

1. Наиболее частой причиной возникновения систолического шума при остром инфаркте миокарда является:
  - 1) Дисфункция папиллярных мышц.
  - 2) Разрыв межжелудочковой перегородки.
  - 3) Отрыв сухожильных мышц.
  - 4) Разрыв сухожильных хорд.
2. К факторам риска развития гипертонической болезни не могут быть отнесены:
  - 1) Большие нервно-эмоциональные нагрузки.
  - 2) Избыточное потребление жиров и углеводов.
  - 3) Отягощенная по гипертонии наследственность.
  - 4) Повышенная масса тела.
  - 5) Избыточное потребление поваренной соли.
3. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:
  - 1) Поражение артерий сетчатки.
  - 2) Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
  - 3) Нарушения ритма сердца.
  - 4) Появление блокад сердца.
4. При гипертонической болезни на ЭКГ наиболее часто выявляются:
  - 1) Замедление предсердно-желудочковой проводимости.
  - 2) Блокада ветвей пучка Гиса.
  - 3) Увеличение амплитуды зубца U
  - 4) Гипертрофия левого желудочка.
  - 5) Все перечисленное.
5. У больных с гипертонической болезнью при инфаркте миокарда увеличивается риск развития:
  - 1) Желудочковой пароксизмальной тахикардии.
  - 2) Разрыва миокарда.
  - 3) Тромбоэмболии.
  - 4) Пневмонии.
6. Для гипертонической болезни I стадии характерно:
  - 1) Транзиторное повышение АД.
  - 2) Электрокардиографические признаки гипертрофии миокарда.
  - 3) Нарушение функции почек.
  - 4) Геморрагии в сетчатке.
  - 5) Все перечисленное.
7. Злокачественное течение артериальной гипертонии чаще встречается при:
  - 1) Гипертонической болезни.
  - 2) Симптоматических гипертензиях.
  - 3) Одинаково часто при эссенциальной гипертонии и вторичных артериальных гипертензиях.
8. При синдроме злокачественной артериальной гипертонии могут иметь место следующие симптомы:
  - 1) Высокое артериальное давление (более 220/130 мм. рт. ст.).
  - 2) Тяжелое поражение глазного дна.
  - 3) Нарушение функции почек.
  - 4) Гипертоническая энцефалопатия.

- 5) Все перечисленное.
9. Заболеваниями, наиболее часто приводящими к развитию вторичных артериальных гипертензий, являются:
- 1) Коарктация аорты
  - 2) Гломерулонефрит
  - 3) Гипоплазия почечных артерий.
  - 4) Феохромоцитома.
  - 5) Первичный гиперальдостеронизм.
  - 6) Все перечисленное
10. При коарктации аорты АД повышается:
- 1) В артериях верхних конечностей.
  - 2) На нижних конечностях.
  - 3) В почечных артериях.
  - 4) Все ответы правильные.
  - 5) Правильного ответа нет.
11. При вазоренальных артериальных гипертониях АД повышается в результате:
- 1) Повышения активности симпатoadреналовой системы.
  - 2) Увеличения объема циркулирующей крови.
  - 3) Повышения активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
  - 4) Увеличения минутного объема сердца.
  - 5) Всего перечисленного.
12. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:
- 1) Гипергликемия.
  - 2) Гипогликемия.
  - 3) Лейкопения.
  - 4) Лимфоцитоз.
  - 5) Ничего из перечисленного.
13. Феохромоцитома является опухолью:
- 1) Коркового слоя надпочечников.
  - 2) Паренхимы почек.
  - 3) Мозгового слоя надпочечников.
14. Наиболее часто феохромоцитома локализуется:
- 1) В одном надпочечнике.
  - 2) В обоих надпочечниках.
  - 3) В надпочечнике и вне надпочечника.
15. Альдостерома является опухолью:
- 1) Сетчатой зоны коркового слоя надпочечников.
  - 2) Пучковой зоны коркового слоя надпочечников.
  - 3) Клубочковой зоны коркового слоя надпочечников.
16. Для первичного гиперальдостеронизме (синдром Конна) характерно:
- 1) Кризовое течение артериальной гипертонии.
  - 2) Стабильное повышение АД без кризов.
  - 3) Нормальное АД.
17. Фибромышечная дисплазия почечных артерий встречается чаще:
- 1) У мужчин.
  - 2) У женщин.

- 3) Одинаково часто у мужчин и женщин.
18. Неспецифический аортоартериит встречается чаще:
- 1) У женщин.
  - 2) У мужчин.
  - 3) Одинаково часто у женщин и мужчин.
19. Кардиомиопатией называют:
- 1) Поражения миокарда известной этиологии.
  - 2) Поражения миокарда, связанные с каким-либо системным заболеванием.
  - 3) Поражения миокарда неизвестной этиологии.
  - 4) Специфические заболевания миокарда
  - 5) Все перечисленное
20. Идиопатические формы поражения миокарда включают:
- 1) Гипертрофическую форму кардиомиопатии
  - 2) Дилатационную форму кардиомиопатии
  - 3) Рестриктивную форму кардиомиопатии
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Гипертрофическую форму кардиомиопатии и дилатационную форму кардиомиопатии.
21. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:
- 1) Левожелудочковая недостаточность
  - 2) Правожелудочковая недостаточность
  - 3) Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков
  - 4) Возможны все варианты
22. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается:
- 1) Дующий пансистолический шум.
  - 2) Поздний систолический шум.
  - 3) Четвертый тон.
  - 4) Диастолический шум.
23. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:
- 1) Одышка.
  - 2) Стенокардия напряжения.
  - 3) Обмороки.
  - 4) Все перечисленное.
24. Для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:
- 1) Нормального пульса на сонных артериях.
  - 2) Медленного, анакротического, плато пульса на сонных артериях.
  - 3) Отрывистого (быстрого, укороченного) пульса на сонных артериях.
25. На ЭКГ у больных гипертрофической кардиомиопатией :
- 1) Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии левого желудочка.
  - 2) Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии правого желудочка.
  - 3) Обычно ЭКГ в пределах нормы.
  - 4) На ЭКГ обычно регистрируются признаки блокады левой ножки пучка Гиса.
  - 5) На ЭКГ обычно регистрируется неполная блокада правой ножки пучка Гиса
26. Для больных с "верхушечной" гипертрофической кардиомиопатией характерна регистрация на ЭКГ:

- 1) Гигантских отрицательных зубцов Т в левых грудных отведениях (V4-V6) - глубиной до 10 мм и более.
  - 2) Патологических зубцов Q.
  - 3) Признаков гипертрофии правого желудочка.
  - 4) Блокады левой ножки пучка Гиса.
27. Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием:
- 1) Поражения миокарда возбудителем инфекции.
  - 2) Воздействия токсинов.
  - 3) Возникновения иммунопатологических реакций.
  - 4) Всего перечисленного.
28. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:
- 1) Вирусные.
  - 2) Бактериальные.
  - 3) Паразитарные.
  - 4) Грибковые.
29. Неинфекционные миокардиты возникают вследствие:
- 1) Аллергических реакций.
  - 2) Токсических воздействий.
  - 3) Химических воздействий.
  - 4) Воздействий физических факторов.
  - 5) Всего перечисленного.
30. Специфическими признаками миокардита являются:
- 1) Повышение температуры.
  - 2) Слабость.
  - 3) Артралгии.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Ничего из перечисленного.
31. На фоне инфекционного заболевания или воздействия неинфекционного этиологического фактора наиболее вероятными типичными признаками миокардита являются:
- 1) Лейкоцитоз.
  - 2) Ускорение СОЭ.
  - 3) Изменения ЭКГ.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Правильного ответа нет.
32. В научных исследованиях для верификации диагноза миокардита используют биопсию миокарда, при этом:
- 1) Положительные результаты биопсии миокарда подтверждают диагноз.
  - 2) Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита.
  - 3) Оба ответа правильные.
33. Для выявления воспалительных изменений миокарда подтверждение может быть получено с помощью:
- 1) Сцинтиграфии миокарда с таллием-201.
  - 2) Биопсии миокарда.
  - 3) Сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.
  - 4) Радионуклидной вентрикулографии.

- 5) Всего перечисленного.
34. При установлении диагноза миокардита:
- 1) Обязательно назначение противовоспалительных препаратов
  - 2) Лечение в большинстве случаев симптоматическое.
  - 3) Обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов.
  - 4) Обязательно назначение препаратов, улучшающих метаболические процессы в миокарде
  - 5) Правильного ответа нет.
35. Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах:
- 1) Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции.
  - 2) Вообще противопоказано при вирусных миокардитах.
  - 3) Оба ответа правильные.
  - 4) Правильного ответа нет.
36. Снижение сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:
- 1) Гипертрофической кардиомиопатии.
  - 2) Дилатационной кардиомиопатии.
  - 3) Рестриктивной кардиомиопатии.
  - 4) Всего перечисленного.
37. Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для:
- 1) Гипертрофической кардиомиопатии.
  - 2) Дилатационной кардиомиопатии.
  - 3) Рестриктивной кардиомиопатии.
  - 4) Встречается с одинаковой частотой при всех формах.
38. Синдром стенокардии напряжения наиболее характерен для больных с:
- 1) Гипертрофической кардиомиопатией.
  - 2) Дилатационной кардиомиопатией.
  - 3) Рестриктивной кардиомиопатией.
  - 4) Встречается с одинаковой частотой при всех формах.
39. Концентрическая симметричная гипертрофия левого желудочка:
- 1) Часто встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
  - 2) Редко встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
  - 3) Не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
40. Гигантские отрицательные зубцы Т в прекардиальных отведениях характерны для:
- 1) Рестриктивной кардиомиопатии.
  - 2) Дилатационной кардиомиопатии.
  - 3) Особого варианта гипертрофической кардиомиопатии.
  - 4) Любых вариантов гипертрофической кардиомиопатии.
41. Сужение выносящего тракта левого желудочка:
- 1) Всегда имеет место при гипертрофической кардиомиопатии.
  - 2) Никогда не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
  - 3) Встречается в части случаев гипертрофической кардиомиопатии.
42. В норме полость перикарда содержит:
- 1) Около 5 мл жидкости.
  - 2) До 50 мл жидкости.
  - 3) 100-200 мл жидкости.
  - 4) 300-500 мл жидкости.

43. Основными функциями перикарда являются:
- 1) Предохранение сердца от чрезмерного растяжения.
  - 2) Фиксация сердца.
  - 3) Обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме.
  - 4) Защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения.
  - 5) Все перечисленное.
44. Наиболее частой причиной сдавливающего (констриктивного) перикардита у лиц молодого возраста является:
- 1) Туберкулез.
  - 2) Сифилис.
  - 3) Ревматизм.
  - 4) Ранения перикарда.
  - 5) Системные заболевания соединительной ткани.
45. К асептическим поражениям перикарда следует отнести:
- 1) Перикардиты при заболеваниях крови.
  - 2) Перикардиты при злокачественных опухолях.
  - 3) Аллергическое или аутоиммунное поражение миокарда.
  - 4) Все перечисленные формы.
  - 5) Ничего из перечисленного.
46. К асептическим перикардитам следует отнести:
- 1) Постинфарктный перикардит.
  - 2) Посткомиссуротомный перикардит.
  - 3) Уремический.
  - 4) Все перечисленные.
  - 5) Ничего из перечисленного.
47. В острой стадии перикардита происходит:
- 1) Выпадение нитей фибрина.
  - 2) Накопление экссудата.
  - 3) Ничего из перечисленного.
  - 4) Все перечисленное.
48. При хроническом перикардите:
- 1) Происходит разрастание грануляционной ткани.
  - 2) Формируются спайки между листками перикарда.
  - 3) Происходит облитерация полости перикарда.
  - 4) Имеет место все перечисленное.
49. Парадоксальный пульс - это:
- 1) Исчезновение пульса или уменьшение его наполнения при вдохе.
  - 2) Низкая амплитуда пульсовой волны на периферических артериях при высокой амплитуде его на магистральных сосудах.
  - 3) И то, и другое.
  - 4) Ни то, ни другое.
50. Причиной “парадоксального пульса” при перикардите является:
- 1) Резкое снижение сердечного выброса на вдохе.
  - 2) Повышение сердечного выброса на выдохе.
  - 3) Нарушения ритма.
  - 4) Все перечисленное.

- 5) Правильного ответа нет.
51. Центральное венозное давление при накоплении в перикарде жидкости:
- 1) Повышается.
  - 2) Снижается.
  - 3) Не изменяется.
  - 4) Изменения не закономерны.
52. Нарушения гемодинамики при спаечном процессе в перикарде обусловлены:
- 1) Ограничением диастолического растяжения миокарда.
  - 2) Снижением эффекта присасывающей способности грудной клетки.
  - 3) Сдавлением крупных вен.
  - 4) Всем перечисленным.
  - 5) Ограничением диастолического растяжения миокарда и сдавлением крупных вен.
53. Для острого фибринозного перикардита не характерны:
- 1) Брадикардия.
  - 2) Повышение температуры тела.
  - 3) Боль за грудиной.
  - 4) Шум трения перикарда.
  - 5) Дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.
54. При остром фибринозном перикардите может наблюдаться:
- 1) Тахикардия.
  - 2) Шум трения перикарда.
  - 3) Боль за грудиной.
  - 4) Снижение АД.
  - 5) Все перечисленное.
55. Для диагностики острого фибринозного перикардита наиболее важным симптомом является:
- 1) Тахикардия.
  - 2) Шум трения перикарда.
  - 3) Боль за грудиной.
  - 4) Дисфагия.
  - 5) Снижение АД.
56. Шум трения перикарда при фибринозном перикардите:
- 1) Лучше выслушивается в положении сидя.
  - 2) Не связан с дыханием.
  - 3) Усиливается при надавливании стетоскопа.
  - 4) Выслушивается в систолу и диастолу.
  - 5) Все ответы правильные.
57. Для возникновения шума трения перикарда необходимо:
- 1) Нарушение нормального состояния серозной поверхности.
  - 2) Сохранение взаимной подвижности и соприкосновения висцерального и париентального листков перикарда.
  - 3) И то, и другое.
  - 4) Ни то, ни другое.
58. Шум трения перикарда можно выслушать:
- 1) В межлопаточном пространстве.

- 2) Над всей зоной абсолютной тупости сердца.
  - 3) На небольшом участке в IV межреберье слева.
  - 4) Все ответы правильные.
  - 5) Правильного ответа нет.
59. Наиболее информативным для диагностики фибринозного перикардита без выпота следует считать метод:
- 1) Рентгенографии.
  - 2) Эхокардиографии.
  - 3) Аускультации.
  - 4) Электрокардиографии.
60. Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:
- 1) Аускультации.
  - 2) Рентгенографии.
  - 3) Электрокардиографии.
  - 4) Эхокардиографии.
61. При фибринозном перикардите на ЭКГ обычно не бывает:
- 1) Конкордантного смещения сегмента ST во всех грудных отведения.
  - 2) Отрицательного зубца T.
  - 3) Отклонения электрической оси влево.
62. При тампонаде сердца наблюдается:
- 1) Резкая одышка.
  - 2) Цианоз.
  - 3) Тахикардия.
  - 4) Нитевидный пульс.
  - 5) Все перечисленное.
63. При экссудативном перикардите на ЭКГ часто наблюдается:
- 1) Отклонение электрической оси вправо.
  - 2) Депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях.
  - 3) Низкий вольтаж зубцов.
64. При туберкулезном перикардите инфекция распространяется:
- 1) Гематогенно из различных органов.
  - 2) Лимфогенным путем из медиастинальных и трахеобронхиальных лимфоузлов
  - 3) Контактным путем.
65. Наиболее часто вызывают поражение эндокарда:
- 1) Лактобактерии.
  - 2) Синегнойная палочка.
  - 3) Зеленыящие стрептококки.
  - 4) Золотистые стафилококки.
  - 5) Менингококки.
66. Эндокардит могут вызывать:
- 1) Вирусы.
  - 2) Бациллы лихорадки Ку.
  - 3) Сальмонеллы.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Ничего из перечисленного.



67. Предрасполагающими к инфекционному эндокардиту факторами следует считать
- 1) Преходящую бактеремию.
  - 2) Проведение гемодиализа.
  - 3) Наличие искусственных клапанов сердца.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Ничего из перечисленного.
68. Инфекционный эндокардит чаще возникает:
- 1) У больных, имеющих поражение клапанного аппарата.
  - 2) При интактных клапанах.
  - 3) Частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение клапанного аппарата и не имеющих его.
69. Из перечисленного наиболее частым клиническим проявлением подострого инфекционного эндокардита является:
- 1) Лихорадка.
  - 2) Артралгии.
  - 3) Петехии на коже и слизистых.
  - 4) Изменения формы ногтей.
70. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
- 1) Миокардит.
  - 2) Васкулиты мелких сосудов.
  - 3) Эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Ничего из перечисленного.
71. Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:
- 1) Митрального клапана.
  - 2) Аортального клапана.
  - 3) Трехстворчатого клапана.
72. Инфаркт миокарда при инфекционном эндокардите может быть обусловлен:
- 1) Эмболией сосудов бактериальными или тромботическими массами.
  - 2) Поражением *vasa vasorum*.
  - 3) И тем, и другим.
  - 4) Ни тем, и ни другим.
73. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
- 1) Диффузный гломерулонефрит.
  - 2) Инфаркт почки.
  - 3) Очаговый нефрит.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Ничего из перечисленного.
74. Признаком инфаркта почки при остром инфекционном эндокардите является:
- 1) Боль в поясничной области.
  - 2) Гематурия.
  - 3) Дизурические явления.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Правильного ответа нет.
75. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается:

- 1) У большинства больных.
  - 2) Редко.
  - 3) Не встречается.
76. Для острого инфекционного эндокардита характерно:
- 1) Наличие лихорадки, озноба.
  - 2) Наличие лейкоцитоза.
  - 3) Быстрое формирование порока сердца.
  - 4) Быстрое появление признаков сердечной недостаточности.
  - 5) Все перечисленное.
77. Для больного с острым инфекционным эндокардитом характерно наличие:
- 1) Бактеремии.
  - 2) Лейкоцитоза.
  - 3) Увеличение СОЭ.
  - 4) Все ответы правильные.
78. При остром инфекционном эндокардите могут наблюдаться:
- 1) Поражение ЦНС.
  - 2) Поражение клапанов сердца.
  - 3) Эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов.
  - 4) Почечная недостаточность.
  - 5) Все перечисленное.
79. При остром инфекционном эндокардите аортальный порок сердца чаще формируется:
- 1) К 2-й неделе от начала заболевания.
  - 2) К концу 1-го месяца от начала заболевания.
  - 3) К концу 3-4-го месяца заболевания.
  - 4) К концу 1-го полугодия.
80. Наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается:
- 1) Митральный клапан.
  - 2) Аортальный клапан.
  - 3) Трехстворчатый клапан.
81. Для аускультативной картины поражения аортального клапана при подостром инфекционном эндокардите характерно наличие:
- 1) Систолического шума с максимумом во II межреберье справа.
  - 2) Диастолического шума в точке Боткина.
  - 3) Диастолического шума на верхушке.
82. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
- 1) Экстрасистолия.
  - 2) Мерцательная аритмия.
  - 3) Нарушения АВ проводимости.
  - 4) Синусовая брадикардия или тахикардия.
  - 5) Все перечисленное.
83. При подостром инфекционном эндокардите инфаркт миокарда вследствие тромбоэмболии коронарной артерии развивается:
- 1) Редко.
  - 2) Примерно в половине случаев.
  - 3) У большинства больных.
84. Инфекционный эндокардит может осложняться развитием:

- 1) Перикардита.
  - 2) Миокардита.
  - 3) Того, и другого.
  - 4) Ни одного из них.
85. Наиболее специфичными для подострого инфекционного эндокардита является:
- 1) Увеличение СОЭ.
  - 2) Анемия.
  - 3) Лейкоцитопения.
  - 4) Бактеремия.
86. Для абактериальной стадии подострого инфекционного эндокардита не характерно наличие:
- 1) Тромбоэмболии в различные органы.
  - 2) Артралгии.
  - 3) Анемии, лейкоцитопении, тромбоцитопении.
  - 4) Развитие порока сердца.
  - 5) Положительного результата посева крови.
87. При подостром инфекционном эндокардите наблюдается:
- 1) Умеренная лихорадка.
  - 2) Боль в груди.
  - 3) Одышка.
  - 4) Слабость.
  - 5) Все перечисленное.
88. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
- 1) Гломерулонефрит с явлениями почечной недостаточности.
  - 2) Артриты.
  - 3) Синовиит.
  - 4) Васкулиты.
  - 5) Все перечисленное.
89. Причиной сердечной недостаточности при подостром инфекцион-ном эндокардите может быть:
- 1) Формирование порока митрального клапана.
  - 2) Формирование порока аортального клапана.
  - 3) Формирование порока трикуспидального клапана.
  - 4) Сопутствующий миокардит.
  - 5) Все перечисленное.
90. При подостром инфекционном эндокардите порок сердца чаще формируется:
- 1) В течение 2-3 недель от начала заболевания.
  - 2) В течение 1-6 месяцев от начала заболевания.
  - 3) К концу 1-го года заболевания.
91. Острый инфекционный эндокардит может осложниться:
- 1) Разрывом хорды.
  - 2) Образованием аневризмы аорты.
  - 3) Разрывом межжелудочковой перегородки.
  - 4) Развитием пиогемоперикарда.
  - 5) Всем перечисленным.
92. При инфекционном эндокардите эмболии возможны в:

- 1) Артерии почек.
  - 2) Коронарные артерии.
  - 3) Артерии селезенки.
  - 4) Артерии мозга.
  - 5) Во все перечисленные.
93. При инфекционном эндокардите возможно возникновение:
- 1) Инфаркта почки.
  - 2) Абсцесса почки.
  - 3) Диффузного гломерулонефрита.
  - 4) Всего перечисленного.
  - 5) Ничего из перечисленного.
94. Для острого инфекционного эндокардита не характерно:
- 1) Увеличение СОЭ.
  - 2) Анемия.
  - 3) Тромбоцитопения.
  - 4) Лейкопения.
  - 5) Правильного ответа нет.
95. Причиной недостаточности митрального клапана может быть:
- 1) Ревматизм.
  - 2) Атеросклероз.
  - 3) Инфекционный эндокардит.
  - 4) Правильно: ревматизм и инфекционный эндокардит.
  - 5) Все перечисленное.
96. Митральный стеноз чаще всего является следствием:
- 1) Ревматизма.
  - 2) Инфекционного эндокардита.
  - 3) Системной красной волчанки.
  - 4) Атеросклероза.
97. При появлении мерцательной аритмии у больных с митральным стенозом пресистолический шум:
- 1) Не изменяется.
  - 2) Усиливается.
  - 3) Исчезает.
  - 4) Ослабевает.
98. Причиной возникновения органической недостаточности митрального клапана может быть:
- 1) Ревматизм.
  - 2) Склеродермия.
  - 3) Ревматоидный полиартрит.
  - 4) Септический эндокардит.
  - 5) Все перечисленное.
99. При недостаточности митрального клапана I-й тон:
- 1) Усилен.
  - 2) Не изменен.
  - 3) Ослаблен.

100. У больных с выраженной недостаточностью митрального клапана 3-й тон выслушивается на верхушке сердца:
- 1) Довольно часто.
  - 2) Очень редко.
  - 3) Всегда.
101. Синдром митральной регургитации при органической недостаточности митрального клапана включает:
- 1) Систолический шум на верхушке.
  - 2) Ослабление 1-го тона.
  - 3) Наличие 3-го тона сердца.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Все ответы неправильные.
102. Отек легких у больных с недостаточностью митрального клапана развивается:
- 1) Более часто, чем у больных с митральным стенозом.
  - 2) Менее часто, чем у больных с митральным стенозом.
  - 3) Нет различий в частоте развития отека легких при митральном стенозе и митральной недостаточности.
103. У больных с пролапсом митрального клапана могут быть:
- 1) Недостаточность кровообращения.
  - 2) Инфекционный эндокардит.
  - 3) Нарушения ритма сердца.
  - 4) Все ответы правильные.
  - 5) Все ответы неправильные.
104. Для синдрома пролабирования митрального клапана характерно все перечисленное, кроме:
- 1) Болей в грудной клетке.
  - 2) Экстрасистолии.
  - 3) Синусовой тахикардии.
  - 4) Синусовой брадикардии.
105. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:
- 1) Ревматизм.
  - 2) Атеросклероз.
  - 3) Врожденная патология клапана.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Ничего из перечисленного.
106. При стенозе устья аорты продолжительность систолы левого желудочка:
- 1) Увеличивается.
  - 2) Уменьшается.
  - 3) Не изменяется.
107. Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при:
- 1) Митральном стенозе.
  - 2) Недостаточности митрального клапана.
  - 3) Недостаточности аортального клапана.
  - 4) Стенозе устья аорты.
108. При стенозе устья аорты ревматической этиологии 2-ой тон:
- 1) Усилен.

- 2) Ослаблен.
  - 3) Не изменен.
109. Характерными изменениями ЭКГ у больных со стенозом устья аорты являются все перечисленные, кроме:
- 1) Блокады правой ножки пучка Гиса.
  - 2) Блокады левой ножки пучка Гиса.
  - 3) Гипертрофии левого желудочка.
110. Первичной клинической формой нарушения ритма сердца не является:
- 1) Экстрасистолия.
  - 2) Атриовентрикулярная диссоциация.
  - 3) Ускоренные эктопические ритмы сердца.
  - 4) Атриовентрикулярная блокада.
  - 5) Ни одно из перечисленных.
111. Экстрасистолией называют:
- 1) Преждевременные импульсы.
  - 2) Импульсы, появляющиеся после паузы.
  - 3) И то, и другое.
  - 4) Ни то, ни другое.
112. К выскальзывающим сокращениям относят:
- 1) Эктопические импульсы.
  - 2) Преждевременные импульсы.
  - 3) Импульсы, появляющиеся после паузы.
  - 4) Все перечисленное.
113. У больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта наиболее часто возникает:
- 1) Мерцательная аритмия.
  - 2) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
  - 3) Желудочковая тахикардия.
  - 4) Атриовентрикулярная блокада.
114. Дополнительные пути проведения импульсов часто сочетаются с:
- 1) Другими врожденными заболеваниями сердца.
  - 2) Семейной отягощенностью в плане наличия дополнительных путей.
  - 3) И то, и другое.
  - 4) Правильного ответа нет.
115. Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ является:
- 1) Укорочение интервала PQ.
  - 2) Дельта-волна
  - 3) Уширение комплекса QRS.
  - 4) Дискордантное смещение сегмента ST.
116. Наиболее опасным вариантом тахиаритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта является:
- 1) Мерцательная аритмия.
  - 2) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
  - 3) Правильного ответа нет.
  - 4) И то, и другое.
117. Основным показанием для назначения длительного мониторирования ЭКГ у больных с заболеваниями сердца является:

- 1) Выявление бессимптомных аритмий.
  - 2) Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ.
  - 3) Оба ответа правильные.
  - 4) Правильного ответа нет.
118. Желудочковая экстрасистолия:
- 1) Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца
  - 2) Может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом.
  - 3) И то, и другое.
  - 4) Ни то, ни другое.
119. Антиаритмические препараты могут вызвать проаритмогенный эффект - учащение аритмии или появление нового вида нарушения ритма. В этом случае:
- 1) Вероятность возникновения аритмогенного эффекта составляет примерно 10% при назначении любого антиаритмического препарата.
  - 2) Аритмогенный эффект зависит от выраженности структурных изменений в сердце
  - 3) Вследствие аритмогенного эффекта может быть даже развитие фибрилляции желудочков и внезапная смерть больного.
  - 4) Все ответы правильные.
  - 5) Правильного ответа нет.
120. Во время мерцания предсердий возможно все перечисленное ниже, кроме:
- 1) Полной нерегулярности сердечных сокращений.
  - 2) Волн f
  - 3) Зубцов P, отличающихся по форме от "синусовых".
  - 4) Правильного ответа нет.
121. Признаком дисфункции синусового узла является:
- 1) Выраженная синусовая брадикардия.
  - 2) Мерцательная аритмия.
  - 3) Предсердная экстрасистолия.
  - 4) Атриовентрикулярная блокада I степени.
  - 5) Все перечисленное.
122. При атриовентрикулярной блокаде 1-й степени на ЭКГ отмечается:
- 1) Выпадение комплексов QRS.
  - 2) Удлинение интервала PQ.
  - 3) Атриовентрикулярная диссоциация.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Ничего из перечисленного.
123. Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:
- 1) Выпадение комплексов QRS.
  - 2) Удлинение интервала PQ.
  - 3) Уширение комплексов QRS.
  - 4) Все перечисленное.
124. При атриовентрикулярной блокаде 3 степени на ЭКГ отмечается:
- 1) Выпадение комплексов QRS.
  - 2) Резкое удлинение интервала PQ.

- 3) Разобщение ритма предсердий и желудочков
  - 4) Все ответы правильные.
125. Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа I (Мобитц-I) характерно:
- 1) Постоянство интервала PQ.
  - 2) Прогрессивное удлинение интервалов PQ перед выпадением комплекса QRS
  - 3) Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
  - 4) Все перечисленное.
126. Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа 2 (Мобитц-2) характерно:
- 1) Прогрессивное удлинение интервала PQ перед выпадением желудочковых комплексов.
  - 2) Постоянство интервала PQ перед выпадением желудочковых комплексов
  - 3) Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
  - 4) Все перечисленное.
127. Абсолютным показанием для имплантации искусственного водителя ритма сердца является:
- 1) Наличие признаков дисфункции синусового узла на ЭКГ.
  - 2) Атриовентрикулярные блокады 2-3-й степени (даже без симптомов).
  - 3) Возникновение предобморочных состояний или эпизодов потери сознания (приступов Морганьи-Эдемса-Стокса) у больных с дисфункцией синусового узла или АВ-блокадой 2-3-й степени.
  - 4) Все перечисленное.
128. Причиной выскальзывающих импульсов являются:
- 1) Повышение частоты сердечных сокращений.
  - 2) Возникновение пауз (эпизодов асистолии).
  - 3) И то, и другое.
  - 4) Ни то, и ни другое.
129. Эктопическим ритмом называют:
- 1) Любой ритм, кроме синусового.
  - 2) Ритмы с частотой менее 60 в мин.
  - 3) Ритмы с частотой более 100 в мин.
  - 4) Все ответы правильные.
  - 5) Правильного ответа нет.
130. Уширение комплексов QRS на ЭКГ может наблюдаться при:
- 1) Эктопическом образовании импульса в желудочках.
  - 2) Нарушении внутрижелудочковой проводимости.
  - 3) Синдроме предвозбуждения желудочков.
  - 4) При всех перечисленных состояниях.
131. Причинами сердечной недостаточности являются:
- 1) Повреждение миокарда.
  - 2) Перегрузка сердца давлением или объемом.
  - 3) Нарушение диастолической функции.
  - 4) Все перечисленное.
132. На величину сердечного выброса влияют:
- 1) Частота сердечных сокращений.
  - 2) Сократимость миокарда.
  - 3) Преднагрузка.



- 4) Постнагрузка.
  - 5) Все перечисленное.
133. На величину преднагрузки влияют:
- 1) Величина венозного притока к сердцу.
  - 2) Тонус артериол.
  - 3) И то, и другое.
  - 4) Ни то, и ни другое.
134. Постнагрузка больше всего зависит от:
- 1) Величины венозного возврата к сердцу.
  - 2) Эластичности миокарда.
  - 3) Общего периферического сопротивления сосудов.
  - 4) Всего перечисленного.
  - 5) Правильного ответа нет.
135. Повышению сердечного выброса способствует:
- 1) Увеличение преднагрузки.
  - 2) Увеличение постнагрузки.
  - 3) Оба ответа правильные.
  - 4) Правильного ответа нет.
136. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:
- 1) Слабость.
  - 2) Приступы сердечной астмы.
  - 3) Отеки ног.
  - 4) Венозный застой в большом круге кровообращения.
  - 5) Все перечисленное.
137. Основным признаком правожелудочковой сердечной недостаточности является
- 1) Слабость.
  - 2) Одышка.
  - 3) Приступы сердечной астмы.
  - 4) Венозный застой в большом круге кровообращения.
  - 5) Все перечисленное.
138. При физикальном обследовании у больных с сердечной недостаточностью могут отмечаться:
- 1) Альтернирующий пульс.
  - 2) 3-й тон сердца.
  - 3) Смещение верхушечного толчка влево и вниз.
  - 4) Повышение уровня пульсации внутренней яремной вены.
  - 5) Все перечисленное.
139. Появление приступов сердечной астмы является признаком недостаточности кровообращения:
- 1) I стадии.
  - 2) II стадии.
  - 3) III стадии.
  - 4) Любой из стадий.
  - 5) II стадии и III стадии.
140. Появление ортопноэ является признаком недостаточности кровообращения:
- 1) I стадии.

- 2) II стадии.
- 3) III стадии.
- 4) Любой из стадий.
- 5) II стадии и III стадии.

141. При недостаточности кровообращения с выраженными периферическими отеками в сочетании с тахисистолической формой мерцательной аритмии прежде всего назначают

- 1) Сердечные гликозиды.
- 2) Диуретики.
- 3) Периферические вазодилататоры.

142. Причиной хронического легочного сердца могут быть:

- 1) Хроническое неспецифическое заболевание легких.
- 2) Заболевания легких.
- 3) Сосудистые заболевания легких.
- 4) Деформации грудной клетки и нарушения нейро-мышечного аппарата
- 5) Все перечисленное.

143. В подавляющем большинстве случаев причиной хронического легочного сердца являются:

- 1) Хронические неспецифические заболевания легких.
- 2) Интерстициальные заболевания легких.
- 3) Сосудистые заболевания легких.
- 4) Деформация грудной клетки, ожирение, нарушения нейро-мышечного аппарата
- 5) Легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

144. Для больных эмфиземой характерно все перечисленное, кроме:

- 1) Набухания вен шеи.
- 2) Уменьшения экскурсии грудной клетки и легочных краев.
- 3) Ослабления дыхания.
- 4) Ослабления голосового дрожания.
- 5) Усиления верхушечного толчка.

145. Для больных легочным сердцем характерно все нижеперечисленное, кроме:

- 1) Увеличения количества эритроцитов.
- 2) Анемии.
- 3) Повышения содержания гемоглобина.
- 4) Гипоксемии.
- 5) Гиперкапнии.

146. На ЭКГ у больных первичной легочной гипертензией крайне редко наблюдается

- 1) Отклонение электрической оси вправо.
- 2) Отклонение электрической оси влево.
- 3) Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
- 4) Увеличение зубца R в V1.
- 5) Увеличение зубца S в V6.

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

- 1) Кровотечение.
- 2) Сепсис, вызванный грамм-отрицательными бактериями
- 3) Анафилаксия.

- 4) Все перечисленное.
  - 5) Правильного ответа нет.
148. У больных с кардиогенным шоком, как правило, отмечается некроз миокарда, массой не менее, чем:
- 1) 10% миокарда.
  - 2) 20% миокарда.
  - 3) 40% миокарда.
  - 4) 60% миокарда.
  - 5) 90% миокарда.
149. К аритмиям, при которых может наблюдаться кардиогенный шок, относятся:
- 1) Устойчивая желудочковая тахикардия.
  - 2) Мерцание предсердий у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
  - 3) Брадиаритмия у больных с нарушением функции левого желудочка.
  - 4) Мерцание предсердий у больных с выраженным аортальным стенозом.
  - 5) Все перечисленное.
150. Частой причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда являются все нижеперечисленные осложнения, за исключением:
- 1) Разрыва головки папиллярной мышцы.
  - 2) Разрыва межжелудочковой перегородки.
  - 3) Перикардита.
  - 4) Инфаркта миокарда правого желудочка.
  - 5) Разрыва левого желудочка.
151. Тяжелый миокардит с развитием артериальной гипотонии могут вызывать:
- 1) Коксаки-вирусы.
  - 2) Эхо-вирусы.
  - 3) Вирусы гриппа.
  - 4) Все перечисленные вирусы.
  - 5) Ничего из перечисленного.
152. Причиной острой тампонады сердца может быть:
- 1) Вирусный перикардит.
  - 2) Выпот в перикард при злокачественных опухолях.
  - 3) Уремия.
  - 4) Разрыв левого желудочка.
  - 5) Правильно: вирусный перикардит и разрыв левого желудочка.
153. Контроль лечения больных с кардиогенным шоком наиболее эффективно обеспечивается:
- 1) Физикальным обследованием.
  - 2) Эхокардиографией.
  - 3) Исследованием гемодинамики с помощью катетеров Свана-Ганса.
  - 4) Электрокардиографией.
  - 5) Всем перечисленным.
154. Отдаленная летальность при мелкоочаговом инфаркте миокарда в сравнении с госпитальной:
- 1) Выше.
  - 2) Ниже.
  - 3) Существенно не различается.

155. Наиболее частыми состояниями, при которых возникает тромбоэмболия легочной артерии, являются все перечисленные, кроме:
- 1) Травмы костей таза и нижних конечностей.
  - 2) Злокачественных новообразований.
  - 3) Заболеваний венозной системы.
  - 4) Оперативных вмешательств.
  - 5) Острых вирусных инфекций.
156. К развитию тромбоэмболии легочной артерии предрасполагает:
- 1) Длительный постельный режим.
  - 2) Истошающие заболевания.
  - 3) Избыточный вес.
  - 4) Сердечная недостаточность.
  - 5) Все перечисленное.
157. Тромбоэмболия считается массивной при obturации просвета сосуда в пределах
- 1) 15-45%.
  - 2) 45-75%.
  - 3) 75-100%.
158. Развитию тромбоэмболии легочной артерии у больных с тяжелой недостаточностью кровообращения способствует все перечисленное, кроме:
- 1) Использования периферических вазодилататоров.
  - 2) Форсированного диуреза.
  - 3) Гиподинамии.
  - 4) Нарушений ритма сердца.
159. Тромбоэмболия легочной артерии возникает при флeботромбозе или тромбoфлeбите вен нижних конечностей чаще всего на:
- 1) 1-ой неделе заболевания.
  - 2) 2-3-ей неделе заболевания.
  - 3) Спустя месяц и более от начала заболевания.
160. Возможными изменениями ЭКГ при тромбоэмболии легочной артерии являются
- 1) Изменение комплексов QRS в V1-V2 по типу RSR.
  - 2) Подъем сегмента ST в III, AVF, V1-V2.
  - 3) Депрессия сегмента ST в I, II, AVL, V5-V6.
  - 4) Все перечисленное.
  - 5) Ничего из перечисленного.
161. Нехарактерным рентгенологическим признаком тромбоэмболии легочной артерии в 1-ые сутки от начала заболевания является:
- 1) Отсутствие или обеднение сосудистого рисунка.
  - 2) Высокое стояние купола диафрагмы.
  - 3) Признаки экссудативного плеврита.
  - 4) Все перечисленное.
162. При молниеносной форме тромбоэмболии легочной артерии эмбол закрывает:
- 1) Основной ствол легочной артерии.
  - 2) Крупные ветви легочной артерии.
  - 3) Множественные мелкие периферические ветви легочной артерии.
163. Что из перечисленного не характерно для аускультативной картины острого легочного сердца:

- 1) Систолический шум на легочной артерии.
  - 2) Диастолический шум на легочной артерии.
  - 3) Акцент II тона на легочной артерии.
  - 4) Тахикардия.
  - 5) Раздвоение II тона на легочной артерии.
164. При тромбоэмболии легочной артерии эмбол может:
- 1) Спонтанно и быстро подвергаться лизису и исчезать в течение нескольких дней
  - 2) Рассасываться медленно.
  - 3) Оставаться на месте и подвергаться организации.
  - 4) Все перечисленные исходы.
  - 5) Правильного ответа нет.
165. При острой тромбоэмболии легочной артерии давление в легочной артерии:
- 1) Резко возрастает.
  - 2) Остается нормальным.
  - 3) Понижается.
166. При острой тромбоэмболии легочной артерии центральное венозное давление:
- 1) Повышается.
  - 2) Остается неизменным.
  - 3) Понижается.
167. Укажите, какой из перечисленных методов является наиболее информативным для диагностики тромбоэмболии легочной артерии:
- 1) ЭКГ.
  - 2) ЭХО-кардиография.
  - 3) Рентгенологическое исследование.
  - 4) Селективная ангиопульмонография.
  - 5) Сцинтиграфия легких.
168. Объектом исследования по первичной профилактике ИБС является:
- 1) Здоровая часть населения с факторами риска, при уменьшении которых можно рассчитывать на предупреждение ИБС.
  - 2) Часть популяции с симптомами ИБС.
  - 3) Больные после перенесенного инфаркта миокарда.
169. Объектом исследования по вторичной профилактике ИБС являются все перечисленные ниже группы, кроме:
- 1) Здоровой части населения, у которой выявляются факторы риска.
  - 2) Части популяции с симптомами ИБС.
  - 3) Больных, перенесших инфаркт миокарда.
170. Врач должен проводить регистрацию АД:
- 1) С точностью до 5 мм. рт.ст.
  - 2) Точность устанавливается произвольно каждым исследователем.
  - 3) С точностью до 1 мм. рт.ст.
  - 4) С точностью, соответствующей цене деления сфигмоманометра.
171. К первичной профилактике ИБС относятся следующие мероприятия:
- 1) Медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена.
  - 2) Пропаганда здорового образа жизни.
  - 3) Диетическая коррекция нарушений липидного обмена.
  - 4) Все перечисленное.

172. Одновременно к первичной и вторичной профилактике ИБС относятся следующие мероприятия:

- 1) Диетические мероприятия.
- 2) Медикаментозная коррекция гиперхолестеринемии.
- 3) Нормализация уровня АД.
- 4) Мероприятия, направленные на отказ от курения.
- 5) Все перечисленное.

173. Вторичная профилактика ИБС проводится среди:

- 1) Здоровых лиц с одним или несколькими факторами риска ИБС.
- 2) Здоровых лиц с совокупностью факторов риска ИБС.
- 3) Больных артериальной гипертонией, не имеющих ИБС.
- 4) Все ответы правильные.
- 5) Правильного ответа нет.

174. К наиболее доказанным факторам риска ИБС относятся все нижеперечисленные, кроме:

- 1) Малоактивного образа жизни, потребления высококалорийной пищи.
- 2) Психоэмоционального стресса.
- 3) Курения.
- 4) Дислиппротеидемии.

175. К основным факторам риска ИБС относятся все нижеперечисленные, кроме:

- 1) Артериальной гипертонии.
- 2) Гиперхолестеринемии.
- 3) Курения.
- 4) Возраста.
- 5) Правильного ответа нет.

176. В выявлении лиц с повышенным и пограничным уровнем АД принимают участие

- 1) Участковые терапевты.
- 2) Сотрудники кабинета доврачебного приема (кабинет профилактики).
- 3) Врачи-кардиологи.
- 4) Врачи любой специальности.
- 5) Все перечисленные.

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

- 1) Нормальным.
- 2) Пониженным.
- 3) Повышенным.
- 4) Все ответы правильные.

178. Высокая активность ренина в плазме крови у больного с артериальной гипертонией позволяет исключить наличие:

- 1) Стеноза устья почечных артерий.
- 2) Синдрома Конна.
- 3) Гипертонической болезни.
- 4) Феохромоцитомы.
- 5) Пиелонефрита.

179. Значительное повышение содержания альдостерона сочетается с:

- 1) Гипокалиемией.
- 2) Гиперкалиемией.

- 3) Не влияет на содержание калия.
180. Повышение систолического и понижение диастолического АД свойственно:
- 1) Аортальной недостаточности.
  - 2) Незаращению артериального (Боталлова) протока.
  - 3) Артериовенозным шунтам.
  - 4) Всему перечисленному.
  - 5) Ни одному из перечисленных.
181. К ослаблению звучности I тона может привести:
- 1) Разрушение атриовентрикулярных клапанов.
  - 2) Снижение сократительной функции левого желудочка.
  - 3) Резкое ограничение подвижности створок атриовентрикулярных клапанов.
  - 4) Все перечисленное.
182. Выявление линий Керли при рентгенографии грудной клетки свидетельствует о
- 1) Гипертензии в системе легочной артерии.
  - 2) Гиповолемии малого круга кровообращения.
  - 3) Воспалительных изменениях в легких.
  - 4) Венозном застое в малом круге кровообращения.
183. Ложноотрицательные результаты теста с дозированной физической нагрузкой могут быть обусловлены:
- 1) Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
  - 2) Гипокалиемией.
  - 3) Пропалсом митрального клапана.
  - 4) Всем перечисленным.
  - 5) Ничем из перечисленного.
184. При проведении проб с дозированной физической нагрузкой расчетная величина частоты сердечных сокращений, соответствующая субмаксимальному уровню нагрузки
- 1) Увеличивается с возрастом пациента.
  - 2) Уменьшается с возрастом пациента.
  - 3) Не зависит от возраста пациента.
185. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает:
- 1) Холодовая проба.
  - 2) Дипиридамовая проба.
  - 3) Проба с нагрузкой на велоэргометре.
  - 4) Проба со статической физической нагрузкой.
186. Не является противопоказанием для проведения теста с физической нагрузкой:
- 1) Эпилепсия.
  - 2) Синдром слабости синусового узла.
  - 3) АВ-блокада II-III степени.
  - 4) Стеноз устья аорты.
187. Тест с физической нагрузкой должен быть немедленно прекращен при:
- 1) Появлении дискомфорта в грудной клетке.
  - 2) Повышении систолического АД до 180 мм рт. ст.
  - 3) Возникновении редкой монотопной желудочковой экстрасистолии.
  - 4) Всех вышеперечисленных состояниях.
  - 5) Ни при одном из перечисленных состояний.

188. Сочетание болей в грудной клетке с набуханием шейных вен характерно для всего перечисленного, кроме

- 1) тромбоза легочной артерии
- 2) разрыва межжелудочковой перегородки
- 3) инфаркта правого желудочка
- 4) гемоторакса
- 5) расслаивающейся аневризмы аорты

189. Зависимость болей в грудной клетке от положения больного наиболее характерна для одного из следующих заболеваний

- 1) пролапс митрального клапана
- 2) тромбоз легочной артерии
- 3) инфаркт миокарда
- 4) расслаивающаяся аневризма аорты
- 5) острый перикардит

190. Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на

- 1) расслаивающую аневризму аорты
- 2) тромбоз легочной артерии
- 3) синдром Титце
- 4) кардиоспазм
- 5) инфаркт миокарда

191. Возникновение болей за грудиной после еды при принятии горизонтального положения наиболее характерно для

- 1) кардиоспазма
- 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) обострения хронического холецистита
- 4) вариантной стенокардии
- 5) язвенной болезни желудка

192. Элевация сегмента ST на ЭКГ при интенсивных загрудинных болях, помимо острой коронарной недостаточности, типична также для

- 1) острого перикардита.
- 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) нейроциркуляторной дистонии
- 4) кардиоспазма
- 5) спонтанного пневмоторакса

193. Подъем сегмента ST у больных без ИБС на ЭКГ может встречаться при

- 1) гипотермии
- 2) нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях V1-2 с глубокими зубцами S
- 3) тромбоза легочной артерии
- 4) синдроме ранней реполяризации
- 5) во всех перечисленных случаях

194. Причиной появления отрицательных зубцов T на ЭКГ может быть все перечисленное, за исключением

- 1) гипервентиляции
- 2) гиперкалиемии



- 3) мелкоочагового инфаркта миокарда
  - 4) нарушения мозгового кровообращения
  - 5) дисгормональных нарушений
195. Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для
- 1) острого перикардита
  - 2) расслаивающей аневризмы аорты
  - 3) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
  - 4) тромбоэмболии легочной артерии
  - 5) разрыва пищевода
196. Наиболее характерным изменением ЭКГ во время приступа стенокардии является
- 1) инверсия зубца T
  - 2) горизонтальная депрессия ST > 1 мм
  - 3) все перечисленное неверно
  - 4) снижение амплитуды зубца R
  - 5) подъем сегмента ST > 1 мм
197. Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для
- 1) недостаточности клапанов аорты
  - 2) вариантной стенокардии
  - 3) недостаточности митрального клапана
  - 4) стеноза устья аорты
  - 5) митрального стеноза
198. Для прогрессирующей стенокардии верны следующие утверждения, кроме
- 1) характерно учащение приступов
  - 2) необходима срочная госпитализация
  - 3) характерно возникновение болей по мере нарастания нагрузки
  - 4) характерно горизонтальное смещение сегмента ST
  - 5) характерны боли в покое
199. Для стенокардии напряжения характерно все, кроме
- 1) внезапного появления болей
  - 2) болей до 10 мин
  - 3) связи с нагрузкой
  - 4) проявления чаще ночью
  - 5) эффективного действия нитратов
200. Прием нитропрепаратов может сопровождаться
- 1) бронхоспазмом
  - 2) брадикардией
  - 3) диареей
  - 4) брадикардией
  - 5) артериальной гипотонией
201. Нежелательно сочетание В-блокаторов со всеми препаратами, кроме
- 1) верапамила (изоптина)
  - 2) дилтиазема
  - 3) кордарона
  - 4) нитратов
  - 5) дигоксина

202. Относительными противопоказаниями к введению нитроглицерина являются
- 1) повышение внутричерепного давления
  - 2) гипотензия
  - 3) все перечисленное
  - 4) тяжелый аортальный стеноз
  - 5) гиповолемия
203. Монофазная кривая при остром инфаркте миокарда обычно удерживается
- 1) до 24 ч
  - 2) до 1 мес
  - 3) до 3 мес
  - 4) до 1 нед
  - 5) возможны все варианты
204. Появление комплексов QS в V1-V3 наиболее характерно для инфаркта миокарда
- 1) переднеперегородочной локализации
  - 2) правого желудочка
  - 3) боковой локализации
  - 4) задней стенки
  - 5) нижней локализации
205. Первые часы острого инфаркта миокарда часто осложняются
- 1) тромбоэмболическими осложнениями
  - 2) фибрилляцией желудочков
  - 3) аневризмой
  - 4) плевритом
  - 5) перикардитом
206. Летальность от острого инфаркта миокарда наиболее высока
- 1) в первые часы
  - 2) возможны все перечисленные варианты
  - 3) одинакова на всех стадиях болезни
  - 4) нарастает постепенно
  - 5) на вторые сутки
207. Наиболее частой причиной смерти больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является
- 1) кардиогенный шок
  - 2) отек легких
  - 3) полная атриовентрикулярная блокада
  - 4) гемотампонада сердца
  - 5) фибрилляция желудочков
208. В первые три дня острого инфаркта миокарда возможны все осложнения, кроме
- 1) кардиогенного шока
  - 2) нарушения ритма
  - 3) разрывов миокарда
  - 4) отека легких
  - 5) синдрома Дресслера
209. Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно
- 1) сегмент ST на изолинии
  - 2) возможны все варианты

- 3) положительный (всегда) зубец Т
  - 4) сужение зубца Q до 0,02 с
  - 5) исчезновение патологического зубца Q
210. К побочным эффектам внутривенного введения морфина относится все перечисленное, кроме
- 1) угнетения дыхательного центра
  - 2) угнетения моторики кишечника
  - 3) тошноты, рвоты
  - 4) периферической вазоконстрикции
  - 5) брадикардии
211. Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является
- 1) кортикостероиды
  - 2) мезатон
  - 3) все перечисленное
  - 4) допамин
  - 5) сердечные гликозиды
212. Массаж каротидного синуса для купирования пароксизма показан только при
- 1) трепетании предсердий
  - 2) фибрилляции предсердий
  - 3) наджелудочковой тахикардии
  - 4) трепетании желудочков
  - 5) желудочковой тахикардии
213. Для гликозидной интоксикации характерно
- 1) инверсия зубца Т
  - 2) желудочковая экстрасистолия
  - 3) горизонтальное снижение сегмента ST
  - 4) ЭКГ не меняется
  - 5) подъем сегмента ST
214. Препаратом выбора при суправентрикулярной тахикардии является
- 1) панангин
  - 2) верапамил
  - 3) лидокаин
  - 4) прокаинамид
  - 5) амиодарон
215. Повторное болюсное введение 5-10 мг верапамила при некупированном пароксизме суправентрикулярной тахикардии возможно
- 1) через 5 мин
  - 2) через 20 минут
  - 3) через 4 ч
  - 4) через 2 ч
  - 5) повторное введение недопустимо
216. Противопоказаниями к введению верапамила являются
- 1) атриовентрикулярная блокада
  - 2) все перечисленное
  - 3) синдром слабости синусового узла
  - 4) гипотензия

- 5) миграция водителя ритма
217. Атриовентрикулярную проводимость замедляют все перечисленные препараты, кроме
- 1) В-блокаторы
  - 2) верапамил
  - 3) амлодипин
  - 4) дилтиазем
218. Трепетание предсердий 1:1 на фоне синдрома WPW купируют
- 1) верапамилом
  - 2) кардиоверсией
  - 3) дигоксином
  - 4) лидокаином
  - 5) анаприлином
219. Угол между осями стандартных (I, II, III) отведений ЭКГ составляет
- 1) 90 градусов
  - 2) 30 градусов
  - 3) 60 градусов
  - 4) 5 градусов
220. Ось отведения aVF перпендикулярна оси
- 1) I отведения
  - 2) II отведения
  - 3) Отведения aVL
  - 4) III отведения
221. Ось отведения aVR перпендикулярна оси
- 1) I отведения
  - 2) Отведения aVF
  - 3) III отведения
  - 4) II отведения
222. Зубец Р в норме всегда отрицателен в
- 1) aVF отведении
  - 2) III отведении
  - 3) aVR отведении
  - 4) aVL отведении
223. Соотношение амплитуд зубцов Р в стандартных отведениях при нормальном положении электрической оси сердца чаще всего бывает
- 1)  $RI > RII > RIII$
  - 2)  $RIII > RII > RI$
  - 3)  $RII > RI > RIII$
224. Двухфазный зубец Р чаще всего регистрируется в норме
- 1) В отведении aVF
  - 2) В отведении III
  - 3) В отведении aVR
  - 4) В отведении V1
225. Если в I отведении амплитуда  $R=S$ , а в aVF амплитуда R наибольшая, угол альфа равен
- 1) +90 градусов

- 2) 0 градусов
  - 3) -90 градусов
  - 4) +30 градусов
226. Если в отведении aVF амплитуда R=S, а в I отведении амплитуда R наибольшая, угол альфа равен
- 1) +90 градусов
  - 2) -90 градусов
  - 3) +30 градусов
  - 4) 0 градусов
227. Если в отведении aVL амплитуда R наибольшая, а во II отведении амплитуда R=S, угол альфа равен
- 1) -60 градусов
  - 2) +90 градусов
  - 3) -30 градусов
  - 4) 0 градусов
228. Если в отведениях aVL R=S, а во II отведении зубец R наибольший, угол альфа равен
- 1) +30 градусов
  - 2) +60 градусов
  - 3) 0 градусов
  - 4) +90 градусов
229. Наличие отрицательного зубца T в отведениях V1 и V2
- 1) Всегда свидетельствует об ишемии межжелудочковой перегородки
  - 2) Всегда бывает при нарушениях проводимости по правой ножке пучка Гиса
  - 3) Может быть вариантом нормы
230. Отрицательная фаза зубца P в отведении V1 обусловлена
- 1) Возбуждением правого предсердия
  - 2) Проведением импульса по пучку Бахмана
  - 3) Возбуждением левого предсердия
231. Зубец S в правых грудных отведениях отражает обычно
- 1) Потенциалы левого желудочка
  - 2) Потенциалы правого желудочка
  - 3) Правильного ответа нет
  - 4) Потенциалы базальной части левого желудочка
232. Для ускоренного идиовентрикулярного ритма характерно
- 1) Наличие ретроградного зубца P перед комплексом QRS
  - 2) Уширение комплекса QRS и частота сердечных сокращений > 60 в минуту
  - 3) Все перечисленное
  - 4) Частота сердечных сокращений > 60 в минуту
233. При АВ-диссоциации у больных с желудочковой тахикардией
- 1) Интервал RR меньше, чем интервал PP
  - 2) Периодически могут появляться синусовые комплексы
  - 3) Наблюдается все перечисленное
  - 4) Правильного ответа нет
  - 5) Можно обнаружить сливные комплексы QRS
234. При экстрасистолии

- 1) Продолжительность предэкстрасистолического интервала меньше нормального расстояния RR
  - 2) Всегда наблюдается расширение и деформация комплекса QRS
  - 3) Ни то, и ни другое
  - 4) И то, и другое.
235. Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать с
- 1) Пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW
  - 2) Узловой пароксизмальной тахикардией
  - 3) Предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени
  - 4) Трепетанием желудочков
  - 5) Всем перечисленным
236. При трепетании предсердия возбуждаются с частотой
- 1) 100 в мин
  - 2) 150 в мин
  - 3) 250 в мин
  - 4) 200 в мин
237. Волны F при мерцании предсердий чаще можно наблюдать в
- 1) II, III и aVF отведениях
  - 2) V1-2 отведениях
  - 3) I, aVL отведениях
  - 4) V4-6 отведениях
238. При тахикардии с частотой возбуждения желудочков 160 в мин и уширенными комплексами QRS следует предполагать наличие
- 1) Пароксизма желудочковой тахикардии
  - 2) Пароксизма антидромной тахикардии при синдроме WPW
  - 3) Ничего из перечисленного
  - 4) Всего перечисленного
  - 5) Пароксизма суправентрикулярной тахикардии с аберрацией внутрижелудочковой проводимости
239. Отрицательный зубец P при узловой пароксизмальной тахикардии чаще расположен
- 1) За комплексом QRS
  - 2) Совпадает с комплексом QRS
  - 3) Перед комплексом QRS
240. Признаками феномена WPW являются
- 1) Укороченный интервал PQ
  - 2) Наличие волны дельта
  - 3) Все перечисленное
  - 4) Расширение комплекса QRS
241. У больного в отведениях I, aVL, V5-6 отмечается укорочение PQ, имеется дельта-волна и уширенный комплекс QRS с высоким зубцом R. Зубец QS в III и aVL отведениях у этого больного отражает
- 1) Наличие феномена WPW и очаговых изменений нижней локализации
  - 2) Наличие одного из вариантов феномена WPW
  - 3) Наличие феномена WPW и замедление внутрижелудочковой проводимости

- 4) Наличие очаговых изменений нижней локализации с нарушением атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости
242. При экстрасистолии из левого желудочка
- 1) Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса
  - 2) Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса
  - 3) Правильного ответа нет
243. При экстрасистолии из правого желудочка
- 1) Форма комплекса QRS экстрасистолы напоминает в отведениях V1-6 блокаду правой ножки пучка Гиса
  - 2) Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса
  - 3) Правильного ответа нет
244. Наиболее характерным признаком политопной экстрасистолии является
- 1) Изменение продолжительности интервала сцепления
  - 2) Меняющаяся форма комплекса QRS
  - 3) Правильного ответа нет