэктатической болезнью
- Наблюдается при всех перечисленных состояниях

ПОВЫШЕННАЯ РЕАКЦИЯ НА ГИПОКСИЮ (ВЫРАЖЕННАЯ ОДЫШКА) ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ:

- Хроническим бронхитом
- *Эмфиземой
- Бронхиальной астмой
- Бронхоэктатической болезнью
- Встречается с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях

ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ЦВД И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОТЕКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ МОГУТ БЫТЬ:

- *Правожелудочковая недостаточность
- Повышение внутригрудного давления
- Резко выраженная легочная гипертензия

Правильно 1 и
Все перечисленное

ЦИАНОЗ ПОЯВЛЯЕТСЯ, КОГДА СОДЕРЖАНИЕ ВОССТАНОВЛЕННОГО ГЕМОГЛОБИНА БОЛЬШЕ:

- 1 г%
- *5 г%
- 10 г%
- 15 г%
- 20 г%

ПРИЧИНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- Гипоксия
- Гипокапния
- *Гиперкапния
- Полицитемия
- Легочная гипертензия

ГИПЕРКАПНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ:

- Головной боли
- Тремора
- Комы
- *Всего перечисленного
- Ничего из перечисленного

ДЛЯ БОЛЬНЫХ ЭМФИЗЕМОЙ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- Набухания вен шеи
- Уменьшения экскурсии грудной клетки и легочных краев
- Ослабления дыхания
- Ослабления голосового дрожания
- *Усиления верхушечного толчка

ДЛЯ БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- Повышения центрального венозного давления
- Пальпируемого толчка правого желудочка
- Систолического шума трехстворчатой недостаточности
- Усиления 2-го тона
- *Выраженного расщепления 2-го тона

У БОЛЬНЫХ ЭМФИЗЕМОЙ НА ЭКГ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЮТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

- Снижения вольтажа
- Смещения переходной зоны влево
- *Смещения переходной зоны вправо
- Отрицательные зубцы Т в правых грудных отведениях
- Высокого зубца Р в отведениях II, III, aVF

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ЭМФИЗЕМОЙ ХАРАКТЕРНО ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Повышения прозрачности легочных полей
 Уплотнения диафрагмы
 Тенденции к горизонтальному расположению ребер
 *Часто наличие увеличенных размеров сердца
 Часто наличие нормальных размеров сердца

ДЛЯ БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ ХАРАКТЕРНО ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Увеличения количества эритроцитов
 *Анемии
 Повышения содержания гемоглобина
 Гипоксемии
 Гиперкапнии

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КАК ПРАВИЛО, ОТМЕЧАЕТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Гипоксемии
 *Гипокапнии
 Гиперкапнии
 Респираторного ацидоза

УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВЫДОХА БОЛЬШЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ:

Эмфиземой
 *Хроническим бронхитом
 Бронхоэктатической болезнью
 Саркоидозом
 Пневмокониозом

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ВКЛЮЧАЕТ:

Лечение обострений бронхо-легочной инфекции
 Применение бронходилататоров
 Применение средств, разжижающих мокроту
 *Все перечисленное

ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ СТЕПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

Бета-2-стимуляторы
 Эуфиллин
 Глюкокортикоидные гормоны
 *Все перечисленное

К ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ГОРМОНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Беклометазона
 Триамсинолона
 Бетаметазона
 *Тербуталина

К БЕТА-2-СТИМУЛЯТОРАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Сальбутамола

Тербуталина
Беротека
*Интала
Альбутерола

САМЫМ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Одышка
Кашель
Обмороки
Кровохарканье
Боли в грудной клетке

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ:

Не превышает 2-х лет
*От 2-х до 5 лет
Более 5 лет
Более 10 лет
Более 20 лет

ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФИЗИКАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Систолического шума трехстворчатой недостаточности
Усиления легочного компонента 2-го тона
*Выраженного расщепления 2-го тона
Пальпируемого толчка правого желудочка
Правожелудочкового 3-го тона

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ХАРАКТЕРНО:

Увеличение ствола легочной артерии
Увеличение правого желудочка
Увеличение главных ветвей легочной артерии
Сужение периферических артерий
*Все перечисленное

НА ЭКГ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КРАЙНЕ РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ:

Отклонение электрической оси вправо
*Отклонение электрической оси влево
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса
Увеличение зубца R в V1
Увеличение зубца S в V6

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Гликозиды
Диуретики
*Вазодилататоры
Ингаляции кислорода

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАЗНАЧАЮТ:

Нитраты

Апрессин

*Антагонисты кальция

Реджитин

Изадрин

ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, КРОМЕ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ, ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО СЧИТАЮТСЯ:

Гликозиды

Диуретики

*Антикоагулянты

Все перечисленные

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТОНИЯ РАСПОЗНАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ:

Систолическое АД в легочной артерии выше 20 мм ртст

*Систолическое давление выше 30 мм ртст

Систолическое давление выше 50 мм ртст

*Среднее давление выше 20 мм ртст

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВАЗОДИЛЯТАТОРЫ:

Папаверин

Эуфиллин

*Нифедипин, верапамил

*Каптоприл, эналаприл

УВЕЛИЧИТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЖНО, ПРИМЕНЯЯ:

Вазодилататоры

Антикоагулянты

Трансплантацию "сердце-легкие"

Все перечисленное

*Научных доказательств недостаточно

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В:

Увеличении силы и скорости сокращения сердечной мышцы

Увеличении сердечного выброса

Уменьшении конечно-диастолического объема

Уменьшении конечно-систолического объема

*Все перечисленное

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ КОНЦЕНТРАЦИЯ ИОНОВ КАЛЬЦИЯ ВНУТРИ МИОЦИТА:

*Увеличивается

Уменьшается

Не меняется

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ РЕФРАКТЕРНЫЙ ПЕРИОД АВ-СОЕДИНЕНИЯ:

*Увеличивается

Уменьшается
 Не меняется
 Возможны все варианты

ЗАМЕДЛЕНИЕ АВ-ПРОВОДИМОСТИ ПОД ВЛИЯНИЕМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ
 ОБУСЛОВЛЕНО:

Прямым действием на проводящую систему
 Экстракардиальным влиянием через блуждающий нерв
 *И тем, и другим
 Ни тем, ни другим

ВЛИЯНИЕ ГЛИКОЗИДОВ НА ВОЛОКНА ПУРКИНЬЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

Укорочении потенциала действия
 Укорочении рефрактерного периода
 Повышении скорости диастолической деполяризации
 *Все ответы правильные

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ:

Увеличение эктопической активности желудочков
 Уменьшение эктопической активности
 Ни то, ни другое
 *Все ответы правильные

ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА
 QT НА ЭКГ:

*Уменьшается
 Увеличивается
 Не меняется
 Возможны все варианты

ДИУРЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ОБУСЛОВЛЕН:

Увеличением минутного объема и улучшением почечной циркуляции
 Непосредственной блокадой реабсорбции натрия в канальцах почек
 *И тем, и другим
 Ни тем, ни другим

К ТОКСИЧЕСКОМУ ДЕЙСТВИЮ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ МОЖНО ОТНЕСТИ
 ПОЯВЛЕНИЕ:

Нарушений зрения
 Парастезии
 Психоза
 Всего перечисленного
 *Ничего из перечисленного

ПОСТНАГРУЗКА (СОПРОТИВЛЕНИЕ ОПОРОЖНЕНИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА) ПРИ
 ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ В СЛУЧАЯХ НОРМАЛЬНОЙ
 ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА МОЖЕТ:

*Увеличиться
 Уменьшиться
 Возможны оба варианта

ПОСТНАГРУЗКА (СОПРОТИВЛЕНИЕ ОПОРОЖНЕНИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА) ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОБЫЧНО:

Увеличивается

Уменьшается

*Не меняется

СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ УМЕНЬШАЮТ ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ:

Увеличения влияния блуждающего нерва

Увеличения минутного объема сердца и рефлекторного снижения уровня катехоламинов

Удлинения рефрактерного периода и замедления проводимости в АВ соединении

*Всего перечисленного

НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛИКОЗИДОВ:

*Per os (внутрь)

Путем внутривенных капельных вливаний

Путем внутривенных струйных вливаний

ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ:

Строфантина

Изоланида

Дигоксина

*Дигитоксина

К АРИТМОГЕННОМУ ДЕЙСТВИЮ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ:

Гипокалиемия

Гиперкальциемия

Гипомагниемия

*Все перечисленное

В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ СВЯЗЫВАЕТСЯ:

Дигоксин

Изоланид

*Дигитоксин

Коргликон

НЕ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ:

Увеличение диуреза

Уменьшение размеров печени

Уменьшение отеков

Все ответы правильные

*Правильного ответа нет

ПРИ ДИГИТАЛИЗАЦИИ БЫСТРЫМ ТЕМПОМ ЭФФЕКТ ДОСТИГАЕТСЯ:

*В течение I суток

На 3-и сутки

На 5-ые сутки

ПРИ ДИГИТАЛИЗАЦИИ УМЕРЕННО БЫСТРЫМ ТЕМПОМ ЭФФЕКТ ОБЫЧНО ДОСТИГАЕТСЯ:

В течение I суток

*На 3-и сутки

На 7 сутки

ПРИ ДИГИТАЛИЗАЦИИ МЕДЛЕННЫМ ТЕМПОМ ЭФФЕКТ ОБЫЧНО ДОСТИГАЕТСЯ:

В течение I суток

На 3-и сутки

*В более поздние сроки

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ СТРОФАНТИНА СОСТАВЛЯЕТ:

Около I суток после прекращения лечения

*Около 2 суток после прекращения лечения

Около 5-10 суток после прекращения лечения

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ДИГОКСИНА СОСТАВЛЯЕТ:

Около I-I,5 суток после прекращения лечения

*Около 2 суток после прекращения лечения

Около 7 суток после прекращения лечения

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ДИГИТОКСИНА СОСТАВЛЯЕТ:

*Около 5-7 суток после отмены

Около 10 суток после отмены

Около 21-25 дней после отмены

СКОРОСТЬ ИНАКТИВАЦИИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИХ С:

Фенобарбиталом

Неомицином

Дифенином

Ни с одним из перечисленных средств

*Со всеми перечисленными средствами

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ, ВСЕГДА СВЯЗАНА С:

Обострением основного патологического процесса

Недостаточной поддерживающей дозой препарата

Нерациональными сочетаниями с другими препаратами, используемыми в комплексной терапии

*Все ответы правильные

К ФАКТОРАМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ГЛИКОЗИДНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ, ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

*Гипотиреоза

Электролитных расстройств

Легочной недостаточности, легочного сердца

Правильного ответа нет

ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ГЛИКОЗИДНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

Пожилой возраст

Почечная недостаточность

Нарушение баланса электролитов (калия, магния)

Дилятация камер сердца

*Правильного ответа нет

ПРОЯВЛЕНИЕМ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

Отсутствие аппетита

Тошнота, рвота

Нарушение зрения

Появление суправентрикулярных тахикардий

*Правильного ответа нет

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

Дифенин

Фуросемид

Соли калия

*Правильный ответ 1 и

Все ответы правильные

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Лидокаин

Соли калия

Дифенин

*Все перечисленное

«ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КАРДИОЛОГИИ»

ДИАФРАГМАЛЬНАЯ (НИЖНЯЯ) ПОВЕРХНОСТЬ СЕРДЦА ПРЕДСТАВЛЕНА В ОСНОВНОМ:

Правым желудочком

*Левым желудочком

Левым предсердием

МЕХАНИЧЕСКОЕ СЦЕПЛЕНИЕ СОСЕДНИХ КАРДИОМИОЦИТОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

*Промежуточными соединениями

*Десмосомами

Поперечной тубулярной системой

Ничем из перечисленного

КОРОНАРНЫЕ АРТЕРИИ ОТНОСЯТСЯ К АРТЕРИЯМ:

Эластического типа

Мышечно-эластического типа

Мышечного типа

ОСНОВНЫМИ СОКРАТИТЕЛЬНЫМИ БЕЛКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

*Миозин

Тропомиозин
 Тропонин
 *Актин

НА СКОРОСТЬ СОКРАЩЕНИЯ МИОФИБРИЛЛ ВЛИЯЮТ:

Скорость гидролиза АТФ
 Концентрация ионов кальция
 Концентрация ионов магния
 *Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

К ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЕ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

Синусового узла
 *Клеток сократительного миокарда
 Атрио-вентрикулярного узла
 Пучка Гиса и его разветвлений
 Волокон Пуркинье

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ СКОРОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ИМПУЛЬСОВ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В:

Атрио-вентрикулярном узле
 Атрио-вентрикулярном соединении
 Пучке Гиса
 *Волокнах Пуркинье

К АРТЕРИЯМ МЫШЕЧНОГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ:

Легочная артерия
 *Коронарные артерии
 *Почечная, мезентериальные артерии
 Все перечисленное

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОГО УЗЛА В НОРМЕ:

*Замедление проведения импульсов
 Ускорение проведения импульсов
 Генерация импульсов
 Все перечисленное
 Ничего из перечисленного

ИЗМЕНЕНИЯ КОНЕЧНОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ:

*Ишемической болезнью сердца
 Нарушением липидного обмена
 *Диабетической ангиопатией
 Всем перечисленным

СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

*Фактором риска развития мозгового инсульта
 Характеризует доброкачественное течение гипертонии
 Часто приводит к развитию недостаточности кровообращения
 Является вариантом нормы
 Все ответы правильные

ОСНОВНЫМИ УСЛОВИЯМИ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМИИ ПО МЕХАНИЗМУ ПОВТОРНОГО ВХОДА волны возбуждения являются:

Наличие 2-х путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически

Блокада проведения импульса по одному из них

Восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении

*Все перечисленное

НАЛИЧИЕ АРИТМИИ У БОЛЬНОГО ВСЕГДА УКАЗЫВАЕТ НА:

Заболевание сердца

Плохой прогноз жизни у данного больного

*Может выявляться у практически здоровых людей

Все перечисленное

АБСОЛЮТНЫЙ РЕФРАКТЕРНЫЙ ПЕРИОД МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ

Продолжительности комплекса QRS

Продолжительности сегмента ST

*Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST

Окончанию зубца T

ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РЕФРАКТЕРНЫЙ ПЕРИОД МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ

Продолжительности комплекса QRS

Продолжительности сегмента ST

*Продолжительности зубца T

Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST

ФУНКЦИЕЙ ВОЗБУДИМОСТИ ОБЛАДАЮТ

*Клетки проводящей системы

*Клетки сократительного миокарда

Мезенхимальные клетки

Все перечисленное

НАИБОЛЬШЕЙ АВТОМАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ В НОРМЕ ОБЛАДАЮТ

*Синусовый узел

Атрио-вентрикулярное соединение

Пучок Гиса

Волокна Пуркинье

ОБРАЗОВАНИЕ ТРОМБОВ:

*Часто наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов

Редко наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов

Не зависит от сосуда

ФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КРОВИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГЕПАРИНА

Повышается

Понижается

*Не изменяется

ЗАМЕДЛЕНИЕ ТОКА КРОВИ

Сочетается с повышением содержания тромбоцитов в крови
 Сопровождается повышением вязкости крови
 *Сопровождается повышением риска тромбообразования
 Сопровождается снижением фибринолитической активности крови

ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ КАРОТИДНОГО СИНУСА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Увеличивается
 *Уменьшается
 Не изменяется

ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ КАРОТИДНОГО СИНУСА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Повышается
 *Понижается
 Не изменяется

В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ИМЕЮТСЯ

*Альфа- и бета-адренергические рецепторы
 Только альфа-адренорецепторы
 Только бета-адренорецепторы

У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ЧАСТАЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Увеличивает ударный объем
 *Уменьшает ударный объем
 Не влияет на ударный объем

АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН СОСТОИТ ИЗ

*Трех створок
 Двух створок
 Одной створки

У здоровых людей адреналин:

*Увеличивает частоту сердечных сокращений
 Уменьшает частоту сердечных сокращений
 Не влияет на частоту сердечных сокращений

ФАКТОРАМИ РИСКА В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

Артериальной гипертонии
 Гиперхолестеринемии
 *Повышенной толерантности к углеводам
 Курения
 Правильного ответа нет

КУРЕНИЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

Фактором риска развития перемежающейся хромоты
 Одним из факторов риска в развитии ишемической болезни сердца
 Одним из факторов риска в развитии бронхогенного рака легких
 *Все ответы правильные

ЗНАЧЕНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА КАК ФАКТОРА РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА АССОЦИИРУЕТСЯ С

Нарушением липидного обмена
 Нарушением углеводного обмена
 Повышением уровня артериального давления
 Понижением физической активности
 *Всем перечисленным

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
 НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

Повышение массы тела на 30% и более
 *Гиперхолестеринемия более 240 мг %
 Артериальная гипертензия при диастолическом АД = 95 ммртст
 Нарушение толерантности к углеводам

УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОСНОВНОМ ЗАВИСИТ ОТ ВЕЛИЧИНЫ
 СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ

В аорте и ее ветвях
 В капиллярах
 *В артериолах
 В венах

В ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ МЕЖДУ ВЕЛИЧИНОЙ МИНУТНОГО ОБЪЕМА И
 ВЕЛИЧИНОЙ ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ
 СУЩЕСТВУЕТ

*Обратная зависимость
 Прямая зависимость
 Нет четкой зависимости

СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИИ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, КРИТЕРИЕМ ПОГРАНИЧНОГО
 ПОВЫШЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

130-139 ммртст
 *140-159 ммртст
 160-170 ммртст
 180-190 ммртст

СОДЕРЖАНИЕ РЕНИНА В КРОВИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МОЖЕТ БЫТЬ
 Нормальным

Пониженным
 Повышенным
 *Все ответы правильные

ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ РЕНИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНОГО С
 АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ

Стеноза устья почечных артерий
 *Синдрома Конна
 Гипертонической болезни
 Феохромоцитомы
 Пиелонефрита

МЕХАНИЗМАМИ ПОВЫШЕНИЯ АД МОГУТ БЫТЬ

Повышение общего периферического сосудистого сопротивления
 Увеличение массы циркулирующей крови
 Увеличение минутного объема сердца

*Все перечисленное

СИНТЕЗ РЕНИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

*Клетках юкстагломерулярного аппарата

Клетках коркового слоя надпочечников

Клетках мозгового слоя надпочечников

Все ответы правильные

РЕГУЛЯЦИЯ СЕКРЕЦИИ РЕНИНА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

Барорецепторами, находящимися в стенках приводящих почечных артериол

Хеморецепторами дистальных почечных канальцев

Симпато-адреналовой системой

Простагландинами

*Все ответы правильные

ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ РЕНИНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

Кровопотере

Гиповолемии

Резком ограничении соли в пище

Стенозе почечных артерий

*Всем перечисленном

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СУБСТАНЦИЙ ВАЗОПРЕССОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*Ангиотензин- II

Ангиотензин- I

Ренин

Простаглицлин

Все ответы правильные

ПРИ ВОЗРАСТАНИИ КОНЦЕНТРАЦИИ НАТРИЯ В ПЛАЗМЕ СЕКРЕЦИЯ РЕНИНА

*Уменьшается

Увеличивается

Не меняется

ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АЛЬДОСТЕРОНА СОЧЕТАЕТСЯ С

*Гипокалиемией

Гиперкалиемией

Не влияет на содержание калия

ТРАНСПОРТ ЛИПИДОВ КРОВИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

*Белками

Форменными элементами крови

Углеводами

Липиды находятся в плазме в свободном состоянии

ФОСФОЛИПИДЫ ВХОДЯТ В СОСТАВ

Хиломикронов

Липопротеидов очень низкой плотности

Липопротеидов низкой плотности

Липопротеидов высокой плотности

*Все ответы правильные

ОСНОВНОЙ ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ ПИЩЕВЫХ ЛИПИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

*Хиломикроны

Липопротеиды очень низкой плотности

Липопротеиды низкой плотности

Липопротеиды высокой плотности

Все ответы правильные

ОСНОВНОЙ ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ ЭНДОГЕННОГО ХОЛЕСТЕРИНА ЯВЛЯЮТСЯ

Хиломикроны

Липопротеиды очень низкой плотности

*Липопротеиды низкой плотности

Липопротеиды высокой плотности

Все ответы правильные

НАИБОЛЕЕ "АТЕРОГЕННЫМИ" ЛИПОПРОТЕИДАМИ СЧИТАЮТСЯ

Хиломикроны

Липопротеиды очень низкой плотности

*Липопротеиды низкой плотности

Липопротеиды высокой плотности

Липопротеиды промежуточной плотности

ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯ СЧИТАЕТСЯ "АТЕРОГЕННОЙ", ЕСЛИ

Понижено содержание липопротеидов низкой плотности

Понижено содержание липопротеидов очень низкой плотности

Повышено содержание липопротеидов высокой плотности

Все ответы правильные

*Правильного ответа нет

ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ В МЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ АРТЕРИИ

Эластического типа

Мышечно-эластического типа

*Мышечного типа

ЛИПОИДОЗ АОРТЫ

Никогда не наблюдается у детей грудного возраста

*Всегда встречается у детей грудного возраста

Может встречаться у детей грудного возраста

ЛИПОИДОЗ АОРТЫ

Редко встречается у детей 10-летнего возраста

*Часто встречается у детей 10-летнего возраста

Не встречается у детей 10-летнего возраста

ЛИПОИДОЗ АОРТЫ:

*Может подвергаться обратному развитию

Не может подвергаться обратному развитию

Неизвестно

ДЛЯ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ II "А" ТИПА ХАРАКТЕРНО

*Повышение уровня холестерина

Повышение уровня триглицеридов

Повышение уровня холестерина и триглицеридов

Правильного ответа нет

ДЛЯ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ ТИПА II "Б" ХАРАКТЕРНО

Повышение уровня холестерина

Повышение уровня триглицеридов

*Повышение уровня холестерина и триглицеридов

Правильного ответа нет

ДЛЯ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ 4 ТИПА ХАРАКТЕРНО

Повышение уровня холестерина

*Повышение уровня триглицеридов

Повышение уровня холестерина и триглицеридов

Правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ АТЕРОГЕННЫМ ИЗ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Тип I

*Тип 2 "А"

*Тип 2 "Б"

Тип 4

ПЕРЕДНЯЯ ПОВЕРХНОСТЬ СЕРДЦА ПРЕДСТАВЛЕНА В ОСНОВНОМ

Ушком правого предсердия и правым предсердием

*Правым желудочком

Левым желудочком

В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ КАЛИЯ

*Внутри клетки больше, чем вне клетки

Внутри клетки меньше, чем вне клетки

Внутри и вне клетки одинакова

В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ НАТРИЯ

Внутри клетки больше, чем вне клетки

*Внутри клетки меньше, чем вне клетки

Внутри клетки и вне клетки одинакова

ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ НАГРУЗКИ НА СЕРДЦЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОЕ
ФОСФОРИЛИРОВАНИЕ

*Активизируется

Угнетается

Не изменяется

КОРОНАРНОЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ

Более выражено, чем в предсердиях

Характеризуется широким внутриорганным анастомозированием

Более развито во внутренних слоях миокарда

*Все перечисленное

Ничего из перечисленного