

**ТЕСТЫ ГИА ИНТЕРНАТУРА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ТЕРАПИЯ
(БЛОК КАРДИОЛОГИЯ)**

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. Патогенетическими звеньями гипертонической болезни являются все перечисленные, кроме:

- 1) - Повышения активности симпато-адреналовой системы.
- 2) Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
- 3) Атеросклероза почечных артерий.
- 4) Нарушения трансмембранного транспорта ионов.
- 5) Изменения системы простагландинов.

4. Фактором, определяющим уровень АД, не может быть:

- 1) - Минутный объем сердца.
- 2) - Общее периферическое сосудистое сопротивление.
- 3) Ренин-ангиотензиновая система.
- 4) Уровень электролитов крови.

5. Между активностью ренина и магистральным почечным кровотоком существует следующая взаимосвязь:

- 1) Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.
- 2) Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.
- 3) Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.
- 4) Все ответы правильные.
- 5) Правильного ответа нет.

6. При повышенном содержании ренина увеличивается образование:

- 1) Ангиотензина II.
- 2) Триглицеридов.
- 3) Катехоламинов.
- 4) Холестерина.

7. Избыточное образование альдостерона сопровождается:

- 1) Задержкой натрия и воды.
- 2) Повышением активности симпато-адреналовой системы.
- 3) Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.
- 4) Уменьшением минутного объема сердца.
- 5) Всем перечисленным.

8. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:

- 1) Поражение артерий сетчатки.

- 2) Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
- 3) Нарушения ритма сердца.
- 4) Появление блокад сердца.

9. Гипертоническая болезнь является фактором риска развития следующих заболеваний:

- 1) ИБС.
- 2) Инсульта.
- 3) И того, и другого.
- 4) Ни того, ни другого.

10. 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.

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

- 1) Желудочковой пароксизмальной тахикардии.
- 2) Разрыва миокарда.
- 3) Тромбоэмболии.
- 4) Пневмонии.

12. 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.

13. Злокачественное течение артериальной гипертонии чаще встречается при:

- 1) Гипертонической болезни.
- 2) Симптоматических гипертензиях.
- 3) Одинаково часто при эссенциальной гипертонии и вторичных артериальных гипертензиях.

14. 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.

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

- 1) Коарктация аорты.
- 2) Диффузный гломерулонефрит и хронический пиелонефрит.
- 3) Гипоплазия почечных артерий.
- 4) Феохромоцитома.
- 5) Первичный гиперальдостеронизм.

16. 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.

17. 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.

18. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:

- 1) Гипергликемия.
- 2) Гипогликемия.
- 3) Лейкопения.
- 4) Лимфоцитоз.
- 5) Ничего из перечисленного.

19. Феохромоцитома является опухолью:

- 1) Кортикального слоя надпочечников.
- 2) Паренхимы почек.
- 3) Мозгового слоя надпочечников.

20. Наиболее часто феохромоцитома локализуется:

- 1) В одном надпочечнике.
- 2) В обоих надпочечниках.
- 3) В надпочечнике и вне надпочечника.

21. Альдостерома является опухолью:

- 1) Сетчатой зоны коркового слоя надпочечников.
- 2) Пучковой зоны коркового слоя надпочечников.
- 3) Клубочковой зоны коркового слоя надпочечников.

22. Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) характерно:

- 1) Кризовое течение артериальной гипертонии.
- 2) Стабильное повышение АД без кризов.
- 3) Нормальное АД.

23. Фибромышечная дисплазия почечных артерий встречается чаще:

- 1) У мужчин.
- 2) У женщин.
- 3) Одинаково часто у мужчин и женщин.

24. Неспецифический аортоартериит встречается чаще:

- 1) У женщин.
- 2) У мужчин.
- 3) Одинаково часто у женщин и мужчин.

25. 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.

26. Идиопатические формы поражения миокарда включают:

- 1) Гипертрофическую форму кардиомиопатии.
- 2) Дилатационную форму кардиомиопатии.
- 3) Рестриктивную форму кардиомиопатии.
- 4) Все перечисленное.
- 5) Правильно: гипертрофическую форму кардиомиопатии и дилатационную форму кардиомиопатии.

27. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:

- 1) Левожелудочковая недостаточность.
- 2) Правожелудочковая недостаточность.
- 3) Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.

28. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается:

- 1) Дующий пансистолический шум.
- 2) Поздний систолический шум.
- 3) Четвертый тон.
- 4) Диастолический шум.

29. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:

- 1) Одышка.
- 2) Стенокардия напряжения.
- 3) Обмороки.
- 4) Все перечисленное.
- 5) Правильно Одышка и Обмороки.

30. 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.

31. 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.

32. "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.

33. Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием:

- 1) Поражения миокарда возбудителем инфекции.
- 2) Воздействия токсинов.
- 3) Возникновения иммунопатологических реакций.

4) Всего перечисленного.

34. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

- 1) Вирусные.
- 2) Бактериальные.
- 3) Паразитарные.
- 4) Грибковые.

35. Неинфекционные миокардиты возникают вследствие:

- 1) Аллергических реакций.
- 2) Токсических воздействий.
- 3) Химических воздействий.
- 4) Воздействий физических факторов.
- 5) Всего перечисленного.

36. На фоне воздействия инфекции или неинфекционного этиологи-ческого фактора специфическими признаками миокардита являются:

- 1) Повышение температуры.
- 2) Слабость.
- 3) Артралгии.
- 4) Все перечисленное.
- 5) Ничего из перечисленного.

37. 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.

38. 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.

39. 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.

40. 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.

41. 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.

42. Снижение сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:

- 1) Гипертрофической кардиомиопатии.
- 2) Дилатационной кардиомиопатии.
- 3) Рестриктивной кардиомиопатии.
- 4) Всего перечисленного.

43. Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для:

- 1) Гипертрофической кардиомиопатии.
- 2) Дилатационной кардиомиопатии.
- 3) Рестриктивной кардиомиопатии.
- 4) Встречается с одинаковой частотой при всех формах.

44. 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.

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

- 1) Избыточное потребление алкоголя.
- 2) Избыточное потребление жидкости.
- 3) Наличие кобальта в пиве.

46. Концентрическая симметричная гипертрофия левого желудочка:

- 1) Часто встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
- 2) Редко встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
- 3) Не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.

47. "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.

48. 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.

49. 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.

50. 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.

51. 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.

52. 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.

53. К асептическим перикардитам следует отнести:

- 1) Постинфарктный перикардит.
- 2) Посткомиссуротомный перикардит.
- 3) Уремический.
- 4) Все перечисленные.
- 5) Ничего из перечисленного.

54. В острой стадии перикардита происходит:

- 1) Выпадение нитей фибрина.
- 2) Накопление экссудата.
- 3) Ничего из перечисленного.
- 4) Все перечисленное.

55. При хроническом перикардите:

- 1) Происходит разрастание грануляционной ткани.
- 2) Формируются спайки между листками перикарда.
- 3) Происходит облитерация полости перикарда.
- 4) Имеет место все перечисленное.

56. ""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.

57. 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.

58. Центральное венозное давление при накоплении в перикарде жидкости:

- 1) Повышается.
- 2) Снижается.
- 3) Не изменяется.
- 4) Изменения не закономерны.

59. 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) Правильно ограничением диастолического растяжения миокарда и сдавлением крупных вен.

60. 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.

61. При остром фибринозном перикардите может наблюдаться:

- 1) Тахикардия.
- 2) Шум трения перикарда.
- 3) Боль за грудиной.
- 4) Снижение АД.
- 5) Все перечисленное.

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

- 1) Тахикардия.
- 2) Шум трения перикарда.
- 3) Боль за грудиной.
- 4) Дисфагия.
- 5) Снижение АД.

63. 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.

64. 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.

65. 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.

66. Наиболее информативным для диагностики фибринозного перикардита без выпота следует считать метод:

1) Рентгенографии.

2) Эхокардиографии.

3) Аускультации.

4) Электрокардиографии.

67. Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

1) Аускультации.

2) Рентгенографии.

3) Электрокардиографии.

4) Эхокардиографии.

68. При фибринозном перикардите на ЭКГ обычно не бывает:

1) Конкордантного смещения сегмента ST во всех грудных отведениях.

2) Отрицательного зубца T.

3) Отклонения электрической оси влево.

69. При тампонаде сердца наблюдается:

1) Резкая одышка.

2) Цианоз.

3) Тахикардия.

4) Нитевидный пульс.

5) Все перечисленное.

70. 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.

71. При туберкулезном перикардите инфекция распространяется:

1) Гематогенно из различных органов.

2) Лимфогенным путем из медиастинальных и трахеобронхиальных лимфоузлов.

3) Контактным путем.

72. Наиболее часто вызывают поражение эндокарда:

1) Лактобактерии.

2) Синегнойная палочка.

3) Зеленыя стрептококки.

4) Золотистые стафилококки.

5) Менингококки.

73. Эндокардит могут вызывать:

1) Вирусы.

2) Бациллы лихорадки Ку.

3) Сальмонеллы.

4) Все перечисленное.

5) Ничего из перечисленного.

74. 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.

75. 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.

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

- 1) Лихорадка.
- 2) Артралгии.
- 3) Петехии на коже и слизистых.
- 4) Изменения формы ногтей.

77. 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.

78. Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:

- 1) Митрального клапана.
- 2) Аортального клапана.
- 3) Трехстворчатого клапана.
- 4) Правильно: Митрального клапана и Трехстворчатого клапана.

79. 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.

80. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- 1) Диффузный гломерулонефрит.
- 2) Инфаркт почки.
- 3) Очаговый нефрит.
- 4) Все перечисленное.
- 5) Ничего из перечисленного.

81. 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.

82. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается:

- 1) У большинства больных.

- 2) Редко.
- 3) Не встречается.

83. 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.

84. Для больного с острым инфекционным эндокардитом характерно наличие:

- 1) Бактеремии.
- 2) Лейкоцитоза.
- 3) Увеличение СОЭ.
- 4) Все ответы правильные.
- 5) Правильно Бактеремии и Увеличение СОЭ.

85. 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.

86. 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.

87. Наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается:

- 1) Митральный клапан.
- 2) Аортальный клапан.
- 3) Трехстворчатый клапан.

88. 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.

89. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- 1) Экстрасистолия.
- 2) Мерцательная аритмия.
- 3) Нарушения AV проводимости.
- 4) Синусовая брадикардия или тахикардия.
- 5) Все перечисленное.

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

- 1) Редко.
- 2) Примерно в половине случаев.
- 3) У большинства больных.

91. Инфекционный эндокардит может осложняться развитием:

- 1) Перикардита.
- 2) Миокардита.
- 3) Того, и другого.
- 4) Ни одного из них.

92. Наиболее специфичными для подострого инфекционного эндокардита является:

- 1) Увеличение СОЭ.
- 2) Анемия.
- 3) Лейкоцитопения.
- 4) Бактеремия.

93. 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.

94. При подостром инфекционном эндокардите наблюдается:

- 1) Умеренная лихорадка.
- 2) Боль в груди.
- 3) Одышка.
- 4) Слабость.
- 5) Все перечисленное.

95. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- 1) Гломерулонефрит с явлениями почечной недостаточности.
- 2) Артриты.
- 3) Синовиит.
- 4) Васкулиты.
- 5) Все перечисленное.

96. Причиной сердечной недостаточности при подостром инфекционном эндокардите может быть:

- 1) Формирование порока митрального клапана.
- 2) Формирование порока аортального клапана.
- 3) Формирование порока трикуспидального клапана.
- 4) Сопутствующий миокардит.
- 5) Все перечисленное.

97. 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.

98. Острый инфекционный эндокардит может осложниться:

- 1) Разрывом хорды.
- 2) Образованием аневризмы аорты.
- 3) Разрывом межжелудочковой перегородки.
- 4) Развитием пиогемоперикарда.
- 5) Всем перечисленным.

99. При инфекционном эндокардите эмболии возможны в:

- 1) Артерии почек.
- 2) Коронарные артерии.
- 3) Артерии селезенки.
- 4) Артерии мозга.
- 5) Во все перечисленные.

100. При инфекционном эндокардите возможно возникновение:

- 1) Инфаркта почки.
- 2) Абсцесса почки.
- 3) Диффузного гломерулонефрита.
- 4) Всего перечисленного.
- 5) Ничего из перечисленного.

101. Для острого инфекционного эндокардита не характерно:

- 1) Увеличение СОЭ.
- 2) Анемия.
- 3) Тромбоцитопения.
- 4) Лейкопения.
- 5) Правильного ответа нет.

102. Причиной недостаточности митрального клапана может быть:

- 1) Ревматизм.
- 2) Атеросклероз.
- 3) Инфекционный эндокардит.
- 4) Правильно: ревматизм и инфекционный эндокардит.
- 5) Все перечисленное.

103. Митральный стеноз чаще всего является следствием:

- 1) Ревматизма.
- 2) Инфекционного эндокардита.
- 3) Системной красной волчанки.
- 4) Атеросклероза.

104. При появлении мерцательной аритмии у больных с митральным стенозом пресистолический шум:

- 1) Не изменяется.
- 2) Усиливается.
- 3) Исчезает.
- 4) Ослабевает.

105. Причиной возникновения органической недостаточности митрального клапана может быть:

- 1) Ревматизм.
- 2) Склеродермия.
- 3) Ревматоидный полиартрит.
- 4) Септический эндокардит.
- 5) Все перечисленное.

106. При недостаточности митрального клапана I-й тон:

- 1) Усилен.
- 2) Не изменен.
- 3) Ослаблен.

107. У больных с выраженной недостаточностью митрального клапана 3-й тон выслушивается на верхушке сердца:

- 1) Довольно часто.
- 2) Очень редко.
- 3) Всегда.

108. 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.

109. 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.

110. 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.

111. Для синдрома пролабирования митрального клапана характерно все перечисленное, кроме:

- 1) Болей в грудной клетке.
- 2) Экстрасистолии.
- 3) Синусовой тахикардии.
- 4) Синусовой брадикардии.

112. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:

- 1) Ревматизм.
- 2) Атеросклероз.
- 3) Врожденная патология клапана.
- 4) Все перечисленное.
- 5) Ничего из перечисленного.

113. При стенозе устья аорты продолжительность систолы левого желудочка:

- 1) Увеличивается.
- 2) Уменьшается.
- 3) Не изменяется.

114. Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при:

- 1) Митральном стенозе.
- 2) Недостаточности митрального клапана.
- 3) Недостаточности аортального клапана.
- 4) Стенозе устья аорты.

115. При стенозе устья аорты ревматической этиологии 2-ой тон:

- 1) Усилен.

- 2) Ослаблен.
- 3) Не изменен.

116. 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.

117. 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.

118. Экстрасистолией называют:

- 1) Преждевременные импульсы.
- 2) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- 3) И то, и другое.
- 4) Ни то, ни другое.

119 К выскальзывающим сокращениям относят:

- 1) Эктопические импульсы.
- 2) Преждевременные импульсы.
- 3) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- 4) Все перечисленное.
- 5) Правильно: эктопические импульсы и преждевременные импульсы.

120. У больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта наиболее часто возникает:

- 1) Мерцательная аритмия.
- 2) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
- 3) Желудочковая тахикардия.
- 4) Атриовентрикулярная блокада.
- 5) Правильно: пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия и атриовентрикулярная блокада.

121. 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.

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

- 1) Укорочение интервала PR.
- 2) ""Дельта-волна"".
- 3) Уширение комплекса QRS.
- 4) Дискордантное смещение сегмента ST.

123. 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.

124. 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.

125. 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.

126. Антиаритмические препараты могут вызвать аритмогенный 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) Чем тяжелее аритмия - тем выше вероятность аритмогенного эффекта.
- 3) Вследствие аритмогенного эффекта может быть даже развитие фибрилляции желудочков и внезапная смерть больного.
- 4) Все ответы правильные.
- 5) Правильного ответа нет.

127. 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.

128. Признаком дисфункции синусового узла является:

- 1) Выраженная синусовая брадикардия.
- 2) Мерцательная аритмия.
- 3) Предсердная экстрасистолия.
- 4) Атриовентрикулярная блокада I степени.
- 5) Все перечисленное.

129. При атриовентрикулярной блокаде 1-й степени на ЭКГ отмечается:

- 1) Выпадение комплексов QRS.
- 2) Удлинение интервала PR.
- 3) Атриовентрикулярная диссоциация.
- 4) Все перечисленное.
- 5) Ничего из перечисленного.

130. Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:

- 1) Выпадение комплексов QRS.
- 2) Удлинение интервала PR.
- 3) Уширение комплексов QRS.
- 4) Все перечисленное.

131. При атриовентрикулярной блокаде 3 степени на ЭКГ отмечается:

- 1) Выпадение комплексов QRS.
- 2) Резкое удлинение интервала PR.
- 3) Выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков.
- 4) Правильно Выпадение комплексов QRS и Резкое удлинение интервала PR.
- 5) Все ответы правильные.

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

- 1) Постоянство интервала PR.
- 2) Прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS.
- 3) Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
- 4) Правильно: постоянство интервала PR и частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
- 5) Все перечисленное.

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

- 1) Прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов.
- 2) Постоянство интервала PR.
- 3) Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
- 4) Правильно: постоянство интервала PR и частое наличие одновременной блокады ветвей.
- 5) Все перечисленное.

134. 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.

135. 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.

136. 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.

137. 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.

- 5) Правильно: нарушении внутрижелудочковой проводимости и синдроме предвозбуждения желудочков.

138. Причинами сердечной недостаточности являются:

- 1) Повреждение миокарда.
- 2) Перегрузка сердца давлением или объемом.
- 3) Нарушение диастолической функции.
- 4) Все перечисленное.
- 5) Правильно: повреждение миокарда и перегрузка сердца давлением или объемом.

139. На величину сердечного выброса влияют:

- 1) Частота сердечных сокращений.
- 2) Сократимость миокарда.
- 3) Преднагрузка.
- 4) Постнагрузка.
- 5) Все перечисленное.

140. На величину преднагрузки влияют:

- 1) Величина венозного притока к сердцу.
- 2) Тонус артериол.
- 3) И то, и другое.
- 4) Ни то, и ни другое.

141. 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.

142. Повышению сердечного выброса способствует:

- 1) Увеличение преднагрузки.
- 2) Увеличение постнагрузки.
- 3) Оба ответа правильные.
- 4) Правильного ответа нет.

143. 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.

144. Основным признаком правожелудочковой сердечной недостаточности является:

- 1) Слабость.
- 2) Одышка.
- 3) Приступы сердечной астмы.
- 4) Венозный застой в большом круге кровообращения.
- 5) Все перечисленное.

145. 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.

146. Появление приступов сердечной астмы является признаком недостаточности кровообращения:

- 1) I стадии.
- 2) II стадии.
- 3) III стадии.
- 4) Любой из стадий.
- 5) Правильно: II стадии и III стадии.

147. Появление ортопноэ является признаком недостаточности кровообращения:

- 1) I стадии.
- 2) II стадии.
- 3) III стадии.
- 4) Любой из стадий.
- 5) Правильно: II стадии и III стадии.

148. 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.

149. Причиной хронического легочного сердца могут быть:

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

150. 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.

151. Самый мощный стимул для вазоконстрикции в легких:

- 1) Гипоксия.
- 2) Ацидоз.
- 3) Гиперкапния.
- 4) Все перечисленные факторы примерно в равной степени вызывают вазоконстрикцию в легких.

152. Наиболее важным фактором, способствующим развитию легочного сердца, является:

- 1) Уменьшение количества функционирующих шунтов.
- 2) Легочная гипертензия.

- 3) Гиперкапния и ацидоз.
- 4) Ишемия миокарда правого желудочка.
- 5) Все перечисленное.

153. 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.

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

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

155. 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.

156. 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.

157. 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.

158. 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.

159. 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.

160. 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.

161. 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.

162. 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.

163. "У больных с диагнозом ""Мелкоочаговый инфаркт миокарда"":"

- 1) Частота повторных инфарктов миокарда выше, чем после крупноочагового.
- 2) Реже, чем после крупноочагового.
- 3) Такая же, как при крупноочаговом.

164. Электрокардиографическим признаком мелкоочагового инфаркта миокарда может являться:

- 1) Депрессия сегмента ST.
- 2) Инверсия зубца T.
- 3) Подъем сегмента ST.
- 4) Депрессия сегмента ST в сочетании с инверсией зубца T.
- 5) Все перечисленное.

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

- 1) Реже наблюдается недостаточность кровообращения.
- 2) Меньше объем поражения миокарда.
- 3) Оба ответа правильные.
- 4) Правильного ответа нет.

166. Рецидивирование ишемии миокарда у больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:

- 1) Наблюдается также часто, как и при крупноочаговом инфаркте.
- 2) Наблюдается чаще, чем при крупноочаговом инфаркте.
- 3) Наблюдается реже, чем при крупноочаговом инфаркте.
- 4) Не бывает бессимптомным.
- 5) Никогда не приводит к внезапной смерти.

167. Отдаленная летальность при мелкоочаговом инфаркте миокарда в сравнении с госпитальной:

- 1) Выше.
- 2) Ниже.
- 3) Существенно не различается.

168. 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.

169. К развитию тромбоэмболии легочной артерии предрасполагает:

- 1) Длительный постельный режим.
- 2) Истошающие заболевания.
- 3) Избыточный вес.
- 4) Сердечная недостаточность.
- 5) Все перечисленное.

170. Тромбоэмболия считается массивной при obturации просвета сосуда в пределах:

- 1) 15-45%.
- 2) 45-75%.
- 3) 75-100%.

171. 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.

172. Тромбоэмболия легочной артерии возникает при флеботромбозе или тромбофлебите 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.

173. 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.

174. 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.

175. 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.

176. 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.

177. 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.

178. При острой тромбоэмболии легочной артерии давление в легочной артерии:

- 1) Резко возрастает.
- 2) Остается нормальным.
- 3) Понижается.

179. При острой тромбоэмболии легочной артерии центральное венозное давление:

- 1) Повышается.
- 2) Остается неизменным.
- 3) Понижается.

180. 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.

181. 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.

182. 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.

183. 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.

184. 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.
- 5) Только: медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена и пропаганда здорового образа жизни.

185. 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.

186. 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.

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

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

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

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

189. 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.

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

- 1) В аорте и ее ветвях.
- 2) В капиллярах.
- 3) В артериолах.
- 4) В венах.

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

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

192. 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.

193. Механизмами повышения АД могут быть:

- 1) Повышение общего периферического сосудистого сопротивления.
- 2) -Увеличение массы циркулирующей крови.
- 3) Увеличение минутного объема сердца.
- 4) Все перечисленное.

194. Синтез ренина осуществляется в:

- 1) Клетках юстагломерулярного аппарата.
- 2) Клетках коркового слоя надпочечников.
- 3) Клетках мозгового слоя надпочечников.
- 4) Все ответы правильные.

195. Из перечисленных субстанций вазопрессором является:

- 1) Ангиотензин- II.
- 2) Ангиотензин- I.
- 3) Ренин.
- 4) Простаглицлин.
- 5) Все ответы правильные.

196. Значительное повышение содержания альдостерона сочетается с:

- 1) Гипокалиемией.
- 2) Гиперкалиемией.
- 3) Не влияет на содержание калия.

197. 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.

198. 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.

199. 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.

200. Ложноотрицательные результаты теста с дозированной физической нагрузкой могут быть обусловлены:

- 1) Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- 2) Гипокалиемией.
- 3) Проплапсом митрального клапана.
- 4) Всем перечисленным.
- 5) Ничем из перечисленного.

201. 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.

202. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает:

- 1) Холодовая проба.
- 2) Дипиридамоловая проба.
- 3) Проба с нагрузкой на велоэргометре.
- 4) Проба со статической физической нагрузкой.

203. 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.

204. 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.

205. Сочетание болей в грудной клетке с гипотензией наименее характерно для

- 1) тромбоэмболии легочной артерии
- 2) острого сухого перикардита
- 3) напряженного пневмоторакса
- 4) гемотампонады сердца
- 5) острого инфаркта миокарда

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

- 1) тромбоэмболии легочной артерии
- 2) разрыва межжелудочковой перегородки
- 3) инфаркта правого желудочка
- 4) гемотампонады сердца
- 5) расслаивающей аневризмы аорты

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

- 1) пролапс митрального клапана

- 2) тромбоэмболия легочной артерии
- 3) инфаркт миокарда
- 4) расслаивающая аневризма аорты
- 5) острый перикардит

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

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

209. 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

210. Эффективность нитроглицерина в купировании приступа за грудиных болей помимо стенокардии отмечается также при кардиоспазме

- 1) нейроциркуляторной дистонии
- 2) грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) остром перикардите
- 4) пролапсе митрального клапана

211. Сочетание интенсивных разлитых болей в верхних отделах живота с иррадиацией в спину и элевацией сегмента ST на ЭКГ кроме гастралгической формы инфаркта миокарда требует исключить в первую очередь

- 1) обострение язвенной болезни желудка
- 2) расслаивающую аневризму аорты
- 3) синдром Хилаидити
- 4) острый гастродуоденит
- 5) острый панкреатит

212. Элевация сегмента ST на ЭКГ при интенсивных за грудиных болях помимо острой коронарной недостаточности типична также для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

- 1) острого перикардита
- 2) нейроциркуляторной дистонии
- 3) кардиоспазма
- 4) спонтанного пневмоторакса

213. 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) тромбоэмболии легочной артерии
- 4) синдроме ранней реполяризации
- 5) во всех перечисленных случаях

214. Подъем сегмента ST в большинстве отведений характерен для

- 1) тромбоэмболии легочной артерии
- 2) гипокалиемии
- 3) гиперкалиемии
- 4) всего перечисленного
- 5) острого перикардита

215. 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

216. Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для

- острого перикардита
- расслаивающей аневризмы аорты
- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- + тромбоэмболии легочной артерии
- разрыва пищевода

217. 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

218. 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

219. 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

220. 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

221. Прием нитропрепаратов может сопровождаться

- 1) бронхоспазмом
- 2) брадикардией
- 3) диареей
- 4) брадипноэ
- 5) артериальной гипотонией

222. Нежелательно сочетание В-блокаторов со всеми препаратами, кроме

- 1) верапамила (изоптина)
- 2) дилтиазема (кардила)
- 3) кордарона
- 4) нитратов
- 5) дигоксина

223. Относительными противопоказаниями к введению нитроглицерина являются

- 1) повышение внутричерепного давления
- 2) гипотензия
- 3) все перечисленное
- 4) тяжелый аортальный стеноз
- 5) гиповолемия

224. Монофазная кривая при остром инфаркте миокарда обычно удерживается

- 1) до 24 ч
- 2) возможны все варианты
- 3) до 1 мес
- 4) до 3 мес
- 5) до 1 нед

225. Подъем сегмента ST, отрицательный зубец Т в I, aVL, V3-V6, а также уменьшение амплитуды зубца R в этих отведениях характерны для

- 1) мелкоочагового переднего инфаркта
- 2) интрамурального заднебокового инфаркта
- 3) крупноочагового бокового инфаркта
- 4) мелкоочагового бокового инфаркта
- 5) интрамурального переднебокового инфаркта

226. 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

227. Первые часы острого инфаркта миокарда часто осложняются

- 1) тромбоэмболическими осложнениями
- 2) фибрилляцией желудочков
- 3) аневризмой
- 4) плевритом
- 5) перикардитом

228. 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

229. 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

230. 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

231. Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно

- 1) сегмент ST на изолинии
- 2) возможны все варианты
- 3) положительный (всегда) зубец T
- 4) сужение зубца Q до 0,02 с
- 5) исчезновение патологического зубца Q

232. 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

233. Наиболее подходящим препаратом для купирования отека легких при остром инфаркте миокарда с нормальным АД является

- 1) строфантин
- 2) пентамин
- 3) маннитол
- 4) преднизолон
- 5) нитроглицерин

234. Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является

- 1) кортикостероиды
- 2) мезатон
- 3) все перечисленное
- 4) допамин
- 5) сердечные гликозиды

235. Массаж каротидного синуса для купирования пароксизма показан только при

- 1) трепетании предсердий
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) наджелудочковой тахикардии
- 4) трепетании желудочков

- 5) желудочковой тахикардии
- 236. Для гликозидной интоксикации характерно**
- 1) инверсия зубца Т
 - 2) аллоритмия
 - 3) горизонтальное снижение сегмента ST
 - 4) ЭКГ не меняется
 - 5) подъем сегмента ST
- 237. Препаратом выбора при суправентрикулярной тахикардии является**
- 1) панангин
 - 2) верапамил
 - 3) лидокаин
 - 4) новокаинамид
 - 5) кордарон
- 238. Повторное болюсное введение 5-10 мг изоптина при некупированном пароксизме суправентрикулярной тахикардии возможно**
- 1) через 5 мин
 - 2) через 30-40 мин
 - 3) через 4 ч
 - 4) через 2 ч
 - 5) повторное введение недопустимо
- 239. Противопоказаниями к введению верапамила являются**
- 1) атриовентрикулярная блокада
 - 2) все перечисленное
 - 3) синдром слабости синусового узла
 - 4) гипотензия
 - 5) миграция водителя ритма
- 240. Атриовентрикулярную проводимость замедляют**
- 1) В-блокаторы
 - 2) верапамил (изоптин)
 - 3) все перечисленные препараты
 - 4) амлодипин (норваск)
 - 5) дилтиазем (кардил)
- 241. Трепетание предсердий 1:1 на фоне синдрома WPW купируют**
- 1) изоптином
 - 2) кардиоверсией
 - 3) дигоксином
 - 4) лидокаином
 - 5) обзиданом