

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«09» сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.1)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.36 «Кардиология»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики программы:

Доцент кафедры, к.м.н.
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

А.С. Галенко
(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Д.В. Захаров
(расшифровка)

Профессор кафедры, к.м.н.
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Н.Я. Дзеранова
(расшифровка)

*Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
факультетской терапии им. В.А. Вальдмана*

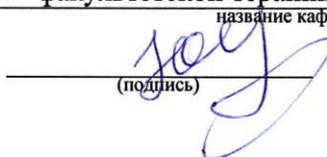
название кафедры

« 16 » кафедры 2021 г., протокол заседания № 3

Заведующий кафедрой

факультетской терапии им. В.А. Вальдмана
название кафедры

Д.м.н., профессор
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Ю.П. Успенский
(расшифровка)

1. Требования к результатам освоения программы практики

В результате освоения программы практики ординатор должен

знать:

- законодательство Российской Федерации по вопросам организации медицинской, в том числе и кардиологической помощи населению;
- принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни; основы медицинской этики и деонтологии в медицине;
- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма;
- основы фармакотерапии при различных заболеваниях;
- основные положения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, а также судебной и военной экспертизы при кардиологических заболеваниях;
- причины, механизмы и проявления типовых патологических процессов, закономерности их взаимосвязи, значение при различных заболеваниях;
- особенности возникновения, развития и завершения типовых форм патологии органов и физиологических систем;
- этиологию и патогенез отдельных болезней и синдромов, их проявления и механизмы развития, методы их рациональной диагностики, эффективной терапии и профилактики;
- адаптивные реакции, с позиций концепции саногенеза, на клеточно-тканевом, органном и организменном уровнях, взаимосвязь адаптивных и патогенных реакций и процессов, определяющих характер и исходы синдромов и болезней;
- основы доказательной медицины, современные научные концепции клинической патологии, принципы диагностики, профилактики и терапии заболеваний;
- теоретические основы построения диагноза, профилактических и лечебных мероприятий при болезнях человека;
- основные принципы организации оказания первичной медико-санитарной, скорой, неотложной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи пациентам, страдающим социально-значимыми и социально обусловленными заболеваниями;
- профессиональные заболевания сердечно-сосудистой системы;
- принципы организации лечебно-диагностического процесса в медицинской организации;
- общие вопросы организации лечебно-профилактической помощи и обеспечения лекарственными препаратами различных групп населения с различными нозологическими формами, в том числе с кардиологическими заболеваниями
- основы законодательства и директивные документы, определяющие организацию кардиологической помощи
- основные вопросы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний, корригируемые и некорригируемые факторы риска, виды дислипидемий.
- основы водно-электролитного обмена, возможные типы нарушений и принципы коррекции при кардиологических заболеваниях
- показатели гемостаза в норме и патологии, роль патологии свертывающей системы крови при сердечно-сосудистых заболеваниях.
- основы иммунологии, роль иммунологической патологии в возникновении кардиологических заболеваний, возможности коррекции и профилактики
- роль воспаления и инфекции в возникновении сердечно-сосудистых заболеваний
- клиническую картину, течение и прогноз основных кардиологических заболеваний у подростков и взрослых, их диагностику, лечение и вторичную профилактику
- диагностическую значимость и информативность основных лабораторных и инструментальных методов исследования в кардиологии

- принципы коррекции образа жизни, основы рационального питания здоровых, диетотерапии и лечебного питания больных, фармакотерапии основных кардиологических заболеваний, определения показаний и противопоказаний к хирургическому лечению сердечно-сосудистых заболеваний
- основы немедикаментозной терапии, лечебной физкультуры, врачебного контроля в кардиологии, определение показаний к санаторно-курортному лечению кардиологических больных
- основные принципы оценки эффективности лечения при кардиологических заболеваниях
- принципы организации и систему проведения реабилитационных мероприятий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
- организацию работы поликлиники, преемственность её работы с другими лечебными учреждениями, организацию работы врача-кардиолога поликлиники
- порядок проведения экспертиз при сердечно-сосудистых заболеваниях
- порядок проведения анализа медико-статистической информации,
- основы диспансеризации кардиологических больных

уметь:

- собрать информацию о заболевании, использовать объективные методы исследования, выявить общие и характерные черты заболевания, определить и сформулировать диагноз.
- проводить дифференциальный диагноз различных, в том числе кардиологических заболеваний;
- определять необходимость специальных методов исследования (лабораторных, инструментальных, функциональных, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты;
- работать с основными типами медицинского оборудования, применяемого в кардиологии: электрокардиографом, эхокардиографом, аппаратом измерения АД, приборами для суточного мониторирования ЭКГ и АД по Холтеру, аппаратурой для проведения проб с физической нагрузкой;
- проводить и интерпретировать результаты диагностических исследований: регистрацию ЭКГ, регистрацию ЭКГ с физической нагрузкой, трансторакальную эхокардиографию, установку, считывание и анализ данных суточного мониторирования ЭКГ и АД, ультразвуковое исследование сосудов, функциональное нагрузочное тестирование (велозргометрия, тредмил-тест)
- определять показания для установки пациентам электрокардиостимулятора
- оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность экстренных мероприятий.
- определить объем и последовательность терапевтических или хирургических и организационных мероприятий (стабилизация, амбулаторное лечение, консультативный прием);
- обосновать схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов, оперативного лечения;
- разработать план подготовки больного к терапии, определить противопоказания, назначить необходимые лекарственные средства;
- решить вопрос о возможности продолжения профессиональной деятельности больного, квалифицировать нетрудоспособность как временную или стойкую, оформить надлежащим образом медицинскую документацию;
- назначать лечебное питание пациентам кардиологического профиля;
- определять комплекс реабилитационных мероприятий
- проводить профилактические осмотры, диспансеризацию подросткового и взрослого населения.

- оказать первую врачебную помощь при различных неотложных состояниях
- проводить лечебные и диагностические процедуры пациентам кардиологического профиля;
- уметь проводить противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции и при подозрении на особо опасную инфекцию
- определять медицинские показания пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы для направления их на медико-социальную экспертизу;
- оценивать эффективность проведения профилактической работы;
- проводить пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы мероприятия в рамках медико-социальной экспертизы;
- рассчитывать и анализировать основные медико-демографические показатели;
- рассчитывать и анализировать основные показатели, характеризующие деятельность первичной медико-санитарной, скорой, неотложной, специализированной в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организациях;
- выполнять расчет объема и скорости введения лекарственных препаратов с помощью инфузомата;
- применять основные методические подходы к анализу, оценке, экспертизе качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений;
- организовывать обработку и защиту персональных данных в медицинской организации;
- работать со специальными медицинскими регистрами;
- осуществлять общее руководство использованием информационной системы в медицинской организации;
- применять информационные технологии для решения задач в своей профессиональной деятельности;
- ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах по вопросам организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, применять их в конкретных практических ситуациях;

владеть навыками:

- эффективного и адекватного распознавания и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их осложнениями
- владеть методами экстренной и неотложной кардиологической помощи, выполнением диагностических и лечебных процедур в кардиологии;
- владеть современными методами диагностики, лечения, профилактики и реабилитации больных в кардиологии
- использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в кардиологии;
- диагностики и подбора адекватной терапии конкретных сердечно-сосудистых заболеваний;
- расчета и анализа статистических показателей, характеризующих состояние здоровья населения и оказания кардиологической помощи;
- анализа деятельности кардиологической службы медицинской организации;
- ведения первичной медицинской документации, оформления официальных медицинских документов;
- составления различных отчетов, подготовки организационно-распорядительных документов;
- ориентироваться в вопросах организации кардиологической помощи, взаимодействии со страховыми компаниями, другими специалистами и службами.
- работы с медицинскими информационными ресурсами и поиска профессиональной информации в сети Интернет;
- санитарно-просветительской работы по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения

- потребления алкоголя и табака;
- основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи при угрожающих жизни состояниях;

2. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения программы практики по специальности 31.08.36 «Кардиология»

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции			
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Текущий Промежуточный
Профессиональные компетенции			
2	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Текущий Промежуточный
3	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	Текущий Промежуточный
4	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Текущий Промежуточный
5	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании кардиологической медицинской помощи	Текущий Промежуточный
6	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Текущий Промежуточный
7	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Текущий Промежуточный
8	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с	Текущий Промежуточный

	ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ статистических показателей	ОСНОВНЫХ	МЕДИКО-
--	--	----------	---------

3. Соответствие формируемых компетенций задач освоения программы практики

Компетенции	Результаты освоения программы практики				
	Овладение практическими навыками необходимыми в работе врача-кардиолога и навыками дифференцирования диагноза смежных специальностей, освоение навыков лабораторно-инструментальной диагностики в	Самостоятельная работа с большими кардиологического профиля, обучение ведению медицинской документации и организации деятельности подчиненного персонала.безопасности	Освоение экспертизы и реабилитации больных с кардиологическими заболеваниями.	Освоение методов первичной и вторичной профилактики больных с кардиологическими заболеваниями.	Формирование навыков работы с медицинской литературой, проведению анализа медико-статистической информации.
УК-1	+	+	+	+	+
ПК-1	+	+	+	+	+
ПК-2	+			+	+
ПК-5	+	+			+
ПК-6	+	+			
ПК-8		+	+		
ПК-10		+	+		+
ПК-11		+	+		+

Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по практике (Б 2) по специальности 31.08.36 «Кардиология»

2-й семестр

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	188, 189, 190, 193, 194, 243, 244, 245, 246, 247, 265, 266, 267, 268, 269, 273, 274, 283, 290, 291, 297, 299, 300, 301, 324, 327, 328, 330, 343, 344,	2, 4, 6, 8, 10, 12, 17, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 35, 39, 41, 45, 46, 53, 60	1, 2	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

		352, 354, 356, 357, 358, 359, 367, 376, 377, 383, 384, 385, 404, 406, 408, 409, 410, 411, 413, 415, 416, 417, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 433, 437, 440, 443, 444, 445, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 460, 461, 462, 463, 466, 469, 468, 467, 476, 477, 478, 479, 480, 482, 484, 485, 486, 487, 488, 491, 519, 522, 523, 525, 530, 531, 533, 534, 535, 539, 546			
2.	ПК-1	810	11, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 34, 51, 57, 119	5	3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 22, 30
3.	ПК-2	152, 153, 154, 162, 163, 181, 183, 191, 192, 195, 197, 199, 243, 249, 250, 251, 252, 253, 262, 268, 275, 271, 272, 276, 277, 278, 279, 280, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 329, 338, 360, 370, 380, 395, 398, 397, 396, 412, 414, 418, 420, 422, 432, 458, 475, 477, 483, 526, 547, 548, 552, 571, 573,	3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 23, 24, 25, 26, 27, 32, 46, 53	1	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
4.	ПК-5	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,	2, 13, 25, 32, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45,	1	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 141, 144, 146, 148, 151, 164, 166, 180, 188, 189, 190, 193, 194, 196, 198, 235, 236, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 273, 274, 283, 289, 290, 291, 294, 297, 299, 300, 301, 304, 305, 306, 307, 308, 310, 311, 313, 324, 327, 328, 330, 331, 332, 339, 340, 343, 344, 349, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 362, 364, 367, 368, 369, 371, 375, 376, 377, 378, 379, 381, 383, 384, 385, 386, 389,	48, 49, 50, 51, 52, 60		
--	---	---------------------------	--	--

		390, 392, 393, 394, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 413, 415, 416, 417, 419, 421, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 433, 436, 437, 440, 443, 444, 445, 446, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 460, 461, 462, 463, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 484, 485, 486, 487, 488, 491, 519, 520, 522, 523, 524, 525, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 544, 545, 546			
5.	ПК-6	167, 171, 172, 173, 174, 175, 178, 179, 185, 187, 201, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 233, 234, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 267, 269, 270, 281, 282, 283, 284, 285,	14, 16, 17, 18, 19, 28, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 47, 55, 56	2	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

		286, 288, 292, 293, 295, 296, 298, 303, 326, 333, 334, 335, 336, 337, 342, 363, 372, 373, 374, 438, 439, 440, 442, 448, 464, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 541, 542, 543, 549, 550, 551, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566			
6.	ПК-8	153, 154, 155, 156, 157, 159, 161, 162, 163, 167, 168, 169, 170, 171, 176, 177, 179, 341, 342, 345, 346, 347, 518	1, 2, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15	3,4	2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 15
7.	ПК-10	152, 163, 169, 173, 174, 175, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 191, 192, 193, 195, 199, 203, 207, 210, 214, 227, 229, 230, 231, 233, 234, 239, 240, 241, 247, 248, 249, 250, 251, 253, 260, 262, 263, 266, 269, 271, 275, 276, 277, 278, 279, 281, 282, 283, 298, 302, 303, 309, 312, 315,	3, 6, 7, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 24, 26, 27, 28, 30, 32, 36, 37, 38, 45, 46, 50, 53, 60	1, 2, 6, 7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

		326, 335, 336, 338, 341, 345, 348, 350, 356, 361, 365, 366, 372, 376, 382, 384, 387, 388, 391, 399, 428, 431, 434, 435, 441, 447, 477, 478, 479, 480, 518, 521, 530, 552			
8.	ПК-11	219, 254, 259, 261, 269, 282, 283, 295, 296, 333, 346, 347, 363, 374, 464, 489, 499, 503, 504, 505, 506, 507, 515, 540, 549, 550, 551, 553	124	6,8,9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

3-ий семестр

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	574, 575, 578, 579, 580, 581, 583, 584, 585, 587, 589, 590, 591, 594, 595, 596, 598, 599, 600, 602, 604, 606, 607, 609, 613, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 632, 635, 637, 638, 641, 642, 643, 646, 648, 650, 651, 652, 653, 654, 658, 659, 660, 663, 665, 666, 668,	62, 63, 66, 68, 78, 80, 82, 83, 87, 98, 99, 100, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 117, 119, 120, 121, 122, 123	1, 2	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31

		672, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 687, 688, 689, 690, 691, 693, 694, 695, 710, 711, 718, 721, 723, 724, 726, 728, 733, 736, 738, 739, 740, 741, 744, 745, 754, 755, 757, 758, 759, 760, 764, 765, 775, 792, 794, 795, 798, 805, 811, 812, 821, 825, 827, 828, 830, 831, 832, 834, 837, 838, 854, 855, 856, 859, 858, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 884, 889, 891, 893, 894, 895, 896, 898, 908, 909, 910, 915, 916, 920, 924, 936, 996, 997, 1000, 1001, 1014, 1017, 1019, 1041, 1045			
2.	ПК-1	810	119	5	22, 30
3.	ПК-2	571, 573, 577, 610, 611, 617, 629, 630, 634, 686, 707, 710, 735, 872, 873, 874, 879, 917, 918, 921, 922, 923, 931, 937, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 962, 1002, 1020, 1023, 1024, 1025	66, 77, 82	1	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
4.	ПК-5	568, 569, 570,	62, 64, 70, 71,	1	16, 17, 18, 19, 20, 21,

	574, 575, 578, 579, 580, 581, 583, 584, 585, 587, 589, 590, 591, 594, 595, 596, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 613, 614, 615, 616, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 631, 632, 635, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 670, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 697, 698, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 708, 709, 710, 711, 718, 721, 723, 724, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 744, 745, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 771, 775, 776, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 798, 799,	72, 73, 74, 75, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 106, 107, 109, 110, 116, 118, 119, 120, 122, 123	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
--	--	---	---

		803, 804, 805, 806, 808, 809, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 820, 821, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 840, 848, 849, 850, 851, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 884, 885, 886, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 908, 909, 910, 914, 915, 916, 919, 920, 924, 936, 938, 996, 997, 1000, 1001, 1014, 1017, 1019, 1041, 1045			
5.	ПК-6	566, 567, 612, 633, 698, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 719, 720, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 767, 768, 769, 770, 772, 773, 774, 777, 778, 779, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 796, 797, 800, 801, 807, 819, 839, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847,	62, 63, 64, 65, 67, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 94, 95, 96, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 116	2	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31

		877, 878, 880, 882, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 911, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 932, 933, 934, 935, 966, 967, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 979, 981, 984, 986, 988, 1011, 1016, 1021, 1033, 1034, 1035, 1036, 1041			
6.	ПК-8	766, 802, 810, 887, 912, 913	111, 116, 117, 120, 121, 122, 123	3,4	16, 17, 19, 31
7.	ПК-10	567, 577, 583, 586, 594, 618, 636, 650, 655, 669, 671, 672, 683, 706, 718, 722, 728, 733, 736, 739, 758, 759, 819, 837, 862, 869, 871, 873, 875, 889, 920, 932, 943, 945, 950, 951, 953, 954, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009,	61, 66, 68, 69, 81, 82, 85, 86, 87, 100, 104, 105, 113	1, 2, 6, 7	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31

		1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045			
8.	ПК-11	715, 716, 725, 743, 746, 747, 749, 751, 752, 767, 772, 773, 777, 780, 786, 788, 796, 797, 852, 881, 883, 911, 953, 963, 986, 987, 988, 992, 1013, 1036	125, 126, 127	6,8,9	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31

4. Материалы оценки результатов обучения, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе практики (Б 2)

Тесты

1. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В КАРДИОЛОГИИ

1. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Трикуспидальной недостаточности.
- в) Митральной недостаточности.
- г) Митрального стеноза.

2. Диффузный цианоз у больных с пороками сердца обусловлен:

- а) Сбросом крови слева-направо.

- б) Сбросом крови справа-налево.
- в) Наличие цианоза не зависит от направления сброса крови.

3. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

- а) Синдрома Конна.
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- в) Незаращения Боталлова протока.
- г) Неспецифического аортоартериита.

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

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Коарктации аорты.
- в) Здоровых людей.
- г) Больных с недостаточностью кровообращения.

5. Положительный венный пульс наблюдается при:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.
- в) Трикуспидальной недостаточности.
- г) Митральной недостаточности.

6. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Недостаточности трехстворчатого клапана.
- г) Стеноза устья аорты.

7. Феномен парадоксального пульса заключается в:

- а) Уменьшении наполнения пульса на вдохе.
- б) Увеличении наполнения пульса на вдохе.
- в) Уменьшении наполнения пульса на выдохе.
- г) Увеличении наполнения пульса на выдохе.

8. Повышение систолического и понижение диастолического АД свойственно:

- а) Аортальной недостаточности.

- б) Незаращению артериального (Боталлова) протока.
- в) Артериовенозным шунтам.
- г) Всему перечисленному.
- д) Ни одному из перечисленных.

9. В норме аортальный компонент II тона возникает:

- а) Раньше легочного компонента.
- б) Позже легочного компонента.
- в) Одновременно с легочным компонентом.
- г) На вдохе этот компонент возникает раньше, а на выдохе - позже легочного компонента.

10. "Пушечный" тон Стражеско описан при:

- а) Резкой синусовой брадикардии.
- б) Проплапсе митрального клапана.
- в) Атриовентрикулярной блокаде.
- г) Перикардите.

11. Третий тон сердца:

- а) Всегда является патологическим.
- б) Выслушивается в норме у детей
- в) Может выслушиваться при аортальном стенозе.
- г) Выслушивается преимущественно при синусовой тахикардии.

12. К ослаблению звучности I тона может привести:

- а) Разрушение атриовентрикулярных клапанов.
- б) Снижение сократительной функции левого желудочка.
- в) Резкое ограничение подвижности створок атриовентрикулярных клапанов.
- г) Все перечисленное.

13. Электрофизиологическое исследование показано:

- а) Всем больным с пароксизмальными нарушениями ритма сердца.
- б) Всем больным с синдромом слабости синусового узла.
- в) Больным с синкопальными состояниями неясного генеза.
- г) Всем перечисленным группам больных.

14. Метод чреспищеводной стимуляции предсердий позволяет:

- а) Провоцировать и купировать ускоренный ритм АВ-соединения.
- б) Провоцировать и купировать пароксизмы мерцания предсердий.
- в) Провоцировать и купировать пароксизмы трепетания предсердий.
- г) Все ответы правильные.

15. Патологический III тон обусловлен:

- а) Увеличением диастолического наполнения желудочков.
- б) Уменьшением диастолического наполнения желудочков.
- в) Изменением тонуса папиллярных мышц.
- г) Увеличением постнагрузки на левый желудочек.

16. "Ритм перепела" при митральном стенозе обусловлен:

- а) Расщеплением I тона.
- б) Расщеплением II тона.
- в) Наличием патологического III тона.
- г) Наличием тона (щелчка) открытия митрального клапана.
- д) Наличием диастолического шума.

17. Для митрального стеноза характерно:

- а) Увеличение интервала Q-I тон и интервала II тон- щелчок открытия митрального клапана.
- б) Укорочение интервала Q-I тон и интервала II тон-щелчок открытия митрального клапана.
- в) Увеличение интервала Q-I тон и укорочение интервала II тон-щелчок открытия митрального клапана.
- г) Укорочение интервала Q-I тон и удлинение интервала II тон-щелчок открытия митрального клапана.

18. Шум Грехема Стилла - это:

- а) Диастолический шум относительной недостаточности клапана легочной артерии.
- б) Диастолический шум относительного стеноза митрального клапана.
- в) Систолический шум при стенозе легочной артерии.
- г) Пресистолический шум при митральном стенозе.

19. При пролапсе митрального клапана аускультативная симптоматика более выражена в:

- а) Горизонтальном положении пациента.
- б) Вертикальном положении.
- в) Положении на левом боку.

г) Симптоматика не зависит от положения тела.

20. При идиопатическом гипертрофическом субаортальном стенозе аускультативная симптоматика более выражена в:

- а) Горизонтальном положении пациента.
- б) Положении на левом боку.
- в) Вертикальном положении.
- г) Аускультативные проявления не зависят от положения тела.

21. Наличие систолического щелчка и позднего систолического шума наблюдается при:

- а) Отрыве хорд митрального клапана.
- б) Кальцинозе митрального клапана.
- в) Проплапсе аортального клапана.
- г) Проплапсе митрального клапана.

22. Усиление шума над мечевидным отростком на вдохе (симптом Корвалло) характерно для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Аортального стеноза.
- г) Аортальной недостаточности.
- д) Правильного ответа нет.

23. Выявление линий Керли при рентгенографии грудной клетки свидетельствует о:

- а) Гипертензии в системе легочной артерии
- б) Гиповолемии малого круга кровообращения
- в) Воспалительных изменений в легких
- г) Венозном застое в малом круге кровообращения

24 . В передней прямой проекции при рентгенографии грудной клетки вторая дуга по левому контуру образована:

- а) Ушком левого предсердия.
- б) Дугой аорты.
- в) Нисходящей аортой.
- г) Легочной артерией.
- д) Левым желудочком.

25. Конечнодиастолическое давление в левом желудочке соответствует:

- а) Давлению заклинивания легочных капилляров.
- б) Уровню центрального венозного давления.
- в) Диастолическому давлению в аорте.
- г) Систолическому давлению в стволе легочной артерии.

26. При радионуклидной вентрикулографии можно определить:

- а) Ударный объем левого желудочка.
- б) Минутный объем левого желудочка.
- в) Сердечный индекс.
- г) Фракцию выброса желудочков.
- д) Все перечисленное.

27. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:

- а) Перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201.
- б) Сцинтиграфия миокарда с технецием-99м - пирофосфатом.
- в) Радионуклидная вентрикулография.
- г) Ни одно из перечисленных.
- д) Все перечисленное.

28. Таллий-201 активно включается в:

- а) Рубцовую ткань.
- б) Ишемизированный миокард.
- в) Здоровый миокард.
- г) Некротизированную ткань.
- д) Костную ткань.

29. Перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201 в условиях дозированной физической нагрузки по сравнению с классическим ЭКГ-тестом с физической нагрузкой характеризуется:

- а) Более высокой чувствительностью, но меньшей специфичностью.
- б) Более низкой чувствительностью, но большей специфичностью.
- в) Более высокой чувствительностью и специфичностью.
- г) Более низкой чувствительностью и специфичностью.

30. Специфичность теста с дозированной физической нагрузкой в диагностике ИБС является наиболее высокой у:

- а) Женщин.
- б) Молодых мужчин.
- в) Мужчин пожилого и среднего возраста.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Существенной разницы не выявляется.

31. При проведении проб с дозированной физической нагрузкой расчетная величина частоты сердечных сокращений, соответствующая субмаксимальному уровню нагрузки:

- а) Увеличивается с возрастом пациента.
- б) Уменьшается с возрастом пациента.
- в) Не зависит от возраста пациента.

32. Более высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает:

- а) Холодовая проба.
- б) Дипиридамоловая проба.
- в) Проба с нагрузкой на велоэргометре.
- г) Проба со статической физической нагрузкой.

33. При проведении чреспищеводной электрокардиостимуляции ритм навязывается:

- а) Правому предсердию.
- б) Левому предсердию.
- в) Правому желудочку.
- г) Левому желудочку.

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

- а) Оценить функцию синусового узла.
- б) Оценить функцию АВ-узла.
- в) Провоцировать суправентрикулярные пароксизмальные нарушения ритма.
- г) Провоцировать желудочковые пароксизмальные нарушения ритма.

35. Наиболее чувствительным методом диагностики стенокардии напряжения является:

- а) 24-часовой мониторинг ЭКГ.
- б) Проба с дозированной физической нагрузкой.
- в) Фармакологические пробы.
- г) Холодовая проба.

36. Наиболее информативным методом выявления выпота в перикард является:

- а) Рентгеновский.
- б) Фонокардиография.
- в) ЭКГ.
- г) Физикальное исследование.
- д) Эхокардиография.

37. Характерным эхокардиографическим признаком обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является:

- а) Однонаправленное диастолическое движение створок митрального клапана.
- б) Систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана.
- в) Диастолическое "дрожание" передней митральной створки.
- г) Касание межжелудочковой перегородки передней митральной створкой в диастолу.

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

- а) Пролапса митрального клапана.
- б) Миксомы левого предсердия.
- в) Аортальной недостаточности.
- г) Митрального стеноза.

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

- а) Аортального стеноза.
- б) Митрального стеноза.
- в) Аортальной недостаточности.
- г) Митральной недостаточности.
- д) Пролапса митрального клапана.

40. Наиболее информативным методом выявления недостаточности митрального клапана является:

- а) ЭКГ.
- б) Рентгеновское обследование.
- в) Допплеркардиография.
- г) Фонокардиография.

41. Снижение уровня калия в сыворотке крови может наблюдаться при:

- а) Первичном альдостеронизме.
- б) Вторичном альдостеронизме.
- в) Применении диуретиков.
- г) Всех вышеперечисленных состояниях.

42. Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертензии является:

- а) МР-томография.
- б) Рентгеновская компьютерная томография.
- в) Рентгеноконтрастная аортография.
- г) Изотопная ренография.

43. Содержание калия в крови при первичном гиперальдостеронизме:

- а) Повышено.
- б) Понижено.
- в) Не изменено.

44. Какая активность ренина плазмы крови характерна для первичного гиперальдостеронизма:

- а) Низкая.
- б) Высокая.
- в) Нормальная.
- г) Закономерности не выявляется.

45. Наиболее информативным методом диагностики спонтанной стенокардии при неизменных коронарных артериях является:

- а) Проба с дозированной физической нагрузкой.
- б) Дипиридамоловая проба.
- в) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
- г) Эргоновиновая проба.

46. При небольшом объеме выпота в полость перикарда он наиболее часто локализуется в области:

- а) Боковой поверхности левого желудочка.
- б) Передней поверхности правого желудочка.
- в) Задней поверхности левого желудочка.
- г) Верхушки сердца.

47. Оценить функциональные возможности больного ИБС наиболее точно позволяет:

- а) Проба с нагрузкой на велоэргометре.
- б) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
- в) 24-часовое мониторирование ЭКГ.
- г) Перечисленные методы практически равноценны.

48. 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ позволяет диагностировать:

- а) Безболевою ишемию миокарда.
- б) Нарушения ритма сердца.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

49. При 24-часовом мониторировании ЭКГ наиболее достоверными признаками ишемии миокарда являются:

- а) Депрессия сегмента ST.
- б) Подъем сегмента ST.
- в) Инверсия зубца T.
- г) Все перечисленные.
- д) Правильные ответы - а и б.

50. На диагностические возможности метода 24-часового мониторирования ЭКГ у больных стенокардией влияют следующие факторы:

- а) Активность больного во время исследования.
- б) Прием лекарственных препаратов.
- в) Толерантность к физической нагрузке.
- г) Все перечисленное.

51. Самый частый симптом при тромбоэмболии легочной артерии:

- а) Боль в грудной клетке.
- б) Кровохарканье.
- в) Внезапная одышка.
- г) Потеря сознания.

52. Наиболее специфические клинические признаки острой левожелудочковой недостаточности:

- а) Ортопноэ.
- б) Пароксизм инспираторной одышки.
- в) Дыхание Чейн-Стокса.

г) Отеки на нижних конечностях.

д) Правильный ответ 1 и 2.

53. Венозное давление повышается при:

а) Сердечной недостаточности.

б) Заболеваниях перикарда.

в) Гиперволемии.

г) Сдавлении верхней полой вены.

д) Все ответы правильные.

54. Двухмерная эхокардиография имеет значение при выявлении:

а) Внутрисердечных тромбов.

б) Инфекционного эндокардита.

в) Аневризмы левого желудочка.

г) Инфаркта миокарда правого желудочка.

д) Всего перечисленного.

55. Связь болей с движениями туловищем, дыханием, глотанием характерна для:

а) Стенокардии.

б) Перикардита.

в) Нейроциркуляторной дистонии.

г) Всего перечисленного.

д) Правильного ответа нет.

56. Болевые ощущения, трудно отличимые от инфаркта миокарда, могут быть при:

а) Расслоении аорты.

б) Тромбоэмболии легочной артерии.

в) Остром панкреатите.

г) Всем перечисленным.

57. Иррадиация болевых ощущений в спину наиболее характерна для:

а) Стенокардии.

б) Инфаркта миокарда.

в) Расслоения аорты.

г) Тромбоэмболии легочной артерии.

д) Правильно 1 и 2.

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

- а) Перикардита.
- б) Плеврита.
- в) Остеохондроза шейно-грудного отдела.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно только 2 и 3.

59. Внезапная одышка может наблюдаться при:

- а) Тромбоэмболии легочной артерии.
- б) Отеке легких.
- в) Пневмотораксе.
- г) Тампонаде сердца.
- д) При всех перечисленных состояниях.

60. Постоянная одышка наблюдается при:

- а) Левожелудочковой недостаточности.
- б) Первичной легочной гипертензии.
- в) Врожденных пороках со сбросом крови справа-налево.
- г) Эмфиземе легких.
- д) При всех перечисленных состояниях.

61. Возникновение приступов одышки только в покое (при отсутствии заметной одышки во время нагрузки) характерно для:

- а) Сердечной недостаточности.
- б) Заболеваний легких.
- в) Нейроциркуляторной дистонии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

62. При сердечной недостаточности у больных без видимых отеков задержка жидкости может составлять:

- а) 1 литр.
- б) 3 литра.

- в) 5 литров.
- г) 10 литров.

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

- а) Констриктивном перикардите.
- б) Обструкции верхней полой вены.
- в) Микседеме.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильного ответа нет.

64. Односторонние отеки ног характерны для больных с:

- а) Сердечной недостаточностью.
- б) Заболеваниями вен.
- в) Поражением лимфатических сосудов.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно б и в.

65. Наиболее вероятной причиной развития асцита у больного с умеренно выраженными отеками ног являются :

- а) Дилатационная кардиомиопатия.
- б) Констриктивный перикардит.
- в) Цирроз печени.
- г) Гипертрофическая кардиомиопатия.
- д) Правильно б и в.

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

- а) Аортальным стенозом.
- б) Митральным стенозом.
- в) Аортальной недостаточностью.
- г) Митральной недостаточностью.

67. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных:

- а) Дилатационной кардиомиопатией.
- б) Гипертрофической кардиомиопатией.
- в) Митральным стенозом.
- г) Одинаково часто встречаются при всех перечисленных состояниях.

д) Правильно а и б.

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

- а) Понижении центрального венозного давления.
- б) Повышении центрального венозного давления.
- в) Нормальном центральном венозном давлении.

69. Парадоксальный пульс чаще всего отмечается при:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Сердечной недостаточности.
- в) Тампонаде сердца.
- г) Гиповолемическом шоке.
- д) Гипертрофической кардиомиопатии.

70. Видимая пульсация в надгрудной вырезке может быть признаком:

- а) Аневризмы аорты.
- б) Высокого расположения дуги аорты.
- в) Коарктации аорты.
- г) Всего перечисленного.

71. Систолическая пульсация печени и крупных вен бывает при:

- а) Стенозе правого атрио-вентрикулярного отверстия.
- б) Недостаточности аортального клапана.
- в) Гипертрофической кардиомиопатии.
- г) Недостаточности трехстворчатого клапана.
- д) Правильного ответа нет.

72. Расщепление 2- го тона в норме можно услышать:

- а) Только на верхушке.
- б) Только на основании сердца.
- в) Только в положении лежа.
- г) Правильно а и в.
- д) Правильно б и в.

73. Для коронарного кровотока характерно:

- а) Увеличение в систолу.
- б) Увеличение в диастолу.
- в) Уменьшение в диастолу.
- г) Правильно а и в.

74. При сокращении миокарда наибольшее препятствие коронарному кровотоку создается в:

- а) Субэпикардиальных слоях миокарда.
- б) Субэндокардиальных слоях миокарда.
- в) Одинаково в субэпикардиальных и субэндокардиальных слоях миокарда.

75. Громкость аортального компонента 2- го тона увеличивается при:

- а) Артериальной гипертонии.
- б) Уплотнении (склерозировании) аорты.
- в) Уплотнении (склерозировании) створок аортального клапана.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно только 2 и 3.

76. Громкость легочного компонента 2- го тона усиливается при:

- а) Легочной гипертензии.
- б) Дефекте межпредсердной перегородки.
- в) Стенозе легочной артерии.
- г) Всех перечисленных состояний.
- д) Правильно а и б.

77. Ослабление 2- го тона наблюдается при:

- а) Легочной гипертензии.
- б) Стенозе легочной артерии.
- в) Стенозе аорты.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно б и в.

78. Кровохарканье может быть симптомом:

- а) Митрального стеноза.
- б) Инфаркта легкого.
- в) Рака легкого.

г) Всего перечисленного.

д) Правильно б и в.

79. Шум изгнания может выслушиваться при:

а) Аортальном стенозе.

б) Стенозе легочной артерии.

в) Расширении аорты или легочной артерии.

г) 2-х створчатом аортальном клапане.

д) Всех перечисленных состояниях.

80. Причиной выслушивания "щелчка" во время систолы является:

а) Пролабирование створок митрального клапана.

б) Констриктивный (адгезивный) перикардит.

в) Митральный стеноз.

г) Все ответы правильные.

д) Правильно только а и б.

81. Систолический шум типа изгнания выслушивается при:

а) Стенозе устья аорты или легочной артерии.

б) Гипертрофической кардиомиопатии (обструктивный вариант)

в) Дефекте межпредсердной перегородки.

г) Всех перечисленных состояниях.

д) Правильно только а и б.

82. Ранний диастолический шум сразу после 2-го тона характерен для:

а) Митрального стеноза.

б) Аортальной недостаточности.

в) Открытого артериального протока.

г) Дефекта межпредсердной перегородки.

д) Всех перечисленных состояний.

83. Непрерывный систоло-диастолический шум характерен для:

а) Дефекта межпредсердной перегородки.

б) Аномалии Эбштейна.

в) Открытого артериального протока.

г) Всех перечисленных состояний

84. Шум трения перикарда обычно лучше всего слышен:

- а) Во время систолы.
- б) В первой половине диастолы.
- в) В конце диастолы

Ответы

1-А	2-Б	3-Г	4-Б	5-В	6-В	7-А
8-Г	9-А	10-В	11-Б	12-Г	13-В	14-В
15-А	16-Г	17-В	18-А	19-Б	20-В	21-Г
22-Д	23-Г	24-Г	25-А	26-Д	27-Б	28-В
29-В	30-В	31-Б	32-В	33-Б	34-Г	35-Б
36-Д	37-Б	38-Г	39-В	40-В	41-Г	42-В
43-Б	44-А	45-Г	46-В	47-А	48-В	49-Д
50-Г	51-В	52-Д	53-Д	54-Д	55-Б	56-Г
57-В	58-Г	59-Д	60-Д	61-В	62-В	63-Г
64-Д	65-Г	66-А	67-Б	68-Б	69-В	70-Г
71-Г	72-В	73-Б	74-Б	75-Г	76-Д	77-Д
78-Г	79-Д	80-Д	81-Г	82-Б	83-А	84-В

2. АТЕРОСКЛЕРОЗ

141. При атеросклерозе поражаются в первую очередь следующие слои сосудистой стенки:

- а) Интима.
- б) Медия.
- в) Адвентиция.

142. При атеросклерозе поражаются:

- а) Артерии мышечного типа.
- б) Артерии мышечно-эластического типа.
- в) Артерии эластического типа.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно б и в.

143. Атеросклеротические бляшки наиболее часто локализуются:

- а) В дистальных отделах артерий.
- б) В проксимальных отделах артерий.
- в) В местах бифуркации артерий.

г) С одинаковой частотой образуются в любых отделах артерий.

144. Липоидоз аорты:

- а) Начинается в детском возрасте.
- б) Начинается на третьем десятилетии жизни.
- в) Характерен для среднего возраста.
- г) Характерен для пожилого и старческого возраста.

145. Атеросклеротические бляшки наиболее часто встречаются в:

- а) Церебральных артериях.
- б) Коронарных артериях.
- в) Аорте.
- г) Бедренных артериях.

146. Пролиферация гладкомышечных клеток в интима артерий рассматривается как:

- а) Обязательный этап атерогенеза.
- б) Существенный, но необязательный этап атерогенеза.
- в) Второстепенный этап атерогенеза.

147. "Пенистые" клетки, участвующие в атерогенезе, богаты:

- а) Преимущественно белком.
- б) Кальцием.
- в) Липидами.
- г) Тканевым детритом.

148. "Пенистые" клетки в сосудистой стенке при атеросклерозе

- а) Мигрировавшие в интиму нейтрофилы.
- б) Нагруженные липидами макрофаги
- в) Разросшиеся клетки стромы.
- г) Метаплазированные гладкомышечные клетки

149. "Пенистые" клетки характерны для гистологической картины:

- а) Ранних стадий атеросклероза.
- б) Поздних стадий атеросклероза.
- в) При осложнениях атеросклероза.
- г) Не характерны для гистологической картины при атеросклерозе.

150. Пролиферация фиброзных элементов в интима артерий:

- а) Является обязательной в процессе формирования атеросклеротической бляшки.
- б) Рассматривается как не обязательная при формировании атеросклеротической бляшки.
- в) Не имеет значения в атерогенезе.

151. Что из перечисленных признаков атеросклеротического поражения ведет к осложнениям (тромбозу):

- а) Кальциноз.
- б) Фиброз.
- в) Изъязвление.
- г) Ничего из перечисленного

152. Гемодинамически значимым считается сужение просвета коронарной артерии на:

- а) 25%.
- б) 40%.
- в) 75%.

153. Из перечисленных типов дислипопропротеидемии атерогенным является:

- а) I тип.
- б) II тип.
- в) V тип.

154. Из перечисленных типов дислипопропротеидемии атерогенным является:

- а) I тип.
- б) V тип.
- в) III тип.

155. Транспортной формой экзогенного холестерина являются:

- а) Липопротеиды очень низкой плотности.
- б) Липопротеиды низкой плотности.
- в) Хиломикроны.
- г) "Ремнантные" частицы.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

156. Основной транспортной формой эндогенного холестерина являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) "Ремнантные" частицы.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

157. Основной транспортной формой эндогенных триглицеридов являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) "Ремнантные" частицы.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

158. Антиатерогенную роль играют:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) "Ремнантные" частицы.
- г) Липопротеиды низкой плотности.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

159. "Хилезный" вид сыворотке крови придают:

- а) Хиломикроны.
- б) "Ремнантные" частицы.
- в) Липопротеиды очень низкой плотности.
- г) Липопротеиды низкой плотности.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

160. При неатерогенных гиперлипидемиях наиболее высок риск развития:

- а) Гиперурикемии.
- б) Сахарного диабета.
- в) Острого панкреатита.
- г) Констриктивного перикардита.
- д) Тромбоэмболии легочной артерии.

161. В патогенезе семейной гиперхолестеринемии основное значение принадлежит:

- а) Нарушению синтеза липопротеидов низкой плотности.
- б) Нарушению абсорбции холестерина.
- в) Уменьшению количества или отсутствию рецепторов ЛПНП
- г) Нарушению катаболизма "ремнантных" частиц.
- д) Нарушению катаболизма липопротеидов очень низкой плотности.

162. Наиболее резкое повышение содержания холестерина в плазме крови наблюдается при:

- а) Гомозиготной форме семейной гиперхолестеринемии.
- б) Гетерозиготной форме семейной гиперхолестеринемии.
- в) При III типе дислипидемии.

163. Развитие ишемической болезни сердца в детском возрасте возможно при:

- а) Семейной гипертриглицеридемии.
- б) Гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии.
- в) Гомозиготной семейной гиперхолестеринемии.
- г) Комбинированной семейной гиперлипидемии.
- д) Семейном дефиците липопротеидлипазы.

164. Острым панкреатитом может осложняться:

- а) I тип дислипидемии.
- б) Тип IIa дислипидемии.
- в) Тип IIb дислипидемии.
- г) III тип дислипидемии.

165. Из нижеперечисленных признаков для диагностики семейной гиперхолестеринемии наиболее важное значение имеет:

- а) Липоидная дуга роговицы.
- б) Увеличение печени и селезенки.
- в) Ксантоматоз ладоней.
- г) Ксантоматоз ахилловых сухожилий.

166. Для больных с III типом дислипидемии характерны:

- а) Плоские ксантомы в складках ладоней.
- б) Липоидная дуга роговицы.
- в) Ксантоматоз ахилловых сухожилий.
- г) Увеличение печени и селезенки.

167. Оптимальное содержание холестерина в плазме крови для мужчины в возрасте 20 лет составляет:

- а) Менее 5,2 ммоль/л.
- б) От 5,2 до 6,2 ммоль/л.
- в) Более 6,2 ммоль/л.

168. Наиболее патогенным из перечисленных факторов риска атеросклероза является:

- а) Психоэмоциональный стресс.
- б) Гиперхолестеринемия.
- в) Гиподинамия.
- г) Ожирение.

169. Какой из перечисленных факторов риска является более атерогенным:

- а) Гиподинамия.
- б) Психоэмоциональный стресс.
- в) Артериальная гипертония.
- г) Избыточная масса тела.

170. Гиполипидемические препараты при первичной профилактике атеросклероза назначают:

- а) Всем лицам среднего и пожилого возраста.
- б) В случаях, когда диетические мероприятия не приводят к нормализации липидного состава крови.
- в) При нормолипидемии в сочетании с несколькими дополнительными факторами риска развития атеросклероза.
- г) Во всех перечисленных случаях.

171. При клинически выраженных стадиях атеросклероза:

- а) Уже поздно воздействовать на липидный состав сыворотки крови.
- б) Следует добиваться лишь умеренной коррекции нарушений липидного состава.
- в) Следует активно стремиться к нормализации липидного состава сыворотки крови.

172. При регулярных физических тренировках содержание в плазме крови липопротеидов высокой плотности:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

173. При регулярном приеме тиазидных диуретиков:

- а) Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- б) Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- в) Изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.

174. При приеме антагонистов кальция:

- а) Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- б) Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- в) Существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.

175. При приеме препаратов из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента:

- а) Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- б) Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- в) Существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.

176. При понижении функции щитовидной железы уровень холестерина в сыворотке крови:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

177. Содержание холестерина в сыворотке крови при нефротическом синдроме:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

178. Наиболее выраженной способностью уменьшать всасывание холестерина в кишечнике обладает:

- а) Симвастатин.
- б) Аторвастатин.
- в) Никотиновая кислота.
- г) Эзетимиб.

179. Наиболее выраженной способностью уменьшать содержание в плазме крови липопротеидов низкой плотности обладает:

- а) Розувастатин.
- б) Аторвастатин.
- в) Трайкор.
- г) Никотиновая кислота.

Ответы на вопросы по теме «Атеросклероз»

141-А	142-Г	143-В	144-А	145-В	146-А	147-В	148-б
149-А	150-А	151-В	152-В	153-Б	154-В	155-В	156-В
157-Б	158-Д	159-А	160-В	161-В	162-А	163-В	164-А
165-Г	166-А	167-А	168-Б	169-В	170-Б	171-В	172-А
173-Б	174-В	175-В	176-А	177-А	178-Г	179-А	

3. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

180. Потребность миокарда в кислороде определяет:

- а) Частота сердечных сокращений.
- б) Контрактильность миокарда.
- в) Напряжение стенки левого желудочка.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

181. "Двойное произведение"- показатель, в определенной степени отражающий потребность миокарда в кислороде, представляет собой:

- а) Произведение частоты сердечных сокращений на систолическое артериальное давление.
- б) Произведение частоты сердечных сокращений на диастолическое артериальное давление.
- в) Произведение частоты сердечных сокращений на среднее артериальное давление.
- г) Произведение частоты сердечных сокращений на давление заклинивания легочных капилляров.

182. Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:

- а) Правой коронарной артерии.
- б) Передней нисходящей коронарной артерии.
- в) Общем стволе левой коронарной артерии.
- г) Огибающей коронарной артерии.
- д) Прогноз у больных ИБС не зависит от локализации атеросклеротических поражений коронарного русла.

183. Гемодинамически значимым считается сужение коронарной артерии:

- а) Не менее 25% просвета.
- б) Не менее 40% просвета.
- в) Не менее 50-75% просвета.
- г) Не менее 90% просвета

184. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при:

- а) Стабильной стенокардии напряжения.
- б) Спонтанной стенокардии.
- в) Прогрессирующей стенокардии напряжения.
- г) Впервые возникшей стенокардии.
- д) Любых вариантах стенокардии.

185. Госпитализация больных впервые возникшей стенокардией:

- а) Показана всем больным.
- б) Не показана.
- в) Показана в отдельных случаях.
- г) Решается индивидуально.

186. Исходом впервые возникшей стенокардии может быть:

- а) Клиническое выздоровление.
- б) Развитие инфаркта миокарда.
- в) Переход в стабильную стенокардию.
- г) Внезапная смерть.
- д) Все перечисленное.

187. Госпитализация больных прогрессирующей стенокардией напряжения:

- а) Показана всем больным.
- б) Не показана.
- в) Показана в ряде случаев.

188. Приступы стенокардии возникают при медленной ходьбе по ровному месту:

- а) При I функциональном классе стенокардии.
- б) При II функциональном классе стенокардии.
- в) При II и III классах стенокардии.
- г) При III и IV классах стенокардии.

189. У больных стенокардией напряжения безболевые эпизоды депрессии сегмента ST:

- а) Практически не встречаются.
- б) Встречаются весьма редко.
- в) Встречаются довольно часто.
- г) Закономерны.

190. Преходящие эпизоды ишемии миокарда:

- а) Всегда сопровождаются болевым синдромом.
- б) Всегда сопровождаются болевым синдромом или его эквивалентом.
- в) Могут не сопровождаться вышеуказанными проявлениями.

191. Для трансмуральной ишемии миокарда характерны:

- а) Депрессия сегмента ST.
- б) Подъем сегмента ST.
- в) Увеличение амплитуды зубца "Т".
- г) Все перечисленное.

192. Для субэндокардиальной ишемии миокарда характерны:

- а) Депрессия сегмента ST.
- б) Подъем сегмента ST.
- в) Как депрессия, так и подъем сегмента ST.
- г) Все перечисленное.

193. Среди больных ИБС спонтанная стенокардия встречается:

- а) Более часто, чем стабильная стенокардия напряжения.
- б) Практически так же часто, как стабильная стенокардия напряжения.
- в) Менее часто, чем стабильная стенокардия напряжения.

194. Во время приступов спонтанной стенокардии нарушения ритма:

- а) Практически не встречаются.
- б) Встречаются редко.
- в) Встречаются часто.
- г) Встречаются практически всегда.

195. Проба с физической нагрузкой расценивается как положительная в случае:

- а) Развития депрессии сегмента ST ишемического типа.
- б) Развития инверсии зубца "Т".
- в) Появления частых экстрасистол высоких градаций.
- г) Во всех вышеперечисленных случаях.

196. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:

- а) Проба с физической нагрузкой.
- б) Проба с введением изопротеренола.
- в) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
- г) Холтеровское мониторирование ЭКГ.
- д) Дипиридамоловая проба.

197. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:

- а) Проба с физической нагрузкой.
- б) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
- в) Проба с изопротеренолом.
- г) Проба с эргоновином.
- д) Дипиридамоловая проба

198. При приступе стенокардии напряжения фракция выброса левого желудочка:

- а) Увеличивается у всех больных.
- б) Уменьшается у всех больных.
- в) Не изменяется у всех больных.
- г) Не изменяется или уменьшается.

199. Для диагностики ИБС могут быть использованы:

- а) Коронарная ангиография.

- б) Перфузионная сцинтиграфия миокарда в условиях физической нагрузки.
- в) Регистрация ЭКГ в условиях физической нагрузки, стресс ЭхоКГ
- г) Холтеровское мониторирование ЭКГ.
- д) Все перечисленное

200. Потребность миокарда в кислороде определяет:

- а) Частота сердечных сокращений.
- б) Контрактильность миокарда.
- в) Преднагрузка на левый желудочек.
- г) Постнагрузка на левый желудочек.
- д) Все перечисленное.

201. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме нитратов обусловлено:

- а) Отрицательным инотропным эффектом.
- б) Отрицательным хронотропным эффектом.
- в) Уменьшением постнагрузки на левый желудочек.
- г) Уменьшением преднагрузки на левый желудочек.
- д) Всем перечисленным.

202. Антиангинальный эффект нитратов у больных стабильной стенокардией напряжения обусловлен:

- а) Отрицательным инотропным эффектом.
- б) Уменьшением потребности миокарда в кислороде.
- в) Отрицательным хронотропным эффектом.

203. Антиангинальный эффект бета-блокаторов у больных стабильной стенокардией напряжения обусловлен:

- а) Увеличением коронарного кровотока.
- б) Уменьшением потребности миокарда в кислороде.
- в) В равной степени увеличением коронарного кровотока и уменьшением потребности миокарда в кислороде.

204. Антиангинальный эффект антагонистов кальция у больных стабильной стенокардией напряжения обусловлен:

- а) Увеличением коронарного кровотока.
- б) Уменьшением потребности миокарда в кислороде.
- в) Влиянием на коронарный кровоток и уменьшением потребности миокарда в кислороде.

205. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме бета-блокаторов обусловлено, в основном:

- а) Отрицательным инотропным эффектом.
- б) Отрицательным хронотропным эффектом.
- в) Как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом.
- г) Уменьшением преднагрузки на левый желудочек.
- д) Уменьшением постнагрузки на левый желудочек.

206. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме антагонистов кальция (нифедипина) обусловлено, в основном:

- а) Отрицательным инотропным эффектом.
- б) Отрицательным хронотропным эффектом.
- в) Уменьшением постнагрузки на левый желудочек.

г) Уменьшением преднагрузки на левый желудочек.

207. Наиболее эффективными у больных спонтанной стенокардией являются:

- а) Нитраты.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Эффективность перечисленных групп препаратов при спонтанной стенокардии практически одинакова.

208. У больных ИБС с сопутствующей артериальной гипертонией следует предпочесть:

- а) Нитраты.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Нитраты и бета-блокаторы.
- д) Антагонисты кальция и бета-блокаторы.

209. При применении нитратов уровень артериального давления (АД) в большинстве случаев:

- а) Не изменяется.
- б) Увеличивается.
- в) Уменьшается.
- г) Изменения не закономерны.

210. В наибольшей степени уменьшают преднагрузку на левый желудочек:

- а) Бета-блокаторы.
- б) Нитраты.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Все в одинаковой степени.

211. Минимальная эффективная разовая доза изосорбида динитрата при стенокардии напряжения составляет при приеме внутрь:

- а) Обычно 5 мг.
- б) Обычно 10 мг.
- в) Не менее 20 мг.

212. Какой из нижеперечисленных бета-блокаторов в меньшей степени уменьшает частоту пульса в покое у больных ИБС:

- а) Анаприлин.
- б) бисопролол
- в) карведилол
- г) метопролол

213. У больных ИБС с синдромом слабости синусового узла следует избегать назначения:

- а) Нитратов.
- б) Сиднофарма
- в) Бета-блокаторов или верапамила.
- г) Коринфара.
- д) Фуросемида.

214. Наиболее надежным критерием антиангинального эффекта лекарственных препаратов у больных стенокардией напряжения является:

- а) Уменьшение количества принимаемых таблеток нитроглицерина.
- б) Уменьшение частоты приступов стенокардии.
- в) Повышение толерантности к физической нагрузке.
- г) Ни один из перечисленных.

215. В наибольшей степени свойственен синдром отмены:

- а) Нитратам.
- б) Антагонистам кальция.
- в) Бета-блокаторам.
- г) Всем перечисленным.

216. Синдром отмены бета-блокаторов у больных ИБС может проявиться:

- а) Учащением приступов стенокардии.
- б) Появлением приступов стенокардии в покое.
- в) Снижением толерантности к физической нагрузке.
- г) Развитием инфаркта миокарда.
- д) Всем перечисленным.

217. Кардиоселективность бета-блокаторов:

- а) С увеличением дозы препарата снижается.
- б) Увеличивается при увеличении дозы.
- в) Не зависит от дозы.

218. Толерантность к препарату может развиться при лечении:

- а) Нитратами.
- б) Бета-блокаторами.
- в) Антагонистами кальция.
- г) Всеми перечисленными средствами.

219. В случае развития толерантности к нитратам бывает достаточным для восстановления первоначального эффекта прекратить лечение на срок:

- а) Около 3 месяцев.
- б) Около 1 месяца.
- в) 2 - 3 недели.
- г) Несколько дней.

220. Головную боль может вызвать прием:

- а) Нитратов.
- б) Бета-блокаторов.
- в) Антагонистов кальция.
- г) Нитратов и бета-блокаторов.
- д) Правильно а и в.

221. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Пропранолол (анаприлин) .
- г) Нитросорбид.

222. Неблагоприятное влияние на липидный состав сыворотки крови оказывают:

- а) Нитраты.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Все перечисленное.

223. Из перечисленных антиангинальных препаратов замедляют атриовентрикулярную проводимость:

- а) Нитросорбид.
- б) изосорбид мононитрат
- в) Анаприлин.
- г) Нифедипин

224. Из перечисленных антиангинальных препаратов в наибольшей степени подавляет автоматизм синусового узла:

- а) Сиднофарм
- б) Рамиприл.
- в) Верапамил .
- г) Коринфар.
- д) Изосорбида динитрат.

225. Из перечисленных бета-блокаторов обладает собственной симпатомиметической активностью:

- а) Пропранолол (анаприлин) .
- б) Метопролол .
- в) Бисопролол .
- г) Ни один из перечисленных.

226. Из антиангинальных препаратов ортостатическую гипотонию могут вызвать:

- а) Нитраты.
- б) Анаприлин.
- в) Верапамил .
- г) Сиднофарм.

227. Назначать антиангинальные препараты больным ИБС с безболевыми эпизодами ишемии миокарда:

- а) Не следует.
- б) Следует.
- в) Да, но только при наличии дополнительных показаний.

228. Из двух антиангинальных препаратов группы антагонистов кальция в наибольшей степени отрицательный инотропный эффект свойствен:

- а) Верапамилу.
- б) Нифедипину.
- в) Данные препараты не обладают отрицательным инотропным эффектом.
- г) Верапамилу и нифедипину в одинаковой степени.

229. Наиболее частым осложнением операции аортокоронарного шунтирования является:

- а) Тромбоэмболия легочной артерии.
- б) Инфаркт миокарда.
- в) Прогрессирующая недостаточность кровообращения.

230. Наиболее вероятной причиной возобновления приступов стенокардии в ближайшие сроки после выполнения операции реваскуляризации является:

- а) Прогрессирование коронарного атеросклероза.
- б) Окончание "плацебо-эффекта" оперативного вмешательства.
- в) Окклюзия шунтов (стендов)
- г) Все перечисленное.

231. Операция аорто-коронарного шунтирования увеличивает продолжительность жизни:

- а) У всех категорий больных ИБС.
- б) У больных с поражением ствола левой коронарной артерии.
- в) У больных с «однососудистым» поражением коронарных артерий.
- г) Продолжительность жизни после аорто-коронарного шунтирования не увеличивается.

232. После маммарно-коронарного шунтирования проходимость шунтов сохраняется:

- а) Более длительное время, чем после аорто-коронарного шунтирования.
- б) Менее продолжительное время, чем после аорто-коронарного шунтирования.
- в) Частота тромбозов шунтов одинакова при обоих видах оперативного вмешательства.

233. Отдаленные результаты реваскуляризации миокарда у больных с высокой гиперхолестеринемией:

- а) Лучше, чем у больных с "нормальным" уровнем холестерина.
- б) Хуже, чем у больных с "нормальным" уровнем холестерина.
- в) Такие же, как у больных с "нормальным" уровнем холестерина.

234. Показаниями к проведению транслюминальной баллонной пластики и стентирования коронарных артерий являются:

- а) "Многососудистые" варианты диффузного поражения коронарных артерий.
- б) Стенозирование дистальных участков коронарных артерий.
- в) Проксимальное стенозирование при "однососудистом" поражении коронарных артерий.

235. Причина стенокардии:

- а) Органическое поражение коронарных артерий.
- б) Функциональные нарушения регуляции тонуса коронарных артерий.
- в) Сочетание органического поражения коронарных артерий и функциональных нарушений.

236. Причиной поражения коронарных артерий при ИБС, как правило, является:

- а) Атеросклероз.
- б) Специфические артерииты с вовлечением коронарных артерий.
- в) Травматические повреждения сердца.
- г) Все ответы правильные.

237. Гемодинамически значимым сужением коронарных артерий считается уменьшение внутреннего диаметра правой коронарной артерии или ветвей левой коронарной артерии на:

- а) 25%.
- б) 50%.
- в) 75%.
- г) 90%.

238. Внезапной коронарной смертью называют смерть:

- а) При остром инфаркте миокарда.
- б) Смерть в течение 6-ти часов после возникновения неблагоприятных симптомов.
- в) Смерть при документированной фибрилляции желудочков.
- г) Все ответы правильны.

239. Признаками стенокардии напряжения являются:

- а) Боли в левой половине грудной клетки при нагрузке.
- б) Иррадиация ощущений влево - по медиальной поверхности левой руки.
- в) Эффект от нитроглицерина или прекращения нагрузки в течение 1-3 мин.
- г) Все перечисленное

240. Наиболее характерной локализацией неприятных ощущений, связанных с физической нагрузкой при стенокардии, является:

- а) Область сердца (слева от грудины) .
- б) За грудиной.
- в) В области верхушечного толчка.
- г) Рядом с мечевидным отростком грудины.

241. Продолжительность приступа стенокардии напряжения после прекращения нагрузки, как правило, составляет:

- а) Несколько минут (менее 10 минут) .
- б) Менее 30 сек.
- в) 15-20 мин.

242. У больных стенокардией напряжения II ФК приступы возникают:

- а) При подъеме по лестнице менее, чем на один этаж (меньше 2 - х пролетов лестницы) .
- б) При подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2 - х пролетов лестницы) .
- в) Только при очень больших физических нагрузках.
- г) При любой, даже минимальной физической нагрузке.

243. Признаком стенокардии напряжения IV ФК является:

- а) Возникновение стенокардии при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы) .
- б) Возникновение стенокардии при минимальной физической нагрузке.
- в) Возникновение спонтанной стенокардии.
очень больших физических нагрузках.

244. Спонтанная стенокардия:

- а) Это синоним стенокардии покоя.
- б) Возникает вследствие повышения потребности миокарда в кислороде.
- в) Возникает вследствие уменьшения коронарного кровотока (без признаков повышения потребности миокарда в кислороде) .
- г) Правильного ответа нет.

245 У больных с приступами спонтанной стенокардии как правило:

- а) имеется и стенокардия напряжения
- б) нет приступов стенокардии напряжения

246. У больных с прогрессирующей (нестабильной) стенокардией отмечается:

- а) Возникновение приступов при более легкой нагрузке.
- б) Появление приступов стенокардии в покое.
- в) Увеличение продолжительности приступов стенокардии.
- г) Уменьшение эффекта от нитроглицерина.
- д) Все перечисленное.

247. У женщин с болевыми ощущениями в грудной клетке вероятность ИБС:

- а) Всегда ниже, чем у мужчин.
- б) Выше, чем у мужчин.
- в) Такая же, как у мужчин.

248. Самым доказательным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является:

- а) Изменения сегмента ST и зубца T.
- б) Признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS) .
- в) Блокада ветвей пучка Гиса.
- г) Нарушения ритма сердца.

249. При проведении пробы с физической нагрузкой ЭКГ признаками ишемии миокарда считаются:

- а) Появление отрицательных зубцов T.
- б) Горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм.
- в) Возникновение желудочковых аритмий.
- г) Все ответы правильные.

250. При проведении пробы с физической нагрузкой у больного, перенесшего инфаркт миокарда, признаками возможной ишемии миокарда считаются:

- а) Возникновение приступа стенокардии без изменений ЭКГ.
- б) Появление выраженной одышки.
- в) Возникновение ощущения резкой слабости в связи со снижением артериального давления.
- г) Все перечисленное.

251. Признаками выраженного поражения коронарных артерий при проведении пробы с физической нагрузкой являются:

- а) Максимальная достигнутая ЧСС менее 120 в мин.
- б) Очень раннее появление депрессии сегмента ST (на первых минутах нагрузки) .
- в) Длительное сохранение депрессии сегмента ST после прекращения нагрузки (в течение 6-8 мин) .
- г) Все перечисленное.

252. Для уточнения диагноза ИБС проба с физической нагрузкой показана прежде всего больным:

- а) С типичной стенокардией напряжения.
- б) С атипичным болевым синдромом.
- в) Лицам без каких-либо симптомов ИБС.
- г) Все ответы правильные.

253. Диагностическая ценность сцинтиграфии миокарда с таллием в сочетании с физической нагрузкой:

- а) Такая же, как и у ЭКГ- пробы с нагрузкой.
- б) Выше, чем у ЭКГ- пробы с нагрузкой.
- в) Ниже, чем у ЭКГ- пробы с нагрузкой.

254. Для лечения стенокардии напряжения используют все нижеперечисленные препараты, за исключением:

- а) Нитросорбида.
- б) Бетаблокаторы .
- в) верапамил .
- г) нифедипин .

д) Папаверина.

255. Средние суточные дозы изоосорбида динитрата у больных ИБС составляют:

- а) 10-20 мг .
- б) 40-60 мг.
- в) 100-200 мг.
- г) 300-400 мг.
- д) 500-600 мг.

256. Средние суточные дозы верапамила составляют:

- а) 40-80 мг.
- б) 80-120 мг.
- в) 120-200 мг.
- г) 240-320 мг.
- д) 500-600 мг.

257. Средние суточные дозы нифедипина составляют:

- а) 10-30 мг.
- б) 60-80 мг.
- в) 100-200 мг.
- г) 200-240 мг.

258. Средние суточные дозы анаприлина составляют:

- а) 20-40 мг.
- б) 80-200 мг.
- в) 300-400 мг.
- г) 400-600 мг.

259. Основным из перечисленных показаний к хирургическому лечению стенокардии является:

- а) Отсутствие эффекта от медикаментозной терапии при тяжелом клиническом течении ИБС .
- б) Молодой возраст больных.
- в) Наличие в анамнезе 2 - х и более инфарктов миокарда.
- г) Все перечисленное.

260. После проведения коронароангиографии показаниями к операции аорто-коронарного шунтирования являются:

- а) Стеноз основного ствола левой коронарной артерии (сужение на 50% и более) или проксимальное 3-сосудистое поражение (гемодинамически значимые стенозы правой и двух ветвей левой коронарной артерии) .
- б) Выраженное диффузное поражение коронарных артерий.
- в) Все ответы правильные.
- г) Правильного ответа нет.

261. При лечении больных нестабильной стенокардией, как правило:

- а) Назначают только нитраты и антитромбоцитарные препараты
- б) Используют сочетание нитратов, бета-блокаторов и антикоагулянтов
- в) Бета-блокаторы противопоказаны.
- г) Нифедипин (коринфар) наиболее эффективен

262. Наиболее специфичным признаком спонтанной стенокардии на ЭКГ является:

- а) Инверсия зубцов Т.
- б) Появление переходящих зубцов Q.
- в) Возникновение переходящей блокады ветвей пучка Гиса.
- г) Преходящий подъем сегмента ST.
- д) Возникновение желудочковой тахикардии.

263. Наиболее эффективными препаратами, предотвращающими приступы спонтанной стенокардии, являются:

- а) Нитраты.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Бета-блокаторы.
- г) Празозин.
- д) Аспирин

264. У больных с классической спонтанной стенокардией (вариантная стенокардия) приступы обычно возникают:

- а) Во второй половине дня.
- б) Ночью или рано утром.
- в) Не существует какой-либо циркадности (преимущественного времени суток) в возникновении спонтанной стенокардии.
- г) Правильного ответа нет

265. У больных с аневризмой левого желудочка часто наблюдается:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Желудочковые аритмии.
- в) Образование тромба в области аневризмы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно только а и в.

266. Выживаемость больных ИБС с умеренно сниженной сократительной функцией левого желудочка после операции аорто-коронарного шунтирования увеличивается по сравнению с больными, леченными медикаментами, при:

- а) Поражении одной (правой) коронарной артерии.
- б) Поражении двух (правой и огибающей) коронарных артерий.
- в) Поражении трех коронарных артерий.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

267. Выживаемость больных ИБС с сохраненной или незначительно сниженной сократительной функцией левого желудочка после операции аорто-коронарного шунтирования увеличивается по сравнению с больными, леченными медикаментозно, при поражении:

- а) Ствола левой коронарной артерии.
- б) Двух коронарных артерий
- в) Правой коронарной артерии.
- г) Огибающей ветви левой коронарной артерии.
- д) Дистальных отделов передней межжелудочковой артерии.

268. Гемодинамически значимым является атеросклеротический стеноз ствола левой коронарной артерии, достигающий как минимум:

- а) 70%.

- б) 50%.
- в) 30%.
- г) 20%.

269. Нестабильная стенокардия, не поддающаяся медикаментозной терапии:

- а) Является показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС.
- б) Не является показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС.
- в) Является противопоказанием для проведения коронароангиографии.

270. Хирургическое лечение хронической постинфарктной аневризмы левого желудочка показано при:

- а) Отсутствии осложнений, связанных с наличием хронической аневризмы.
- б) Обнаружении тромба в аневризме.
- в) Обнаружении тромба в аневризме и наличии в анамнезе тромбоэмболии.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

Ответы на вопросы по теме «Ишемическая болезнь сердца»

180-Г	181-А	182-В	183-В	184-Д	185-А	186-Д
187-А	188-Г	189-В	190-В	191-Б	192-А	193-В
194-В	195-А	196-Г	197-Г	198-Г	199-Д	200-Д
201-Г	202-Б	203-Б	204-В	205-В	206-В	207-В
208-Д	209-А	210-Б	211-Б	212-В	213-В	214-В
215-В	216-Д	217-А	218-А	219-Г	220-Д	221-Б
222-Б	223-В	224-А	225-Г	226-А	227-Б	228-А
229-Б	230-В	231-Б	232-А	233-Б	234-В	235-В
236-А	237-В	238-Б	239-Г	240-Б	241-А	242-Б
243-Б	244-В	245-А	246-Д	247-А	248-Б	249-Б
250-Г	251-Г	252-Б	253-Б	254-Д	255-Б	256-Г
257-Б	258-Б	259-А	260-А	261-Б	262-Г	263-Б
264-Б	265-Г	266-В	267-А	268-Б	269-А	270-В

4. ИНФАРКТ МИОКАРДА

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

- а) Достаточно регистрации патологического зубца Q с подъемом сегмента ST.
- б) Желательно определение активности ферментов сыворотки крови в динамике.
- в) Обязательно проведение эхокардиографии или коронароангиографии.
- г) Правильного ответа нет.

272. При наличии характерной клинической картины для установления диагноза мелкоочагового инфаркта миокарда:

- а) Достаточно регистрации изменений ЭКГ в динамике.
- б) Обязательно определение активности ферментов.

- в) Обязательно проведение эхокардиографии или коронарографии.
- г) Правильного ответа нет.

273. Наиболее частой формой инфаркта миокарда является:

- а) Болевая.
- б) Астматическая.
- в) Гастралгическая.
- г) Церебро-васкулярная.

274. При физикальном обследовании у больных неосложненным инфарктом миокарда может выявляться:

- а) Синусовая тахикардия.
- б) Увеличение частоты дыхания.
- в) Приглушение тонов.
- г) 4 - й тон сердца.
- д) Все перечисленное.

275. ЭКГ-признаком крупноочагового инфаркта миокарда является:

- а) Подъем сегмента ST.
- б) Инверсия зубца T (отрицательные зубцы T) .
- в) Патологический зубец Q.
- г) Желудочковая экстрасистолия.

276. Регистрация патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях V1-V3 является признаком:

- а) Бокового инфаркта миокарда.
- б) Нижнего инфаркта миокарда.
- в) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- г) Заднего инфаркта миокарда.

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

- а) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- б) Нижнего инфаркта миокарда.
- в) Бокового инфаркта миокарда.
- г) Заднего инфаркта миокарда (задне-базального) .

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

- а) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- б) Бокового инфаркта миокарда.
- в) Нижнего инфаркта миокарда.
- г) Заднего инфаркта миокарда.

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

- а) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- б) Инфаркта миокарда правого желудочка.
- в) Заднего инфаркта миокарда (задне-базального) .
- г) Мелкоочагового инфаркта миокарда.

д) Правильного ответа нет.

280. К кардиоспецифичным изоферментам относятся:

- а) Креатинфосфокиназа (КФК).
- б) Аспарагиновая аминотрансфераза (АСТ).
- в) Фракция МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК) .
- г) Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) .
- д) Все перечисленные.

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

- а) Коронарная ангиопластика .
- б) Тромболитическая терапия.
- в) Аорто-коронарное шунтирование.
- г) Внутривенная инфузия нитроглицерина.

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

- а) Новокаинамид.
- б) Кордарон.
- в) Лидокаин.
- г) Бета-блокаторы.

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

- а) Кордарон.
- б) Новокаинамид.
- в) Бета-блокаторы.
- г) Лидокаин.

284. Для урежения частоты сердечных сокращений при пароксизмальной мерцательной аритмии у больных острым инфарктом миокарда можно использовать:

- а) Финоптин.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Сердечные гликозиды.
- г) Кордарон (в/в) .
- д) Все перечисленные препараты.

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

- а) 50 дж.
- б) 100 дж.
- в) 200 дж.
- г) вплоть до 400 дж...

286. При проведении электроимпульсной терапии по поводу мерцания предсердий мощность первого разряда, как правило, должна составлять:

- а) 100 дж..
- б) 200 дж..
- в) 300 дж.

г) 400 дж.

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

- а) В большинстве случаев развивается на уровне АВ-узла.
- б) Как правило, носит обратимый характер.
- в) Обычно не сопровождается выраженными нарушениями гемодинамики.
- г) Все ответы правильные.

288. При возникновении атриовентрикулярной (АВ) блокады 2-й степени у больных с нижним инфарктом миокарда:

- а) Всем больным показано внутривенное введение атропина.
- б) Внутривенное введение атропина назначают при резком урежении частоты сердечных сокращений (менее 40 в мин) и нарушениях гемодинамики.
- в) Обязательно всем больным проведение временной электрокардиостимуляции.
- г) Необходимо назначение диуретиков и кортикостероидных препаратов.

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

- а) Является плохим прогностическим признаком.
- б) Как правило, развивается на уровне дистальных отделов системы Гиса-Пуркинье.
- в) В большинстве случаев наблюдается только у больных с очень обширным поражением миокарда.
- г) Все ответы правильны.
- д) Правильного ответа нет.

290. Предвестниками возникновения атриовентрикулярной (АВ) блокады 2-3 степени у больных с передне-перегородочным инфарктом миокарда является:

- а) Возникновение АВ-блокады I степени.
- б) Возникновение блокады левой ножки пучка Гиса.
- в) Возникновение блокады правой ножки пучка Гиса в сочетании с изменением положения электрической оси и удлинением интервала PQ.
- г) Все ответы правильные.

291. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

- а) Асистолия желудочков.
- б) Фибрилляция желудочков.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

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

- а) Внутривенное введение атропина.
- б) Проведение временной электрокардиостимуляции.
- в) При отсутствии кардиостимулятора можно использовать инфузию изопроterenола (изадрина).
- г) Правильно а и в.

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

- а) Морфина.
- б) Нитроглицерина.
- в) Преднизолона.
- г) Фуросемида.

294. Признаками гиповолемии при физикальном обследовании являются:

- а) Спадение подкожных вен.
- б) Снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа (или отсутствие ее пульсации) .
- в) Отсутствие хрипов в легких.
- г) Отсутствие ортопноэ.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Внутривенная инфузия норадреналина.
- б) Внутривенное введение плазмозаменяющих растворов.
- в) Внутривенное введение сердечных гликозидов.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Внутривенная инфузия норадреналина.
- б) Внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% раствор глюкозы) .
- в) Внутривенное введение атропина.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

297. Признаками инфаркта миокарда правого желудочка при возникновении выраженной гипотонии у больного нижним инфарктом миокарда являются:

- а) Набухание шейных вен.
- б) Повышение верхнего уровня пульсации внутренней яремной вены (сохранение пульсации даже в положении сидя) .
- в) Отсутствие хрипов в легких.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

298. При возникновении кардиогенного шока в первые 6 часов от начала инфаркта миокарда наилучшие результаты лечения достигаются:

- а) Восстановлением коронарного кровотока с помощью тромболитической терапии, ангиопластики или аортокоронарного шунтирования.
- б) Поддержанием систолического АД на уровне 90-100 мм. рт. ст. с помощью инфузии допамина.
- в) Внутривенным введением жидкости (реополиглюкин, альбумин) .

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

- а) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- б) Тромбоэмболия легочной артерии.
- в) Инфаркт миокарда правого желудочка.
- г) Всех перечисленных осложнений.
- д) Правильного ответа нет.

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

- а) Разрыв свободной стенки левого желудочка.
- б) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- в) Разрыв папиллярной мышцы.
- г) Все ответы правильные.

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

- а) Разрыв свободной стенки левого желудочка.
- б) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- в) Разрыв папиллярной мышцы.
- г) Тромбоэмболия легочной артерии.
- д) Любое из перечисленных осложнений.

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

- а) Определение фракции выброса.
- б) Оценка степени поражения коронарных артерий.
- в) Наличие и выраженность желудочковых аритмий.
- г) Все перечисленное.

303. К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти относятся:

- а) Аспирин.
- б) Верапамил (финоптин) .
- в) Ингибиторы АПФ .
- г) Бета-блокаторы.
- д) Антиаритмические препараты.

304. Повышение активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ1) в сыворотке при инфаркте миокарда можно определить:

- а) Через 1-2 ч.
- б) Через 4-6 ч.
- в) Через 8-12 ч.
- г) Через 24 ч. и более.

305. При инфаркте миокарда повышенная активность сердечных тропонинов в сыворотке крови сохраняется:

- а) В течение 1-2 дней.
- б) В течение 3-5 дней.
- в) В течение 7-14 дней.
- г) Более, чем 14 дней.

306. Повышение активности аспаратаминотрансферазы (АСТ) в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется:

- а) Через 1-2 ч.
- б) Через 4-6 ч.
- в) Через 8-12 ч.
- г) Не ранее, чем через 24 ч.

307. Повышенная активность креатинфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется:

- а) Через 1-2 ч.
- б) Через 4-8 ч.
- в) Через 12-24 ч.
- г) Через 48 ч.

308. С целью диагностики инфаркта миокарда определяют следующие изоферменты креатининфосфокиназы (КФК) :

- а) ВВ-КФК.
- б) ММ-КФК.
- в) МВ-КФК.
- г) Все перечисленное.

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

- а) Аспаратаминотрансферазы (АСТ) .
- б) Аланинаминотрансферазы (АЛТ) .
- в) Креатининфосфокиназы (КФК и КФК-МВ) .
- г) Сердечных тропонинов
- д) Лактатдегидрогеназы .

310. Чувствительность метода диагностики инфаркта миокарда с помощью серийного определения активности фракции МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК) в первые сутки заболевания, составляет:

- а) 30-40 %.
- б) 50-60 %.
- в) 70-80 %.
- г) Около 95 %.

311. Причинами ложноположительных результатов диагностики инфаркта миокарда с помощью определения активности креатинфосфокиназы КФК в сыворотке крови могут быть:

- а) Прием статинов, электрическая кардиоверсия, внутримышечные инъекции, инфаркт почки.
- б) Пневмония, инфаркт почки, острый панкреатит.
- в) Токсемия беременности, инфаркт селезенки, гемолитический криз, гипертиреоз.
- г) Гипертиреоз, инфаркт почки, пневмония, прием салицилатов.
- д) Все перечисленное.

312. На специфичность методов ферментной диагностики инфаркта миокарда влияют:

- а) Размеры инфаркта.
- б) Срок от начала заболевания.
- в) Повторное или однократное определение активности фермента.
- г) Все перечисленные факторы.

313. Сцинтиграфия миокарда с пирофосфатом, меченым технецием-99м, позволяет диагностировать:

- а) Крупноочаговый инфаркт миокарда.
- б) Мелкоочаговый инфаркт миокарда.
- в) И тот, и другой.
- г) Ни тот, и ни другой.

314. Электрокардиографическим признаком инфаркта миокарда могут являться только так называемые "реципрокные" изменения при:
- Высоком боковом инфаркте миокарда.
 - Инфаркте межжелудочковой перегородки.
 - Заднебазальном инфаркте миокарда.
 - Заднедиафрагмальном инфаркте миокарда.
315. Электрокардиографическими признаками задне-базального инфаркта миокарда являются:
- Патологический зубец Q, подъем сегмента ST и инверсия зубца T во II, III, aVF- отведениях.
 - Высокий зубец R в V1, V2, смещение сегмента ST вниз и увеличение амплитуды зубца T в этих же отведениях.
 - Высокий зубец R в V1, V2, подъем сегмента ST и инверсия зубца T в этих же отведениях.
 - Патологический Q, подъем ST в отведении aVR.
316. При высоком боковом инфаркте миокарда электрокардиографические признаки инфаркта выявляются:
- В отведениях I, V5, V6.
 - В отведениях I, V4, V5.
 - В отведении aVL (или aVL и I) .
 - В отведении aVR.
317. При подозрении на инфаркт миокарда высоких отделов передне-боковой стенки левого желудочка рекомендуется:
- Снять ЭКГ в грудных отведениях V4-V6 на 1-2 межреберья выше обычного уровня.
 - Снять ЭКГ в отведениях V4-V6 на 1-2 межреберья ниже обычного уровня.
 - Снять дополнительные отведения V7-V9.
318. Регистрировать дополнительные грудные отведения V7-V9 и дорзальное отведение по Нэбу рекомендуют при:
- Заднедиафрагмальном инфаркте.
 - Заднебазальном инфаркте.
 - Инфаркте правого желудочка.
 - Высоком боковом инфаркте.
319. При крупноочаговом инфаркте миокарда патологический зубец Q выявляется:
- Не позже, чем через 30 мин от начала заболевания.
 - Обычно в течение первых нескольких часов.
 - Не ранее, чем через 24 часа от начала заболевания.
 - На вторые-третьи сутки от начала заболевания.
320. Лейкоцитоз при инфаркте миокарда неосложненного течения сохраняется:
- 1 - 2 дня.
 - 3 - 7 дней.
 - Обычно до 20 дней.
321. При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура:
- Появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания.
 - Появляется обычно на второй день заболевания.
 - Появляется на 3- 4 день заболевания.
 - Появляется в более поздние сроки.

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

- а) Через несколько часов от начала заболевания.
- б) В течение первых суток болезни.
- в) В течение вторых суток болезни.
- г) Через 7-12 дней от начала заболевания.

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

- а) Лихорадка.
- б) Лейкоцитоз.
- в) Увеличение СОЭ.
- г) Увеличение содержания фибриногена в крови.

324. Шум при разрыве межжелудочковой перегородки является:

- а) Пансистолическим.
- б) Мезосистолическим.
- в) Систолю-диастолическим.
- г) Диастолическим.

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

- а) Дисфункция папиллярных мышц.
- б) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- в) Отрыв сухожильных хорд
- г) Разрыв сухожильных хорд

326. Наиболее доказанным эффектом антикоагулянтов у больных инфарктом миокарда является:

- а) Антиангинальное действие.
- б) Ограничение зоны инфаркта.
- в) Уменьшение частоты реинфаркта.
- г) Снижение частоты тромбоэмболических осложнений.

327. При инфаркте миокарда гипотония может быть обусловлена:

- а) Гиповолемией.
- б) Рефлекторным воздействием.
- в) Поражением миокарда.
- г) Всем перечисленным.

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

- а) 20-30%.
- б) 40-50%.
- в) 60-70%.
- г) 80-100%.

329. Для истинного кардиогенного шока характерен:

- а) Метаболический ацидоз.
- б) Метаболический алкалоз.
- в) Может развиваться как ацидоз, так и алкалоз.
- г) Кислотно-щелочное равновесие существенно не изменяется.

330. Кожные покровы при кардиогенном шоке:

- а) Цианотичные, сухие.
- б) Бледные, сухие.
- в) Бледные, влажные.
- г) Розовые, влажные.

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

- а) Резкое снижение сократительной функции левого желудочка.
- б) Стрессовая реакция на боль.
- в) Артериальная гипотония.
- г) Гиповолемия.

332. Тромбоэндокардит при инфаркте миокарда чаще развивается:

- а) При длительном постельном режиме.
- б) При чрезмерно ранней активизации больных.
- в) При развитии аневризмы левого желудочка.
- г) При дисфункции папиллярных мышц.

333. Наиболее эффективны при лечении синдрома Дресслера:

- а) Антибиотики.
- б) Нестероидные противовоспалительные препараты.
- в) Анальгетики.
- г) Антигистаминные.
- д) Глюкокортикоиды.

334. При эпистенокардическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны:

- а) Антигистаминные препараты.
- б) Нестероидные противовоспалительные препараты.
- в) Глюкокортикоиды.
- г) Антибиотики.

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

- а) 30-40%.
- б) 50-60%.
- в) 70-80%.
- г) свыше 90%.

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

- а) 40-50 в мин.
- б) 60-70 в мин.
- в) 80-100 в мин.

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

- а) Уменьшение болевого синдрома.
- б) "Реперфузионные" аритмии.
- в) Быстрое возвращение сегмента ST ЭКГ к изолинии.

- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

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

- а) Быстрое смещение сегмента ST к изолинии (через 1,5-3 часа от начала терапии)
- б) Исчезновение патологических зубцов Q.
- в) Более медленное возвращение сегмента ST к изолинии.
- г) Динамика сегмента ST носит обычный характер.

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

- а) Появлением желудочковых аритмий.
- б) Антиаритмическим эффектом.
- в) Восстановление проходимости существенно не сказывается на динамике нарушений ритма.

340. Инфаркт миокарда правого желудочка чаще встречается:

- а) Изолированно.
- б) При одновременном поражении передней стенки левого желудочка.
- в) При одновременном поражении нижней стенки левого желудочка.
- г) При одновременном поражении предсердий.

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

- а) На 2-3 месяца.
- б) На 4-6 месяцев.
- в) На 1-2 года.
- г) Пожизненно.

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

- а) Уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда.
- б) Не влияет на прогноз.
- в) Уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у женщин.
- г) Благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан.

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

- а) Более выраженным ангинозным синдромом.
- б) Более выраженными нарушениями гемодинамики.
- в) Большими размерами очага некроза.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

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

- а) В первые минуты заболевания.
- б) Через 3 - 4 часа от начала заболевания.
- в) К концу первых суток заболевания.
- г) На вторые сутки заболевания.

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

- а) Нитраты.
- б) Непрямые антикоагулянты.
- в) Бета-блокаторы.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни один из перечисленных.

346. Из перечисленных состояний противопоказаниями для направления больных, перенесших инфаркт миокарда, на санаторное лечение являются:

- а) Мерцательная аритмия.
- б) АВ- блокада I степени.
- в) Недостаточность кровообращения IIБ степени.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни одно из перечисленных.

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

- а) Пароксизмальная желудочковая тахикардия.
- б) Компенсированный сахарный диабет.
- в) Тромбоэмболические осложнения в остром периоде.
- г) Ранняя постинфарктная стенокардия.
- д) Все вышеперечисленные.

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

- а) Более 10 желудочковых экстрасистол в час.
- б) Более 30 желудочковых экстрасистол в час.
- в) Частых желудочковых экстрасистол высоких градаций.
- г) Частота желудочковых экстрасистол существенного влияния на прогноз не оказывает.
- д) Правильные только ответы б и в

Ответы на вопросы по теме «Инфаркт миокарда»

271-А	272-Б	273-А	274-Д	275-В	276-В	277-Б
278-Б	279-В	280-В	281-Б	282-В	283-Г	284-Д
285-А	286-Б	287-Г	288-Б	289-Г	290-В	291-Б
292-А	293-В	294-Д	295-Б	296-В	297-Г	298-А
299-Г	300-В	301-Б	302-Г	303-Г	304-Г	305-В
306-В	307-Б	308-В	309-Г	310-Г	311-А	312-Г
313-В	314-В	315-Б	316-В	317-А	318-Б	319-Б
320-Б	321-Б	322-Г	323-Б	324-А	325-А	326-Г
327-Г	328-Г	329-А	330-В	331-А	332-В	333-Д
334-Б	335-Г	336-В	337-Г	338-А	339-А	340-В
341-В	342-А	343-Д	344-А	345-В	346-В	347-Б
348-Г						

5. БОЛЕЗНИ МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА

а) Болезни миокарда

349. Под термином кардиомиопатия понимают:

- а) Поражения миокарда известной этиологии.
- б) Поражения миокарда, связанные с каким-либо системным заболеванием.
- в) Поражения миокарда неизвестной этиологии.
- г) Специфические заболевания миокарда.
- д) Все перечисленное.

350. Идиопатические формы поражения миокарда включают:

- а) Гипертрофическую форму кардиомиопатии.
- б) Дилатационную форму кардиомиопатии.
- в) Рестриктивную форму кардиомиопатии.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

351. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:

- а) Левожелудочковая недостаточность.
- б) Правожелудочковая недостаточность.
- в) Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.

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

- а) Дующий пансистолический шум.
- б) Поздний систолический шум.
- в) Четвертый тон.
- г) Диастолический шум.

353. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:

- а) Одышка.
- б) Стенокардия напряжения.
- в) Обмороки.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

354. У больных гипертрофической кардиомиопатией в большей степени нарушена:

- а) Систолическая функция левого желудочка.
- б) Диастолическая функция левого желудочка.
- в) Степень нарушения примерно одинакова.
- г) Правильного ответа нет.

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

- а) Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка.
- б) Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.
- в) Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана.
- г) Все перечисленное.

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

- а) Перехода в положение приседания.
- б) Быстрого вставания из положения приседания.
- в) Натуживания.
- г) Приема нитроглицерина.

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

- а) В положении приседания.
- б) Во время быстрого вставания из приседания.
- в) Во время натуживания.
- г) После приема нитроглицерина.
- д) Правильного ответа нет.

358. Для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:

- а) Нормального пульса на сонных артериях.
- б) Медленного, анакротического, "плато" пульса на сонных артериях.
- в) Отрывистого (быстрого, укороченного) пульса на сонных артериях.

359. У больных гипертрофической кардиомиопатией верхушечный толчок:

- а) Не изменен.
- б) Усиленный и продолжительный (вплоть до 2-го тона) .
- в) Укороченный, высокоамплитудный.

360. На ЭКГ у больных гипертрофической кардиомиопатией :

- а) Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии левого желудочка.
- б) Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии правого желудочка.
- в) Обычно ЭКГ в пределах нормы.
- г) На ЭКГ обычно регистрируются признаки блокады левой ножки пучка Гиса.
- д) На ЭКГ обычно регистрируется неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

361. Для больных с "верхушечной" гипертрофической кардиомиопатией характерна регистрация на ЭКГ:

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

362. Фракция выброса левого желудочка у больных гипертрофической кардиомиопатией

- а) В пределах нормы
- б) Увеличена
- в) Уменьшена

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

- а) Сердечные гликозиды и диуретики.
- б) Бета-блокаторы и антагонисты кальция.
- в) Периферические вазодилататоры.

- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 1 и 3.

364. Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием:

- а) Поражения миокарда возбудителем инфекции.
- б) Воздействия токсинов.
- в) Возникновения иммунопатологических реакций.
- г) Всего перечисленного.

365. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

- а) Вирусные.
- б) Бактериальные.
- в) Паразитарные.
- г) Грибковые.

366. Неинфекционные миокардиты возникают вследствие:

- а) Аллергических реакций.
- б) Токсических воздействий.
- в) Химических воздействий.
- г) Воздействий физических факторов.
- д) Всего перечисленного.

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

- а) Повышение температуры.
- б) Слабость.
- в) Артралгии.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

368. На фоне инфекционного заболевания или воздействия неинфекционного этиологического фактора наиболее вероятными типичными признаками миокардита являются:

- а) Лейкоцитоз.
- б) Ускорение СОЭ.
- в) Изменения ЭКГ.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

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

- а) Положительные результаты биопсии миокарда подтверждают диагноз.
- б) Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита.
- в) Оба ответа правильные.

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

- а) Сцинтиграфии миокарда с таллием-201.
- б) Биопсии миокарда.
- в) Сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.
- г) Радионуклидной вентрикулографии.
- д) Всего перечисленного.

371. При установлении диагноза миокардита:

- а) Обязательно назначение "противовоспалительных препаратов".
- б) Лечение в большинстве случаев симптоматическое.
- в) Обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов.
- г) Обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде".
- д) Правильного ответа нет.

372. При тяжелом прогрессирующем течении миокардита возможно применение:

- а) Глюкокортикоидных гормонов.
- б) Азатиоприна.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

373. Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах:

- а) Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции.
- б) Вообще противопоказано при вирусных миокардитах.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

374. При лечении миокардитов с тяжелым течением:

- а) Очень эффективно применение глюкокортикоидных гормонов.
- б) Убедительных доказательств эффективности применения глюкокортикоидных гормонов пока не получено.
- в) Доказана высокая эффективность применения азатиоприна.
- г) Наиболее эффективно применение нестероидных противовоспалительных препаратов.
- д) Правильного ответа нет.

375. Снижение сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всего перечисленного.

376. Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Встречается с одинаковой частотой при всех формах.

377. Синдром стенокардии напряжения наиболее характерен для больных с:

- а) Гипертрофической кардиомиопатией.
- б) Дилатационной кардиомиопатией.
- в) Рестриктивной кардиомиопатией.
- г) Встречается с одинаковой частотой при всех формах.

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

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.

- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

379. Концентрическая симметричная гипертрофия левого желудочка:

- а) Часто встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Редко встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
- в) Не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.

380. Гигантские отрицательные зубцы "Т" в прекардиальных отведениях характерны для:

- а) Рестриктивной кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Особого варианта гипертрофической кардиомиопатии.
- г) Любых вариантов гипертрофической кардиомиопатии.

381. Сужение выносящего тракта левого желудочка:

- а) Всегда имеет место при гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Никогда не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
- в) Встречается в части случаев гипертрофической кардиомиопатии.

382. При гипертрофической кардиомиопатии толщина межжелудочковой перегородки:

- а) Обычно превышает толщину задней стенки левого желудочка.
- б) Обычно уступает толщине задней стенки левого желудочка.
- в) Обычно равна толщине задней стенки левого желудочка.

383. Риск внезапной смерти у больных молодого возраста с гипертрофической кардиомиопатией, не имеющих выраженного сужения выносящего тракта левого желудочка и клинических признаков заболевания:

- а) Практически отсутствует.
- б) Незначителен.
- в) Довольно высок.

384. Ассимметрическая гипертрофия межжелудочковой перегородки:

- а) Встречается только при гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Характерна также для дилатационной и рестриктивной кардиомиопатий
- в) Может встречаться не только при кардиомиопатиях, но и при других заболеваниях сердца

385. Для амилоидоза сердца характерно:

- а) Увеличение толщины стенки желудочков.
- б) Уменьшение размеров полости желудочков.
- в) Дилатация предсердий.
- г) Все вышеперечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

386. Для амилоидоза сердца не характерна:

- а) Дилатация предсердий.
- б) Дилатация желудочков.
- в) Гипертрофия межжелудочковой перегородки.
- г) Гипертрофия задней стенки левого желудочка.

387. Для амилоидоза сердца характерна:

- а) Систолическая дисфункция левого желудочка.
- б) Диастолическая дисфункция левого желудочка.
- в) Как систолическая, так и диастолическая дисфункция левого желудочка.

388. Для аритмогенной дисплазии правого желудочка характерна:

- а) Дилатация правого желудочка.
- б) Дилатация левого предсердия.
- в) Облитерация полости правого желудочка.
- г) Гипертрофия межжелудочковой перегородки.

389. Выпот в перикард наиболее часто встречается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии
- г) правильного ответа нет

390. Эозинофилия нередко наблюдается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных видах кардиомиопатии.
- д) Правильного ответа нет.

391. Фиброз эндокарда характерен для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Дилатационной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных видах кардиомиопатии.
- д) Правильного ответа нет.

392. Нарушение взаимной ориентации волокон миокарда наиболее характерно для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных.

393. Париетальный фибропластический эндокардит Леффлера относится к:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Правильного ответа нет.

394. Митральная регургитация достаточно часто встречается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных видах кардиомиопатии.
- д) Правильного ответа нет.

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

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) И в том, и в другом случае.
- г) Ни в одном из перечисленного.

396. Дилатация предсердий достаточно часто встречается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных заболеваний.

397. Динамическая обструкция выносящего тракта левого желудочка свойственна:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильного ответа нет.

398. Диастолическая дисфункция желудочков свойственна:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) И той, и другой форме.
- г) Правильного ответа нет.

399. Алкогольное поражение сердца приходится в основном дифференцировать с:

- а) Гипертрофической кардиомиопатией.
- б) Дилатационной кардиомиопатией.
- в) Рестриктивной кардиомиопатией.
- г) Ни с одной из перечисленных.

400. Нарушения гемодинамики при послеродовой кардиомиопатии наиболее близки к имеющимся при

- а) Гипертрофической кардиомиопатии
- б) Рестриктивной кардиомиопатии
- в) Дилатационной кардиомиопатии
- г) правильного ответа нет
- д) Всем перечисленным

401. Нарушения ритма и проводимости сердца характерны для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Дилатационной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных форм.

Ответы на вопросы по теме «Болезни миокарда»

349-В	350-Г	351-В	352-А	353-Г	354-Б	355-Б
356-А	357-А	358-В	359-Б	360-А	361-А	362-Б
363-Б	364-Г	365-А	366-Д	367-Д	368-В	369-А

370-Б	371-Б	372-В	373-А	374-Б	375-Б	376-Б
377-А	378-А	379-Б	380-В	381-В	382-А	383-В
384-В	385-Г	386-Б	387-В	388-А	389-Б	390-В
391-Б	392-А	393-В	394-Г	395-В	396-Г	397-А
398-В	399-Б	400-В	401-Г			

б) Болезни перикарда

402. К асептическим поражениям перикарда следует отнести:

- а) Перикардиты при заболеваниях крови.
- б) Перикардиты при злокачественных опухолях
- в) Аллергические или аутоиммунные перикардиты.
- г) Все перечисленные формы.
- д) Ничего из перечисленного.

403. К асептическим перикардитам следует отнести:

- а) Постинфарктный перикардит.
- б) Микседематозный перикардит
- в) Уремический перикардит
- г) Все перечисленные.
- д) Ничего из перечисленного.

404. "Парадоксальный пульс" - это:

- а) Исчезновение пульса или уменьшение его наполнения при вдохе.
- б) Низкая амплитуда пульсовой волны на периферических артериях при высокой амплитуде его на магистральных сосудах.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

405. Причиной парадоксального пульса при перикардите является:

- а) Резкое снижение сердечного выброса на вдохе.
- б) Повышение сердечного выброса на выдохе.
- в) Нарушения ритма.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

406. Центральное венозное давление при накоплении в перикарде жидкости:

- а) Повышается.
- б) Снижается.
- в) Не изменяется.
- г) Изменения не закономерны.

407. Нарушения гемодинамики при спаечном процессе в перикарде обусловлены:

- а) Ограничением диастолического растяжения миокарда.
- б) Снижением эффекта присасывающей способности грудной клетки.
- в) Сдавлением крупных вен.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно а и в.

408. При остром фибринозном перикардите встречается редко:
- а) Брадикардия.
 - б) Повышение температуры тела.
 - в) Боль за грудиной.
 - г) Шум трения перикарда.
 - д) Дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.
409. При остром фибринозном перикардите может наблюдаться:
- а) Тахикардия.
 - б) Шум трения перикарда.
 - в) Боль за грудиной.
 - г) Снижение АД.
 - д) Все перечисленное.
410. Шум трения перикарда при фибринозном перикардите:
- а) Лучше выслушивается в положении сидя.
 - б) Не связан с дыханием.
 - в) Усиливается при надавливании стетоскопа.
 - г) Выслушивается в систолу и диастолу.
 - д) Все ответы правильные.
411. Шум трения перикарда можно выслушать:
- а) В межлопаточном пространстве.
 - б) Над всей зоной абсолютной тупости сердца.
 - в) На небольшом участке в IV межреберье слева.
 - г) Все ответы правильные.
 - д) Правильного ответа нет.
412. Наиболее информативным для диагностики фибринозного перикардита без выпота следует считать метод:
- а) Рентгенографии.
 - б) Эхокардиографии.
 - в) Аускультации.
 - г) Электрокардиографии.
413. Для болевого синдрома при остром перикардите не характерны:
- а) Давящий характер боли.
 - б) Продолжительность боли более 10 минут.
 - в) Локализация болей за грудиной.
 - г) Уменьшение боли после приема нитроглицерина.
 - д) Зависимость боли от дыхания.
414. При фибринозном перикардите на ЭКГ обычно не бывает:
- а) Конкордантного смещения сегмента ST во всех грудных отведениях.
 - б) Отрицательного зубца T.
 - в) Отклонения электрической оси сердца влево.
415. При экссудативном перикардите может наблюдаться:
- а) Одышка.

- б) Глухость тонов сердца.
- в) Расширение границ сердечной тупости.
- г) Тахикардия и парадоксальный пульс.
- д) Все перечисленное.

416. Для экссудативного перикардита не характерны:

- а) Вынужденное положение тела "поза глубокого наклона".
- б) Застойные явления в большом круге кровообращения.
- в) Брадикардия.
- г) Ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком слева под лопаткой
- д) Парадоксальный пульс.

417. При тампонаде сердца наблюдается:

- а) Резкая одышка.
- б) Цианоз.
- в) Тахикардия.
- г) Нитевидный пульс.
- д) Все перечисленное.

418. Рентгенологическими признаками экссудативного перикардита являются:

- а) Увеличение размеров сердца.
- б) Ослабление пульсации.
- в) Сглаженность контуров сердца.
- г) Все перечисленное.

419. При экссудативном перикардите на ЭКГ часто наблюдается:

- а) Отклонение электрической оси вправо.
- б) Депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях.
- в) Низкий вольтаж зубцов.

420. Признаками слипчивого перикардита, обнаруживаемыми при рентгенографии, являются:

- а) Относительно нормальные размеры сердца.
- б) Ослабление пульсации сердца.
- в) Отложение солей кальция в перикарде.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все перечисленные.

421. При туберкулезном перикардите может наблюдаться:

- а) Специфическое воспаление перикарда с выпотом.
- б) Развитие спаечного процесса.
- в) Обызвествление.
- г) Все перечисленное.

422. При рентгенографии на туберкулезный перикардит могут указать:

- а) Сглаженность контуров сердца.
- б) Увеличение размеров сосудистого пучка.
- в) Значительное расширение границ сердца.
- г) Очаги обызвествления в перикарде.

423. Для ревматического перикардита характерно:

- а) Сочетание с поражением миокарда.
- б) Относительно небольшое количество выпота при экссудативном перикардите.
- в) Появление признаков поражения перикарда со второй недели заболевания
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

424. При бактериальном перикардите инфекция проникает в перикард:

- а) Прямым путем при травмах грудной клетки.
- б) Гематогенным путем при сепсисе.
- в) Контактным путем из соседних органов.
- г) При прорыве абсцесса миокарда в полость перикарда.
- д) Всеми перечисленными путями.

425. Достоверным признаком вирусной этиологии перикардита могут служить:

- а) Особенности клинического течения.
- б) Отсутствие признаков воспалительного процесса со стороны крови.
- в) Обнаружение вируса в перикардиальной жидкости или увеличение титра антител к ним в крови.
- г) Все перечисленное.

426. При констриктивном (сдавливающем) перикардите встречается:

- а) Повышение центрального венозного давления.
- б) Тахикардия.
- в) Уменьшение амплитуды пульсации сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

427. При констриктивном (сдавливающем) перикардите может наблюдаться:

- а) Набухание шейных вен.
- б) Цианоз.
- в) Асцит.
- г) Отеки ног.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Одышка при нагрузке.
- б) Перебои в работе сердца.
- в) Тяжесть в правом подреберье, увеличение живота
- г) Болевые ощущения за грудиной и в левой части грудной клетки.

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

- а) Повышению уровня венозного давления.
- б) Снижению уровня венозного давления.
- в) Повышению уровня артериального давления.
- г) Правильного ответа нет.

430. Для констриктивного перикардита не характерно:

- а) Ортопноэ
- б) Малые размеры сердца.
- в) Повышение венозного давления.
- г) Увеличение печени, асцит

д) Правильного ответа нет.

431. При констриктивном (сдавливающим) перикардите встречается:

- а) Одутловатость лица, цианоз.
- б) Набухание шейных вен на вдохе.
- в) Увеличение печени и селезенки
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

432. У больных с констриктивным (сдавливающим) перикардитом на ЭКГ может наблюдаться:

- а) Снижение амплитуды зубцов комплекса QRS.
- б) Перегрузка предсердий по типу P-mitrale
- в) Появление отрицательных Т в ряде отведений.
- г) Изменения иногда могут отсутствовать.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Трехчленный ритм.
- б) Ослабление I тона.
- в) Ослабление II тона.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

434. Рентгенологическими признаками сдавливающего (констриктивного) перикардита являются:

- а) Отсутствие увеличения сердца и снижение пульсации сердечной тени.
- б) Увеличение сердца, уменьшение пульсации, сглаженность дуг сердца.
- в) Обызвествление перикарда.
- г) Прозрачные легочные поля
- д) Все перечисленное.
- е) Только а и в

435. Выпот при опухоли перикарда обычно:

- а) Серозный.
- б) Гнойный.
- в) Геморрагический.
- г) Любой из перечисленных.

436. Ранним признаком уремиического перикардита является:

- а) Появление шума трения перикарда.
- б) Быстрое накопление жидкости в полости перикарда.
- в) Быстрое нарастание явлений сердечной недостаточности.

437. У больных с уремиическим перикардитом при проведении гемодиализа можно наблюдать:

- а) Развитие геморрагического перикардита с тампонадой.
- б) Резкое падение уровня артериального давления.
- в) Развитие сепсиса.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

438. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при гнойном перикардите являются:

- а) Пероральный.
- б) Парентеральный.
- в) Непосредственно в перикард.
- г) Сочетание парентерального введения с введением непосредственно в полость перикарда.
- д) Необходимо сочетание парентерального введения с пероральным использованием препаратов.

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

- а) 15-30 мг.
- б) 50-60 мг.
- в) 70-100 мг.
- г) 120-200 мг.

440. Показанием для плановой пункции перикарда является:

- а) Подозрение на гнойный характер экссудата.
- б) Медленное рассасывание экссудата.
- в) Невозможность установить точный диагноз другим методом.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 3.

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

- а) Трудоспособность может быть сохранена, если работа не связана с большими физическими нагрузками.
- б) Больные должны быть признаны инвалидами III группы.
- в) Больные должны быть признаны инвалидами II группы.

442. Трудоспособность больных со слипчивым перикардитом и недостаточностью кровообращения II стадии можно оценить следующим образом:

- а) Больные должны быть признаны инвалидами III группы.
- б) Больные должны быть признаны инвалидами II группы.
- в) Больные должны быть признаны инвалидами I группы.

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

- а) Лежа на спине.
- б) Лежа на животе.
- в) Стоя.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

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

- а) В положении лежа на спине.
- б) При наклоне вперед.
- в) При движениях туловищем.
- г) Во время вдоха.
- д) Правильно 1 и 4.

445. Боль в грудной клетке при остром перикардите усиливается:

- а) При перемене положения тела.
- б) Во время вдоха.

- в) При глотании.
- г) В положении лежа на спине.
- д) При всех перечисленных действиях.

446. Чаще всего выслушивается при шуме трения перикарда:

- а) Систолический компонент.
- б) Ранний диастолический компонент.
- в) Пресистолический компонент.
- г) Почти всегда выслушиваются все 3 компонента.
- д) Любой из компонентов выслушивается примерно с одинаковой частотой.

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

- а) Подъем сегмента ST в большинстве отведений.
- б) Подъем сегмента PQ в отведении aVR.
- в) Депрессия сегмента ST в большинстве отведений.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

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

- а) Нитраты.
- б) Папаверин или (но-шпа) .
- в) Нестероидные противовоспалительные препараты.
- г) Стероидные препараты.
- д) Наркотические анальгетики.

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

- а) 0,5 л.
- б) 1,0 л.
- в) 1,5 л.
- г) 2,0-3,0 л.
- д) 4,0-5,0 л.

450. Симптоматика выпотного перикардита определяется следующими факторами:

- а) Объемом жидкости, накопившейся в полости перикарда.
- б) Скоростью накопления жидкости.
- в) Физическими характеристиками перикарда.
- г) Всем перечисленным.

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

- а) 10-50 мл.
- б) 100-200 мл.
- в) 500-1000 мл.
- г) 1,5-2,0 л.
- д) Более 2,0 л.

452. Выпот в полость перикарда:

- а) Может не иметь никакой клиники.
- б) Всегда сопровождается появлением клинических симптомов.
- в) Может сопровождаться шумом трения перикарда.

- г) Правильно а и в.
- д) Правильно б и в.

453. При физикальном обследовании больных с выпотным перикардитом может отмечаться:

- а) Ослабление дыхания ниже угла левой лопатки.
- б) Усиление голосового дрожания ниже угла левой лопатки.
- в) Приглушение тонов сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и в.

454. Тампонада сердца начинается, когда давление в полости перикарда:

- а) Превышает давление в правом предсердии.
- б) Превышает конечно-диастолическое давление в правом желудочке.
- в) Превышает конечно-диастолическое давление в левом желудочке.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно б и в.

455. У больных с тампонадой сердца при наблюдении за пульсацией вен шеи отмечается:

- а) Набухание на вдохе вен шеи.
- б) Полное отсутствие пульсации вен шеи.
- в) Характер пульсации вен такой же, как в норме.
- г) Правильно а и б.

456. Для больных с тампонадой сердца характерны:

- а) Одышка при нагрузке.
- б) Ортопноэ.
- в) Приступы сердечной астмы.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

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

- а) Набухание вен шеи.
- б) Тахикардия.
- в) Парадоксальный пульс.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

458. Характерным признаком тампонады сердца у больных с выпотным перикардитом на электрокардиограмме является:

- а) Снижение вольтажа комплексов QRS.
- б) Альтернация комплексов QRS.
- в) Подъем сегмента ST в большинстве отведений.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

459. Диагностическими признаками тампонады сердца являются:

- а) Повышение внутрисердечного давления в правых полостях сердца
- б) Уменьшение диастолических объемов желудочков.
- в) Уменьшение внутриперикардального давления.
- г) Правильно а и б.

д) Правильно б и в.

460. При констриктивном перикардите наполнение желудочков сердца происходит преимущественно во время:

- а) Систола.
- б) Ранней диастолы.
- в) Поздней диастолы.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно а и в.

461. Осложнения при пункции перикарда наблюдаются чаще при:

- а) Травматическом гемоперикарде.
- б) Небольшом выпоте (менее 200 мл) .
- в) Осумкованном выпоте.
- г) Всем перечисленным.

462. Характерными симптомами констриктивного перикардита являются:

- а) Высокое венозное давление.
- б) Асцит.
- в) Небольшие размеры сердца.
- г) Все перечисленное.

463. При физикальном обследовании у больных констриктивным перикардитом может отмечаться:

- а) Втяжение верхушечного толчка.
- б) Громкий дополнительный тон в начале диастолы.
- в) Систолический щелчок.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

464. Оптимальным методом хирургического лечения больных констриктивным перикардитом является:

- а) Полная перикардэктомия.
- б) Частичная перикардэктомия.
- в) Эндоскопическая перикардэктомия.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 2 и 3.

465. Вирусные и идиопатические острые перикардиты:

- а) Чаще наблюдаются у мужчин.
- б) Нередко рецидивируют (у 15-20%) .
- в) Возможна спонтанная ремиссия
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

466. Вирусные и идиопатические острые перикардиты:

- а) Чаще всего заканчиваются переходом в хронический перикардит.
- б) Нередко приводят к летальному исходу.
- в) Чаще наблюдаются у женщин.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

467. У больных с острым перикардитом:

- а) Боль чаще всего локализуется слева от грудины.
- б) Болевые ощущения часто усиливаются при глубоком дыхании, кашле, движениях туловищем.
- в) Боль отмечается только в трапециевидных мышцах.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно а и б.

468. Наиболее выраженный болевой синдром отмечается у больных с:

- а) Вирусным и идиопатическим перикардитом.
- б) Уремическим перикардитом.
- в) Туберкулезным перикардитом.
- г) Перикардитом во время инфаркта миокарда (эпистенокардитическим) .
- д) Правильно б и в.

469. Причиной выпота в перикарде может быть:

- а) Микседема.
- б) Заболевания соединительной ткани.
- в) Опухоли.
- г) Заболевания крови.
- д) Все перечисленное.

Ответы по теме «Болезни перикарда»

402-Г	403-Г	404-А	405-А	406-А	407-Д	408-А
409-Д	410-Д	411-Г	412-В	413-Г	414-В	415-Д
416-В	417-Д	418-Г	419-В	420-Д	421-Б	422-Г
423-Г	424-Д	425-В	426-Г	427-Д	428-А	429-А
430-А	431-Г	432-Д	433-Г	434-Д	435-В	436-А
437-Г	438-Г	439-Б	440-Д	441-А	442-Б	443-Б
444-Б	445-Д	446-А	447-А	448-В	449-Г	450-Г
451-Б	452-Г	453-Г	454-А	455-Г	456-А	457-Г
458-Д	459-Г	460-Б	461-Г	462-Г	463-В	464-В
465-Г	466-Д	467-Д	468-А	469-Д		

7. Сердечная недостаточность, легочная гипертензия и легочное сердце

470. Причинами сердечной недостаточности являются:

- а) Повреждение миокарда.
- б) Перегрузка сердца давлением или объемом.
- в) Нарушение диастолической функции.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

471. На величину сердечного выброса влияют:

- а) Частота сердечных сокращений.
- б) Сократимость миокарда.
- в) Преднагрузка.
- г) Постнагрузка.
- д) Все перечисленное.

472. На величину преднагрузки влияют:

- а) Величина венозного притока к сердцу.
- б) Тонус артериол.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

473. Постнагрузка больше всего зависит от:

- а) Величины венозного возврата к сердцу.
- б) Эластичности миокарда.
- в) Общего периферического сопротивления сосудов.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

474. Повышению сердечного выброса способствует:

- а) Увеличение преднагрузки.
- б) Увеличение постнагрузки.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

475. Систолическую функцию сердца можно считать сохраненной, если фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)

- Больше 50%
- Больше 45%
- Больше 40%
- Больше 35%

476. Каков функциональный класс сердечной недостаточности, если расстояние, пройденное больным за 6 минут составляет 150-300 м

- II функциональный класс
- III функциональный класс
- IV функциональный класс

477. Какие дополнительные признаки используются для диагностики сердечной недостаточности при сохраненной ФВ ЛЖ

- Повышение натрийуретического пептида В-типа более 35пг/мл
- Гипертрофия левого желудочка
- Расширение левого предсердия
- Диастолическая дисфункция
- Все перечисленное
- Только 1 и 2

478. Какие симптомы считаются типичными для СН?

- Снижение толерантности к физической нагрузке
- Пароксизмальная ночная одышка и ортопноэ
- Утомляемость.
- Отек лодыжек
- Все перечисленное
- Только 1 и 2

479. Какие симптомы имеют вспомогательное значение в диагностике СН?

- Ночной кашель
- Головокружение и обморок
- Сердцебиение
- Снижение толерантности к нагрузке
- Все перечисленное
- Только 1, 2, 3

480. Какие объективные признаки считаются типичными для СН?

- Повышение давления в яремных венах
- Гепато-югулярный рефлюкс
- Ритм галопа
- Смещение верхушечного толчка влево
- Все перечисленное
- Только 1 и 4

481. Какие признаки являются менее специфичными для СН?

- Сердечные шумы
- Легочная крепитация
- Гепатомегалия
- Тахикардия
- Верно 1 и 3
- Все перечисленное

482. Диагноз СН можно считать вероятным, если имеется

- Пароксизмальная ночная одышка
- Билатеральный отек лодыжек
- Дилатация яремных вен
- Сердечные шумы
- Верно 1,2,3
- Все перечисленное

483. Какой инструментальный метод исследования наиболее информативен и доступен в диагностике СН?

- ЭхоКГ
- ЭКГ
- МРТ сердца
- Холтеровское мониторирование ЭКГ

484. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:

- а) Слабость.
- б) Приступы сердечной астмы.
- в) Отеки ног.
- г) Венозный застой в большом круге кровообращения.
- д) Все перечисленное.

485. Основным признаком правожелудочковой сердечной недостаточности является:

- а) Слабость.
- б) Одышка.
- в) Приступы сердечной астмы.

- г) Венозный застой в большом круге кровообращения.
- д) Все перечисленное.

486. При физикальном обследовании у больных с сердечной недостаточностью могут отмечаться:

- а) Альтернирующий пульс.
- б) 3-й тон сердца.
- в) Смещение верхушечного толчка влево и вниз.
- г) Повышение уровня пульсации внутренней яремной вены.
- д) Все перечисленное.

487. Появление приступов сердечной астмы является признаком недостаточности кровообращения:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) III стадии.
- г) Любой из стадий.
- д) Правильно 2 и 3.

488. Появление ортопноэ является признаком недостаточности кровообращения:

- I стадии.
- II стадии.
- III стадии.
- Любой из стадий.
- Правильно 2 и 3.

489. Основными способами лечения недостаточности кровообращения I стадии являются:

- Нормализация веса тела и ограничение употребления соли.
- Назначение сердечных гликозидов.
- Назначение диуретиков.
- Все перечисленное.
- Только 2 и 3.

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

- Сердечные гликозиды.
- Диуретики.
- Периферические вазодилататоры.

491. Из нижеперечисленных симптомов наиболее эффективно облегчаются или устраняются назначением диуретиков:

- Слабость, быстрая утомляемость.
- Одышка.
- Периферические отеки.
- Правильно 1 и 2.
- Правильно 2 и 3.

492. Наиболее эффективно облегчается или устраняется назначением венозных вазодилататоров:

- Слабость.
- Приступы одышки.
- Периферические отеки.
- Быстрая утомляемость.

493. Наибольшего эффекта от назначения артериальных вазодилататоров можно ожидать при:
Кардиомегалии.
Исходно относительно низком артериальном давлении.
Наличии стенозов клапанов.
Наличии недостаточности клапанов.
Правильно 1 и 4.

494. Препаратом, преимущественно расширяющим вены, является:
Сиднофарм (молсидомин) .
Апрессин.(гидралазин)
Празозин.
Каптоприл.

495. Средние поддерживающие дозы дигоксина составляют:
а) 0,125 мг в сутки.
б) 0,125 мг -0,25 в сутки.
в) 0,50 – 0,75 мг в сутки.

496. У больных с выраженной сердечной недостаточностью отмечено увеличение продолжительности жизни на фоне приема:
а) Сердечных гликозидов.
б) Диуретиков.
в) Ингибиторов АПФ.
г) Нитросорбида в сочетании с гидралазином.
д) Правильно 3 и 4.

497. Антагонистом ангиотензин-превращающего фермента является:
Гидралазин
.Нитросорбид.
Сиднофарм.
Лизиноприл
Празозин.

498. Максимальные суточные дозы фуросемида у больных сердечной недостаточностью достигают:
100 мг.
200 мг.
300 мг.
500 мг.
600 мг и более.

499. Лечение пациентов с симптомной СН и низкой ФВ ЛЖ следует начинать с
Ингибиторов АПФ и бета-блокаторов
Ингибиторов минералокортикоидных рецепторов
Ингибиторов ангиотензина-неприлизина
Дигоксина
С любого из перечисленных

500. Какие ингибиторы АПФ предпочтительнее при СН II-III функционального класса
Каптоприл

Эналаприл
Рамиприл
Лизиноприл
Все перечисленное

501. Какие бета-блокаторы уменьшают риск госпитализации и смерти

Бисопролол
Карведилол
Метопролола сукцинат
Небиволол
Все перечисленное

502. Какие блокаторы рецепторов ангиотензина уменьшают риск прогрессирования СН?

Кандесартан
Валсартан
Лозартан
Телмисартан
Верно 1, 2, 3.

503. Каковы целевые максимальные дозы эналаприла при лечении СН

5 мг 2 раза в сутки
10 мг 2 раза в сутки
20 мг 2 раза в сутки

504. Каковы целевые дозы бисопролола при лечении СН

2,5 мг один раз в сутки
5 мг один раз в сутки
10 мг один раз в сутки

505. Каковы целевые дозы кандесартана при лечении СН?

4 мг в сутки
8 мг в сутки
16 мг в сутки
32 мг в сутки

506. Каковы целевые дозы спиронолактона при лечении СН

25 мг в сутки
50 мг в сутки
75 мг в сутки

507. Каковы целевые дозы сакубитрила/вальсартана при лечении СН?

49/51 один раз в сутки
49/51 два раза в сутки
97/103 один раз в сутки
97/103 два раза в сутки

508. Какие диуретики применяют у больных СН II - III функционального класса?

Фуросемид
Торасемид
Гидрохлортиазид

Индапамид

509. Какие диуретики применяют при СН III – IV функционального класса

Гидрохлортиазид
Фуросемид или торасемид
Диакарб
Метолазон

510. Какие препараты применяются дополнительно к основной терапии ингибиторами АПФ и бетаблокаторами?

Дигоксин
Гидралазин с изосорбидом динитратом
Ивабрадин
Все перечисленное
Только 1 и 2

511. Какие препараты предпочтительнее у больных с сохраненной фракцией выброса для снятия симптомов СН?

Диуретики
Эналаприл
Кандесартан
Все препараты
Правильно 1 и 3

512. Применение дигоксина показано у больных СН при наличии

Фибрилляции предсердий
При низкой фракции выброса
При больших размерах сердца
При неишемической этиологии СН
При всех условиях

513. При пароксизмальной фибрилляции предсердий у больных СН можно применять

Бета-блокаторы
Амиодарон
Соталол
Кардиоверсию
Все перечисленное

514. При желудочковых аритмиях у больных СН применяют

Бета-блокаторы
Амиодарон
Соталол
Лидокаин
Все перечисленное
Только 1, 2, 3

515. При лечении острой декомпенсации сердечной недостаточности по показаниям применяют

Диуретики
Дигоксин (при ФП и при ФВ меньше 40%)
Вазодилататоры (нитроглицерин)

Препараты с положительным инотропным действием (допамин)

Все перечисленные

516. Как ограничивается соль при СН III-IV функционального класса при применении диуретиков?

Менее 7 г в сутки

Менее 5 г в сутки

Менее 3 г в сутки

517. Дигоксин назначают как правило, если

В анамнезе несколько эпизодов острой декомпенсации СН

Низкой фракции выброса $\leq 25\%$

Дилатации левого желудочка

Высокого функционального класса СН

Всего перечисленного

518. Какие лекарственные препараты замедляют прогрессирование СН II-IV функционального класса, если фракция выброса снижена до 40%

Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина

Антагонисты рецепторов неприлизина

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Все перечисленные

519. Критерием легочного сердца является:

Гипертрофия правого желудочка.

Дилатация правого желудочка.

Легочная гипертензия.

Правильно 1 и 2.

Все ответы правильные.

520. При остром легочном сердце, как правило:

1. Давление в легочной артерии и аорте повышается.

2. Давление в легочной артерии повышается, а в аорте понижается

3. Давление в легочной артерии повышается, а в аорте не изменяется.

4. Давление в легочной артерии и аорте снижается

5. Давление в легочной артерии снижается, а в аорте не изменяется.

521. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

Пневмония.

Астматическое состояние.

Тромбоэмболия легочной артерии.

Спонтанный пневмоторакс.

Легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

522. Основными проявлениями острого легочного сердца могут быть:

Одышка

Цианоз и акроцианоз

Тахикардия

Снижение артериального давления

Все перечисленное

Только 1 и 2

523. Причиной хронического легочного сердца могут быть:

Хроническое неспецифическое заболевание легких.

Интерстициальные заболевания легких.

Сосудистые заболевания легких.

Деформации грудной клетки и нарушения нейро-мышечного аппарата.

Все перечисленное.

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

Хронические неспецифические заболевания легких.

Интерстициальные заболевания легких.

Сосудистые заболевания легких.

Деформация грудной клетки, ожирение, нарушения нейро-мышечного аппарата.

525. При хронических неспецифических заболеваниях легких наиболее часто развитие легочного сердца отмечается у больных:

ХОБЛ.

Бронхиальной астмой.

Бронхоэктазами.

Может быть при всех перечисленных состояниях

526. В норме сосудистое сопротивление в малом круге меньше, чем в большом, примерно в:

2 раза.

5 раз.

10 раз.

20 раз.

527. Самый мощный стимул для вазоконстрикции в легких:

Гипоксия.

Ацидоз.

Гиперкапния.

Все перечисленные факторы примерно в равной степени вызывают вазоконстрикцию в легких.

528. Рефлекторная вазоконстрикция в легких при альвеолярной гипоксии:

Является частью нормальной саморегуляции функции легких.

В норме способствует сохранению соответствия вентиляции и перфузии легких.

Способствует уменьшению степени шунтирования крови.

Все ответы правильные.

Правильного ответа нет

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

Уменьшение количества функционирующих шунтов.

Легочная гипертензия.

Гиперкапния и ацидоз.

Ишемия миокарда правого желудочка.

Все перечисленное.

530. Причиной повышения ЦВД и периферических отеков у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких могут быть:

Правожелудочковая недостаточность.
Повышение внутригрудного давления.
Выраженная легочная гипертензия.
Правильно 1 и 2.
Все перечисленное.

531. Цианоз появляется, когда содержание восстановленного гемоглобина в венозной крови начинает превышать уровень:

- 1 г/100мл
- 5 г/100 мл
- 10 /100 мл
- .15 г/100 мл
- .20 г/100 мл.

532. Причиной головной боли у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких при наличии дыхательной недостаточности чаще всего является:

- Гипоксия.
- Гипокапния.
- Гиперкапния.
- Полицитемия.
- Легочная гипертензия.

533. Гиперкапния может быть причиной появления:

- Головной боли.
- Тремора.
- Комы.
- Всего перечисленного.
- Ничего из перечисленного.

534. Для больных эмфиземой характерно все перечисленное, кроме:

- Набухания вен шеи.
- Уменьшения экскурсии грудной клетки и легочных краев.
- Ослабления дыхания.
- Ослабления голосового дрожания.
- Усиления верхушечного толчка.

535. Для больных легочным сердцем характерны все нижеперечисленные признаки, кроме:

- Повышения центрального венозного давления.
- Пальпируемого толчка правого желудочка.
- Систолического шума трехстворчатой недостаточности.
- Усиления 2-го тона.
- Выраженного расщепления 2-го тона.

536. У больных эмфиземой на ЭКГ часто регистрируются все нижеперечисленные признаки, кроме:

- Снижения вольтажа.
- Высокого зубца Р в отведениях II, III, aVF.
- Смещения переходной зоны вправо
- Отрицательные зубцы Т в правых грудных отведениях

537. При проведении рентгенологического исследования для больных эмфиземой характерно все нижеперечисленное, кроме:
Повышения прозрачности легочных полей.
Уплощения диафрагмы.
Тенденции к горизонтальному расположению ребер.
Часто наличие увеличенных размеров сердца.

538. При возникновении хронической дыхательной недостаточности, как правило, отмечается все нижеперечисленное, кроме:
Гипоксемии.
Гипокапнии.
Гиперкапнии
Респираторного ацидоза.

539. Увеличение продолжительности выдоха больше всего характерно для больных:
Эмфиземой.
ХОБЛ
Бронхоэктатической болезнью.
Саркоидозом.
Пневмокониозом

540. Лечение хронических неспецифических заболеваний легких включает:
Лечение обострений бронхо-легочной инфекции.
Применение бронходилататоров.
Применение средств, разжижающих мокроту.
Все перечисленное.
Правильно 1 и 2.

541. Для уменьшения степени бронхиальной обструкции используют:
Бета-2-адреностимуляторы.
Антихолинэргические препараты
Глюкокортикоидные гормоны.
Все перечисленное.
Правильно 1 и 2.

542. К глюкокортикоидным гормональным препаратам относятся все перечисленные, за исключением:
Беклометазона. Дипропионата
Триамсинолона.
Будесонида.
Ипратропия бромида

543. К бета-2-стимуляторам относятся все перечисленные препараты, за исключением:
Сальбутамола.
формотерола.
Сальметерола
тиотропия бромида
фенотерола

544. Самым частым симптомом первичной легочной гипертензии является:
Одышка.

Кашель.
Обмороки.
Кровохарканье.
Боли в грудной клетке.

545. Продолжительность жизни больных с первичной легочной гипертензией после установления диагноза в большинстве случаев:

Не превышает 2-х лет.
От 2-х до 5 лет.
Более 5 лет.
Более 10 лет.
Более 20 лет.

546. Для больных первичной легочной гипертензией характерны все перечисленные физикальные признаки, за исключением:

Систолического шума трехстворчатой недостаточности.
Усиления легочного компонента 2-го тона.
Выраженного расщепления 2-го тона.
Пальпируемого толчка правого желудочка.
Правожелудочкового 3-го тона.

547. При проведении рентгенологического исследования для больных первичной легочной гипертензией характерно:

Увеличение ствола легочной артерии.
Увеличение правого желудочка.
Увеличение главных ветвей легочной артерии.
Сужение периферических артерий.
Все перечисленное.

548. На ЭКГ у больных первичной легочной гипертензией крайне редко наблюдается:

Отклонение электрической оси вправо.
Отклонение электрической оси влево.
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
Увеличение зубца R в V1.
Увеличение зубца S в V6.

549. Наиболее эффективными препаратами при лечении первичной легочной гипертензии являются:

Гликозиды.
Диуретики.
Вазодилататоры.
Ингаляции кислорода.

550. Для лечения первичной легочной гипертензии из перечисленных препаратов чаще всего назначают:

Нитраты.
Гидралазин.
Антагонисты кальция.
Эуфиллин
Изадрин.

551. Препаратами для патогенетического лечения первичной легочной гипертензии, кроме вазодилататоров, предположительно считаются:

Гликозиды.

Диуретики.

Антикоагулянты.

Все перечисленные.

Правильно 1 и 2.

552. Легочная гипертензия распознается у больных, которые имеют:

Систолическое АД в легочной артерии выше 20 мм рт. ст.

Систолическое давление выше 30 мм рт. ст.

Систолическое давление выше 50 мм рт. ст.

Среднее давление выше 20 мм рт. ст.

Правильно 2 и 4

553. Для лечения первичной легочной гипертензии используют следующие вазодилататоры:

Антагонисты рецепторов эндотелина (бозентан)

Простагландины (вазапростан)

Нифедипин

Ингибитор фосфодиэстеразы 5 (Силденафил)

Все перечисленные

554. Положительный инотропный эффект сердечных гликозидов проявляется в:

Увеличении силы и скорости сокращения сердечной мышцы.

Увеличении сердечного выброса.

Уменьшении конечно-диастолического объема.

Уменьшении конечно-систолического объема.

Все перечисленное.

555. При применении сердечных гликозидов концентрация ионов кальция внутри миоцита:

Увеличивается.

Уменьшается.

Не меняется.

556. При применении сердечных гликозидов рефрактерный период АВ-соединения:

Увеличивается.

Уменьшается.

Не меняется.

Возможны все варианты

557. Замедление АВ-проводимости под влиянием сердечных гликозидов обусловлено:

Прямым действием на проводящую систему

.Экстракардиальным влиянием через блуждающий нерв.

И тем, и другим.

Ни тем, ни другим.

558. Влияние гликозидов на волокна Пуркинье заключается в:

Укорочении потенциала действия.

Укорочении рефрактерного периода.

Повышении скорости диастолической деполяризации.

Правильно 1 и 2.
Все ответы правильные.

559. При лечении сердечными гликозидами продолжительность интервала QT на ЭКГ:
Уменьшается.
Увеличивается.
Не меняется.
Возможны все варианты.

560. Диуретический эффект сердечных гликозидов обусловлен:
Увеличением минутного объема и улучшением почечной циркуляции.
Непосредственной блокадой реабсорбции натрия в канальцах почек.
И тем, и другим.
Ни тем, ни другим.

561. Сердечные гликозиды уменьшают число сердечных сокращений вследствие:
Увеличения влияния блуждающего нерва.
Увеличения минутного объема сердца и рефлекторного снижения уровня катехоламинов.
Удлинения рефрактерного периода и замедления проводимости в АВ-соединении.
Всего перечисленного.

562. К аритмогенному действию сердечных гликозидов предрасполагает:
Гипокалиемия.
Гиперкальциемия.
Гипомагниемия.
Все перечисленное.

563. При дигитализации быстрым темпом эффект достигается:
В течение I суток.
На 3-и сутки.
На 5-ые сутки.

564. При дигитализации умеренно быстрым темпом эффект обычно достигается:
В течение I суток.
На 3-и сутки.
На 7 суток.

565. При дигитализации медленным темпом эффект обычно достигается:
В течение I суток.
На 3-и сутки.
В более поздние сроки.

567. Период полувыведения дигоксина составляет:
Около 1 -1,5 суток после прекращения лечения.
Около 2 суток после прекращения лечения.
Около 7 суток после прекращения лечения.

Ответы «Сердечная недостаточность, легочное сердце»

470-4	471-5	472-1	473-3	474-1	475-1	476-2	477-5
478-5	479-6	480-5	481-6	482-5	483-1	484-2	485-4
486-5	487-5	488-5	489-1	490-1	491-5	491-5	492-2
493-5	494-1	495-2	496-5	497-4	498-5	499-1	500-5
501-5	502-5	503-3	504-3	505-4	506-2	507-4	508-3
509-2	510-4	511-5	512-5	513-5	514--6	515-5	516-1
517-5	518-5	519-4	520-2	521-3	522-5	523-5	524 -1
525-1	526-3	527-1	528-4	529-2	530-1	531-2	532-2
533-4	534-5	535-5	536-3	537-4	538-2	539-2	540-4
541-4	542-4	543-4	544-1	545-2	546-3	547-5	548-2
549-3	550-3	551-3	552-5	553-5	554-5	555-1	556-1
557-3	558-5	559-1	560-3	561-4	562-4	563-1	564-2
565-3	566-2						

ПОРОКИ СЕРДЦА

567. Причиной недостаточности митрального клапана может быть:

- а) Ревматизм.
- б) Атеросклероз.
- в) Инфекционный эндокардит.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все перечисленное.

568. Наиболее частой причиной трикуспидальной регургитации является:

- а) Пролапс створок клапана.
- б) Дилатация правого желудочка.
- в) Инфекционный эндокардит.
- г) Ревматоидный артрит.

569. Митральный стеноз чаще всего является следствием:

- а) Ревматизма.
- б) Инфекционного эндокардита.
- в) Системной красной волчанки.
- г) Атеросклероза.

570. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

- а) 1-2 кв. см.
- б) 4-6 кв. см.
- в) 8-10 кв. см.
- г) Все ответы неправильные.

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

- а) 0,08-0,11 сек.
- б) 0,2-0,3 сек.
- в) 0,4-0,5 сек.
- г) 0,6-0,8 сек.

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

- а) Не изменяется.
- б) Усиливается.
- в) Исчезает.
- г) Ослабевает.

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

- а) Малого радиуса.
- б) Большого радиуса.
- в) Как правило, не отклоняется.

574. У больных митральным стенозом при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- а) Вверх и вправо.
- б) Вверх и влево.
- в) Влево.
- г) Правильного ответа нет.

575. Протодиастолический шум при митральном стенозе имеет:

- а) Убывающий характер.
- б) Нарастающий характер.
- в) Характер шума не изменяется в течение всей диастолы.

576. Пресистолический шум при митральном стенозе имеет:

- а) Нарастающий характер.
- б) Убывающий характер.
- в) Характер шума не изменяется в течение всей диастолы.

577. Характерными эхокардиографическими признаками митрального стеноза являются:

- а) Однонаправленное движение створок митрального клапана.
- б) Отсутствие расширения полости левого желудочка.
- в) Расширение левого предсердия.
- г) Утолщение створок митрального клапана.
- д) Все ответы правильные.

578. Причиной возникновения органической недостаточности митрального клапана может быть:

- а) Ревматизм.
- б) Склеродермия.
- в) Ревматоидный полиартрит.
- г) Септический эндокардит.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Вверх и влево.
- б) Влево.
- в) Не увеличена.
- г) Все ответы неправильные.

580. При недостаточности митрального клапана I-й тон:

- а) Усилен.
- б) Не изменен.
- в) Ослаблен.

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

- а) Довольно часто.
- б) Очень редко.
- в) Всегда.

582. При рентгенологическом исследовании больных с недостаточностью митрального клапана контрастированный пищевод отклоняется по дуге:

- а) Малого радиуса.
- б) Большого радиуса.
- в) Не отклоняется.

583. Синдром митральной регургитации при органической недостаточности митрального клапана включает:

- а) Систолический шум на верхушке.
- б) Ослабление 1-го тона.
- в) Наличие 3-го тона сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Все ответы неправильные.

584. Отек легких у больных с недостаточностью митрального клапана развивается:

- а) Более часто, чем у больных с митральным стенозом.
- б) Менее часто, чем у больных с митральным стенозом.
- в) Нет различий в частоте развития отека легких при митральном стенозе и митральной недостаточности.

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

- а) Добавочного систолического тона.
- б) Систолического шума.
- в) Ослабления I-го тона.

586. У больных с пролапсом митрального клапана могут быть:

- а) Недостаточность кровообращения.
- б) Инфекционный эндокардит.
- в) Нарушения ритма сердца.
- г) Все ответы правильные.
- д) Все ответы неправильные.

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

- а) Болей в грудной клетке.
- б) Экстрасистолии.
- в) Синусовой тахикардии.
- г) Синусовой брадикардии.

588. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:

- а) Ревматизм.
- б) Атеросклероз.
- в) Врожденная патология клапана.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

589. При стенозе устья аорты продолжительность систолы левого желудочка:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

590. Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при:

- а) Митральном стенозе.
- б) Недостаточности митрального клапана.
- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Стенозе устья аорты.

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

- а) Усилен.
- б) Ослаблен.
- в) Не изменен.

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

- а) Блокады правой ножки пучка Гиса.
- б) Блокады левой ножки пучка Гиса.
- в) Гипертрофии левого желудочка.

593. Нехарактерным для фонокардиограммы больных со стенозом устья аорты является:

- а) Уменьшение амплитуды аортального компонента 2-го тона.
- б) Систолический шум ромбовидной формы.
- в) Увеличение амплитуды 1-го тона.

594. Самой частой причиной недостаточности аортального клапана является:

- а) Инфекционный эндокардит.
- б) Атеросклероз.
- в) Ревматизм.
- г) Сифилис.
- д) Травма грудной клетки.

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

- а) Повышения систолического АД.
- б) Снижения диастолического АД.
- в) Увеличения пульсового АД.
- г) Повышения диастолического АД.

596. Шум Грэхема-Стилла чаще всего может выслушиваться при:

- а) Митральном стенозе с легочной гипертензией.
- б) Коарктации аорты.

- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Недостаточности митрального клапана.

597. Признаком клапанного стеноза аорты, выявляемым при катетеризации левых отделов сердца, является:

- а) Отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой.
- б) Увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка.
- в) Значительное увеличение давления в левом предсердии.
- г) Значительное увеличение давления в легочной артерии.

598. Третий тон сердца не должен выслушиваться:

- а) У детей.
- б) При недостаточности митрального клапана.
- в) При недостаточности трикуспидального клапана.
- г) При митральном стенозе.

599. Наиболее часто первым симптомом митрального стеноза являются:

- а) Периферические отеки.
- б) Увеличение печени.
- в) Одышка.
- г) Желудочковые нарушения ритма сердца.

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

- а) Предсердная пароксизмальная тахикардия.
- б) Мерцательная аритмия.
- в) Атриовентрикулярная диссоциация.
- г) Левопредсердный ритм.

601. Рентгенологическая картина дефекта межпредсердной перегородки включает в себя все перечисленное, кроме:

- а) Расширения легочной артерии.
- б) Расширения корней легких.
- в) Увеличения правого предсердия.
- г) Расширения дуги аорты.

602. Шум Флинта выслушивается на верхушке сердца при:

- а) Митральном стенозе.
- б) Стенозе устья аорты.
- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Недостаточности митрального клапана.

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

- а) Стеноза устья аорты.
- б) Недостаточности клапана легочной артерии.
- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Недостаточности митрального клапана.

605. При недостаточности аортального клапана на фонокардиограмме (второе межреберье справа) регистрируется:

- а) Снижение амплитуды аортального компонента 2-го тона и диастолический шум убывающей интенсивности.
- б) Увеличение амплитуды аортального компонента 2-го тона и диастолический шум возрастающей интенсивности.
- в) Снижение амплитуды аортального компонента 2-го тона и систолический шум убывающей интенсивности.

606. Для недостаточности аортального клапана не характерны:

- а) Усиленный, разлитой верхушечный толчок, смещенный вниз и влево.
- б) Расширение относительной сердечной тупости влево.
- в) Увеличение левого желудочка при рентгеноскопии, эхокардиографии.
- г) Признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ.
- д) Признаки гипертрофии правого желудочка на ЭКГ.

607. Диастолический шум на верхушке сердца при недостаточности аортального клапана (шум Флинта) сочетается с:

- а) Усиленным 1-м тоном.
- б) Щелчком открытия митрального клапана.
- в) Значительно увеличенным левым предсердием.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все ответы правильные.

608. Для недостаточности трикуспидального клапана не характерны:

- а) Пульсация яремных вен.
- б) Пульсация сонных артерий.
- в) Пульсация печени.
- г) Наличие систолического шума у основания мечевидного отростка.

609. С митральным стенозом связаны следующие клинические симптомы, кроме:

- а) Болей за грудиной.
- б) Осиплости голоса.
- в) Кашля.
- г) Кровохарканья.
- д) Повышения систолического артериального давления.

610. Уменьшение сердечного выброса может быть связано с:

- а) Микседемой.
- б) Митральным стенозом.
- в) Сердечной недостаточностью.
- г) Тахисистолической формой мерцательной аритмии.
- д) Всем перечисленным.

611. У больного с митральным стенозом на электрокардиограмме не могут быть:

- а) Широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка.
- б) Широкий зазубренный зубец Р и отклонение электрической оси сердца вправо.
- в) Широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии правого желудочка.
- г) Широкий зазубренный зубец Р и пароксизмальная мерцательная аритмия.

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

- а) Восстановление синусового ритма.
- б) Замедление частоты мерцания предсердий.
- в) Замедление частоты сокращений желудочков.
- г) Снижение активности симпатической нервной системы.
- д) Подавление активности блуждающего нерва.

613. Пульсация печени может быть вызвана:

- а) Стенозом устья аорты.
- б) Митральным стенозом.
- в) Недостаточностью аортального клапана.
- г) Недостаточностью трехстворчатого клапана.

614. К увеличению сердечного выброса могут привести:

- а) Стеноз устья аорты.
- б) Сдавливающий перикардит.
- в) Митральный стеноз.
- г) Недостаточность аортального клапана.

615. Быстрый подъем пульсовой волны, а затем быстрое падение ее наступает при:

- а) Митральном стенозе.
- б) Недостаточности митрального клапана.
- в) Стенозе устья аорты.
- г) Коарктации аорты.
- д) Недостаточности аортального клапана.

616. Среди клапанных пороков сердца врожденным чаще всего является стеноз:

- а) Аортального клапана.
- б) Митрального клапана.
- в) 3-х створчатого клапана.
- г) Клапана легочной артерии.

617. Для митрального стеноза характерны следующие изменения на ЭКГ:

- а) "P - mitrale".
- б) Признаки гипертрофии правого желудочка.
- в) Признаки гипертрофии левого желудочка.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

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

- а) 6 кв. см.
- б) 4 кв. см.
- в) 3 кв. см.
- г) 2 кв. см.
- д) 1 кв. см и менее.

619. При "критическом" митральном стенозе градиент давления между левым предсердием и левым желудочком во время диастолы составляет:

- а) Около 1-2 мм. рт. ст.

- б) Около 10 мм. рт. ст.
- в) Около 20 мм. рт. ст.
- г) Более 30 мм. рт. ст.

620. Причиной легочной гипертензии при митральном стенозе является:

- а) Спазм легочных артериол.
- б) Гипертрофия легочных артериол и артерий.
- в) Склероз легочных артериол и артерий.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

621. "Вторым барьером" при митральном стенозе называют:

- а) Венозную гипертензию.
- б) Артериальную легочную гипертензию.
- в) Сопутствующий стеноз аортального клапана.
- г) Сопутствующий стеноз 3-х створчатого клапана.
- д) Левое предсердие.

622. Возникновению отека легких при митральном стенозе способствует:

- а) Развитие мерцательной аритмии.
- б) Увеличение частоты сердечных сокращений.
- в) Увеличение притока крови.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

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

- а) Усиления венозного застоя в легких.
- б) Развития активной легочной гипертензии.
- в) Появления недостаточности правого желудочка.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

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

- а) Усиления громкости первого тона.
- б) Ранний диастолический шум (сразу после 2-го тона) .
- в) Щелчок открытия митрального клапана.
- г) Пресистолический шум.

625. Громкость щелчка открытия митрального клапана и диастолического шума при митральном стенозе уменьшается после:

- а) Развития активной легочной гипертензии.
- б) Улучшения состояния больных на фоне эффективной терапии.
- в) Развития недостаточности правого желудочка.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

626. Признаком выраженного митрального стеноза является:

- а) Увеличение громкости диастолического шума.
- б) Увеличение громкости пресистолического компонента диастолического шума.
- в) Увеличение интервала 2-й тон - щелчок открытия митрального клапана.

- г) Уменьшение интервала 2-й тон - щелчок открытия митрального клапана.
- д) Правильно 2 и 3.

627. Пальпируемый систолический толчок слева от нижней трети грудины у больных митральным стенозом обычно является:

- а) Верхушечным толчком.
- б) Толчком увеличенного ("гигантского") левого предсердия.
- в) Толчком правого желудочка.
- г) Признаком сопутствующей митральной недостаточности.
- д) Признаком сопутствующего стеноза 3-х створчатого клапана.

628. Митральный стеноз может быть обусловлен развитием фиброзно-дегенеративных изменений на уровне:

- а) Створок митрального клапана.
- б) Подклапанных структур.
- в) Правильные ответы 1 и 2.
- г) На уровне митрального кольца.
- д) Все ответы правильные.

629. При рентгенологическом исследовании для больных с митральным стенозом характерно все перечисленное, за исключением:

- а) Увеличения второй дуги левого контура (ствол легочной артерии) .
- б) Увеличения третьей дуги левого контура (ушко левого предсердия) .
- в) Увеличения четвертой дуги по левому контуру.
- г) Признаков венозного застоя в легких.
- д) Признаков активной легочной гипертензии.

630. При проведении эхокардиографии для больных митральным стенозом характерно все перечисленное, кроме:

- а) Однонаправленного движения передней и задней створок митрального клапана.
- б) Систолического движения вперед передней створки митрального клапана.
- в) Уменьшения амплитуды движения митральных створок.
- г) Утолщения или кальциноз створок.

631. При эхокардиографическом исследовании у больных с митральным стенозом могут быть выявлены все признаки, кроме:

- а) Высокочастотного мелкоамплитудного "дрожания" передней митральной створки.
- б) Увеличения линейной скорости кровотока через митральный клапан (при доплерографии)
- в) Увеличения размеров левого предсердия.
- г) Дилатации правого желудочка.
- д) Признаков легочной гипертензии.

632. При митральной недостаточности нагрузка на левый желудочек во время систолы:

- а) Снижена.
- б) Такая же, как и без порока.
- в) Повышена.
- г) Могут быть все перечисленные варианты.

633. При митральной недостаточности уменьшение степени регургитации и улучшение состояния больных можно ожидать от назначения:

- а) Лозартана
- б) Гидралазина.
- в) Каптоприла.
- г) Коринфара.
- д) Всего перечисленного.

634. При эхокардиографии признаком выраженного нарушения функции левого желудочка является все перечисленное, кроме:

- а) Степени укорочения передне-заднего размера левого желудочка, равной 24%.
- б) Конечно-систолического размера, равного 5 см.
- в) Конечно-диастолического размера, равного 5,5 см.
- г) Конечно-систолического объема, равного 90 мл.

635. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:

- а) Во время систолы.
- б) В начале диастолы.
- в) В конце диастолы.
- г) Может быть в любой части сердечного цикла.

636. При пролабировании митрального клапана наиболее специфично выслушивание:

- а) Пансистолического шума.
- б) Раннего систолического шума.
- в) Позднего систолического шума.
- г) Среднедиастолического шума.
- д) Пресистолического шума.

637. Выраженность пролабирования митрального клапана и его аускультативных признаков уменьшается:

- а) В положении стоя.
- б) Во время натуживания при пробе Вальсальвы.
- в) После приема нитроглицерина.
- г) В положении лежа.
- д) Правильно а и в.

638. У больных с пролабированием митрального клапана часто отмечаются:

- а) Боли в груди.
- б) Сердцебиения или перебои в работе сердца.
- в) Чувство нехватки воздуха.
- г) Головокружение.
- д) Все перечисленное.

639. У больных с пролабированием митрального клапана:

- а) На ЭКГ возможно наличие "неспецифических" изменений сегмента ST или зубца T.
- б) Возможно наличие аритмий.
- в) Нередко выявляется наличие дополнительных путей атриовентрикулярного проведения (различные варианты синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта) .
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

640. Проплапс митрального клапана часто отмечается у больных с:

- а) Синдромом Марфана.
- б) Синдромом Элерса-Данлоса.
- в) Ревматизмом.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

641. К осложнениям пролабирования митрального клапана относится:

- а) Возникновение и прогрессирование митральной недостаточности.
- б) Инфекционный эндокардит.
- в) Нарушения ритма сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

642. При возникновении неприятных ощущений в области сердца или нарушений ритма у больных с пролабированием митрального клапана в первую очередь целесообразно оценить эффект:

- а) Дигоксина.
- б) Бета-блокаторов.
- в) Каптоприла.
- г) Кордарона.
- д) Антагонистов кальция.

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

- а) Врожденным.
- б) Ревматическим.
- в) Дегенеративным ("склеротическим").
- г) Вероятность всех 3-х вариантов примерно одинакова.

644. Критическим считается уменьшение площади аортального отверстия до:

- а) 6 кв. см.
- б) 4 кв. см.
- в) 2 кв. см.
- г) 1 кв. см.
- д) 0,5 кв. см.

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

- а) 5 мм. рт. ст.
- б) 10 мм. рт. ст.
- в) 15 мм. рт. ст.
- г) 25 мм. рт. ст.
- д) 50 мм. рт. ст.

646. К числу основных клинических симптомов аортального стеноза относится:

- а) Стенокардия напряжения.
- б) Обмороки.
- в) Сердечная недостаточность.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно б и в.

647. У больных с аортальным стенозом после появления стенокардии напряжения, обмороков и сердечной недостаточности продолжительность жизни в большинстве случаев не превышает:

- а) 1 года.
- б) 2-3 лет.
- в) 5-10 лет.
- г) 10-15 лет.

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

- а) Стенокардия напряжения.
- б) Обмороки.
- в) Выраженная одышка при физической нагрузке.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

649. При проведении физикального обследования для больных аортальным стенозом характерно:

- а) Усиление предсердной волны венного пульса (волны "а") .
- б) Малый медленный пульс на сонных артериях.
- в) Увеличение продолжительности верхушечного толчка (вплоть до 2-го тона) .
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно б и в.

650. Систолический шум при аортальном стенозе:

- а) Является практически среднесистолическим.
- б) На фонокардиограмме имеет ромбовидную форму.
- в) Иррадиирует на сонные артерии.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильны б и в.

651. Дующий пансистолический шум характерен для:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Стеноза легочной артерии.
- г) Недостаточности 3-х створчатого клапана.
- д) Правильно б и г.

652. Грубый среднесистолический шум характерен для:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Стеноза легочной артерии.
- г) Недостаточности 3-х створчатого клапана.
- д) Правильно а и в.

653. Признаком сохранения подвижности створок аортального клапана у больных аортальным стенозом является:

- а) Регистрация 4-го тона.
- б) Регистрация систолического тона изгнания.
- в) Парадоксальное расщепление 2-го тона.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно б и в.

654. При возникновении сердечной недостаточности у больных аортальным стенозом отмечается все перечисленное, кроме:

- а) Уменьшения громкости систолического шума.
- б) Уменьшения продолжительности систолического шума.
- в) Увеличения продолжительности систолического шума.
- г) Уменьшения амплитуды пульсации сонной артерии.
- д) Парадоксального расщепления 2-го тона.

655. При выраженном аортальном стенозе, сопровождающимся появлением клинических симптомов:

- а) Абсолютно показано хирургическое лечение.
- б) Возможна стабилизация состояния с помощью назначения диуретиков и вазодилататоров.
- в) Фармакологическое лечение почти всегда не эффективно и может привести к ухудшению состояния.
- г) Как правило, эффективно назначение сердечных гликозидов.
- д) Правильно а и в.

656. Причиной "чистой" аортальной недостаточности может быть все перечисленное, кроме:

- а) Сифилитического аортита.
- б) Ревматоидного артрита.
- в) Кальцификации аортальных створок.
- г) Идиопатического расширения аорты.
- д) Расширения аорты при артериальной гипертонии.

657. Наиболее вероятной причиной развития сочетанного аортального порока из перечисленного является:

- а) Сифилитический аортит.
- б) Ревматоидный артрит.
- в) Ревматизм.
- г) Инфекционный эндокардит.
- д) Синдром Марфана.

658. Самые большие размеры сердца ("бычье сердце") отмечаются у больных с:

- а) Аортальным стенозом.
- б) Аортальной недостаточностью.
- в) Митральным стенозом.
- г) Митральной недостаточностью.
- д) Правильно а и в.

659. Для больных с изолированной аортальной недостаточностью характерно все перечисленное, кроме:

- а) Гиперемии кожных покровов.
- б) Бледности кожных покровов.
- в) Теплой влажной кожи.
- г) Усиления пульсации сонных артерий.
- д) Правильно а и в

660. Для больных аортальной недостаточностью характерно все перечисленное, кроме:

- а) Усиления пульсации сонных артерий.
- б) Повышения систолического артериального давления.
- в) Повышения диастолического артериального давления.
- г) Снижения диастолического давления.

д) Выявления капиллярного пульса.

661. К основным причинам острой митральной недостаточности относится:

- а) Инфекционный эндокардит.
- б) Ишемия миокарда.
- в) Инфаркт миокарда.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и в

662. К основным причинам острой аортальной недостаточности относится:

- а) Инфекционный эндокардит.
- б) Расслоение аорты.
- в) Травмы грудной клетки.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и в.

663. У больных с митральным стенозом признаками сопутствующего стеноза 3-х створчатого клапана является все перечисленное, за исключением:

- а) Венозного застоя в большом круге.
- б) Выраженной легочной гипертензии.
- в) Отсутствия легочной гипертензии.
- г) Отсутствия признаков гипертрофии правого желудочка.
- д) Увеличения предсердной волны венного пульса.

664. Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается:

- а) Дефект межпредсердной перегородки.
- б) Аномалия Эбштейна.
- в) Стеноз легочной артерии.
- г) Тетрада Фалло.
- д) Комплекс Эйзенменгера.

665. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся все перечисленные, за исключением:

- а) Фиксированного расщепления 2-го тона.
- б) Ослабления пульмонального компонента 2-го тона.
- в) Среднесистолического шума над легочной артерией.
- г) Пальпируемого толчка правого желудочка.
- д) Усиления пульмонального компонента 2-го тона.

666. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся все перечисленные, кроме:

- а) Неполной блокады правой ножки пучка Гиса на ЭКГ.
- б) Увеличения правых отделов сердца.
- в) Гиперволемии малого круга.
- г) Гиповолемии малого круга.
- д) Расширения и усиления пульсации легочной артерии.

667. Сброс крови слева - направо при дефекте межпредсердной перегородки можно выявить с помощью:

- а) Допплерэхокардиографии.
- б) Цветового доплеровского картирования.
- в) Радионуклидной вентрикулографии.
- г) Всего перечисленного.

д) Правильно б и в.

668. Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно все перечисленное, кроме:

- а) Грубого систолического шума.
- б) Выслушивания 3-го тона.
- в) Пальпируемого систолического дрожания.
- г) Соответствия интенсивности шума величине дефекта.
- д) Повышенного риска инфекционного эндокардита.

669. Для открытого артериального протока характерно все перечисленное, кроме:

- а) Увеличения амплитуды пульсации сонных артерий.
- б) Снижения диастолического АД.
- в) Уменьшения пульсового давления.
- г) Непрерывного систоло-диастолического шума.
- д) Увеличения левого желудочка

670. Для стеноза легочной артерии характерно все перечисленное кроме

- а) Усиления предсердной волны венозного пульса
- б) Грубого систолического шума
- в) Усиления пульмонального компонента 2-го тона
- г) Ослабления пульмонального компонента 2-го тона
- д) Расщепления 2-го тона

671. При аномалии Эбштейна отмечается:

- а) Увеличение правого предсердия.
- б) Увеличение правого желудочка.
- в) Уменьшение правого желудочка.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно а и в.

672. Частое возникновение пароксизмальных тахикардий характерно для больных с:

- а) Дефектом межпредсердной перегородки.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Открытым артериальным протоком.
- г) Аномалией Эбштейна.
- д) Комплексом Эйзенменгера.

673. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта чаще всего выявляется у больных с:

- а) Дефектом межпредсердной перегородки.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Открытым артериальным протоком.
- г) Аномалией Эбштейна.
- д) Тетрадой Фалло.

674. На вдохе могут усиливаться:

- а) Только систолические шумы.
- б) Только диастолические шумы.
- в) Как систолические, так и диастолические шумы.
- г) Ни те, и ни другие.

675. На вдохе происходит:

- а) Увеличение ударного объема правого желудочка.
- б) Увеличение ударного объема левого желудочка.
- в) Увеличение ударного объема левого и правого желудочков.
- г) Уменьшение ударного объема правого желудочка и увеличение ударного объема левого желудочка.
- д) Увеличение ударного объема правого желудочка и уменьшение ударного объема левого желудочка.

676. Расщепление II тона на вдохе обусловлено:

- а) Увеличением венозного возврата к правому желудочку.
- б) Уменьшением венозного возврата к правому желудочку.
- в) Ротацией сердца.
- г) Увеличением венозного возврата к правому желудочку и снижением заполнения левого желудочка.

677. На вдохе может наблюдаться усиление:

- а) Диастолического шума пульмональной регургитации.
- б) Диастолического шума трикуспидального стеноза.
- в) Систолического шума пульмонального стеноза.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

678. Аускультативные признаки пролапса митрального клапана на вдохе:

- а) Усиливаются.
- б) Ослабляются.
- в) Не изменяются.

679. Диастолический шум аортальной регургитации во время глубокого длительного выдоха:

- а) Усиливается.
- б) Ослабевает.
- в) Не изменяется.

680. При переходе из горизонтального положения в вертикальное становится более выраженной аускультативная симптоматика при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Пролапсе митрального клапана.
- в) Митральном стенозе.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильные ответы а и б.

681. Переход из горизонтального в вертикальное положение сопровождается усилением аускультативной симптоматики:

- а) Митральной недостаточности.
- б) Трикуспидальной недостаточности.
- в) Стенозе аорты.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

682. При переходе из вертикального положения в положение «на корточках» усиливается звучность шума при:

- а) Субаортальном стенозе
- б) Пролапсе митрального клапана

- в) Оба ответа правильные
- г) Правильного ответа нет

683. Переход из вертикального положения в положение "на корточках" - прием, используемый при динамической аускультации сердца, сопровождается:

- а) Увеличением венозного возврата крови к сердцу.
- б) Увеличением системного сосудистого сопротивления.
- в) Как увеличением венозного возврата к сердцу, так и увеличением системного сосудистого сопротивления.
- г) Увеличением венозного возврата крови к сердцу и снижением системного сосудистого сопротивления.
- д) Уменьшением венозного возврата крови к сердцу и снижением системного сосудистого сопротивления.

684. Шум аортальной регургитации усиливается при:

- а) Изометрической нагрузке.
- б) Переходе в положение "на корточках".
- в) Наклоне вперед в положении сидя.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

685. После приема нитроглицерина усиливается звучность шумов при:

- а) Гипертрофической обструктивной кардиомиопатии.
- б) Проплапсе митрального клапана.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

686. Задержка распространения пульсовой волны характерна для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Клапанного стеноза аорты.
- в) Трикуспидального стеноза.
- г) Коарктации аорты.
- д) Всего перечисленного.

687. Медленно наполняющийся малый пульс характерен для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Аортальной недостаточности.
- в) Аортального стеноза.
- г) Митральной недостаточности.

688. Быстрое увеличение амплитуды пульсовой волны характерно для:

- а) Митральной недостаточности.
- б) Митрального стеноза.
- в) Стеноза устья аорты.
- г) Стеноза легочной артерии.

689. Быстрое увеличение амплитуды пульсовой волны характерно для:

- а) Митрального стеноза
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки
- в) Стеноза устья аорты

г) Недостаточности клапана легочной артерии

690. Пульсовая волна, характеризующаяся быстрым начальным наполнением с последующим быстрым спадением в систолу, характерна для:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- г) Аортальной недостаточности.
- д) Трикуспидальной недостаточности.

691. Причиной шума Грэхема-Стилла является:

- а) Стеноз устья аорты.
- б) Стеноз устья легочной артерии.
- в) Недостаточность аортального клапана.
- г) Относительная недостаточность клапана легочной артерии.

692. Рентгенологическими признаками артериальной легочной гипертензии при митральном стенозе являются все перечисленные, кроме:

- а) Выбухания дуги легочной артерии.
- б) Симптома "ампутации" корней легких.
- в) Прослеживания легочного рисунка до периферии легочных сосудов.

693. При аускультации сердца у больных с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки выслушивается:

- а) Систолический шум с эпицентром в 3-4-м межреберье по левому краю грудины.
- б) Усиление 2-го тона над легочной артерией.
- в) Ослабление второго тона над легочной артерией.
- г) Правильные ответы а и б.
- д) Правильные ответы а и в.

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

- а) Систолический шум с эпицентром во 2-3-м межреберье по левому краю грудины.
- б) Систолический шум с эпицентром в 3-4-м межреберье по левому краю грудины.
- в) Усиление 2-го тона над легочной артерией.
- г) Правильные ответы а и в.
- д) Правильные ответы б и в.

695. Наиболее распространенным врожденным пороком сердца из нижеперечисленных является:

- а) Дефект межпредсердной перегородки.
- б) Дефект межжелудочковой перегородки.
- в) Изолированный стеноз легочной артерии

Ответы «Пороки сердца»

567-Д	568-Б	569-А	570-Б	571-А	572-В	573-А
574-А	575-А	576-А	577-Д	578-Д	579-А	580-В
581-А	582-Б	583-Г	584-Б	585-В	586-Г	587-Г
588-Г	589-А	590-Г	591-Б	592-А	593-В	594-В
595-Г	596-А	597-Б	598-Г	599-В	600-Б	601-Г

602-В	604-В	605-А	606-Д	607-Г	608-Б	609-Д
610-Д	611-А	612-В	613-Г	614-Г	615-Д	616-Г
617-Г	618-Д	619-В	620-Г	621-Б	622-Г	623-Г
624-Г	625-Г	626-Г	627-В	628-В	629-В	630-Б
631-А	632-В	633-Д	634-В	635-А	636-В	637-Г
638-Д	639-Г	640-Д	641-Г	642-Б	643-В	644-Д
645-Д	646-Г	647-Б	648-Г	649-Г	650-Г	651-Д
652-Д	653-Б	654-В	655-Д	656-В	657-В	658-Б
659-Б	660-В	661-Г	662-Г	663-Б	664-А	665-Б
666-Г	667-Г	668-Г	669-В	670-В	671-Д	672-Г
673-Г	674-В	675-Д	676-Г	677-Г	678-А	679-А
680-Д	681-Д	682-Г	683-В	684-Г	685-В	686-Г
687-В	688-А	689-Б	690-Г	691-Г	692-В	693-Г
694-Г	695-Б					

АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПОТЕНЗИИ

696. Патогенетическими звеньями гипертонической болезни являются все перечисленные, кроме:

- а) Повышения активности симпато-адреналовой системы.
- б) Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
- в) Атеросклероза почечных артерий.
- г) Нарушения трансмембранного транспорта ионов.
- д) Изменения системы простагландинов.

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

- а) Минутный объем сердца.
- б) Общее периферическое сосудистое сопротивление.
- в) Ренин-ангиотензиновая система.
- г) Уровень электролитов крови.

698. Гипотензивным действием обладают все следующие простагландины, кроме:

- а) Простагландин Е1.
- б) Простациклина.
- в) Тромбоксана.
- г) Простагландин F.
- д) Правильно в и г.

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

- а) Норморениновую.
- б) Гиперрениновую.
- в) Гипорениновую.
- г) Все перечисленные.
- д) Только 2 и 3.

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

- а) Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.
- б) Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.
- в) Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

701. При повышенном содержании ренина увеличивается образование:

- а) Ангиотензина II.
- б) Триглицеридов.
- в) Катехоламинов.
- г) Холестерина.

702. Избыточное образование альдостерона сопровождается:

- а) Задержкой натрия и воды.
- б) Повышением активности симпато-адреналовой системы.
- в) Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.
- г) Уменьшением минутного объема сердца.
- д) Всем перечисленным.

703. Гиперрениновые формы артериальной гипертонии могут быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Атеросклероза почечных артерий.
- в) Первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) .

704. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:

- а) Поражение артерий сетчатки.
- б) Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
- в) Нарушения ритма сердца.
- г) Появление блокад сердца.

705. Простагландины синтезируются из:

- а) Полиненасыщенных жирных кислот.
- б) Белков.
- в) Углеводов.
- г) Катехоламинов.

706. Гипертоническая болезнь является фактором риска развития следующих заболеваний:

- а) ИБС.
- б) Инсульта.
- в) И того, и другого.
- г) Ни того, ни другого.

707. При гипертонической болезни на ЭКГ наиболее часто выявляются:

- а) Замедление предсердно-желудочковой проводимости.
- б) Блокада ветвей пучка Гиса.
- в) Увеличение амплитуды зубца "U".
- г) Гипертрофия левого желудочка.

д) Все перечисленное.

708. У больных артериальной гипертонией при инфаркте миокарда увеличивается риск развития:

- а) Желудочковой пароксизмальной тахикардии.
- б) Разрыва миокарда.
- в) Тромбоэмболии.
- г) Пневмонии.

709. Натрий-зависимая форма гипертонической болезни характеризуется:

- а) Значительным повышением общего периферического сосудистого сопротивления.
- б) Увеличением объема циркулирующей крови.
- в) Снижением ударного и минутного объемов сердца.
- г) Всем перечисленным.
- д) Ничем из перечисленного.

710. Для гипертонической болезни I стадии характерно:

- а) Транзиторное повышение АД.
- б) Электрокардиографические признаки гипертрофии миокарда.
- в) Нарушение функции почек.
- г) Геморрагии в сетчатке.
- д) Все перечисленное.

711. Злокачественное течение артериальной гипертонии чаще встречается при:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Симптоматических гипертензиях.
- в) Одинаково часто при эссенциальной и вторичных артериальных гипертензиях.

712. При лечении бета-адреноблокаторами происходит:

- а) Уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления.
- б) Уменьшение объема циркулирующей крови.
- в) Уменьшение образования ренина.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

713. Тиазидовые диуретики при длительном приеме обладают следующими побочными действиями:

- а) Вызывают гиперурикемию.
- б) Вызывают гипергликемию.
- в) Повышают содержание липопротеидов низкой плотности.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

714. Больным артериальной гипертонией и стенокардией целесообразно назначить:

- а) Антагонисты кальция.
- б) Агонисты центральных α -2 адренорецепторов .
- в) Агонисты имидазолиновых рецепторов
- г) гидралазин
- д) Все перечисленное.

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

- а) Антагонисты кальция.
- б) Диуретики.
- в) Седативные средства.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

716. Для лечения больных артериальной гипертонией и выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка нецелесообразно применять:

- а) бета-блокаторы (небиволол)
- б) гидралазин (апрессин)
- в) гипотиазид
- г) Все перечисленные препараты.
- д) Только 2 и 3.

717. Гипотензивный эффект празозина определяется:

- а) Селективной блокадой постсинаптических альфа-адренорецепторов.
- б) Блокадой бета-адренорецепторов.
- в) Снижением сократительной функции миокарда.
- г) Влиянием на электролитный обмен.
- д) Правильного ответа нет.

718. При синдроме злокачественной артериальной гипертонии могут иметь место следующие симптомы:

- а) Высокое артериальное давление (более 220/130 мм. рт. ст.) .
- б) Тяжелое поражение глазного дна.
- в) Нарушение функции почек.
- г) Гипертоническая энцефалопатия.
- д) Все перечисленное.

719. При повышении артериального давления, сочетающегося с энцефалопатией, из перечисленного целесообразно применять в первую очередь:

- а) Диуретики.
- б) Бета-адреноблокаторы.
- в) Ингибиторы АПФ.
- г) Сердечные гликозиды.
- д) Все перечисленные.

720. Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают:

- а) Триампур.
- б) Тиазидные диуретики.
- в) Бета-блокаторы
- г) Все перечисленные препараты.
- д) Ни один из перечисленных препаратов.

721. При коарктации аорты АД повышается:

- а) В артериях верхних конечностей.
- б) На нижних конечностях.
- в) В почечных артериях.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

722. Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертонии является:

- а) Неспецифический аортоартериит.
- б) Фибромышечная дисплазия.
- в) Аневризмы почечных артерий.
- г) Атеросклероз почечных артерий.
- д) Тромбозы и эмболии почечных артерий.

723. При вазоренальных артериальных гипертониях АД повышается в результате:

- а) Повышения активности симпатoadреналовой системы.
- б) Увеличения объема циркулирующей крови.
- в) Повышения активности ренин-ангиотензин- альдостероновой системы.
- г) Увеличения минутного объема сердца.
- д) Всего перечисленного.

724. Наиболее достоверным для диагностики вазоренальных гипертоний является:

- а) Определение активности ренина в плазме крови.
- б) Экскреторная урография.
- в) Ультразвуковое исследование почечных артерий.
- г) Контрастная ангиография.
- д) Радионуклидная сцинтиграфия почек.

725. Оптимальным методом лечения вазоренальных гипертоний является:

- а) Терапия гипотензивными средствами.
- б) Нефрэктомия.
- в) Реконструктивные операции на почечных артериях.

726. При феохромоцитоме чаще встречается следующий вариант клинического течения артериальной гипертонии:

- а) Гипертонические кризы на фоне нормального АД.
- б) Стабильно высокое АД без гипертонических кризов.
- в) Гипертонические кризы на фоне повышенного АД.

727. Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено:

- а) Гиперпродукцией кортикостероидов.
- б) Увеличением образования альдостерона.
- в) Увеличением образования катехоламинов.
- г) Гиперпродукцией ренина.
- д) Всего перечисленного.

728. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:

- а) Гипергликемия.
- б) Гипогликемия.
- в) Лейкопения.
- г) Лимфоцитоз.
- д) Ничего из перечисленного.

729. Феохромоцитомы являются опухолью:

- а) Коркового слоя надпочечников.
- б) Паренхимы почек.
- в) Мозгового слоя надпочечников.

730. Наиболее часто феохромоцитомы локализуются:

- а) В одном надпочечнике.
- б) В обоих надпочечниках.
- в) В надпочечнике и вне надпочечника.

731. Феохромобластома проявляется:

- а) Повышением содержания адреналина и норадреналина в крови.
- б) Нормальным содержанием указанных гормонов.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

732. Альдостерома является опухолью:

- а) Сетчатой зоны коркового слоя надпочечников.
- б) Пучковой зоны коркового слоя надпочечников.
- в) Клубочковой зоны коркового слоя надпочечников.

733. Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) характерно:

- а) Кризовое течение артериальной гипертонии.
- б) Стабильное повышение АД без кризов.
- в) Нормальное АД.

734. При первичном гиперальдостеронизме можно обнаружить:

- а) Гипокалиемию.
- б) Гипернатриемию.
- в) Гиперкальциемию.
- г) Гиперкалиемию
- д) Правильно а и б.

735. Гипокалиемия при первичном гиперальдостеронизме связана с:

- а) Увеличением фильтрации калия в почечных клубочках.
- б) Уменьшением реабсорбции калия в проксимальном отделе канальцев.
- в) Увеличением секреции калия в дистальном отделе канальцев.
- г) Все ответы правильные.

736. Для первичного гиперальдостеронизма не характерны:

- а) Мышечная слабость.
- б) Полиурия.
- в) Парестезии.
- г) Гипостенурия.
- д) Гипергликемия.

737. В биохимических анализах крови при синдроме Конна чаще всего обнаруживается:

- а) Повышение уровня катехоламинов.
- б) Снижение концентрации альдостерона.
- в) Повышение уровня ренина.
- г) Повышение концентрации альдостерона.
- д) Правильно 2 и 3.

738. Фибромышечная дисплазия почечных артерий встречается чаще:

- а) У мужчин.
- б) У женщин.
- в) Одинаково часто у мужчин и женщин.

739. Причиной системной артериальной гипертензии при неспецифическом аортоартериите чаще всего является:

- а) Поражение почечных артерий.
- б) Воспалительные заболевания почек.
- в) Повышение образования катехоламинов.
- г) Гиперпродукция кортикостероидов.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Застойная сердечная недостаточность.
- б) Инсульт.
- в) Бактериальный эндокардит.
- г) Расслаивание аорты.
- д) Все перечисленное.

741. Для недостаточности клапанов аорты характерно:

- а) Снижение систолического АД.
- б) Повышение систолического АД.
- в) Уменьшение пульсового давления.
- г) Нормальное систолическое и диастолическое АД.

742. При атеросклерозе аорты чаще всего наблюдается:

- а) Повышение систолического АД.
- б) Повышение диастолического АД.
- в) Снижение диастолического АД.
- г) Снижение систолического АД.

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

- а) Антибиотики.
- б) Сульфаниламиды.
- в) Глюкокортикоиды.
- г) Делагил.

744. При коарктации аорты систолический шум выслушивается:

- а) Во 2-4 межреберье у края грудины слева.
- б) В яремной ямке.
- в) Над шейными сосудами.
- г) В межлопаточном пространстве.
- д) Все ответы правильные.

745. Для артериальной гипертензии при тиреотоксикозе характерно:

- а) Повышение диастолического АД.
- б) Снижение диастолического АД.
- в) Повышение систолического АД.

746. Для лечения гипертонического криза при феохромоцитоме наиболее эффективным является внутривенное введение:

- а) Фентоламина (реджитина) .
- б) Пентамина.
- в) Клофелина.
- г) Лазикса.

747. Комбинацией гипотензивных средств, применение которой нецелесообразно для лечения артериальных гипертензий, является:

- а) ИАПФ+БРА
- б) ИАПФ +тиазидный Д.
- в) ИАПФ + коринфар.
- г) ИАПФ + бета-блокатор.

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

- а) нитроглицерина
- б) дибазола
- в) сердечных гликозидов.
- г) обзидана.

749. Для лечения артериальной гипертензии у больных с нарушением азотовыделительной функции почек не рекомендуют использовать:

- а) Гипотиазид.
- б) Гидралазин
- в) Коринфар.
- г) Фуросемид.
- д) Все перечисленные лекарственные препараты.

750. У больных артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью для снижения АД целесообразно использовать:

- а) ИАПФ/БРА+диуретик
- б) Бетаблокатор+коринфар
- в) Бетаблокатор +диуретик
- г) ИАПФ+ бета-блокатор.
- д) все перечисленное

751. Для лечения лабильной артериальной гипертензии у больных с гиперкинетическим типом кровообращения в первую очередь целесообразно использовать:

- а) Блокаторы бета-адренорецепторов.
- б) Коринфар.
- в) Гидралазин (апрессин).
- г) Празозин.

752. При лечении артериальной гипертензии метопролол не рекомендуется давать с:

- а) Коринфаром.
- б) Гипотиазидом.
- в) верапамилом
- г) Празозином.
- д) Каптоприлом.

753. Гипотензивное действие клонидина связано с:

- а) Блокадой бета-адренорецепторов.
- б) Уменьшением содержания ренина в плазме крови.
- в) Стимуляцией альфа-адренорецепторов ЦНС.
- г) Уменьшением объема циркулирующей плазмы.
- д) Все ответы правильные.

754. Критерием II стадии артериальной гипертонии является:

- а) Признаки гипертрофии левого желудочка.
- б) Сужение артерий сетчатки.
- в) Признаки нарушения функции почек.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

755. Признаками III стадии артериальной гипертонии являются:

- а) Возникновение сердечной недостаточности.
- б) Гипертоническая энцефалопатия.
- в) Нарушения мозгового кровообращения.
- г) Хроническая почечная недостаточность.
- д) Все перечисленное.

756. Причиной симптоматических артериальных гипертоний чаще всего является:

- а) Первичный гиперальдостеронизм.
- б) Феохромоцитома.
- в) Заболевания почек.
- г) Поражение сердца и крупных артерий.

757. Гипертонические кризы, сопровождающиеся сильной головной болью, потливостью и сердцебиением, характерны для:

- а) Первичного гиперальдостеронизма.
- б) Феохромоцитомы.
- в) Реноваскулярной гипертонии.
- г) Коарктации аорты.

758. Приступы резкой слабости, переходящие парезы, судороги, полиурия и никтурия указывают на возможность:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Коарктации аорты.
- в) Первичного гиперальдостеронизма.
- г) Реноваскулярной гипертензии.

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

- а) Первичного гиперальдостеронизма.
- б) Феохромоцитомы.
- в) Реноваскулярной гипертонии.
- г) Коарктации аорты.

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

- а) Атеросклероза аорты.
- б) Тиреотоксикоза.
- в) Аортальной недостаточности.
- г) Выраженной брадикардии.
- д) Всего перечисленного.

761. Решающим в установлении диагноза реноваскулярной гипертензии является проведение:

- а) Экскреторной урографии.
- б) Радионуклидной ренографии.
- в) Определения активности ренина плазмы.
- г) Ангиография с внутриаартериальным введением контраста
- д) Спиральная КТ или МРТ сосудов почек с введением контраста

762. Гипокалиемия наиболее характерна для:

- а) Реноваскулярной гипертензии.
- б) Феохромоцитомы.
- в) Первичного гиперальдостеронизма.
- г) Хронического пиелонефрита.

763. Уменьшение активности ренина плазмы характерно для:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Реноваскулярной гипертензии.
- в) Первичного гиперальдостеронизма.
- г) Хронического гломерулонефрита.

764. Уменьшение и задержка пульсовой волны на бедренной артерии по сравнению с пульсацией лучевой артерии наблюдается при:

- а) Феохромоцитоме.
- б) Реноваскулярной гипертензии.
- в) Коарктации аорты.
- г) Атеросклерозе аорты.

765. Причиной артериальной гипертензии может быть прием:

- а) Пероральных контрацептивов.
- б) Кортикостероидов.
- в) Нестероидных противовоспалительных препаратов.
- г) Трициклических антидепрессантов.
- д) Всего перечисленного.

766. К нефармакологическим способам снижения АД относятся:

- а) Снижение или нормализация веса тела.
- б) Ограничение употребления соли.
- в) Физические тренировки с нагрузкой аэробного характера.
- г) Методы релаксации, аутогенная тренировка.
- д) Все перечисленное.

767. Оптимальные дозы гипотиазида при лечении артериальной гипертензии составляют:

- а) 12,5-25 мг/сут.

- б) 50-100 мг/сут.
- в) 100-150 мг/сут.
- г) 150-200 мг/сут.

768. При исходной брадикардии целесообразно назначение:

- а) Анаприлина (обзидана) .
- б) Верапамила .
- в) Коринфара.
- г) Клофелина.
- д) Допегита.

769. Снижают сократимость миокарда и неблагоприятно влияют на состояние липидного обмена:

- а) Бета-блокаторы.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Моксонидин
- г) Каптоприл.
- д) Празозин (Доксазосин)

770. Неблагоприятное влияние на состояние липидного обмена оказывают:

- а) Диуретики.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Физиотенз.
- г) Каптоприл.
- д) Празозин (доксазосин)

771. При использовании стандартной манжетки у больных с ожирением регистрируется:

- а) Ложно завышенное АД.
- б) Ложно заниженное АД.
- в) Толщина рук не влияет на точность определения АД.

772. При лечении больных пожилого возраста наиболее целесообразно использование:

- а) Допегита.
- б) Гидралазина
- в) Дигидропиридиновых антагонистов кальция.
- г) Бета-блокаторов.
- д) Моксонидина

773. При лечении артериальной гипертензии у беременных чаще всего назначают:

- а) Диуретики.
- б) метилдопа
- в) Ингибиторы АПФ
- г) Клофелин.
- д) рилменидин или моксонидин

774. Уменьшению степени гипертрофии левого желудочка у больных гипертензией способствует прием всех перечисленных препаратов, за исключением:

- а) Допегита.
- б) Апрессина.
- в) Метопролола.
- г) Верапамила.

д) Блокаторов рецепторов ангиотензина.

775. У больных злокачественной артериальной гипертонией отмечается:

- а) Выраженное повышение АД.
- б) Резкие изменения на глазном дне (отек сосков зрительных нервов) .
- в) Прогрессирующее поражение почек.
- г) Все перечисленное.

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

- а) Гипертонической болезнью.
- б) Реноваскулярной гипертонией.
- в) Паренхиматозными заболеваниями почек.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Частота ЗАГ не зависит от этиологии гипертонии.

777. При лечении артериальной гипертонии у больных с нарушением функции почек обычно показано назначение:

- а) Гипотиозида.
- б) Верошпирона.
- в) Триампура.
- г) Фуросемида.
- д) Бриналидикса.

778. Быстрое снижение артериального давления противопоказано при:

- а) Гипертонической энцефалопатии.
- б) Расслаивающей аневризме аорты.
- в) Нарушении мозгового кровообращения.
- г) Прогрессирующей почечной недостаточности
- д) Правильно В и Г.

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

- а) Эналаприлат
- б) Урапидил (эбрантил)
- в) Дибазол.
- г) Нитропруссид натрия.
- д) Сернокислая магнезия.

780. Наиболее удобен для перорального приема (внутри или сублингвально) при лечении гипертонических кризов:

- а) метопролол
- б) Анаприлин.
- в) Коринфар.
- г) допегит
- д) моксонидин

781. Средством выбора для снижения АД у больных с расслаивающей аневризмой аорты является введение:

- а) Эналаприлата
- б) Клофелина или бета-блокатора.
- в) Нитропруссид натрия и бета-блокатора

- г) Дроперидола.
- д) Фуросемида.

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

- а) Метопролола
- б) Нитроглицерина (в/в)
- в) Верапамила.
- г) Дибазола.
- д) Дигоксина.

783. К препаратам, гипотензивный эффект которых в основном связан с влиянием на активность симпатико-адреналовой системы, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Клофелина.
- б) Моксонидина.
- в) Празозина.
- г) Каптоприла.
- д) Фентоламина.

784. К препаратам, гипотензивный эффект которых в основном связан с непосредственным взаимодействием с гладкомышечными клетками сосудов (вазодилаторы прямого действия), относятся все перечисленные, кроме:

- а) Празозина.
- б) Апрессина.
- в) Миноксидила.
- г) Нитропруссид натрия.

785. Применение каптоприла сопровождается:

- а) Уменьшением концентрации ангиотензина II.
- б) Уменьшением секреции альдостерона.
- в) Увеличением выделения натрия с мочой.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

786. Для лечения артериальной гипертонии у больных с нарушенной азотовыделительной функцией почек нецелесообразно применять:

- а) Допегит.
- б) Коринфар.
- в) Анаприлин.
- г) Фуросемид.

787. Калийсберегающий эффект верошпирона проявляется через:

- а) 1-2 часа.
- б) 1-3 дня.
- в) 7-14 дней.
- г) 15-21 день.

788. При лечении артериальной гипертонии апрессин (гидралазином) нецелесообразно использовать его:

- а) Как монотерапию.

- б) В сочетании с бета-адреноблокаторами.
- в) В сочетании с симпатолитическими средствами.

789. Длительное лечение артериальной гипертонии празозином:

- а) Не вызывает изменений в содержании липидов крови.
- б) Увеличивает содержание липопротеидов низкой плотности.
- в) Уменьшает содержание липопротеидов высокой плотности.

790. К эндокринным артериальным гипертониям относятся гипертонии при:

- а) Первичном гиперальдостеронизме (синдроме Конна) .
- б) Феохромоцитоме.
- в) Диабетическом гломерулосклерозе.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

791. К приобретенным поражениям почечной артерии относятся:

- а) Атеросклероз почечных артерий.
- б) Гипоплазия почечных артерий.
- в) Неспецифический аортоартериит.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 3.

792. Наиболее часто параганглиома локализуется в:

- а) Почках.
- б) Печени.
- в) Мочевом пузыре.
- г) Области брюшного отдела аорты.

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

- а) Гипертоническая болезнь.
- б) Хронический пиелонефрит.
- в) Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна) .
- г) Феохромоцитоме.

794. Наиболее вероятной причиной артериальной гипертонии у больной 20 лет с шумом, выслушиваемым в области проекции правой почечной артерии, увеличенной СОЭ и лейкоцитозом, являются:

- а) Фибромышечная дисплазия.
- б) Гломерулонефрит.
- в) Неспецифический аортоартериит.
- г) Гипоплазия почечной артерии.
- д) Аневризма почечной артерии.

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

- а) Фибромышечная дисплазия.
- б) Неспецифический аортоартериит.
- в) Гипоплазия почечной артерии.

г) Атеросклероз почечной артерии.

796. Для лечения больных с артериальной гипертонией и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей противопоказано применение:

- а) Коринфара.
- б) Верапамила.
- в) Анаприлина.
- г) Празозина.

797. Для лечения больных с артериальной гипертонией и стенокардией напряжения III-IV функционального класса нецелесообразно применять:

- а) Ингибиторы АПФ
- б) Коринфар.
- в) Празозин.
- г) Небиволол
- д) Правильно б и в.

798. Для синдрома Иценко-Кушинга характерно все нижеперечисленное, кроме:

- а) Артериальной гипертензии.
- б) Гипергликемии.
- в) Ожирения.
- г) Гипогликемии.
- д) Нейтрофильного лейкоцитоза.

799. Аденома, вызывающая синдром Иценко-Кушинга, является опухолью:

- а) Мозгового слоя надпочечников.
- б) Кортикального слоя надпочечников.
- в) Паренхимы почек.

800. Гипотензивное действие дроперидола преимущественно связано с:

- а) Блокадой бета-адренорецепторов.
- б) Блокадой альфа-адренорецепторов.
- в) Седативным действием.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

801. Гипотензивное действие каптоприла связано с:

- а) Уменьшением образования ренина.
- б) Блокадой альфа-адренорецепторов.
- в) Уменьшением образования ангиотензина II.
- г) Влиянием на калликреин-кининовую систему и систему простагландинов.
- д) Правильно 3 и 4.

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

- а) Гипертонической болезни.
- б) Синдрома Конна.
- в) Реноваскулярной гипертонии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

803. Повышение общего периферического сосудистого сопротивления характерно для больных:

- а) Гипертонической болезнью.
- б) Вазоренальной гипертонией.
- в) С синдромом Конна.
- г) Всем перечисленным.
- д) Ни при одном из перечисленных.

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

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) II и III стадии.
- г) Во всех стадиях.
- д) Только 2 и 3.

805. В основу классификации ВОЗ артериальной гипертонии положен принцип:

- а) Выраженности органических изменений.
- б) Изменений типов гемодинамики.
- в) Величины АД.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

806. При гипорениновой (объем-натрийзависимой) артериальной гипертонии величина общего периферического сосудистого сопротивления:

- а) Не изменена.
- б) Повышена.
- в) Понижена.
- г) Не изменена лишь в ранней стадии.

807. В механизме гипотензивного действия бета-блокаторов придают значение:

- а) "Антирениновому" эффекту.
- б) Снижению чувствительности барорецепторов.
- в) Изменению синтеза простагландинов в сосудистой стенке.
- г) Всему перечисленному.
- д) Ничему из перечисленного.

808. С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует уровень:

- а) Диастолического АД.
- б) Систолического АД.
- в) Как диастолического, так и систолического АД.
- г) Ни того, и ни другого.
- д) Закономерности нет.

809. У больных с коарктацией аорты на верхних конечностях повышено:

- а) Только систолическое АД.
- б) Только диастолическое АД.
- в) Как систолическое, так и диастолическое АД.
- г) Ни то, и ни другое.

810. Факторами риска развития гипертонической болезни являются:

- а) Избыточное потребление поваренной соли.
- б) Ожирение.
- в) Гиподинамия.
- г) Злоупотребление алкоголем.
- д) Все перечисленное.

811. Ортостатическая гипотония в наибольшей степени свойственна больным:

- а) Феохромоцитомой.
- б) Первичным гиперальдостеронизмом.
- в) Реноваскулярной гипертонией.
- г) Гипертонической болезнью.
- д) Всем перечисленным.

812. В основе развития артериальной гипертонии у больных с синдромом Конна лежит:

- а) Гипокалиемия.
- б) Гиперренинемия.
- в) Увеличение реабсорбции натрия.
- г) Снижение реабсорбции натрия.

813. Непосредственным вазоконстрикторным эффектом из перечисленных препаратов обладает:

- а) Ренин-субстрат.
- б) Ренин.
- в) Ангиотензиноген.
- г) Брадикинин.
- д) Вазопрессин.

814. Непосредственным вазоконстрикторным эффектом из перечисленных препаратов обладает:

- а) Калликреин.
- б) Брадикинин.
- в) Ренин.
- г) Ангиотензин II.

815. Вазодилатирующим эффектом из перечисленных препаратов обладает:

- а) Вазопрессин.
- б) Тромбоксан А2.
- в) Простациклин.
- г) Ни один из перечисленных.

816. Вазодилатирующим эффектом из перечисленных препаратов обладает:

- а) Брадикинин.
- б) Вазопрессин.
- в) Ренин.
- г) Ни один из перечисленных.

817. Вазоконстрикторным эффектом из перечисленных препаратов обладают:

- а) Эндотелин.
- б) Тромбоксан А2.
- в) Ангиотензин II.
- г) Все перечисленные.
- д) Ни один из перечисленных.

818. Вазодилатирующим эффектом из перечисленных препаратов обладают:

- а) Эндотелин.
- б) Тромбоксан А2.
- в) Простагландин F.
- г) Все перечисленные.
- д) Ни один из перечисленных.

819. Гипотензивным эффектом сопровождается стимуляция:

- а) Централных альфа-адренорецепторов.
- б) Периферических альфа-адренорецепторов.
- в) Централных и периферических альфа-адренорецепторов.
- г) Ни одного из перечисленных.

820. Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертонии является:

- а) Изотопная ренография.
- б) Внутривенная урография с серийной регистрацией урограмм.
- в) Компьютерная томография с контрастированием
- г) Контрастная аортография и ангиография почек
- д) Все перечисленные.

821. При феохромоцитоме кризовое течение артериальной гипертонии:

- а) Имеет место практически у всех больных.
- б) Имеет место у 10-15% больных.
- в) Имеет место приблизительно у 50-75% больных.
- г) Встречается крайне редко.

822. Дексаметазоновый «супрессивный» тест представляет ценность в диагностике:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Синдрома Конна.
- в) Реноваскулярной гипертонии.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

823. Дексаметазоновый "супрессивный" тест представляет ценность в диагностике:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Ренопаренхиматозной гипертонии.
- в) Синдрома Кушинга.
- г) Синдрома Конна.
- д) Правильного ответа нет.

824. Причинами синдрома Кушинга могут быть:

- а) Аденома надпочечников.
- б) Карцинома надпочечников.
- в) Карцинома поджелудочной железы.
- г) Бронхиальная аденокарцинома.
- д) Все перечисленное.

825. Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертонию, сахарный диабет, остеопороз, аменорею, гирсутизм, характерен для:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Синдрома Конна.
- в) Синдрома Кушинга.
- г) Ни одного из перечисленных.

826. Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертензию, полидипсию, полиурию, мышечную слабость и гипокалиемию характерен, для:

- а) Реноваскулярной гипертензии.
- б) Ренопаренхиматозной гипертензии.
- в) Синдрома Конна.
- г) Синдрома Кушинга.

827. У больных с синдромом Конна выраженный отечный синдром:

- а) Встречается всегда.
- б) Встречается довольно часто.
- в) Встречается крайне редко.
- г) Не встречается.

828. Гипокалиемия характерна для больных с:

- а) "Объем натрийзависимым" вариантом гипертензионической болезни.
- б) Первичным гиперальдостеронизмом.
- в) Феохромоцитомой.
- г) Фибромышечной дисплазией почечных артерий.

829. Для больных со злокачественной артериальной гипертензией характерна:

- а) Относительная гиповолемия.
- б) Гиперволемия.
- в) Нормоволемия.
- г) Правильного ответа нет.

830. Для больных со злокачественной артериальной гипертензией характерны:

- а) Гематурия.
- б) Цилиндрурия.
- в) Протеинурия.
- г) Все перечисленное.

831. В патогенезе артериальной гипертензии у больных с коарктацией аорты придают значение:

- а) Гемодинамическому фактору.
- б) Гипоперфузии почек.
- в) Обоим факторам.
- г) Ни одному из перечисленных.

832. В патогенезе артериальной гипертензии, связанной с употреблением пероральных эстрогенсодержащих контрацептивных препаратов, основное значение придают:

- а) Ретенции натрия.
- б) Увеличению продукции вазопрессина.
- в) Повышению активности симпатoadреналовой системы.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все ответы правильные.

833. В патогенезе артериальной гипертонии, связанной с приемом эстрогенсодержащих пероральных контрацептивных препаратов, придают важное значение:
- Увеличению синтеза ренин-субстрата.
 - Снижению синтеза ренин-субстрата.
 - Гипоальдостеронизму.
 - Увеличению активности симпатoadреналовой системы.
834. Повышение содержания ванилилминдальной кислоты в моче, собранной за 24-часовой период, характерно для:
- Феохромоцитомы.
 - Синдрома Конна.
 - Синдрома Кушинга.
 - Реноваскулярной гипертонии.
835. При увеличении потребления поваренной соли у больных гипертонической болезнью гипотензивный эффект мочегонных препаратов:
- Усиливается.
 - Утрачивается или ослабевает.
 - Не изменяется.
836. При систематическом приеме мочегонных препаратов общее периферическое сосудистое сопротивление у больных гипертонической болезнью:
- Увеличивается.
 - Уменьшается.
 - Не изменяется.
 - Закономерности не выявляется.
837. У больных артериальной гипертонией наименее серьезным изменением со стороны глазного дна является:
- Генерализованное сужение артерий.
 - Отек соска зрительного нерва.
 - Возникновение экссудатов.
 - Возникновение геморрагий.
838. У больных артериальной гипертонией наиболее опасным изменением глазного дна является:
- Генерализованное сужение артерий.
 - Отек соска зрительного нерва.
 - Возникновение экссудатов.
 - Возникновение геморрагий.
839. При купировании гипертонического криза у больных с феохромоцитомой наиболее эффективны:
- Препараты, блокирующие альфа-адренорецепторы.
 - Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.
 - Препараты, блокирующие бета-адренорецепторы.
 - Диуретики.
840. У больных реноваскулярной артериальной гипертонией двустороннее поражение почечных артерий:
- Не встречается.
 - Встречается крайне редко.

- в) Встречается довольно часто (до 25% случаев) .
- г) Закономерно.

841. Гипотензивный эффект антагонистов кальция связан:

- а) Со снижением постнагрузки на левый желудочек.
- б) Со снижением преднагрузки на левый желудочек.
- в) В равной степени со снижением пред- и постнагрузки на левый желудочек.
- г) Правильного ответа нет.

842. Каптоприл можно назначать больным гипертонической болезнью в:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) III стадии.
- г) Любой стадии.

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

- а) Индапамид.
- б) Каптоприл.
- в) Атенолол.
- г) Коринфар.
- д) Все перечисленные препараты могут быть эффективны.

844. Антагонисты кальция, эффективны у больных с:

- а) Норморениновой артериальной гипертонией.
- б) Гиперрениновой артериальной гипертонией.
- в) Гипорениновой артериальной гипертонией.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

845. Бета-блокаторы являются наиболее эффективными гипотензивными средствами у больных:

- а) С норморениновой артериальной гипертонией.
- б) С гипорениновой артериальной гипертонией.
- в) С гиперрениновой артериальной гипертонией.

846. Больным гипертонической болезнью препарат каптоприл следует назначать:

- а) Только в виде монотерапии.
- б) Только в комбинации с другими группами препаратов.
- в) Правильного ответа нет.

847. Антагонисты кальция рекомендуют назначать больным гипертонической болезнью:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) II-III стадии.
- г) Всех стадий.
- д) Правильного ответа нет.

848. Причиной функциональной ортостатической гипотонии является:

- а) Уменьшение венозного возврата крови к сердцу.
- б) Снижение венозного тонуса.
- в) Гиповолемия.

- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

849. Ортостатическая гипотония, вызванная органическим поражением вегетативной нервной системы, возникает у больных:

- а) Амилоидозом.
- б) Сахарным диабетом.
- в) Опухолями центральной нервной системы.
- г) При всех перечисленных заболеваниях.

850. Функциональная ортостатическая гипотония:

- а) Возникает при быстром вставании.
- б) Возникает после длительного нахождения в положении стоя.
- в) Перед потерей сознания может отмечаться появление предобморочных реакций.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно только 1 и 2.

851. У больных нейроциркуляторной дистонией:

- а) Диагноз устанавливают методом исключения органической патологии.
- б) Прогноз вполне благоприятный.
- в) Основным нарушением является расстройство вегетативной регуляции.
- г) Все ответы правильные.

852. Лечение больных нейроциркуляторной дистонией возможно:

- а) Психотерапевтическими методами.
- б) Физическими тренировками.
- в) С использованием медикаментозных препаратов.
- г) Все ответы правильные.

853. При проведении ортостатической пробы у здоровых:

- а) Отмечается снижение систолического АД менее чем на 30 мм. рт. ст.
- б) Может быть снижение систолического АД более чем на 30 мм. рт. ст.
- в) Реакция АД индивидуальна.

Ответы «Артериальные гипертензии»

696-В	697-Г	698-Д	699-Г	700-Д	701-А	702-А
703-В	704-А	705-А	706-В	707-Г	708-Б	709-Б
710-А	711-Б	712-В	713-Г	714-А	715-А	716-Б
717-А	718-Д	719-А	720-Г	721-А	722-Г	723-В
724-Г	725-В	726-В	727-В	728-А	729-В	730-А
731-В	732-В	733-Б	734-Д	735-В	736-Д	737-Г
738-Б	739-А	740-Д	741-Б	742-А	743-В	744-Д
745-В	746-А	747-А	748-А	749-А	750-Г	751-А
752-В	753-В	754-Г	755-Д	756-В	757-Б	758-В
759-В	760-Д	761-Г	762-В	763-В	764-В	765-Д
766-Д	767-А	768-В	769-А	770-А	771-А	772-В

773-Б	774-Б	775-Г	776-Б	777-Г	778-Д	779-Г
780-В	781-В	782-Б	783-Г	784-А	785-Г	786-В
787-В	788-А	789-А	790-Г	791-Д	782-Г	793-В
794-В	795-Г	796-В	797-В	798-Г	799-Б	800-Д
801-Д	801-А	803-Г	804-Г	805-Д	806-Б	807-Г
808-В	809-В	810-Д	811-А	812-В	813-Д	814-Г
815-В	816-А	817-Г	818-Д	819-А	820-Г	821-В
822-Д	823-В	824-Д	825-В	826-В	827-В	828-Б
829-А	830-Г	831-В	832-А	833-А	834-А	835-Б
836-Б	837-А	838-Б	839-А	840-В	841-А	842-Г
843-Д	844-Г	845-В	846-В	847-Г	848-Г	849-Г
850-Г	851-Г	852-Г	853-А			

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЭНДОКАРДИТЫ

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

- а) Лихорадка.
- б) Артралгии.
- в) Петехии на коже и слизистых.
- г) Изменения формы ногтей.

855. Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:

- а) Митрального клапана.
- б) Аортального клапана.
- в) Трехстворчатого клапана.
- г) Правильно а и в.

856. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Диффузный гломерулонефрит.
- б) Инфаркт почки.
- в) Очаговый нефрит.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

857. Признаком инфаркта почки при остром инфекционном эндокардите является:

- а) Боль в поясничной области.
- б) Гематурия.
- в) Артериальная гипертензия
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

858. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается:

- а) У большинства больных.

- б) Редко.
- в) Не встречается.

859. Для острого инфекционного эндокардита характерно:

- а) Наличие лихорадки, озноба.
- б) Наличие лейкоцитоза.
- в) Быстрое формирование порока сердца.
- г) Быстрое появление признаков сердечной недостаточности.
- д) Все перечисленное.

860. Для больного острым инфекционным эндокардитом характерно наличие:

- а) Бактериемии.
- б) Лейкоцитоза.
- в) Увеличение СОЭ.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно а и в.

861. При остром инфекционном эндокардите могут наблюдаться:

- а) Инсульты.
- б) Поражение клапанов сердца.
- в) Эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов.
- г) Почечная недостаточность.
- д) Все перечисленное.

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

- а) К 2-й неделе от начала заболевания.
- б) К концу 1-го месяца от начала заболевания.
- в) К концу 3-4-го месяца заболевания.
- г) К концу 1-го полугодия.

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

- а) Систолического шума с максимумом во II межреберье справа.
- б) Диастолического шума в точке Боткина.
- в) Диастолического шума на верхушке.

864. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Экстрасистолия.
- б) Мерцательная аритмия.
- в) Нарушения AV проводимости.
- г) Синусовая брадикардия или тахикардия.
- д) Все перечисленное.

865. Инфекционный эндокардит может осложняться развитием:

- а) Перикардита.
- б) Миокардита.
- в) Того, и другого.
- г) Ни одного из них.

866. Для абактериальной стадии подострого инфекционного эндокардита не характерно:

- а) Тромбоэмболии в различные органы.
- б) Артралгии.
- в) Анемии, лейкоцитопении, тромбоцитопении.
- г) Развитие порока сердца.
- д) Положительного результата посева крови.

867. При подостром инфекционном эндокардите наблюдается:

- а) Умеренная лихорадка.
- б) Боль в груди.
- в) Одышка.
- г) Слабость.
- д) Все перечисленное.

868. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Гломерулонефрит с явлениями почечной недостаточности.
- б) Артриты.
- в) Гепато и спленомегалия.
- г) Васкулиты.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Формирование порока митрального клапана.
- б) Формирование порока аортального клапана.
- в) Формирование порока трикуспидального клапана.
- г) Сопутствующий миокардит.
- д) Все перечисленное.

870. Острый инфекционный эндокардит может осложниться:

- а) Разрывом хорды.
- б) Образованим аневризмы аорты.
- в) Разрывом межжелудочковой перегородки.
- г) Тромбоэмболии легочной артерии.
- д) Всем перечисленным.

871. При инфекционном эндокардите эмболии возможны в:

- а) Артерии почек.
- б) Коронарные артерии.
- в) Артерии селезенки.
- г) Артерии мозга.
- д) Во все перечисленные.

872. Для острого инфекционного эндокардита не характерно:

- а) Увеличение СОЭ.
- б) Анемия.
- в) Тромбоцитопения.
- г) Лейкопения.
- д) Правильного ответа нет.

873. Причиной отрицательного результата при посеве крови у больных с инфекционным эндокардитом может быть:

- а) Вирусная природа эндокардита.
- б) Неправильная методика взятия крови.
- в) Использование недостаточного набора сред.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

874. Наибольшая вероятность получить положительный результат гемокультуры у больного с инфекционным эндокардитом наблюдается при заборе крови:

- а) 3-5 раз через 24-48 ч. после отмены антибиотиков.
- б) 8-10 раз через 12-24 ч. после отмены антибиотиков.
- в) В период повышения температуры (или перед очередным повышением) каждые 5-10мин (всего 5-6 анализов) после отмены антибиотиков.
- г) Правильно 1 и 3.

875. На прогноз у больных подострым инфекционным эндокардитом влияют:

- а) Чувствительность микрофлоры к проводимой антибактериальной терапии.
- б) Рецидивы заболевания.
- в) Наличие сердечной недостаточности.
- г) Хроническая почечная недостаточность.
- д) Все перечисленное.

876. Тактика антибактериальной терапии при остром инфекционном эндокардите сводится к:

- а) Немедленному назначению больших доз антибиотиков с учетом наиболее вероятной микробной флоры в каждом случае.
- б) Назначению больших доз антибиотиков только после получения результатов бактериологического исследования.
- в) Возможны оба варианта.
- г) Правильного ответа нет.

877. Тактика антибактериальной терапии при подостром инфекционном эндокардите сводится к:

- а) Немедленному назначению адекватных доз антибиотиков с учетом наиболее вероятной микробной флоры в каждом случае.
- б) Назначению адекватных доз антибиотиков после получения результатов бактериологического исследования в течение 1-2 недель.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

878. Назначение антикоагулянтов возможно при:

- а) Остром инфекционном эндокардите.
- б) Подостром инфекционном эндокардите.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

879. При инфекционном эндокардите рекомендуется:

- а) Внутривенное введение антибиотиков.
- б) Внутримышечное введение антибиотиков.
- в) Применение препаратов per os.
- г) Любой из перечисленных способов.

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

- а) 1-2 млн в сутки.
- б) 5 млн в сутки.
- в) 20-40 млн в сутки.

881. Показанием для хирургического лечения больного инфекционным эндокардитом является:

- а) Резистентная к терапии сердечная недостаточность.
- б) Повторные эмболии крупных сосудов.
- в) Наличие внутрисердечного абсцесса.
- г) Аневризма синуса Вальсальвы.
- д) Все перечисленное.

882. На прогноз больного с острым инфекционным эндокардитом влияет:

- а) Время начала эффективной антибактериальной терапии.
- б) Вид возбудителя.
- в) Наличие у больного предшествующего заболевания сердца.
- г) Все перечисленное.

883. Для лечения острого инфекционного эндокардита стафилококковой этиологии можно использовать:

- а) Антибиотики.
- б) Противостафилококковую плазму.
- в) Антистафилококковый гамма-глобулин.
- г) Все перечисленное.

884. Наиболее часто встречающимся в ранние сроки заболевания признаком подострого инфекционного эндокардита является:

- а) Повторные периоды умеренного повышения температуры.
- б) Изменение характера шума у больных с пороком сердца.
- в) Заболевание ревматизмом в анамнезе.
- г) Правильного ответа нет.

885. Самое частое осложнение инфекционного эндокардита:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Микотическая аневризма сосудов.
- в) Спленомегалия.
- г) Инфаркт почки.

886. Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются:

- а) Порок сердца.
- б) Бактериемия.
- в) Эмболии.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

887. Больным с поражением клапанов профилактическое назначение антибиотиков целесообразно при проведении:

- а) Хирургического вмешательства в полости рта.
- б) Хирургического вмешательства в брюшной полости.
- в) Хирургического вмешательства в урогенитальной области.
- г) Все ответы правильные.

д) Правильного ответа нет.

888. Инфекционный эндокардит реже всего возникает у больных с:

- а) Незаращением овального отверстия.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Митральной недостаточностью.
- г) Аортальной недостаточностью.
- д) Открытым артериальным протоком.

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

- а) Дефектом межпредсердной перегородки.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Митральным стенозом.
- г) Пролабированием митрального клапана без регургитации.
- д) Гипертрофической кардиомиопатией.

890. Причиной бактериемии чаще всего являются:

- а) Манипуляции в полости рта и глотки.
- б) Уро-генитальные вмешательства.
- в) Операции на желудочно-кишечном тракте.
- г) Катетеризация вен.

891. Самым частым признаком инфекционного эндокардита является:

- а) Повышение температуры.
- б) Появление петехий.
- в) Появление узелков Ослера.
- г) Боли в области сердца.

892. К относительно специфическим периферическим проявлениям инфекционного эндокардита относятся:

- а) Узелки Ослера.
- б) Множественные кровоизлияния.
- в) Эритема.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и в.

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

- а) Узелки Ослера.
- б) Сужение артерий.
- в) Отек соска зрительного нерва.
- г) Петехии.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Абсцессы миокарда.
- в) Повреждение клапанов.
- г) Эмболии.
- д) Микотические аневризмы.

895. Причиной развития сердечной недостаточности у больных инфекционным эндокардитом чаще всего является:

- а) Аортальная недостаточность.
- б) Сопутствующий миокардит.
- в) Сопутствующий перикардит.
- г) Абсцесс миокарда.

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

- а) Стрептококки.
- б) Кишечная палочка.
- в) Грибы.
- г) Энтерококки.
- д) Анаэробные бактерии.

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

- а) Небактериальный агент, как причина эндокардита (грибы) .
- б) Предшествующее лечение антибиотиками.
- в) Низкий уровень бактериемии.
- г) Недостаточное количество проб крови для посева.

898. У больных подострым инфекционным эндокардитом при получении отрицательной гемокультуры:

- а) Нецелесообразно повторное исследование крови.
- б) Целесообразно повторное исследование крови.
- в) Перед повторным исследованием отменяют антибиотики на двое суток и взятие крови осуществляется во время повышения температуры тела.
- г) Повторное исследование проводят на фоне лечения антибиотиками.
- д) Правильно 2 и 3.

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

- а) Рентгенологическое исследование.
- б) Электрокардиография.
- в) Эхокардиография.
- г) Радионуклидная вентрикулография.
- д) Фонокардиография.

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

- а) Стрептококками.
- б) Энтерококками.
- в) Грибами.
- г) Анаэробными бактериями.

901. Вегетации при инфекционном эндокардите состоят из:

- а) Тромбоцитов.
- б) Фибрина.
- в) Микроорганизмов.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно б и в.

902. Если причиной инфекционного эндокардита являются стрептококки, то чаще всего назначают:

- а) Пенициллин.
- б) Амоксициллин или цефтриаксон в сочетании с гентамицином.
- в) Ампициллин.
- г) Ванкомицин.
- д) Правильно а и б.

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

- а) Ванкомицин в сочетании с гентамицином
- б) Тетрациклины.
- в) Амоксициллин в сочетании с гентамицином.
- г) Ампициллин в сочетании с гентамицином
- д) Правильно а и в.

904. Если причиной инфекционного эндокардита являются грамотрицательные бактерии, то следует назначить:

- а) Ампициллин с гентамицином
- б) Фторхинолоны.
- в) Макролиды
- г) Цефалоспорины третьего поколения (цефтриаксон, цефотаксим)

905. При стафилококковой этиологии эндокардита наиболее эффективно назначение:

- а) Ампициллина
- б) Клоксациллина
- в) оксациллина + гентамицин
- г) Тетрациклина.
- д) Правильно б и в.

906. Если причиной эндокардита являются метициллинустойчивые стафилококки, то следует назначить:

- а) Оксациллин.
- б) оксациллин с гентамицином
- в) ванкомицин с гентамицином
- г) Флуклоксациллин

907. При эндокардите, вызванном грибами, показано назначение:

- а) Ампициллина.
- б) Тетрациклина.
- в) Амфотерицина В.
- г) Канамицина.
- д) Карбенициллина.

908. Стрептококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают после:

- а) Ранений.
- б) Хирургических операций.
- в) Манипуляций в ротовой полости.
- г) Фурункулеза.
- д) Уро-генитальных вмешательств.

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

- а) После ранений.
- б) После хирургических операций.
- в) При фурункулезе.
- г) У наркоманов.
- д) При всем перечисленном.

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

- а) После ранений.
- б) При фурункулезе.
- в) После уро-генитальных вмешательств.
- г) После манипуляций на желудочно-кишечном тракте.
- д) Правильно в и г.

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

- а) 2 недели или меньше.
- б) 4-6 недель.
- в) Более 6 недель.
- г) Правильного ответа нет.

912. Для профилактики инфекционного эндокардита при манипуляциях в полости рта и на верхних дыхательных путях целесообразно использовать:

- а) Пенициллин.
- б) Ампициллин с гентамицином.
- в) Эритромицин.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

913. При уро-генитальных вмешательствах и манипуляциях на желудочно-кишечном тракте для профилактики инфекционного эндокардита целесообразно назначение:

- а) Ампициллина с гентамицином.
- б) Амоксициллина.
- в) Ванкомицина с гентамицином.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно б и в.

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

- а) Стафилококки.
- б) Стрептококки.
- в) Энтерококки.
- г) Грибы.
- д) Синегнойная палочка.

915. Наиболее частой причиной смерти больных инфекционным эндокардитом является:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Эмболии в сосуды мозга.
- в) Разрывы микотических аневризм.
- г) Неконтролируемая инфекция.

916. Грибковая этиология эндокардита часто выявляется:

- а) У наркоманов.
- б) После кардиохирургических операций.
- в) После лечения антибиотиками широкого спектра действия.
- г) На фоне лечения иммунодепрессантами.
- д) При всем перечисленном

Ответы «Инфекционные эндокардиты»

854-А	855-В	856-Г	857-Г	858-А	859-Д	860-Г
861-Д	862-А	863-Б	864-Д	865-В	866-Д	867-Д
868-Д	869-Д	870-Д	871-Д	872-Г	873-Г	874-В
875-Д	876-А	877-В	878-Б	879-А	880-В	881-Д
882-Г	883-Г	884-А	885-А	886-Д	887-Г	888-А
889-Б	890-А	891-А	892-А	893-Г	894-Д	895-А
896-А	897-Б	898-Д	899-В	900-В	901-Г	902-Д
903-Д	904-Г	905-Д	906-В	907-В	908-В	909-Д
910-Д	911-Б	912-Д	913-А	914-А	915-А	916-Д

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

917. Экстрасистолией называют:

- а) Преждевременные импульсы.
- б) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

918. К выскальзывающим сокращениям относят:

- а) Эктопические импульсы.
- б) Преждевременные импульсы.
- в) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

919. Среди дополнительных путей атриовентрикулярного проведения чаще встречается:

- а) Пучок Джеймса.
- б) Пучок Махайма.
- в) Пучок Кента.

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

- а) Мерцательная аритмия.
- б) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
- в) Желудочковая тахикардия.
- г) Атриовентрикулярная блокада.
- д) Правильно б и г.

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

- а) Укорочение интервала PR.
- б) "Дельта-волна".

- в) Уширение комплекса QRS.
- г) Дискордантное смещение сегмента ST.

922. Основным показанием для назначения длительного мониторинга ЭКГ при заболеваниях сердца является:

- а) Выявление бессимптомных аритмий.
- б) Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

923. Основное назначение проведения чреспищеводной электростимуляции сердца у больных с пароксизмальными тахиаритмиями:

- а) Уточнение электрофизиологического механизма развития тахикардии.
- б) Ускорение подбора антиаритмической терапии у больных с пароксизмальными наджелудочковыми тахиаритмиями.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

924. Желудочковая экстрасистолия:

- а) Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца.
- б) Может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

925. Антиаритмические препараты могут вызвать аритмогенный эффект - учащение аритмии или появление нового вида нарушения ритма. В этом случае:

- а) Вероятность возникновения аритмогенного эффекта составляет примерно 10% при назначении любого антиаритмического препарата.
- б) Чем тяжелее аритмия - тем выше вероятность аритмогенного эффекта.
- в) Вследствие аритмогенного эффекта может быть даже развитие фибрилляции желудочков и внезапная смерть больного.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

926. Средние эффективные суточные дозы анаприлина составляют:

- а) 10-20 мг.
- б) 30-40 мг.
- в) 50-60 мг.
- г) 80-200 мг.
- д) 400 мг и более.

927. Средние эффективные суточные дозы этацизина составляют:

- а) 50-100мг.
- б) 150-200мг.
- в) 250-300мг.
- г) 350-400мг.
- д) Более 400мг.

928. Средние эффективные суточные дозы аллапинина составляют:

- а) 25-50 мг.
- б) 75-150 мг.
- в) 200-250 мг.
- г) 300-350 мг.
- д) Более 350 мг.

929. Средние эффективные суточные дозы новокаиамида составляют:

- а) 500-750 мг.
- б) 1-1,5 г.
- в) 2-3 г.
- г) 4-6 г.
- д) Более 6 г.

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

- а) 200-400мг.
- б) 600-800мг.
- в) 1000-1200мг.
- г) Более 1200мг.

931. Во время мерцания предсердий возможно все перечисленное ниже, кроме:

- а) Полной нерегулярности сердечных сокращений.
- б) Волн "f".
- в) Зубцов Р, отличающихся по форме от «синусовых».
- г) Правильного ответа нет.

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

- а) Финоптина.
- б) Дигоксина.
- в) Хинидина.
- г) Кордарона.
- д) Анаприлина.

933. При возникновении приступа мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта противопоказано назначение:

- а) Новокаиамида.
- б) Финоптина.
- в) Кордарона.
- г) . Ритмилена.

934. Наиболее эффективен в купировании приступов наджелудочковой тахикардии:

- а) Дигоксин.
- б) Финоптин.
- в) Обзидан.
- г) Лидокаин.
- д) Мезатон.

935. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь следует назначить:

- а) Финоптин.

- б) Лидокаин.
- в) Сердечные гликозиды.
- г) Обзидан.

936. Признаком дисфункции синусового узла является:

- а) Выраженная синусовая брадикардия.
- б) Мерцательная аритмия.
- в) Предсердная экстрасистолия.
- г) Атриовентрикулярная блокада I степени.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Выпадение комплексов QRS.
- б) Удлинение интервала PR.
- в) Атриовентрикулярная диссоциация.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

938. Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:

- а) Выпадение комплексов QRS.
- б) Удлинение интервала PR.
- в) Уширение комплексов QRS.
- г) Все перечисленное.

939. При атриовентрикулярной блокаде 3 степени на ЭКГ отмечается:

- а) Выпадение комплексов QRS.
- б) Резкое удлинение интервала PR.
- в) Выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

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

- а) Постоянство интервала PR.
- б) Прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS.
- в) Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов.
- б) Постоянство интервала PR.
- в) Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Все перечисленное.

942. При атриовентрикулярной блокаде 3-ей степени выскальзывающий ритм с нормальными (не уширенными) комплексами QRS позволяет предположить развитие блокады:

- а) На уровне АВ-узла или пучка Гиса.
- б) На уровне ветвей пучка Гиса.
- в) На любом уровне.

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

- а) На уровне АВ-узла.
- б) На уровне пучка Гиса.
- в) На уровне ветвей пучка Гиса.
- г) На любом уровне.

944. Если при полной атриовентрикулярной блокаде (АВ-блокаде 3-й степени) регистрируется выскальзывающий ритм с уширенными комплексами QRS с частотой сердечных сокращений равной 30 в 1 мин, наиболее вероятно, что локализация блокады:

- а) На уровне АВ-узла.
- б) На уровне пучка Гиса.
- в) На уровне ветвей пучка Гиса.

945. Признаком синоатриальной (СА) блокады II степени является:

- а) Эпизодическое выпадение комплексов QRS.
- б) Эпизодическое исчезновение зубцов Р.
- в) Отсутствие выскальзывающих сокращений во время паузы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

946. Причиной выскальзывающих импульсов являются:

- а) Повышение частоты сердечных сокращений.
- б) Возникновение пауз (эпизодов асистолии) .
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

947. Эктопическим ритмом называют:

- а) Любой ритм, кроме синусового.
- б) Ритмы с частотой менее 60 в мин.
- в) Ритмы с частотой более 100 в мин.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

948. Ускоренными эктопическими ритмами сердца называют:

- а) Выскальзывающие ритмы сердца.
- б) Эктопические ритмы с частотой менее 60 в мин.
- в) Эктопические ритмы с частотой более 60 в мин, но менее 100 в мин.
- г) Правильного ответа нет.

949. Уширение комплексов QRS на ЭКГ может наблюдаться при:

- а) Эктопическом образовании импульса в желудочках.
- б) Нарушении внутрижелудочковой проводимости.
- в) Синдроме предвозбуждения желудочков.
- г) При всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно в и г.

950. Причинами возникновения атриовентрикулярной диссоциации являются:

- а) Полная атриовентрикулярная блокада.

- б) Ускоренный ритм или тахикардия из атриовентрикулярного соединения.
- в) Ускоренный идиовентрикулярный ритм или желудочковая тахикардия.
- г) Все перечисленное.

951. Признаками парасистолии являются:

- а) Изменяющийся интервал сцепления преждевременных комплексов.
- б) Наличие "сливных" комплексов.
- в) Возможность вычисления общего делителя для всех межэктопических интервалов.
- г) Все перечисленное.

952. При урежении частоты основного ритма у больных с парасистолией можно ожидать:

- а) Увеличения частоты парасистолических комплексов.
- б) Уменьшения частоты парасистолических комплексов.
- в) Отсутствия изменений частоты парасистолических комплексов.
- г) Правильно а и в.

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

- а) Примерно одинаковы.
- б) Парасистолия, несомненно, является более серьезным нарушением ритма.
- в) Экстрасистолия, несомненно, является более серьезным нарушением ритма.

954. Тахикардия с уширенными комплексами QRS:

- а) Всегда является желудочковой.
- б) Может быть наджелудочковой - при нарушении внутрижелудочковой проводимости.
- в) Может быть наджелудочковой - у больных с синдромом предвозбуждения желудочков.
- г) Правильно б и в.
- д) Правильного ответа нет.

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

- а) Наличие "сливных" и/или проведенных желудочковых комплексов (так называемых "захватов").
- б) Наличие атриовентрикулярной диссоциации.
- в) Наличие ретроградных зубцов Р.
- г) Отсутствие зубцов Р.
- д) Правильно а и б.

956. При наджелудочковой тахикардии с "тахизависимым" нарушением внутрижелудочковой проводимости комплексы QRS чаще всего:

- а) Имеют форму блокады правой ножки пучка Гиса.
- б) Имеют форму блокады левой ножки пучка Гиса.
- в) Уширены более 0,14 сек.
- г) Уширены менее 0,14 сек.
- д) Правильно а и г.

957. При регистрации на ЭКГ наджелудочковой тахикардии с отсутствием зубцов Р наиболее вероятно, что у больного :

- а) Атриовентрикулярная узловатая тахикардия.
- б) Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения.
- в) Предсердная тахикардия.
- г) Вероятность всех трех вариантов одинакова.

958. При регистрации во время наджелудочковой тахикардии предсерд-ных комплексов в области сегмента ST или зубца Т наиболее вероятно, что у больного:

- а) Атриовентрикулярная узловая тахикардия.
- б) Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения.
- в) Предсердная тахикардия.
- г) Вероятность всех трех вариантов примерно одинакова.

959. Развитие атриовентрикулярной блокады II степени без прерывания пароксизма тахикардии наиболее характерно для:

- а) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- б) Наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения.
- в) Предсердной тахикардии.
- г) Правильно а и б.

960. Прекращение приступа после применения вагусных приемов (проба Вальсальвы, массаж сонной артерии) наиболее вероятно при:

- а) Предсердной тахикардии.
- б) Мерцательной аритмии.
- в) Атриовентрикулярной узловой тахикардии или наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения.
- г) Желудочковой тахикардии.

961. Полная нерегулярность ритма желудочковых сокращений наиболее характерна для:

- а) Предсердной тахикардии.
- б) Мерцания предсердий.
- в) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- г) Желудочковой тахикардии.

962. Признаки предвозбуждения желудочков на ЭКГ могут имитировать:

- а) Крупноочаговые рубцовые изменения.
- б) Блокады ветвей п. Гиса.
- в) И то, и другое.
- г) Ничего из перечисленного.

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

- а) Субъективно плохая переносимость сердцебиения и/или перебоев в работе сердца.
- б) Выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией.
- в) Неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного

964 Согласно наиболее распространенной классификации антиаритмических препаратов выделяют:

- а) 2 класса
- б) 3 класса
- в) 4 класса
- г) 5 классов
- д) 6 классов

965. Фактором риска возникновения желудочковой тахикардии типа "пируэт" на фоне приема хинидина, новокаинамида или дизопирамида является:
- а) Исходное удлинение интервала QT.
 - б) Гипокалиемия.
 - в) Брадикардия.
 - г) Все перечисленное.
 - д) Ничего из перечисленного.
966. Самым опасным осложнением, связанным с приемом кордарона, является:
- а) Нарушение функции щитовидной железы.
 - б) Возникновение фиброза легких.
 - в) Фотосенсибилизация.
 - г) Периферические нейропатии.
 - д) Паркинсонизм.
967. Среди антиаритмических препаратов холинолитическое действие в наибольшей степени выражено у:
- а) Хинидина.
 - б) Новокаинамида.
 - в) Дизопирамида (ритмилена) .
 - г) Этмозина.
 - д) Этацизина.
968. Общее периферическое сопротивление повышают:
- а) Хинидин и новокаинамид.
 - б) Анаприлин (обзидан) и дизопирамид (ритмилен) .
 - в) Кордарон и верапамил (финоптин) .
969. Противопоказаниями к назначению бета-блокаторов являются:
- а) Выраженная брадикардия (ЧСС менее 50/мин) .
 - б) Перемежающаяся хромота, синдром Рейно.
 - в) Бронхиальная астма.
 - г) Декомпенсированный сахарный диабет.
 - д) Все перечисленное.
970. Назначение лидокаина показано при:
- а) Мерцательной аритмии.
 - б) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
 - в) Желудочковой тахикардии.
 - г) При всех перечисленных аритмиях.
971. Внутривенное введение верапамила (финоптина) может вызвать:
- а) Купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии.
 - б) Купирование приступа мерцательной аритмии.
 - в) Урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии.
 - г) Урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
 - д) Правильно 1 и 3.
972. Средняя доза верапамила (финоптина) при в/в введении составляет:

- а) 10 мг.
- б) 20 мг.
- в) 30 мг.
- г) 40 мг.

973. Средняя доза новокаинамида для купирования мерцательной аритмии при в/в введении составляет:

- а) 0,25 г (2,5 мл 10% раствора) .
- б) 1 г (10 мл 10% раствора) .
- в) 2 г (20 мл 10% раствора) .
- г) 3 г (30 мл 10% раствора) .

974. Рекомендуемая скорость в/в введения 1 г (10 мл 10% раствора) новокаинамида составляет:

- а) 2 мин (500 мг/мин.) .
- б) 5-10 мин (100-200 мг/мин.) .
- в) 10-20 мин (50-100 мг/мин.) .

975. Самым частым осложнением при в/в введении новокаинамида (особенно при очень быстром введении) является:

- а) Резкая брадикардия.
- б) Гипотония.
- в) Тошнота.
- г) Головная боль.

976. Рекомендуемая скорость в/в введения обзидана:

- а) 1 мг/мин.
- б) 2 мг/мин.
- в) 3 мг/мин.
- г) 5 мг/мин.

977. При мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта противопоказано в/в введение:

- а) Новокаинамида.
- б) Ритмилена(дизопирамида) .
- в) Верапамила (финоптина) .
- г) Этмозина.
- д) Кордарона.

978. Повышение концентрации сердечных гликозидов в крови вызывают:

- а) Хинидин и кордарон.
- б) Новокаинамид и ритмилен.
- в) Анаприлин (обзидан) .
- г) Верапамил (финоптин) .
- д) Правильно а и г.

979. Наиболее распространенной схемой назначения кордарона внутрь является:

- а) Насыщение по 3-6 табл. в день в течение 7-10 дней.
- б) Насыщение по 10 табл. в день в течение недели.
- в) Насыщение по 6-8 табл. в день в течение 2-4 недель.

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

- а) Наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений
- б) Отмечается усиление эффективности с уменьшением выраженности побочных эффектов каждого препарата
- в) Правильного ответа нет
- г) Наблюдается снижение эффективности

981. Следствием интоксикации сердечными гликозидами могут быть:

- а) Предсердная тахикардия с атриовентрикулярной блокадой II степени.
- б) "Непароксизмальная тахикардия из атриовентрикулярного соединения".
- в) Двухнаправленная желудочковая тахикардия.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

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

- а) Экстрасистолией.
- б) Наджелудочковыми аритмиями.
- в) Тяжелыми желудочковыми аритмиями.
- г) Выраженным поражением миокарда.
- д) Правильно в и г.

983. Для восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, как правило, необходим разряд мощностью более 200-300 Дж при:

- а) Мерцании предсердий.
- б) Трепетании предсердий.
- в) Наджелудочковых тахикардиях.
- г) Желудочковых тахикардиях.
- д) При всех перечисленных.

984. Применение электрической стимуляции сердца для купирования пароксизмальных тахиаритмий наиболее эффективно при:

- а) Мерцании предсердий.
- б) Пароксизмальных наджелудочковых тахикардиях.
- в) Пароксизмальных желудочковых тахикардиях.
- г) Всех перечисленных тахиаритмий.
- д) Ни при одном из перечисленных.

985. С помощью электрической стимуляции невозможно купировать:

- а) Мерцание предсердий.
- б) Трепетание предсердий.
- в) Пароксизмальную наджелудочковую тахикардию.
- г) Пароксизмальную желудочковую тахикардию.

986. Наилучшие результаты хирургического лечения тахиаритмий достигнуты у больных с:

- а) Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- б) Желудочковыми тахикардиями.
- в) Мерцательной аритмией.
- г) Все ответы правильные.

987. При хирургическом лечении желудочковой тахикардии у больных с постинфарктным кардиосклерозом используют:

- а) Аневризмэктомию (или удаление постинфарктного рубца) .
- б) Циркулярную (окружающую) венстрикулотомию.
- в) Эндокардиальную резекцию по данным эндокардиального картирования.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и в.

988. Для лечения нарушений ритма используют:

- а) Деструкцию атриовентрикулярного соединения с последующей имплантацией кардиостимулятора.
- б) Деструкцию дополнительных путей атриовентрикулярного проведения (при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта)
- в) Деструкцию аритмогенного фокуса в предсердиях.
- г) Деструкцию аритмогенного фокуса в желудочках.
- д) Все перечисленное.

989. Частая и/или групповая предсердная или желудочковая экстрасистолия:

- а) Может указывать на наличие органического поражения сердечно-сосудистой системы.
- б) Может регистрироваться и у лиц без других признаков поражения сердца.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

990. Клиническое значение экстрасистолии и прогноз у лиц с этой аритмией:

- а) Прежде всего зависят от характера основного заболевания и степени поражения миокарда.
- б) Без признаков органического поражения сердца, как правило, не представляют опасности.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

991. Регистрация частой и/или групповой желудочковой экстрасистолии на ЭКГ:

- а) Является показанием для назначения антиаритмических препаратов.
- б) Экстрасистолия сама по себе не является показанием для проведения специального антиаритмического лечения.
- в) Правильного ответа нет.

992. В отношении лечения желудочковой экстрасистолии у больных ИБС:

- а) Доказано, что эффективное лечение антиаритмическими препаратами первой группы улучшает прогноз.
- б) Показано, что назначение бета-блокаторов способно улучшить прогноз у больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда.
- в) В некоторых исследованиях наблюдалось увеличение летальности в группе "эффективно леченных" антиаритмическими препаратами первой группы больных по сравнению с контрольной группой больных (принимавших плацебо) .
- г) Правильно б и в

993. Ускоренные эктопические ритмы сердца могут наблюдаться при:

- а) Миокардите.
- б) Инфаркте миокарда.
- в) Интоксикации сердечными гликозидами.
- г) приеме симпатомиметиков.

д) При всех перечисленных состояниях.

994. При тахикардии с узкими комплексами QRS источник ритма может находиться в любом из перечисленных отделов сердца, кроме:

- а) Предсердий.
- б) Атриовентрикулярного узла.
- в) Пучка Гиса.
- г) Ветвей пучка Гиса.

995. При наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта) циркуляция импульса происходит:

- а) В пределах предсердий.
- б) В атриовентрикулярном узле.
- в) Включает предсердия, АВ-узел, пучок Гиса и одну из его ветвей, и пучок Кента.
- г) Правильно а и б.

996. Среди перечисленных пароксизмальных аритмий наиболее часто встречается:

- а) Мерцание предсердий.
- б) Трепетание предсердий.
- в) Тахикардия из атриовентрикулярного соединения.
- г) Желудочковые тахикардии.

997. Причинами синусовой тахикардии, не связанной с физической нагрузкой, могут быть:

- а) Тиреотоксикоз.
- б) Анемия.
- в) Феохромоцитомы.
- г) Миокардит.
- д) Все перечисленное.

998. Кроме синусовой тахикардии "синусовая" (нормальная) форма зубцов Р может наблюдаться при:

- а) Предсердной тахикардии из верхней части правого предсердия.
- б) Синоатриальной реципрокной тахикардии.
- в) Атриовентрикулярной тахикардии у больного с дополнительным путем АВ-проведения (при локализации предсердной части дополнительного пути в верхней части правого предсердия).
- г) При всех перечисленных тахикардиях.

999. Атриовентрикулярная блокада II степени во время наджелудочковой тахикардии чаще всего возникает при:

- а) Предсердных тахикардиях.
- б) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- в) Атриовентрикулярных тахикардиях с участием дополнительных путей проведения.
- г) Правильно 2 и 3.

1000. Полиморфная предсердная тахикардия:

- а) Чаще всего возникает у больных с тяжелыми заболеваниями легких.
- б) Возникает на фоне приема симпатомиметиков, эуфиллина.
- в) Считается прогностически неблагоприятным признаком.
- г) Все ответы правильные.

1001. Тромбоэмболии при постоянной форме мерцательной аритмии наиболее часто возникают у больных:

- а) Ишемической болезнью сердца.
- б) Митральным пороком сердца.
- в) Артериальной гипертонией.
- г) С идиопатической мерцательной аритмией.
- д) Правильно а и в.

1002. Очень высокая частота сердечных сокращений во время мерцательной аритмии наблюдается при:

- а) Синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- б) Тиреотоксикозе.
- в) Синдроме укороченного интервала PR.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно а и в.

1003. Если приступ мерцательной аритмии сопровождается такими симптомами как сердечная астма, резкая гипотония, стенокардия, то наиболее эффективным является:

- а) Введение сердечных гликозидов.
- б) Введение новокаинамида.
- в) Проведение электроимпульсной терапии.
- г) Все перечисленное.

1004. Минимальная мощность разряда для купирования мерцания предсердий с помощью электроимпульсной терапии, как правило, составляет:

- а) 100-150 дж
- б) 200-250 дж.
- в) 250-300дж.
- г) 300-350 дж.

1005. При электроимпульсной терапии трепетания предсердий:

- а) Как правило, достаточно разряда мощностью в 50-100
- б) Необходимо использование разряда мощностью 100-200
- в) Необходимо использование разряда мощностью более 200-300

1006. Для купирования приступа трепетания предсердий можно использовать:

- а) Электроимпульсную терапию.
- б) Частую стимуляцию предсердий.
- в) Антиаритмические препараты.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и в.

1007. Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:

- а) Соталол.
- б) Новокаинамид.
- в) Кордарон.
- г) Анаприлин (обзидан) .
- д) Верапамил.

1008. При восстановлении синусового ритма у больных с постоянной формой мерцательной аритмии вероятность возникновения так называемых "нормализационных" тромбоэмболий повышена у больных с:

- а) Тромбоэмболиями в анамнезе.
- б) Митральным пороком сердца.
- в) Выраженной кардиомегалией.
- г) При всем перечисленном.
- д) Правильно а и б.

1009. Больным с повышенным риском возникновения тромбоэмболий при проведении электроимпульсной терапии по поводу постоянной формы мерцательной аритмии непрямые антикоагулянты назначают:

- а) В течение 3-х дней до и после восстановления ритма.
- б) В течение 2-3-х недель до и после восстановления синусового ритма.
- в) Не менее, чем в течение месяца до и после восстановления ритма.
- г) Только в течение 1-2-х недель до попытки восстановления синусового ритма.

1010. При возникновении атриовентрикулярной блокады 2-й степени из перечисленных пароксизмальных наджелудочковых тахикардий всегда прекращается:

- а) Предсердная тахикардия.
- б) АВ - узловая тахикардия.
- в) Атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительных путей АВ-проведения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта) .
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

1011. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь используют:

- а) Новокаинамид.
- б) Лидокаин.
- в) Обзидан.
- г) Верапамил (финоптин) .
- д) Дигоксин

1012. Для купирования и предотвращения желудочковой тахикардии типа "пируэт" у больных с приобретенным удлинением интервала QT кроме отмены препарата, являющегося причиной этого состояния, используют:

- а) Электрокардиостимуляцию с частотой 90-120 в мин.
- б) Инфузию изопротеренола (изадрина) .
- в) Введение сернокислой магнезии.
- г) Устранение гипокалиемии.
- д) Все перечисленное.

1013. Для лечения желудочковой тахикардии типа "пируэт" у больных с врожденным синдромом удлинения интервала QT применяют:

- а) Постоянный прием бета-блокаторов.
- б) Удаление левого звездчатого ганглия.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

1014. У больных с аритмогенной дисплазией правого желудочка:

- а) Комплексы QRS во время желудочковой тахикардии, как правило, изменены по типу блокады левой ножки п. Гиса.
- б) Может быть увеличение размеров правого желудочка.
- в) На ЭКГ во время синусового ритма могут регистрироваться отрицательные зубцы Т в правых грудных отведениях и признаки блокады правой ножки п. Гиса.
- г) Может быть все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

1015. "Идиопатическая" форма пароксизмальной желудочковой тахикардии:

- а) Как правило, не вызывает заметных нарушений гемодинамики.
- б) Больные с идиопатической желудочковой тахикардией почти всегда имеют благоприятный прогноз жизни.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

1016. При проведении реанимационных мероприятий у больных с рефрактерной фибрилляцией желудочков кроме повторных попыток дефибрилляции показано введение:

- а) Адреналина.
- б) Хлористого кальция.
- в) Глюкокортикостероидных гормонов.
- г) Всего перечисленного.

1017. Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:

- а) Асистолия желудочков.
- б) Фибрилляция желудочков.
- в) Электро-механическая диссоциация.
- г) Правильно 1 и 2.

1018. Для оценки эффективности антиаритмической терапии у лиц, реанимированных после внезапной смерти, используют:

- а) Длительное мониторирование ЭКГ.
- б) Повторные пробы с физической нагрузкой.
- в) Повторное проведение электростимуляции желудочков.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

1019. Основными клиническими симптомами синдрома слабости синусового узла являются:

- а) Головокружения и обмороки.
- б) Стенокардия и сердцебиение.
- в) Одышка и слабость.
- г) Ничего из перечисленного.

1020 При наличии признаков синдрома слабости синусового узла на ЭКГ:

- а) Больные без клинических симптомов не нуждаются в специальном лечении и обследовании.
- б) Прогноз у больных без клинических симптомов вполне благоприятный.
- в) Прогноз у больных с обмороками и/или головокружениями прежде всего зависит от основного заболевания и степени поражения миокарда.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно а и б.

1021. Для урежения частоты сердечных сокращений во время пароксизмальной мерцательной аритмии у больных с синдромом слабости синусового узла наиболее целесообразно использовать:

- а) Верапамил (финоптин) .
- б) Анаприлин (обзидан) .
- в) Дигоксин.
- г) Кордарон.
- д) Правильно а и б.

1022. Блокады ветвей п. Гиса:

- а) Могут быть "идиопатическими" - у лиц без признаков сердечно-сосудистых заболеваний.
- б) Прогноз у больных с блокадами ветвей п. Гиса прежде всего зависит от характера основного заболевания.
- в) Прогноз у лиц с "идиопатическими" блокадами ветвей п. Гиса, как правило, вполне благоприятный.
- г) Все ответы правильные.

1023. У больных с ЭКГ - признаками хронической блокады 2-х ветвей п. Гиса:

- а) Резко повышен риск развития полной атриовентрикулярной блокады.
- б) Даже при отсутствии симптомов целесообразна "профилактическая" имплантация кардиостимулятора.
- в) "Профилактическая" имплантация кардиостимулятора нецелесообразна, т. к. ни в одном исследовании не выявлено увеличения продолжительности жизни после имплантации кардиостимулятора у больных с блокадой ветвей п. Гиса.
- г) Правильно 1 и 2.

1024. При постоянной атриовентрикулярной блокаде I степени:

- а) Показано специальное лечение, направленное на уменьшение степени блокады.
- б) Не требуется специального лечения.
- в) Назначение препаратов, замедляющих проведение в АВ-узле (верапамил, анаприлин, дигоксин и т. п.), абсолютно противопоказано.
- г) При наличии показаний возможно осторожное применение препаратов, замедляющих проведение в АВ-узле.
- д) Правильно б и г.

1025. Периодическое прогрессивное укорочение интервалов RR (или PP) на протяжении нескольких циклов с последующей паузой (внезапное удлинение интервала RR или PP) характерно для:

- а) Синоатриальной блокады II степени тип I.
- б) Синоатриальной блокады II степени тип II.
- в) Атриовентрикулярной блокады II степени тип I.
- г) Атриовентрикулярной блокады II степени тип II.
- д) Правильно 1 и 3.
- е) Правильно 2 и 4.

1026. Уменьшение выраженности блокады или восстановление проведения под влиянием физической нагрузки или введения атропина возможно при:

- а) АВ-блокаде II степени тип I.
- б) АВ-блокаде II степени тип II.
- в) Полной АВ-блокаде на уровне АВ-узла.
- г) Полной АВ-блокаде на уровне системы Гиса-Пуркинье.
- д) Правильно а и в.
- е) Правильно б и г

1027. Постоянная атриовентрикулярная блокада III степени на уровне АВ-узла:

- а) Как правило, является врожденной.
- б) Как правило, является приобретенной.
- в) Является абсолютным показанием для имплантации кардиостимулятора.
- г) Имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами и/или резкой брадикардией.
- д) Правильно а и г.

1028. Постоянная атриовентрикулярная блокада III степени на уровне системы Гиса-Пуркинье:

- а) Как правило, является приобретенной.
- б) Является показанием для имплантации кардиостимулятора.
- в) Имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами (приступами Морганьи-Эдемса-Стокса) .
- г) Правильно а и б.

1029. Потенциалом действия называют:

- а) Быструю деполяризацию клеточной мембраны.
- б) Деполяризацию и последующую реполяризацию клеточной мембраны.
- в) Вход ионов натрия в клетку после достижения порогового потенциала.
- г) Правильно б и в.
- д) Правильного ответа нет.

1030. Автоматизм клеток синусового узла обеспечивается:

- а) Спонтанной диастолической деполяризацией.
- б) Работой так называемой натрий-калиевой помпы.
- в) Преобладанием во время диастолы ионного тока внутрь клетки над током наружу.
- г) Правильно а и в
- д) Правильно б и в.

1031. Скорость проведения в миокарде:

- а) Зависит от скорости нулевой фазы потенциала действия.
- б) Зависит от уровня потенциала покоя.
- в) Выше при проведении вдоль волокон миокарда.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно только а и в.

1032. Регистрация поздних потенциалов желудочков является:

- а) Отражением участков замедленного проведения в миокарде.
- б) Признаком наличия аритмогенного фокуса в миокарде.
- в) Отражением участка полной блокады проведения в миокарде.
- г) Всем перечисленным.

1033. Скорость проведения в атриовентрикулярном узле в максимальной степени замедляет:

- а) Хинидин.
- б) Этmozин.
- в) Ритмилен.
- г) Финоптин.
- д) Дифенин.

1034. Продолжительность потенциала действия в наибольшей степени увеличивает:

- а) Хинидин.
- б) Этмозин.
- в) Этацизин.
- г) Кордарон.
- д) Верапамил.

1035. Ускорение реполяризации в миокарде желудочков может вызвать:

- а) Хинидин.
- б) Ритмилен.
- в) Лидокаин.
- г) Кордарон.
- д) Этацизин.

1036. Применение внутривенного введения сернокислой магнезии нередко эффективно при лечении:

- а) Мерцательной аритмии.
- б) Пароксизмальных атриовентрикулярных тахикардий.
- в) Мономорфной и полиморфной желудочковой тахикардии.
- г) Желудочковой тахикардии типа "пируэт".
- д) При всех перечисленных аритмиях.

1037. Применение быстрого внутривенного введения АТФ эффективно при купировании:

- а) Мерцательной аритмии.
- б) Пароксизмальной АВ-узловой тахикардии.
- в) Наджелудочковой тахикардии с участием дополнительного пути проведения.
- г) Желудочковой тахикардии.
- д) Правильно 2 и 3.

1038. Причинами ускоренных эктопических ритмов сердца могут быть все перечисленные, за исключением:

- а) Миокардита.
- б) Острого инфаркта миокарда.
- в) Приема симпатомиметических препаратов.
- г) Приема бета-блокаторов.
- д) Интоксикации сердечными гликозидами.

1039. Причиной синусовой тахикардии может быть все перечисленное, кроме:

- а) Анемии.
- б) Нейроциркуляторной дистонии.
- в) Гипотиреоза.
- г) Сердечной недостаточности.

1040. Тромбоэмболия в сосуды мозга у больных с мерцательной аритмией:

- а) Чаще возникают при пароксизмальной форме, чем при постоянной.
- б) Чаще всего возникают в течение первого месяца после установления постоянной формы аритмии.
- в) Чаще всего возникают через несколько лет после установления постоянной формы аритмии.
- г) Не отмечено какой-либо разницы в частоте возникновения тромбоэмболий у больных с разной продолжительностью аритмии.
- д) Правильно 1 и 2.

1041. Препаратом, урежающим частоту сердечных сокращений при мерцательной аритмии как у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта, так и без предвозбуждения желудочков, является:

- а) Новокаинамид.
- б) Ритмилен.
- в) Кордарон.
- г) Аллапинин.
- д) Лидокаин.

1042. Во время реципрокной АВ-узловой тахикардии:

- а) Может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам.
- б) Может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям.
- в) Развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "АВ-узловой тахикардии".
- г) Правильно а и б.

1043. При аритмогенной дисплазии правого желудочка:

- а) Желудочковые комплексы во время тахикардии изменены по типу блокады правой ножки.
- б) Желудочковые комплексы во время тахикардии изменены по типу блокады левой ножки.
- в) Часть миокарда правого желудочка замещена жировой или фиброзной тканью.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно б и в.

1044. У больных с аритмогенной дисплазией правого желудочка при инструментальном исследовании выявляется:

- а) Отсутствие признаков органического поражения миокарда.
- б) Увеличение размеров правого желудочка, участки гипокинезии или дискинезии.
- в) Снижение фракции выброса правого желудочка.
- г) Правильно а и в.
- д) Правильно б и в.

1045. Основным признаком повышенного риска внезапной смерти является:

- а) Регистрация желудочковых экстрасистол "высоких градаций".
- б) Выраженное нарушение функции левого желудочка (снижение фракции выброса менее 40-30%) .
- в) Наличие ишемической болезни сердца.
- г) Все перечисленные признаки имеют примерно одинаковую прогностическую ценность.

Ответы «Нарушения ритма сердца»

917-А	918-В	919-В	920-Б	921-Б	922-В	923-Б
924-В	827-Г	926-Г	927-Б	928-Б	929-В	930-А
931-В	932-В	933-Б	934-Б	935-Б	936-А	937-Б
938-А	939-В	940-Б	941-Г	942-А	943-Г	944-В
945-Д	946-Б	947-А	948-В	949-Г	950-Г	951-Г
952-А	953-А	954-Г	955-Д	956-Д	957-А	958-Б
959-В	960-В	961-Б	962-В	963-Г	964-В	965-Г
966-Б	967-В	968-Б	969-Д	970-В	971-Д	972-А
973-Б	974-В	975-Б	976-А	977-В	978-Д	979-А
980-Б	981-Г	982-Д	983-А	984-Б	985-А	986-А

987-Г	988-Д	989-В	990-В	991-Б	992-Г	993-Д
994-Г	995-В	996-А	997-Д	998-Г	999-А	1000-Г
1001-Б	1002-Г	1003-В	1004-Б	1005-А	1006-Г	1007-В
1008-Г	1009-Б	1010-В	1011-Б	1012-Д	1013-В	1014-Г
1015-В	1016-А	1017-Б	1018-Г	1019-А	1020-Г	1021-В
1022-Г	1023-В	1024-Д	1025-Д	1026-Д	1027-Д	1028-Г
1029-Б	1030-Г	1031-Г	1032-А	1033-Г	1034-Г	1035-В
1036-Г	1037-Д	1038-Г	1039-В	1040-Б	1041-В	1042-Г
1043-Д	1044-Д	1045-Б				

Вопросы для устного собеседования

Общая кардиология

1. Анатомия сердца: проводящая система, коронарный кровоток, строение клапанного аппарата, структура кардиомиоцита. Анатомия артериальной и венозной системы.
2. Электрофизиологические функции сердца: автоматизм, возбудимость, проводимость. Характеристика потенциала действия и роль ионного транспорта в работе кардиомиоцитов
3. Методы клинико-лабораторного исследования больных сердечно-сосудистыми заболеваниями
4. Клиническая оценка лабораторных методов исследования. Роль нарушений водно-электролитного обмена в возникновении аритмий.
5. Роль нарушений КЩС в кардиальной патологии
6. Показатели липидного обмена крови, понятие о гипер- и дислипидемиях.
7. Изменения ферментов крови при кардиальной патологии.
8. Свертывающая и противосвертывающая системы крови, связь с заболеваниями сердца и сосудов, клиническое значение и интерпретация коагулограммы, современные показатели нарушений фибринолиза
9. Атеросклероз
10. Современные представления о механизмах атерогенеза и патогенезе атеросклероза
11. Факторы риска в развитии атеросклероза. Роль различных типов липопротеидов в развитии атеросклероза.
12. Морфологические стадии развития атеросклероза, понятие о нестабильности бляшки
13. Клинические проявления и классификация атеросклероза
14. Первичная и вторичная профилактика и лечение атеросклероза, методы расчета риска сердечно-сосудистых осложнений, обучение больных и их родственников методам профилактики
15. Немедикаментозная коррекция: борьба с курением, физические тренировки, нормализация массы тела и медикаментозные методы. Целевые показатели липидограммы при первичной и вторичной профилактике
16. Диетотерапия при атеросклерозе
17. Липидокорректирующая терапия. Основные группы липидоснижающих препаратов: ингибиторы ГМГ-коэнзим А редуктазы, препараты фиброевой кислоты, производные никотиновой кислоты, блокаторы абсорбции холестерина в кишечнике и другие
18. Немедикаментозные способы лечения гипер- и дислипидемий, школа пациента
19. Ишемическая болезнь сердца
20. Классификация ИБС.

21. Факторы риска. Роль морфологических и функциональных нарушений коронарного кровотока в развитии ИБС.
22. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии ИБС, гендерные особенности в развитии ИБС
23. Методы диагностики ИБС
24. Электрокардиографическое исследование, ЭКГ-пробы с дозированной физической нагрузкой при ИБС, холтеровское мониторирование ЭКГ, их чувствительность и специфичность для подтверждения диагноза
25. Радионуклидные методы исследования: миокардиосцинтиграфия с различными радиофармпрепаратами: хлоридом таллия $^{201}\text{TlCl}$, технецием пиррофосфатом ($^{99\text{mTc}}$ -пиррофосфат), показания и противопоказания к исследованию, чувствительность и специфичность, трактовка результатов, пробы с нагрузкой
26. Эхокардиография, стресс-эхокардиография в диагностике ИБС
27. Коронароангиография и новые методы диагностики ИБС (позитронная эмиссионная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография с контрастированием, КТ с контрастированием) , чувствительность и специфичность, показания и противопоказания
28. Хроническая сердечная недостаточность при ИБС, представления о патогенезе, классификация ХСН, принципы лечения , основные классы препаратов, применяемых при ИБС
29. Миокардиты
30. Классификация заболеваний миокарда.
31. Инфекционные миокардиты: роль вирусных и бактериальных инфекций. Неинфекционные миокардиты.
32. Диагностика миокардитов: изменение активности ферментов, изменения ЭКГ, ЭхоКГ, сцинтиграфия, МРТ сердца, роль инвазивных методов.
33. Характер течения миокардитов, исходы. Лечение миокардитов, особенности использования кортикостероидов и иммунодепрессантов.
34. Кардиомиопатии
35. Дилатационная кардиомиопатия: варианты течения, основные осложнения, методы диагностики (ЭКГ, ЭХО-КГ, ЯМР-томография, радионуклидная вентрикулография, биопсия миокарда). Лечение больных.
36. Гипертрофическая кардиомиопатия: морфологическая характеристика, гемодинамические изменения, основные клинические синдромы, нарушения ритма у больных гипертрофической КМП. Внезапная смерть у больных гипертрофической кардиомиопатией. Основные методы исследования больных (ЭКГ, ЭХО-КГ, ЯМР-томография). Лечение больных гипертрофической кардиомиопатией.
37. Рестриктивная кардиомиопатия: эндокардиальный фиброз, эндокардит Леффлера, основные клинические и физикальные синдромы, особенности диагностики, дифференциальный диагноз, лечение.
38. Понятие о вторичных кардиомиопатиях: ишемическая, токсическая (этаноловая), гипоксическая (анемическая), при болезнях накопления (амилоидоз)
39. Аритмогенная дисплазия правого желудочка
40. Опухоли сердца . Первичные и вторичные опухоли сердца.
41. Болезни перикарда
42. Перикардиты
43. Этиологические факторы развития перикардитов инфекционные, неинфекционные. Основные формы перикардитов: фибринозный, выпотной, адгезивный, констриктивный.
44. Клиника и диагностика различных видов перикардитов, особенности болевого синдрома, диагностика шума трения перикарда, накопления жидкости, тампонады сердца

45. Инструментальная диагностика перикардитов: ЭКГ, рентгенологическое исследование, эхокардиография, значение клинико-лабораторного и микробиологического исследования перикардального выпота.
46. Лечение перикардитов, неотложная помощь при тампонаде сердца методика проведения пункции перикарда.

Частная кардиология

1. Хроническая сердечная недостаточность, представления о патогенезе ХСН, систолическая и диастолическая сердечная недостаточность, роль РААС, классификация ХСН, принципы лечения, основные классы препаратов
2. Острая ревматическая лихорадка: этиопатогенез, особенности современного течения, диагностика, диагностические критерии, первичная и вторичная профилактика.
3. Инфекционные эндокардиты
4. Этиология и патогенез инфекционного эндокардита, бактериемия, особенности поражения клапанов сердца
5. Факторы риска инфекционного эндокардита, первичный и вторичный эндокардит, эндокардит при пороках сердца, у наркоманов, при искусственных клапанах, острый и подострый эндокардит
6. Клиническая картина инфекционного эндокардита, диагностические критерии.
7. Лабораторная диагностика: характерные изменения клинического анализа крови, мочи, воспалительных тестов. Посев крови (исследование гемокультуры) , правила забора крови, диагностическая ценность.
8. Инструментальные методы исследования: ЭКГ, ЭХО-КГ и другие.
9. Этиотропное лечение инфекционных эндокардитов, выбор антибиотика, рациональные комбинации, минимальная длительность курса лечения Патогенетическая и симптоматическая терапия.
10. Роль хирургических методов в лечении инфекционного эндокардита.
11. Профилактика инфекционного эндокардита: выявление и лечение очагов хронической инфекции, превентивная антибактериальная терапия при инвазивных вмешательствах
12. Пороки сердца
13. Приобретенные пороки сердца
14. Этиология приобретенных пороков, клинико-анатомические формы и патогенез нарушения гемодинамики.
15. Классификация и номенклатура приобретенных пороков.
16. Пороки митрального клапана. Стеноз митрального клапана, патогенез нарушений внутрисердечной гемодинамики, клинические симптомы, диагностика, лечение. Недостаточность митрального клапана, внутрисердечная гемодинамика, клинические признаки, дифференциальный диагноз, течение и прогноз, лечение
17. Пороки аортального клапана. Недостаточность аортального клапана, этиология, нарушения гемодинамики, клиническая картина, дифференциальный диагноз, течение и прогноз, лечение.
18. Стеноз аортального клапана, этиология и патогенез, клиническая картина, диагноз и дифференциальный диагноз, течение, прогноз, лечение
19. Пороки трикуспидального клапана. Недостаточность трикуспидального клапана, этиология, нарушения гемодинамики, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз, прогноз, лечение. Стеноз трикуспидального клапана, частота, этиология, клинические признаки, диагноз и дифференциальный диагноз, течение, прогноз, лечение
20. Возможности ЭхоКГ в диагностике приобретенных пороков сердца.
21. Лечение пороков сердца, ведение беременных с приобретенными пороками сердца.
22. Врожденные пороки сердца
23. Классификация врожденных пороков сердца.
24. Патогенез, нарушения гемодинамики, клиника различных врожденных пороков.

25. Дефект межпредсердной перегородки.
26. Дефект межжелудочковой перегородки.
27. Открытый артериальный проток.
28. Коарктация аорты.
29. Пороки Фалло, Лютембаше, аномалия Эбштейна
30. Нарушения ритма и проводимости
31. Этиология, патогенез и методы диагностики нарушений ритма
32. Заболевания, приводящие к возникновению аритмий (ИБС (ишемия, реперфузия, кардиосклероз), пороки, артериальные гипертензии, эндокринные заболевания, миокардиты, кардиомиопатии).
33. Нарушение нейрогуморальной регуляции, вегетативные неврозы, нарушение электролитного обмена, врожденные аномалии, дополнительные пути проведения импульсов, как причина аритмий
34. Электрофизиологические механизмы аритмий, нарушение образования импульсов, нарушение автоматизма, повторный вход возбуждения, триггерная автоматическая активность.
35. Классификация и номенклатура аритмий.
36. Диагностика аритмий: ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ, чрезпищеводная стимуляция предсердий, электрофизиологическое исследование.
37. Принципы и методы лечения больных с нарушением ритма
38. Показания к лечению аритмий.
39. Фармакотерапия аритмий, классификация антиаритмических средств.
40. Электростимуляция сердца, хирургическая коррекция аритмий.
41. Методы контроля эффективности лечения нарушений ритма.
42. Эктопические комплексы и ритмы
43. Экстрасистолия суправентрикулярная и желудочковая. Градация экстрасистол по частоте и сложности. Аллоритмии. Парасистолия.
44. Выскальзывающие и ускоренные ритмы, их клиническое значение.
45. Показание к лечению и способы подбора терапии при экстрасистолии.
46. Тахикардии
47. Варианты клинического течения тахикардий: пароксизмальные, непрерывно-рецидивирующие, постоянные.
48. Наджелудочковые тахикардии. Дифференциальная диагностика и лечение.
49. Трепетание и фибрилляция предсердий. Лечение.
50. Желудочковые тахикардии. Диагностика. Лечение
51. Трепетание и фибрилляция желудочков. Дифференциальный диагноз, врачебная тактика при лечении больных с желудочковыми тахикардиями.
52. Брадикардии и нарушения проводимости
53. Нарушение функции синусового узла: синусовая брадикардия, эпизоды остановки синусового узла, синоатриальная блокада. Основные причины нарушения функции синусового узла, электрофизиологические способы оценки функции синусового узла. Показания к имплантации искусственного водителя ритма у больных с синдромом слабости синусового узла.
54. Типы кардиостимуляторов. Особенности ведения больных с постоянной электрокардиостимуляцией
55. Атриовентрикулярные блокады, диагностика, неотложное лечение атриовентрикулярных блокад II-III степени. Показания к имплантации искусственного водителя ритма.
56. Нарушения проводимости в желудочках, полные и неполные блокады, двухпучковые блокады, клиническое значение, варианты, дифференциальная диагностика.
57. Патология сердца при заболеваниях дыхательной системы, легочная гипертензия, легочное сердце, распознавание, лечение
58. Артериальные гипертензии, клиника, диагностика, лечение

59. Особенности поражения миокарда при диффузных заболеваниях соединительной ткани: системной красной волчанке, системной склеродермии, дерматомиозите, васкулитах
60. Поражение сердца при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и почек. Понятие о кардиоренальном континууме. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска.
61. Особенности патологии сердца при некоторых инфекционных заболеваниях: боррелиоз, дифтерия, скарлатина, токсоплазмоз.
62. Особенности патологии сердца при эндокринных и обменных заболеваниях.
63. Особенности поражения сердца при тиреотоксикозе и гипотиреозе, диагностика, лечение
64. Особенности поражения сердца при сахарном диабете и метаболическом синдроме

Современные методы диагностики и лечения в кардиологии

1. Роль ЭКГ в диагностике гипертрофии различных отделов сердца
2. Электрокардиограмма при нарушениях проводимости
3. ЭКГ признаки ишемии миокарда
4. ЭКГ при распознавании инфаркта миокарда
5. ЭКГ при распознавании нарушений ритма и проводимости
6. ЭКГ в распознавании нарушений функции автоматизма синусового узла
7. ЭКГ-характеристика тахиаритмий
8. ЭКГ в диагностике фибрилляции и трепетания предсердий.
9. Диагностика нарушений атрио-вентрикулярной проводимости
10. ЭКГ в диагностике миокардитов, перикардитов
11. ЭКГ в диагностике врожденных аномалий (удлиненный QT, ранняя реполяризация, синдром Бругада и др.)
12. Роль холтеровского мониторирования в распознавании дисфункций синусового узла, нарушений атрио-вентрикулярной проводимости
13. Значение холтеровского мониторирования в распознавании экстрасистолии и её прогностической значимости, в диагностике пароксизмальных нарушений ритма.
14. Холтеровское мониторирование в оценке проводимой лекарственной терапии
15. Возможности холтеровского мониторирования в выявлении ишемии миокарда
16. Возможности холтеровского мониторирования в оценке работы имплантированного электрокардиостимулятора
17. Какие разновидности нагрузочных ЭКГ проб существуют, в чем их преимущества и недостатки.
18. Как оцениваются изменения ЭКГ, возникающие в ходе нагрузочного теста, каковы варианты трактовки пробы с физической нагрузкой
19. Роль суточного мониторирования (СМАД) артериального давления в диагностике ранних стадий артериальной гипертензии
20. Показания к проведению СМАД
21. Показатели СМАД, используемые для оценки тяжести артериальной гипертензии
22. Значение СМАД в подборе антигипертензивной терапии
23. Какое место занимает ЭхоКГ в обследовании кардиологических больных?
24. Анатомические структуры сердца, которые могут быть изучены в В-режиме
25. Спектральная доплерография и её роль в изучении внутрисердечного тока крови
26. Какие анатомические структуры изучаются в М-режиме
27. Основные синдромы, выявляемые при ЭхоКГ: синдром гипертрофии и дилатации камер сердца, синдром клапанных поражений, синдром сообщения между предсердиями или желудочками, синдром расширения аорты, наличия жидкости в полости перикарда, нарушения локальной сократимости миокарда, нарушения диастолической функции миокарда, легочной гипертензии.

28. Каковы дополнительные возможности ЭхоКГ в выявлении внутрисердечных тромбов, вегетаций на клапанах, внутрисердечного кальциноза и опухолей сердца
29. Роль ЭхоКГ в оценке систолической функции миокарда
30. Значение ЭхоКГ в диагностике хронической сердечной недостаточности.
31. Возможности ЭхоКГ в оценке легочной гипертензии
32. Роль ЭхоКГ в диагностике ИБС
33. Содержание приказа Минздрава России от 15.11.2012 N 918н (ред. от 14.04.2014) "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями"
34. Содержание приказа Минздрава России от 10.05.17 №203н «Критерии оценки качества медицинской помощи»
35. Критерии качества при болезнях системы кровообращения
36. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме

Неотложная кардиология

1. Общие вопросы организации медицинской помощи при неотложных состояниях.
2. Острая сердечная недостаточность: сердечная астма, отек легких, острая правожелудочковая недостаточность.
3. Тромбоэмболия легочной артерии, причины, клиническая картина, диагноз и дифференциальный диагноз, современные методы лабораторной и инструментальной диагностики
4. Разрывы сердца (разрыв межжелудочковой перегородки, сосочковых мышц, отрывы хорд наружной стенки левого желудочка). Острая тампонада сердца.
5. Острая сосудистая недостаточность: коллапс, шок., классификация, тактика ведения больных
6. Синкопальные состояния, этиология, распознавание, методы неотложной терапии
7. Неотложные состояния при артериальной гипертензии: гипертонические кризы, клиника, классификация, острая гипертензивная энцефалопатия, расслаивающая аневризма аорты, эклампсия, сердечная астма, тактика ведения больных, выбор гипотензивных препаратов, темп снижения АД, целевое АД, особенности наблюдения.
8. Лечение гипертонических кризов у больных подозрением на феохромоцитому. Лечение гипертонического криза у больных с почечными заболеваниями, сахарным диабетом.
9. Реанимация Техника реанимационных мероприятий: восстановление проходимости дыхательных путей, методы искусственной вентиляции легких, наружный массаж сердца.
10. Дефибриляция. Подготовка больного, методика проведения Алгоритмы реанимации при разных вариантах клинической смерти. Основные лекарственные препараты и способы их введения во время проведения реанимационных мероприятий. Показания к прекращению сердечно- легочной реанимации. Диагностические признаки остановки кровообращения и смерти мозга.
11. Ведение больных в постреанимационном периоде, обучение пациентов методам профилактики
12. Показания и методика проведения временной электрокардиостимуляции

Алгоритмы практических навыков

1.Проведение обследования пациентов при заболеваниях или состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза:

- Проведение сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациентов с заболеваниями или состояниями сердечно-сосудистой системы
- Использовать методики осмотра и обследования пациентов с заболеваниями или состояниями сердечно-сосудистой системы и, в частности, проводить: визуальный осмотр, физикальное обследование (пальпацию, перкуссию, аускультацию) измерение артериального давления, анализ сердечного пульса, анализ состояния яремных вен, пальпацию и аускультацию периферических артерий, измерение лодыжечно-плечевого индекса систолического давления, оценку состояния венозной системы, оценку наличия гипоперфузии или задержки жидкости в органах и тканях, определение заболеваний и патологических состояний органов и систем органов человека, вызванных нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы в том числе базисное неврологическое обследование, обследование органов дыхания, органов брюшной полости, щитовидной железы.
- Направление пациентов с заболеваниями или состояниями сердечно-сосудистой системы на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями
- Интерпретировать и анализировать результаты дополнительного инструментального исследования пациентов, в частности, проводить: анализ электрокардиограммы, результатов пробы с физической нагрузкой, анализ сердечного ритма по результатам холтеровского мониторирования ЭКГ, считывание и анализ суточного монитора артериального давления, анализ результатов трансторакальной эхокардиографии, доплеровского мониторирования сосудов
- Направление пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на лабораторное исследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), с учетом стандартов медицинской помощи, с последующей оценкой полученных результатов
- Показания для направления пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи.
- Обоснование и постановка диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
- Применять методы дифференциальной диагностики
- Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, возникших в результате диагностических процедур
- Распознавать признаки внезапного прекращения кровообращения или дыхания, способные вызвать тяжелые осложнения или угрожающие жизни

2. Назначение лечения пациентам при заболеваниях сердечно-сосудистой системы с контролем его эффективности и безопасности

- Разработка плана ведения пациента с учетом, диагноза, возраста, клинической картины и сопутствующих заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи
- Назначение лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями с оценкой эффективности и безопасности проводимого лечения.

- Алгоритмы медикаментозного лечения при различных сердечно-сосудистых заболеваниях: при ИБС стабильного и нестабильного течения, гипертонической болезни и вторичных артериальных гипертензиях, миокардитах, кардиомиопатиях, нарушениях ритма, ХСН, ревматологических заболеваниях, при легочной гипертензии, при эндокринных и обменных заболеваниях, при заболеваниях аорты и её ветвей и других.
- Назначение немедикаментозной терапии (лечебное питание, физиотерапевтические методы, ЛФК, дыхательная гимнастика) с оценкой эффективности и безопасности немедикаментозной терапии.
- Определение показаний к хирургическому лечению, разработка плана подготовки к хирургическому вмешательству, оценка и план ведения послеоперационного периода (состояние кровообращения, оценка функции почек), профилактика и лечение послеоперационных осложнений, расчет объема и скорости введения лекарственных препаратов с помощью инфузомата.
- Медицинские показания для установки электрокардиостимулятора пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- Профилактика и лечение осложнений , побочных действий , нежелательных реакций, возникших в результате диагностических и лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

3..Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации

- Составление плана и проведение мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, основные программы (медицинские, социальные, психологические, профессиональные) для реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
- Определить медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации, оценить их эффективность и безопасность
- Направление пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения медицинской реабилитации
- Направление пациентов к врачам специалистам для назначения санаторно-курортного лечения

4.Проведение медицинских экспертиз при заболеваниях и состояниях сердечно-сосудистой системы

- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и состояниями сердечно-сосудистой системы
- Подготовка медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы
- Определять признаки временной нетрудоспособности и стойкой утраты функций, обусловленных заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

5.Проведение и контроль мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

- Пропаганда здорового образа жизни, профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы
- Проведение диспансерного наблюдения больных с выявленными заболеваниями сердечно-сосудистой системы,

- Назначение профилактических мероприятий пациентам с факторами риска. в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и с клиническими рекомендациями (протоколами лечения)
- Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) при возникновении инфекционных (паразитарных) заболеваний, а также заполнения и направления экстренного извещения в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
- Формирование программ здорового образа жизни с оценкой их эффективности.

6.Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности медицинского персонала

- Составление плана и отчета о работе врача-кардиолога
- Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде
- Контроль выполнения должностных обязанностей находящихся в распоряжении медицинским персоналом
- Использование медицинских информационных систем и информационно-коммуникационной сети «Интернет»

7..Оказание медицинской помощи в экстренной форме

- Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе и клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)
- Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации, в том числе с использованием дефибриллятора
- Неотложная помощь при пароксизме реципрокной наджелудочковой тахикардии
- Неотложная помощь при пароксизме фибрилляции предсердий
- Неотложная помощь при пароксизме трепетания предсердий,
- Неотложная помощь при пароксизме желудочковой тахикардии
- Неотложная помощь при нестабильной стенокардии
- Неотложная помощь при ОКС с подъемом сегмента ST
- Неотложная помощь при ОКС без подъема сегмента ST
- Неотложная помощь при кардиогенном отеке легких
- Неотложная помощь при кардиогенном шоке
- Неотложная помощь при гипертоническом кризе
- Неотложная помощь при гипертоническом кризе, осложненном отеком легких
- Неотложная помощь при гипертоническом кризе в сочетании с мозговым инсультом.
- Особенности неотложной помощи при гипертоническом кризе, обусловленным феохромоцитомой.
- Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии
- Неотложная помощь при кардиогенных обмороках

Задачи

ЗАДАЧА № 1

Больная С., 30 лет, бухгалтер, жалуется на головные боли, головокружение, периодически – мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, а также непостоянные ноющие боли в

поясничной области, сопровождающиеся учащенным мочеиспусканием. Из анамнеза заболевания известно: в возрасте 20 лет лечилась в стационаре по поводу заболевания почек. В последующем изредка отмечала умеренные ноющие боли в поясничной области, по поводу чего лечилась народными средствами. Последние 3 года беспокоят головные боли, головокружение, небольшая одышка при физической нагрузке, изредка субфебрильная температура. В течение последних 2 недель отмечает усиление ноющих болей в поясничной области, головных болей, учащенное безболезненное мочеиспускание, периодически – ознобы. Артериальное давление ранее не измеряла, не обследовалась. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, повышенной влажности. Рост 170см, вес 65 кг. Периферические лимфузлы не увеличены. Отёков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 19 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке, не проводится. ЧСС 86 уд/мин. АД 170/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания слабо положительн с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 91 г/л; эр. – 2,91012/л; лейкоц. – 10,5109/л; п/я – 8%; с/я – 64%; л – 20%; м – 8%. СОЭ – 36 мм/час

2. ОАМ: цвет желтый, прозрачная, отн. плотность – 1011, белок – 0,23%, лейкоц. – 10-12 в п.зр., эр. - 1-2 в п.зр., цилиндры гиалиновые – един. в п.зр., бактерии +++.

3. Проба Нечипоренко: лейкоциты 8600, эритроциты 2600, цилиндры 200 на мл.

4. Посев мочи: рост кишечной палочки 10⁵КОЕ /мл

3. УЗИ почек: правая почка подвижна, 112x63x40 мм (N=110-120x60-75x35-45 мм), контуры нечеткие, неровные, соотношение паренхимы с ЧЛС-1:2 (N=1:2), полостная система не расширена, уплотнена. Левая почка подвижна, 115x58x42 мм, контуры нечеткие, неровные, соотношение паренхимы с ЧЛС- 1:2, полостная система не расширена, уплотнена. В правой почке - конкремент диаметром 6x6 мм.

4. Биохимическое исследование: Билирубин общий - 17,0 мкмоль/л, прямой - 12,0 мкмоль/л, непрямой - 5,0 мкмоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, фибриноген - 6,0 г/л, холестерин – 3,9 ммоль/л., креатинин крови 130 мкм/л

5. ЭКГ с признаками ГЛЖ.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оценить данные обследования, определить функцию почек, характер анемии, назначить дополнительные исследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
3. Определите алгоритм лечения в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 2

Больной Д., 45 лет, предприниматель, доставлен в приемное отделение с жалобами на дискомфорт в области сердца, сухой кашель, сердцебиение, слабость, одышку. Указанное состояние возникло внезапно 2 часа назад на работе после психоэмоционального перенапряжения. Из анамнеза заболевания известно: в течение последних 3 лет отмечает приступы неинтенсивных давящих болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в быстром темпе, длятся до 10 мин, быстро купируются в покое или после приема нитроглицерина. Частота загрудинных болей – 1-2 раза в месяц. Семейный анамнез отягощен: отец больного перенес инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет. Объективно: Состояние тяжелое. Сознание ясное, несколько возбужден. Повышенного питания (рост 175 см., вес 96 кг), центрипетальный тип ожирения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые,

влажные. Цианоз губ. Периферических отёков нет. Пульс аритмичный, пониженного наполнения и напряжения 136 ударов в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС 158 уд/мин. АД 80/65 мм рт.ст. В легких дыхание жесткое, ниже угла лопатки выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 32 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$; Нб – $121 \times 10^{12}г/л$; лейкоц. – $7,6 \times 10^9/л$; э – 3%; п/я – 5%; с/я – 57%; л – 29%; м – 6%. СОЭ - 9 мм/час;
2. Биохимия крови. Билирубин общий - 15,0 мкмоль/л, глюкоза – 6,1 ммоль/л, фибриноген - 4,0 г/л, холестерин – 6,9 ммоль/л., тропонин Т (качественная реакция) - отрицательная, КФК МВ 4,1 нг/мл (референсные значения 0-9нг/мл)
3. ЭКГ ритм неправильный, волны f, частота 160 в минуту, нарушения реполяризации в виде смещения интервала ST вниз на 0,5 мм, инверсии Т

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оцените данные лабораторно-инструментального обследования
3. Определите порядок лечебных мероприятий, их срочность в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 3

Больная А., 48 лет, инженер-конструктор, обратилась с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами, сердцебиение, дрожь в теле, ощущение тревоги. Из анамнеза заболевания известно: считает себя больной в течение 3 лет, когда стали периодически беспокоить головные боли. Начало заболевания связывает с напряженной психологической обстановкой в семье. АД не измеряла, принимала седативные препараты: новопассит, афобазол. Сегодня после психоэмоционального напряжения появилась сильная головная боль, сопровождавшаяся тошнотой, головокружением, ощущением внутренней дрожи, сердцебиением. Из анамнеза жизни: менопауза с 40 лет; семейный анамнез: у матери больной много лет артериальная гипертензия. При объективном исследовании: в сознании, контактна, несколько возбуждена, многословна. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Питание повышено: рост 164 см, вес 100 кг. Отёков нет. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. АД 170/100 мм рт.ст. на обеих верхних конечностях. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен, симметричный, сосудистая стенка уплотнена. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – на 0,5 см кнаружи от левой СКЛ. Ритм сердца правильный, тоны ясные, акцент II тона на аорте. ЧСС 90 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Небольшой мелкий тремор пальцев рук. Щитовидная железа не увеличена. Глазные симптомы отрицательные.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 134 г/л; эр. – $4,4 \times 10^{12}/л$, ЦП – 1,0, тромбоциты – $280,0 \times 10^9/л$; лейкоц. – $4,0 \times 10^9/л$, э – 1%, п/я - 3%, с/я - 60%, л - 30%, м - 6%. СОЭ – 10 мм/ч;
2. ОАМ: отн. плотность - 1020, белок, сахар – нет, лейкоц. – 1-3 в п.зр., эпит. – 2-4 в п.зр., эр., цилиндры – нет.
3. Билирубин общий - 16,0 мкмоль/л, прямой - 5,0 мкмоль/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л, фибриноген - 2,5 г/л, ПТИ - 95%, АСТ – 0,36 ммоль/л, АЛТ – 0,39 ммоль/л, холестерин – 8,8 ммоль/л, мочевины – 7,8 ммоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, общий белок - 75 г/л.

Калий крови 4,5 мМ/л, натрий крови 140 мМ/л. Уровень метанефрина в плазме крови 100пг/мл, норметанефрина 150 пг/мл.

4. ЭКГ прилагается: ритм синусовый, отклонение эл. оси сердца влево, высокие RV5-6 (RV6>RV5). Корнельский признак >28мм.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз. .
2. Оценить результаты лабораторных и инструментальных исследований
3. Составить план дополнительного обследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
4. Составьте план немедикаментозной и медикаментозной терапии в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 4

Больная Ж., 35 лет, домохозяйка, предъявляет жалобы на головные боли, слабость, нарушение менструальной функции, боли в ногах, повышение аппетита, жажду, выпадение волос на голове, прибавку в весе. Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы впервые появились 2 года назад, с этого же времени – повышение массы тела на 15 кг. В течение 1 года повышение АД до 170/100 мм рт.ст. В анамнезе – язвенная болезнь. Объективно: Кожные покровы сухие, истонченные. Лицо округлое, багрово-красного цвета. В области бедер, живота, молочных желез полосы растяжения багрово-синюшного цвета. Умеренный гипертрихоз на лице, рост волос по средней линии живота по мужскому типу. Больная повышенного питания, распределение жира неравномерное, в основном в области туловища, конечности тонкие, мышцы конечностей гипотрофичные. Пальпация костей безболезненна. Периферических отеков нет. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС 82 уд/мин. АД 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $5,8 \times 10^{12}/л$; Нв – 145 г/л; лейкоц. – $10,5 \times 10^9/л$; э – 1; п/я – 3%; с/я – 75%; л – 16%; м – 5%.
2. Глюкоза - 7,0 ммоль/л; К - 3,0 ммоль/л; Na - 155 ммоль/л; холестерин - 6,0 ммоль/л.
3. ЭКГ Ритм синусовый, правильный. Отклонение электрической оси сердца влево. Признаки ГЛЖ : RV6>RV5>RV4> Косонисходящее снижение интервала ST V3-V6 с переходом в двуфазный зубец Т (-+). Высокая волна U, сливается с волной Т. Интервал QT не удлиннен
4. Осмотр глазного дна – очаговое сужение артерий сетчатки.
5. Кортизол крови 880 нмоль/л, АКТГ крови 10 пг/мл

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Сделать электрокардиографическое заключение.
3. Оценить лабораторные данные.
4. Назвать методы исследования, необходимые для верификации диагноза в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.
5. Определить алгоритм ведения больной в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 5

Больная С., 75 лет, доставлена с жалобами на резкую разлитую головную боль, головокружение, тошноту, одышку, общую слабость, сухость во рту. Из анамнеза заболевания известно: повышение АД с 45 летнего возраста, максимальные цифры АД – 210/100 мм рт.ст. Повышение АД сопровождается головной болью, головокружением, тошнотой. Регулярно принимает гипотензивные препараты, на фоне терапии АД сохраняется на уровне 140-150/80-90 мм рт.ст. В 65-летнем возрасте перенесла ОНМК по ишемическому типу, после которого отмечает слабость в правой руке. Последние 2 года появилась одышка при умеренной

физической нагрузке и отеки стоп. Ухудшение состояния развилось внезапно на фоне обычной терапии, когда сегодня около часа назад появились вышеописанные жалобы. Объективно: Повышенного питания (вес 98 кг, рост 155 см). Кожные покровы бледноваты, чистые, повышенной влажности. Отеки стоп, голеней до средней трети. Мышечная сила в правых конечностях снижена. Дыхание в легких везикулярное, в нижнебоковых отделах единичные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 26 в мин. Пульс ритмичный 76 ударов в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения, напряжен, сосудистая стенка уплотнена. Верхушечный толчок в V межреберье снаружи от левой СКЛ, разлитой, ослаблен. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 2 см снаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент II тона на аорте, шумов нет. ЧСС 78 уд/мин. АД 250/125 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени определяется на 2 см ниже реберной дуги, округлый, безболезненный. Пульсация на крупных сосудах симметричная, не ослаблена. По средней линии живота на 1 см выше пупка и левее от него выслушивается короткий систолический шум. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 128 г/л; лейкоц. – $6,5 \times 10^9$ /л. СОЭ - 12 мм/час;
2. ОАМ: отн. плотность – 1018, белок – 0,066 г/л, сахар – отриц., лейкоц. – 2-3 в п.зр.; эр – 15-20 в п.зр..
3. Общий холестерин – 9,2 ммоль/л; сахар крови – 6,1 ммоль/л, креатинин - 0,07 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л.
4. УЗИ органов брюшной полости: признаки хронического холецистита, диффузных изменений печени, поджелудочной железы. Гепатомегалия. Почки без особенностей, нормальной величины и топографии. Свободная жидкость в брюшной полости не выявлена.
- 5.ЭКГ. Ритм синусовый, брадикардия 60 в минуту. Признаки ГЛЖ. Диффузные нарушения процессов реполяризации в виде уплощения и инверсии зубца Т.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Сделайте электрокардиографическое заключение
3. Оценить лабораторные данные.
4. Назовите предположительную причину ухудшения состояния пациентки.
5. Определить алгоритм лечения в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 6

Пациент А., 17 лет, учащийся. доставлен в приемное отделение с жалобами на слабость, сердцебиение, повышение температуры тела до 38,5°C, боли в коленном, голеностопном суставах. Из анамнеза заболевания выяснено следующее: перенес ангину около 1 месяца назад, ухудшение самочувствия в течение последних 5 дней после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Объективно: Больной лежит с полусогнутыми коленными суставами. Кожные покровы розовые, эластичные, обычной влажности. На разгибательной поверхности коленных суставов, в периартикулярных тканях у мест прикрепления сухожилий пальпируются мелкие плотные безболезненные образования. Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, рыхлые, выступают из-за дужек. Правый голеностопный и левый коленный суставы деформированы, температура кожи над ними повышена, выраженная болезненность при пальпации, движения в суставах ограничены из-за резких болевых ощущений. Остальные суставы без особенностей Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 100 уд/мин. I тон на верхушке ослаблен. АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Пальпация правого подреберья безболезненна, размеры печени перкуторно не увеличены. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 115 г/л, эр. - $3,86 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,95, лейкоц. - $8,9 \times 10^9$ /л, э - 4%, п/я - 6%, с/я - 53%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 45 мм/час.

2. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. - 2-3, эр. - 0-1, эпителий - 1-2 в п.зр.

3. Билирубин общий - 13,5 мкмоль/л, прямой - 4,2 мкмоль/л, фибриноген - 4,8 г/л, общий белок - 60 г/л, альбумины - 40%, глобулины - 60%: α_1 - 6%, α_2 - 14%, β - 17%, γ - 23%, СРБ - 19,5 мг/л (N=1-6 мг/л).

ЭКГ: удлинение PQ до 0,23 сек, признаки нарушения реполяризации по типу инверсии зубца T, местная в/ж блокада.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Сделать заключение по данным обследования
3. Сформулировать уточненный диагноз.
4. Предложить алгоритм лечения в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 7

Больная В., 20 лет, студентка, предъявляет жалобы на тупые ноющие боли в области верхушки сердца различной продолжительности, не связанные с физической нагрузкой, чувство нехватки воздуха при обычной ходьбе, сердцебиение, перебои в работе сердца, непостоянные боли в коленных, голеностопных и плечевых суставах, повышение температуры до $38,7^\circ\text{C}$. Из анамнеза заболевания: с детства частые ангины. В 13-летнем возрасте лечилась стационарно по поводу болей и припухлости крупных суставов, которые сопровождалась повышением температуры тела до $39,0^\circ\text{C}$. В последующем после выписки из стационара чувствовала себя удовлетворительно, болей в суставах не отмечала. Настоящее ухудшение развилось через 3 недели после перенесенной ангины. Объективно: Температура тела $37,8^\circ\text{C}$. Кожа бледная, чистая. Пальпируются увеличенные подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон, безболезненные, плотные, не спаянные между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Отеков нет. Суставы внешне не изменены, умеренная болезненность при пальпации коленных суставов, объем движений несколько ограничен из-за болей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Ритм сердца неправильный, тоны приглушены, I тон на верхушке ослаблен, выслушивается громкий, постоянный, связанный с первым тоном систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, усиливающийся в положении на левом боку и при физической нагрузке. ЧСС 100 уд/мин. Язык обложен беловато-желтым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову $9 \times 8 \times 6$ см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Нб - 107 г/л, ЦП - 0,90, тромбоциты - 250×10^9 /л, лейкоц. - $9,8 \times 10^9$ /л, п/я - 8%, с/я - 80%, э - 5%, б - 1%, л - 18%, м - 4%. СОЭ - 40 мм/час,

2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, отн. плотность - 1020, белок - нет, лейкоц. - 2-3 в п.зр., эпителий - 1-2 в п.зр.

3. Билирубин общий - 19 мкмоль/л, прямой - 4 мкмоль/л, ПТИ - 80%, общий белок - 58 г/л, альбумины - 40%, глобулины - 60%: α_1 - 5%, α_2 - 19%, β - 16%, γ - 20%, СРБ - 7,1 мг/л (N=1-6 мг/л), фибриноген - 6,2 г/л.

4. ЭКГ (прилагается). Удлинение PQ до 0,28 сек, частичная блокада правой ножки пучка Гиса, левожелудочковые экстрасистолы, периодически по типу бигеминии

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Сделать заключение по данным обследования
3. Сформулировать уточненный диагноз.
4. Предложить алгоритм лечения в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 8

Больной К., 40 лет, инженер, обратился к врачу общей практики с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, усиливающуюся после физического или психоэмоционального перенапряжения. На фоне усиления головной боли периодически отмечал тошноту, ухудшение зрения, мелькание «мушек» перед глазами. Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы фиксируются в течение последних 3-4 лет. Во время профилактического медосмотра зарегистрировано повышение АД 170/95 мм рт.ст., по поводу чего было рекомендовано амбулаторное обследование. За медицинской помощью не обращался, не обследовался, лекарственные препараты не принимал. Из истории жизни: у матери – повышение АД. Хронические заболевания отрицает. Курит: 1 пачка сигарет в день. Объективно: Лицо гиперемировано. Питание повышено: вес 100 кг, рост 175 см. Периферические лимфузлы не увеличены. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой СКЛ. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона во 2-м межреберье справа. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, напряжен. АД 180/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $4,3 \times 10^{12}/л$; Нб – 125 г/л; лейкоц. – $8,4 \times 10^9/л$; э – 4%; п/я – 4%; с/я – 68%; л – 18%; м – 6%. СОЭ - 9 мм/час;
2. ОАМ: отн. плотность - 1018; лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр. – 1-2 в п.зр.; белок, сахар – отриц.
3. Общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ТГ – 2,3 ммоль/л, ХС ЛПНП - 2,6 ммоль/л, ХС ЛВП – 0,8 ммоль/л; сахар крови – 5,5 ммоль/л, креатинин - 0,09 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л.
4. ЭКГ с признаками гипертрофии левого желудочка прилагается
5. УЗИ почек: правая почка: 112x63x40 мм, контуры четкие, ровные, левая почка: 115x58x42 мм, контуры нечеткие, неровные, (N=110-120x60-75x35-45 мм). Почки подвижны, полостная система не расширена, уплотнена, соотношение паренхимы с ЧЛС-1:2 (N=1:2), конкрементов нет.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оценить предрасположенность к заболеванию, факторы риска
3. Оценить результаты обследования в плане дифференциального диагноза АГ.
4. Перечислить дополнительные исследования для оценки поражения органов-мишеней в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи, стратифицировать сердечно-сосудистый риск
5. Определить алгоритм лечения в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 9

Больной М., 65 лет, пенсионер, жалуется на перебои в работе сердца, сердцебиение, чувство нехватки воздуха при ходьбе, слабость. Из анамнеза заболевания: 2 года назад впервые после

психоэмоционального напряжения возникли интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиировавшие в левое плечо, сопровождавшиеся резкой слабостью, обильным потоотделением. Через 30 мин от начала болевого приступа бригадой скорой помощи был доставлен в стационар. Болевой синдром был купирован на догоспитальном этапе и в последующем не рецидивировал, лечился консервативно, коронарная ангиография не проводилась. После выписки из стационара принимал β - блокаторы, на фоне чего самочувствие пациента оставалось относительно хорошим, болевые приступы не возобновлялись. Настоящее ухудшение со вчерашнего дня на фоне значительной физической нагрузки (работа на дачном участке). Бригадой СМП доставлен в стационар. Объективно: Кожа бледная, обычной влажности. Отеков нет. Дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах с обеих сторон немногочисленные влажные хрипы, ЧД 28 в мин. Пульс аритмичный, 110 в мин., слабый, мягкий, малой величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 100/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой СКЛ. Ритм сердца неправильный, тоны приглушены, акцент II тона во 2-м межреберье справа. ЧСС 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ – 125 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 1,0, лейкоц. – $6,0 \times 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 6%, с/я - 70%, л - 20%, м - 3%., СОЭ – 7 мм/ч;

2. ОАМ: отн. плотность - 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 1-2, эпит. – 3-4 в п. зр.

3. Сахар - 4,0 ммоль/л, АСТ – 0,30 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 6,8 ммоль/л. Сердечный тропонин Т (качественным методом) : реакция отрицательная

4. ЭКГ: ритм неправильный, регистрируются волны f, ЧСС 130 в минуту, в левых грудных отведениях увеличение волн R до 30 мм, с косонисходящим смещением ST и отрицательным T. Признак Соколова-Лайона ($RV_5+SV_2=40$ мм)

ЗАДАЧИ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Оцените результаты анализов, сделайте дополнительные назначения в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи .
- 3.. Наметьте план ведения и лечения больного в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 10

Больной Б., 60 лет, жалуется на давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, возникающие при ходьбе в обычном темпе, проходящие после остановки или приема 1 таблетки нитроглицерина через 3-5 минут, чувство нехватки воздуха при обычной физической нагрузке, слабость, обмороки. Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы появились 3 года назад, по поводу чего лечился амбулаторно у кардиолога. Ухудшение самочувствия в течение последних полугода: появились головокружение и обмороки, преимущественно в вертикальном положении тела после физической нагрузки, постепенно прогрессирует слабость, характеристики болей не изменились. Объективно: Больной в сознании, контактен, вялый. Кожа бледная. Правильного телосложения, нормального питания. Периферических отеков нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Пульс ритмичный 64 ударов в минуту, среднего наполнения и напряжения, симметричный, сосудистая стенка уплотнена. АД 110/85 мм.рт.ст. Верхушечный толчок усилен и смещен кнаружи от левой СКЛ на 1,5 см. Во II межреберье справа определяется систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая и верхняя не изменены, левая - на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. Выслушиваются приглушенные тоны сердца, ритм правильный, 88 уд/мин., I тон на

верхушке и II тон на аорте ослаблены. Во 2-м межреберье справа выслушивается грубый систолический шум скребущего характера, проводится на сонные артерии. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 130 г/л, эр. – $4,7 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 1,0, лейкоц. – $6,0 \times 10^9$ /л, э - 2%, п/я - 4%, с/я - 71%, л - 20%, м - 3%. СОЭ – 8 мм/ч;
2. ОАМ: отн. плотность - 1022, белок, сахар – нет, лейкоц. – 3-5 в п.зр., эпит. – 1-3 в п.зр., эр., цилиндры – нет.
3. Билирубин общий - 16,0 мкмоль/л, прямой - 4,0 мкмоль/л, непрямой - 12,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,1 ммоль/л, фибриноген - 4,0 г/л, холестерин – 8,9 ммоль/л.
4. ЭКГ. Синусовая брадикардия 52 в минуту, местное нарушение в/ж проводимости, отрицательные Т в I, AVL, V5, V6. Косонисходящее смещение ST V5, V6. Индекс Соколова-Лайона ($Rv5+SV2=38$ мм)

ЗАДАЧИ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Оцените лабораторные данные.
3. Сделайте электрокардиографическое заключение.
4. Определите алгоритм действий в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 11

Больная Ш., 49 лет, учитель, обратилась к врачу с жалобами на периодическую интенсивную головную боль, преимущественно в затылочной области, слабость, периодическое ощущение онемения в руках, судороги в икрах ног, жажду. Из анамнеза заболевания: в течение 2 лет часто беспокоила головная боль, при медицинских осмотрах регулярно регистрировалось повышение АД до 170/105 мм рт.ст. Не обследована, гипотензивные препараты регулярно не принимает. Из истории жизни: у отца – артериальная гипертензия. Хронические заболевания, вредные привычки отрицает. Объективно: Вес 89 кг, рост 169 см. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, нормальной влажности. Отёков нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 20 в мин. Верхушечный толчок в V межреберье по левой СКЛ, разлитой, средней силы и высоты. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Первый тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на аорте, шумов нет. ЧСС 72 уд/мин. АД 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л; Нб – 128 г/л; лейкоц. – $6,5 \times 10^9$ /л. СОЭ - 12 мм/час;
2. ОАМ: отн. плотность - 1010; лейкоц. – 2-3 в п.зр.; эр – 1-2 в п.зр.; белок, сахар – отриц.
3. ЭКГ : Ритм синусовый, 67 в мин. Электрическая ось отклонена влево. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ. Смещение интервала ST по косонисходящему типу в I, AVL, V3-V6, с переходом в двуфазный Т (-+), положительная волна U.
4. Общий холестерин – 7,8 ммоль/л; сахар крови – 7,0 ммоль/л, креатинин - 0,14 ммоль/л, калий – 2,9 ммоль/л.
5. Осмотр глазного дна – сужение артерий сетчатки.
6. Проба Зимницкого. Диурез 2400 мл; колебания относительной плотности мочи 1010-1014.
6. ЭхоКГ: полости сердца не расширены; клапаны не изменены. Признаки гипертрофии левого желудочка. Сократительная способность миокарда снижена.
7. Альдостерон крови 310 пг/мл (сдача крови в вертикальном положении (референсные значения 58-172 пг/мл)

ЗАДАЧИ

1. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Оценить лабораторные данные.
4. Сделать электрокардиографическое заключение
5. Наметить план дальнейшего обследования и ведения больного в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 12

Больной И., 54 лет, водитель, обратился с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией под левую лопатку, возникающие при ходьбе в обычном темпе, подъеме на один этаж, сопровождающиеся резкой слабостью и потливостью, длящиеся в покое в течение 10-15 минут, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина через 1-2 минуты; а также одышку при ходьбе в быстром темпе. Из анамнеза заболевания: вышеописанные боли отмечает в течение последних 5 лет. До настоящего времени подобные приступы возникали редко (1-2 раза в неделю на фоне быстрой ходьбы и при подъеме на более чем на 1 этаж). Последние 48 часов болевые приступы участились до 4-5 раз в сутки, возникают при ходьбе в обычном темпе, увеличилась их продолжительность (до 20 минут), купируются приемом 2-3 таблеток нитроглицерина. Наследственность отягощена: отец умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда. Курит в течение 40 лет, злоупотребляет крепкими спиртными напитками. Объективно: Вес 74 кг, рост 167 см. Отёков нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 0,5 см снаружи от левой СКЛ. Ритм сердца правильный, на верхушке I тон ослаблен, там же негрубый систолический шум, акцент II тона во 2-м межреберье справа. ЧСС 88 уд/мин. АД 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация в области правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. - $4,3 \times 10^{12}/л$; Нб - $125 \times 10^{12}г/л$; лейкоц. - $8,4 \times 10^9/л$; э - 4%; п/я - 4%; с/я - 68%; л - 18%; м - 6%. СОЭ - 9 мм/час;
2. ОАМ: отн. плотность - 1017; белок, сахар - нет, лейкоц. - 1-2 в п.зр.; эр - 1-2 в п.зр.;
3. Общий холестерин - 6,4 ммоль/л; сахар крови - 4,5 ммоль/л, мочевины - 5,2 ммоль/л Тропонин Т крови: меньше 0,1 нг/мл.
4. ЭКГ Ритм синусовый 84 в минуту. Частичная блокада левой ножки пучка Гиса.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оценить результаты лабораторных данных.
3. Составьте план инструментального и лабораторного обследования больного: (СМ ЭКГ, нагрузочные пробы: тредмил-тест, ВЭМ, коронарография) в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
4. Приведите алгоритмы лечения в зависимости от диагноза в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 13

Больной К., 45 лет, преподаватель, предъявляет жалобы на выраженную головную боль, преимущественно в затылочной области, ухудшение зрения, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, однократную рвоту, слабость. Из анамнеза заболевания: доставлен из поликлиники, где на приеме у участкового врача было зафиксировано АД 240/120 мм рт.ст., сопровождавшееся вышеуказанными симптомами. Ухудшение самочувствия после психоэмоционального перенапряжения. Ранее АД не контролировал, периодически после нервного перенапряжения отмечал головную боль, преимущественно в затылочной области, не

обследовался, принимал анальгетики. Из анамнеза жизни: курит по 1 пачке сигарет в день. У отца артериальная гипертензия, перенес инсульт. Объективно: Вес 85 кг, рост 175 см. Кожные покровы гиперемированы, чистые, умеренно влажные. Отеков нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 22 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край хряща III ребра, левая – по левой СКЛ. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона на аорте. ЧСС 92 уд/мин. АД 260/125 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация в области правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$; Нб – 123 г/л; лейкоц. – $6,7 \times 10^9/л$; э – 4%; п/я – 4%; с/я – 68%; л – 18%; м – 6%. СОЭ - 9 мм/час;
2. ОАМ: отн. плотность - 1012; лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр. – 0-1 в п.зр.; белок, сахар – отриц.
3. Сахар крови – 5,2 ммоль/л, креатинин - 0,11 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л.
4. ЭКГ : Признаки ГЛЖ

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Оценить результаты обследования
5. Перечислить недостающие лабораторные и инструментальные методы обследования: СКФ, суточная протеинурия, микроальбуминурия, ЭхоКГ, СМАД, осмотр глазного дна, липидограмма, УЗИ почек, щитовидной железы, надпочечников, дуплексное сканирование брахиоцефальных, почечных, подвздошно-бедренных артерий, лодыжечно-плечевой индекс в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи, ожидаемые результаты
8. Алгоритм купирования неосложненного гипертонического криза в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи. Предполагаемая плановая терапия для лечения артериальной гипертензии.

ЗАДАЧА № 14

Больной Р., 48 лет, коммерческий директор предприятия, предъявляет жалобы на сжимающие боли за грудиной, интенсивные, сопровождающиеся слабостью, холодным липким потом, возникающие ночью, примерно в одно время, длящиеся до 30-40 мин, купирующиеся повторным приемом нитроглицерина. Днем чувствует себя здоровым. Из анамнеза заболевания: 3 года назад ночью возникли подобные интенсивные сжимающие боли за грудиной, продолжавшиеся около получаса, в связи с чем был экстренно госпитализирован. После купирования приступа нитроглицерином боли за все время пребывания в стационаре не повторялись. Настоящее ухудшение в течение 2-х дней после психоэмоциональной нагрузки: в ночные часы вновь стали появляться интенсивные сжимающие боли за грудиной, сопровождавшиеся усиленным потоотделением, самочувствие улучшалось через 30-40 мин. после повторного приема нитроглицерина. За время госпитализации приступы повторялись только ночью приблизительно в одно и то же время, сопровождались снижением АД до 90/60 мм рт.ст. и изменениями на ЭКГ, купировались введением нитратов. Объективно (вне приступа): Кожа бледно-розовая. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон. 72 в мин, ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения, напряжения и величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 120/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ритмичные, ясные, 72 уд/мин., шумов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$; Нб – 130 г/л; ЦП – 1,0; лейкоц. – $5,0 \times 10^9/л$; э – 2%; п/я – 5%; с/я – 70%; л – 18%; м – 2%. СОЭ – 8 мм/час;

2. ОАМ: отн. плотность – 1,018; лейкоц. – 1-2 в п.зр; эритроцитов – 2-3 в п.зр.
3. Сахар – 5 ммоль/л, фибриноген – 2 г/л, ПТИ – 80%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, мочевины – 8,0 ммоль/л. Тропонин Т 0,025 нг/мл (ВГН 0,1 нг/мл), КФК МВ 1,26 нг/мл (референсные значения 1- 9 нг/мл)
4. ЭКГ во время приступа : ритм синусовый, 55 в мин. Электрическая ось смещена влево. Высокие Т в отведениях: V2-5. Подъем соединительной точки «j» в отведении V3 на 2 мм.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оценить данные дополнительных методов исследования. Сделать заключение по описанию ЭКГ.
3. Назначить дополнительные методы исследования: ЭКГ во время приступа и после него, суточное мониторирование ЭКГ для выявления сдвигов сегмента ST, коронарная ангиография, нагрузочные пробы в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи, ожидаемые результаты
4. Обосновать клинический диагноз, назначить лечение в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи .

ЗАДАЧА № 15

Больной М., 48 лет, менеджер, доставлен бригадой СМП с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе верхние конечности и нижнюю челюсть длящиеся в течение 1,5 часов, не купирующиеся приемом нитроглицерина, анальгетиков, сопровождающиеся резкой слабостью, страхом смерти, потливостью. В прошлом подобные приступы отрицает. Боли в грудной клетке возникли сегодня внезапно после эмоционального напряжения. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 2 лет периодически беспокоят приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение. При случайном измерении 1,5 года назад выявлено повышение АД до 170/110 мм рт.ст., после чего нерегулярно принимал каптоприл. У родителей отмечались повышенные цифры АД. Курит в течение 25 лет по 1 пачке сигарет в день.. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, повышенной влажности, умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Перкуторно в подлопаточных областях с обеих сторон – притупление перкуторного звука, при аускультации в подлопаточных областях с обеих сторон – большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов, над остальной поверхностью легких – жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧД 32 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на уровне левой СКЛ. Тоны сердца глухие, ритм правильный, систолический шум на верхушке. Акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 106 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $4,0 \times 10^{12}/л$; Нб – 127 г/л; лейкоц. – $10,4 \times 10^9/л$; э – 4%; п/я – 4%; с/я – 68%; л – 18%; м – 6%. СОЭ 5 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1014; лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр – 0-1 в п.зр.; белок, сахар – отриц.
3. Общий холестерин – 6,4 ммоль/л; сахар крови – 5,8 ммоль/л, мочевины - 7,3 ммоль/л, креатинин - 0,12 ммоль/л.
4. ЭКГ Ритм синусовый правильный. Q > 0, 03 сек AVL, V2- V5, сегмент ST V2-V5 выше изоуровня на 2 мм с переходом в отрицательный Т

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз и его осложнения
2. Сделать заключение по описанию ЭКГ

- 3 Оценить результаты биохимического анализа крови, назначить дополнительные методы исследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
4. Составить план лечения в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 16

Больная Ч., 70 лет, пенсионер, обратилась к врачу с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией под левую лопатку, возникающие при выходе из теплого помещения на холодный воздух, подъеме на 1 этаж, длящиеся в покое в течение 5-10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина через 1-2 минуты, одышку при физической нагрузке, сухость во рту. Боли указанного характера отмечает в течение 10 лет. Перенесла инфаркт миокарда 6 лет назад, после чего стала отмечать одышку при быстрой ходьбе. Из анамнеза заболевания также выяснилось: периодическое повышение АД до 180/100 мм рт.ст. в течение 20 лет, сопровождающееся головной болью и головокружением. Гипотензивные препараты принимает не регулярно, только при повышении АД. Обычно АД в пределах 140-160/80-90. Примерно в течение года отмечает сухость во рту. Семейный анамнез: мать страдала артериальной гипертензией, отец умер в возрасте 68 лет от инфаркта миокарда. Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Повышенного питания: рост 165 см, вес 76 кг. Отмечается пастозность стоп и нижней трети голени. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД 18 в минуту. Дыхание в легких жесткое, единичные влажные хрипы в нижних отделах. АД 160/90 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости расширены в 5 межреберье влево на 1,5 см. ЧСС 84 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, значительно приглушены, негромкий систолический шум на верхушке, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени пальпируется на 2 см ниже реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $3,89 \times 10^{12}/л$; Нб – $121 \times 10^{12}г/л$; лейкоц. – $5,2 \times 10^9/л$; э – 3; п/я – 4; с/я – 56; л – 28; м – 9. СОЭ - 12 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1017; белок - 0,33 г/л, сахар – нет, лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр. – 0-1 в п.зр..
3. Общий холестерин – 7,9 ммоль/л; сахар крови – 11,2 ммоль/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, креатинин - 0,011 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л.
4. ЭКГ: ритм синусовый, QS V2-V4. Смещение ST на 1 мм (V1, 2, 3, 4) выше изолинии переходящий в отрицательный зубец T (V4), при сравнении с предшествовавшими ЭКГ без существенной динамики .

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз и его осложнения
2. Оценить результаты представленных данных обследования
3. Составить план дополнительного обследования при необходимости в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
4. Назначить лечение в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 17

Больной М., 68 лет, с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией под левую лопатку при ходьбе в обычном темпе (на расстояние до 300 м), купирующиеся приемом нитроглицерина через 2-3 минуты; чувство нехватки воздуха при ходьбе и в горизонтальном положении; кашель с выделением скудной светлой мокроты, усиливающийся в положении лежа; отеки на ногах. 3 года назад перенес инфаркт миокарда, назначенные лекарственные препараты принимал регулярно, примерно через полгода стали появляться приступообразные сжимающие боли за грудиной, снимавшиеся нитроглицерином. Около 2 лет назад стала

беспокоить одышка (вначале при быстрой ходьбе, затем при ходьбе в обычном темпе), отёки на ногах. Настоящее ухудшение в течение недели: участились сжимающие боли за грудиной, хуже переносит физические нагрузки, ночи проводит сидя из-за возникновения одышки в горизонтальном положении. Объективно: Положение ортопноэ. Акроцианоз. Отёки на стопах и голених до верхней трети. При перкуссии в правой подлопаточной области – притупленный перкуторный звук, здесь же – жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальными областями – ясный легочный звук, дыхание везикулярное. ЧД 28 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см снаружи от правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая - на 1,5 см снаружи от левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, I тон на верхушке ослаблен, мягкий систолический шум, акцент II тона на легочной артерии, ЧСС 100 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот увеличен в размерах, при перкуссии - укорочение перкуторного звука во фланках живота. Печень при пальпации на 1см ниже реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 110 г/л; лейкоц. – $5,0 \times 10^9$ /л: э 3, п/я 5, с/я 68, л 20, м 4, СОЭ – 8 мм/ч;
 2. Мочевина – 8,3 ммоль/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, фибриноген - 3,0 г/л, ПТИ - 78%, АСТ – 0,36 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, билирубин общий 18,2 (непрямой - 12,0; прямой - 4,2) мкмоль/л.
- ЭКГ. Ритм синусовый, правильный 104 в минуту. Отклонение эл. оси сердца влево до -60° , глубокие S в левых грудных отведениях, переходная зона сдвинута влево. Q III, AVF > 0,03сек. Отрицательные T в отведениях V1-V2, в отведениях I, III, V3-V6 зубцы T сглаженные.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Как трактовать симптомы со стороны системы дыхания?
3. Как трактовать изменения ЭКГ?
4. Оценить лабораторные данные.
5. Назначьте дополнительное обследование для уточнения диагноза в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи .
6. Составить план лечения в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 18

Больной М., 52-х лет, авиационный диспетчер, обратился к врачу с жалобами на боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в лопатку, возникающие при быстрой ходьбе и купирующиеся в покое через 5-6 минут, раздражительность, быструю утомляемость, плохой сон, снижение работоспособности. Боли впервые появились около полугода назад (частота приступов – 1-2 раза в неделю и только при нагрузке.). Настоящее ухудшение в течение недели: загрудинные боли участились до 3-5 приступов в сутки. Ухудшение в самочувствии связывает с переутомлением. Из анамнеза жизни: в течение дня выкуривает 20-30 сигарет. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа обычного цвета. Подкожная клетчатка развита умеренно. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. АД 138/80 мм рт.ст. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины; сосудистая стенка вне пульсовой волны не определяется.

Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см снаружи от правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая - на 0,5 см внутри от левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные, ясные, 72 уд/мин, соотношение тонов не нарушено; шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ – 120 г/л; эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,9; ретикулоциты - 2%; тромбоциты - 250×10^9 /л; лейкоц. - $5,0 \times 10^9$ /л; э - 2%; п/я - 5%; с/я - 70%; л - 21%; м - 2%. СОЭ - 10 мм/час;
2. ОАМ: рН кислая, отн. плотность – 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-4 в п.зр., эпителий - 1-2 в п.зр., оксалаты - небольшое количество.
3. Глюкоза - 5,0 ммоль/л, фибриноген – 2 г/л, ПТИ – 80%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ - 0,36 ммоль/л, холестерин – 6,2 ммоль/л, билирубин общий - 19,0 (прямой – 4,0, непрямой – 15) мкмоль/л, креатинин - 0,087 ммоль/л.
4. ЭКГ : Ритм синусовый, 55 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Других изменений не выявлено.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оценить результаты анализов, ЭКГ.
3. Обосновать алгоритм лечения в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 19

Больной И., 68 лет, пенсионер, срочно доставлен в стационар с жалобами на интенсивные жгучие боли за грудиной, иррадирующие в шею, нижнюю челюсть и левое плечо, резкую слабость и потливость. Из анамнеза заболевания: в течение 5 лет отмечает периодическое повышение АД до 170/90 мм рт.ст., сопровождающееся головными болями, тошнотой. При повышении АД принимал гипотензивные препараты (каптоприл, нифедипин) с хорошим эффектом. В течение последнего года при ходьбе изредка стали появляться неинтенсивные сжимающие боли за грудиной, проходившие в покое через 3-5 мин. По поводу болей к врачу не обращался. Настоящее ухудшение – час назад на фоне физической нагрузки. Появились интенсивные загрудинные боли, почувствовал резкую слабость, покрылся холодным потом. Принял 1 таблетку нитроглицерина – без эффекта. Объективно: Состояние тяжелое. Больной в сознании. Кожа бледная, акроцианоз, холодный липкий пот. Пульс на лучевых артериях симметричный, ритмичный, 100 уд/мин, слабого наполнения, мягкий, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см латеральнее от левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные, значительно приглушены, 100 уд/мин. На верхушке сердца I тон ослаблен, короткий систолический шум, акцент II тона на аорте, АД 90/50 мм рт.ст. Отёков нет. Дыхание в легких жесткое, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ – 130 г/л; эр. - $4,7 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 1,0; лейкоц. – $9,5 \times 10^9$ /л; э - 3%; п/я - 6%; с/я - 69%; л - 17%; м - 5%. СОЭ - 11 мм/час
2. ОАМ: отн. плотность - 1020, белок, сахар - нет, лейкоц. - 2-4 в п.зр., эпителий – 1-2 в п.зр., оксалаты - небольшое количество.
3. Глюкоза – 6,0 ммоль/л, фибриноген – 3,5 г/л, ПТИ – 82 %, АСТ – 0,96 ммоль/л, АЛТ – 0,84 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 (прямой – 4,0, непрямой – 15,0) мкмоль/л, мочевины – 9,0 мкмоль/л, креатинин – 0,9 ммоль/л.
4. ЭКГ. Ритм синусовый, 100 в мин. Электрическая ось расположена нормально. Подъем ST V2-V4 на 2 мм, QSV2-V3. QIII>0,03 сек, ST III на изоуровне

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз
2. Сделать электрокардиографическое заключение по описанию ЭКГ.

3. Назначить медикаментозную терапию в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
4. Оценить необходимость и возможность реваскуляризации

ЗАДАЧА № 20

Больной М., 24 лет, доставлен в стационар с жалобами на интенсивные ноющие боли в грудной клетке преимущественно за грудиной и слева от неё, усиливающиеся при глубоком вдохе и кашле, одышку инспираторного характера. Заболел остро накануне, когда повысилась температура до 37,5 °С, появились ноющие боли в области сердца, связанные с дыханием; ночью боли значительно усилились, не мог лежать в постели, занимал вынужденное сидячее положение с наклоном вперед, в котором боли несколько уменьшались. Из анамнеза заболевания: с 5 лет частые ангины. 3 недели назад после переохлаждения появились заложенность носа, боли в горле при глотании и повышение температуры до 37,8°С. Лечился самостоятельно, применял полоскание горла раствором фурациллина, ингалипт, парацетамол, все воспалительные симптомы постепенно прошли. Ухудшение самочувствия в течение последних суток, когда появились боли в груди и повышение температуры. Объективно: Температура тела 37,6°С. Кожа и видимые слизистые бледнорозовые, чистые. Положение вынужденное: сидит в постели с наклоном вперед. Зев умеренно гиперемирован, миндалины увеличены, гиперемированы, без налетов. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы, округлой формы, в диаметре до 1,0 см, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями, подвижные, кожа над ними не изменена. Отеков нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 110/70 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево в V межреберье на 1,0 см, вверх и вправо не увеличены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. На верхушке сердца I тон ослаблен, выслушивается негромкий систолический шум, связанный с I тоном, усиливается в положении на левом боку, акцент 2 тона на легочной артерии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб – 120 г/л, тромбоциты – $250 \times 10^9/л$, лейкоц. – $9,8 \times 10^9/л$, п/я – 5%, с/я – 72%, э – 4%, б – 1%, л – 14%, м – 4%. СОЭ – 28 мм/час
2. Фибриноген – 4 г/л, ПТИ – 90%, АСТ – 0,58 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, КФК МВ 28 Е/л (норма 0-16 Е/л), билирубин общий – 17 мкмоль/л, прямой – 4 мкмоль/л, непрямой – 13 мкмоль/л, мочевины – 7 ммоль/л.
3. СРБ - +++, АСЛ-О – 150 МЕ/мл.
4. ЭКГ: ритм синусовый, 90 в мин. Электрическая ось смещена влево. Замедление атриовентрикулярной проводимости до 0,22 сек. Конкордантное повышение интервала ST V2-V6 выше изолинии. Местное нарушение в/ж проводимости.
- 5ЭхоКГ: митральная регургитация - 1 степени, выпота в полости перикарда не выявлено.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительные методы исследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
3. Сделать заключение по ЭКГ
4. Составить план ведения, определить алгоритм терапии в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 21

Больной В., 23 лет, неработающий, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры до 38° С, одышку, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. Из анамнеза заболевания: в 15 лет лечился в стационаре по поводу болей и припухлости коленных и голеностопных суставов, колющих болей в области сердца. После выписки самочувствие оставалось удовлетворительным, за медицинской помощью не обращался. Считает себя больным в течение двух месяцев, когда стал отмечать повышения температуры тела, сопровождавшиеся ознобом, месяц назад стали беспокоить перебои в работе сердца, появились тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах, стал увеличиваться живот. Из анамнеза жизни: по специальности дизайнер, не работает в течение двух лет, проживает с родителями. Курит до 30 сигарет в день, алкоголь употребляет; применение наркотиков отрицает. Объективно: Диффузный цианоз с желтушным оттенком, иктеричность склер. На переходной складке конъюнктивы и в области мягкого неба единичные петехиальные высыпания. Симптом «жгута» положительный. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Питание понижено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Видимая пульсация и набухание шейных вен, эпигастральная пульсация Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, 92 в мин., ритм неправильный, удовлетворительного наполнения, напряжения, средней величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 110/80 мм рт.ст. Расширена правая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см снаружи от правого края грудины остальные границы в норме. Тоны сердца неритмичные, громкие, 92 уд/мин. У основания мечевидного отростка ослаблен I тон, выслушивается грубый систолический шум, усиливающийся на вдохе. Живот «лягушачий». Симптом флюктуации положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ее ровный, закругленный, поверхность гладкая, пальпация ее умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, перкуторно 14х 6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $3,0 \times 10^{12}/л$, цветной показатель - 1,0, лейкоц. – $9,8 \times 10^9/л$, п/я – 6%, с/я – 74%, л – 14%, м – 6%. СОЭ – 36 мм/час,
2. ОАМ: светло-желтая, отн. плотность – 1014, белок 0,066г/л, лейкоц. – 1-2 в п.зр., эр. 15-20 в п/зр, эп. 2-3 в п.зр.
3. Сахар – 4,5 ммоль/л, ПТИ – 80%, АСТ – 0,94 ммоль/л, АЛТ – 0,89 ммоль/л, билирубин общий – 32,2 (прямой – 14,1, непрямой – 18,1) мкмоль/л.
4. ЭКГ Ритм: фибрилляция предсердий, 60-96 в мин. Электрическая ось сердца смещена вправо, признаки гипертрофии правого желудочка и предсердия

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительные методы исследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи, ожидаемые результаты
3. Что такое критерии университета Дьюка
4. Составить план терапии в зависимости от этиологии в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 22

Больная Т., 44 года, бухгалтер, обратилась к врачу с жалобами на одышку смешанного характера, появляющуюся при ходьбе в среднем темпе, усиливающуюся в горизонтальном положении до приступов удушья, в связи с чем больная была вынуждена спать с высоким изголовьем, полусидя, иногда одышка сопровождалась кашлем с отхождением мокроты с прожилками крови. Из анамнеза заболевания выяснилось, что в 15 летнем возрасте после ангины возникли колющие боли в области верхушки сердца, одышка, припухлость и летучие

боли в крупных суставах, гипертермия до 38°C, лечилась стационарно, произведена тонзиллэктомия. В последующем периодически беспокоили боли в крупных суставах без нарушения их функции, сохранялась одышка при быстрой ходьбе. Настоящее ухудшение после физической нагрузки: усилилась одышка, появились ночные приступы удушья, кашель, кровохарканье. Объективные данные. Положение вынужденное (ортопноэ), акроцианоз, скуловой румянец. Правильного телосложения, нормального питания. Суставы не изменены, пальпация безболезненна. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные и передние шейные лимфоузлы: единичные, округлой формы, до 1 см в диаметре, эластичные, не спаянные между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Слизистая глотки гиперемирована, рыхлая. Перкуторно над легкими – укорочение звука в подлопаточных областях, здесь же ослабление везикулярного дыхания и рассеянные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 28 в минуту. АД 100/75 мм рт.ст.

Пульс на лучевых артериях: несимметричный (слабее слева), неритмичный, 90 в мин, слабого наполнения, напряжения и величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. Пальпация области сердца: диастолическое кошачье мурлыканье в области верхушки сердца, верхушечный толчок располагается в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой СКЛ. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – на нижнем крае II ребра, правая на 1,5 см кнаружи от правой стеральной линии, левая на 1,5 см кнутри от левой СКЛ. ЧСС 100 уд/мин. Тоны сердца звучные, неритмичные. На верхушке I тон усилен, трехчленный ритм по типу «ритма перепела», здесь же выслушивается диастолический шум, примыкающий к I тону, усиливающийся в положении на левом боку. Над легочной артерией акцент II тона. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 11×10×9 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – 4,4×10¹²/л, Нб 120 – г/л, тромбоциты – 200×10⁹/л, лейкоц. – 10,2×10⁹/л, э – 5%, п/я – 4%, с/я – 40%, л – 30%, м – 21%. СОЭ 30 мм/час
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, отн. плотность – 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-3 в п.зр.
3. ПТИ – 80%, фибриноген – 4,0 г/л, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,22 ммоль/л, общий холестерин – 3,3 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л, непрямой – 15 мкмоль/л, мочевины – 8,3 ммоль/л, СРБ +++, АСЛ-О – 350 МЕ/мл, АСГ – 350 ед.
4. ЭКГ фибрилляция предсердий 50-150 в мин. Диффузные изменения миокарда ЛЖ. Местные нарушения в/ж проводимости

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оценить данные исследования. Назначить дополнительные исследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
3. Составить план ведения.
4. Назначить медикаментозную терапию в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 23

Больная Ч., 40 лет, преподаватель, обратилась к врачу с жалобами на одышку с преимущественным затруднением вдоха и сердцебиение при физической нагрузке. В детстве частые простудные заболевания, ангины. В возрасте 7 лет после ангины появились слабость, повышение температуры тела, боли в коленных и локтевых суставах. Лечилась в стационаре с хорошим эффектом. В последующем состояла на диспансерном учете, вводился бициллин, 10 лет назад лечение прекратила. В последние 2 года стала отмечать нехватку воздуха при быстрой, затем при ходьбе в обычном темпе, сердцебиение. За медицинской помощью не обращалась. Последние 3-4 месяца одышка нарастает, эпизодически ночью просыпалась от чувства нехватки воздуха, которое постепенно проходило в положении сидя. Объективные

данные. Цианоз губ, носа, щек. Отёков нет. В подлопаточных областях с обеих сторон – укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания и влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальными легочными полями – ясный лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в минуту. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, 92 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 100/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – II ребро, левая – на 1 см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные 72 уд/мин. На верхушке I тон ослаблен, систолический дующий шум, проводящийся в подмышечную область и область Боткина-Эрба, акцент II тона на лёгочной артерии; Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпируется край печени на 1 см ниже реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 135 г/л, эр. – $4,8 \times 10^{12}/л$, ЦП – 1,0, лейкоц. – $6,8 \times 10^9/л$, э - 1%, п/я - 6%, с/я - 70%, л - 20%, м - 3%. СОЭ – 5 мм/ч;

2. ОАМ: отн. плотность – 1020, белок, сахар – нет, лейкоц. – 3-4, эпителий – ед. в п.зр.

3. Билирубин общий 16,0 мкмоль/л, прямой - 4,0 мкмоль/л, непрямой - 12,0 мкмоль/л, АСТ – 0,30 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген 4,0 г/л, ПТИ – 80%, холестерин – 3,4 ммоль/л, СРБ – отрицательный

4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оценить данные исследования, назначьте дополнительные исследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
3. Составить план лечения в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 24

Больной С. 42 лет, слесарь, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, сердцебиение, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающих при обычных физических нагрузках, продолжительностью до 10 мин., приём нитроглицерина оказывает положительный (через 2-4 мин), но кратковременный эффект; также беспокоит инспираторная одышка при быстрой ходьбе, подъеме на 3-й этаж. Однократно в 18 летнем возрасте длительно лечился в стационаре по поводу затяжной лихорадки, болей в области сердца и в крупных суставах, одышки. После выписки из стационара чувствовал себя здоровым, за медицинской помощью длительно не обращался, работал. От службы в армии был освобожден. В течение последних лет периодически беспокоили головокружение, головные боли, приступообразные боли за грудиной на фоне физической нагрузки. Настоящее ухудшение в течение месяца: головные боли стали участившись, снизилась переносимость физической нагрузки. Объективные данные. Кожные покровы бледные, чистые. Отёков нет. ЧД 20 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Отмечается усиленная пульсация сонных артерий. Пульс на лучевых артериях скорый, высокий. АД 170/60 мм рт.ст. Верхушечный толчок определяется в VI межреберье, на 3 см кнаружи от СКЛ, разлитой, усиленный, приподнимающий. Границы относительной сердечной тупости: правая и верхняя не изменены, левая на 3 см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 98 уд/мин. I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены. Во втором межреберье справа и в точке Боткина-Эрба выслушивается мягкий убывающий диастолический шум, примыкающий ко 2 тону. В области верхушки выслушивается короткий систолический шум, проводится до передней аксиллярной линии. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени

по Курлову 11×9×8 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ – 140 г/л; эр. – $4,7 \times 10^{12}/л$; ЦП – 1,0;; лейкоц. – $6,0 \times 10^9/л$; э - 3%; п/я - 6%; с/я - 70%; л - 19%; м - 2%. СОЭ – 6 мм/ч
2. ОАМ: отн. плотность – 1016, реакция – кислая, белок, сахар – нет, лейкоц. – 1-3, эпителий – 1-3 в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.
3. Глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген 2,0 г/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, креатинин – 0,1 ммоль/л, СРБ – отр.
4. ЭКГ: ритм синусовый. Электрическая ось отклонена влево. Признаки гипертрофии и систолической перегрузки миокарда левого желудочка.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить дополнительные методы исследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
4. Составить план ведения больного в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 25

Больная Г., 30 лет, учитель, жалуется на отеки на ногах, увеличение живота, тяжесть в правом подреберье, уменьшение количества выделяемой мочи. Из анамнеза заболевания: частые ангины с детского возраста. В 15-летнем возрасте, через 3 недели после перенесенной ангины была госпитализирована с жалобами на колющие боли в области сердца разной продолжительности, одышку, боли и припухлость крупных суставов. Выписана в удовлетворительном состоянии, знает о стенозе митрального клапана. Состояла на диспансерном учете до 18 лет, проводилась бициллинопрофилактика. В последующем периодически беспокоили боли в коленных суставах. 5 лет назад стали эпизодически появляться отеки на ногах, слабость; лечилась амбулаторно. В течение последнего года отеки на ногах стали постоянными, появился дискомфорт в правом подреберье, увеличился живот. Объективно: Диффузный цианоз, кожа с желтушным оттенком. Отеки до колен. ЧД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Визуально определяется набухание шейных вен. Положительный гепато-югулярный рефлюкс. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, слабого наполнения, напряжения и величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные. На верхушке и у основания мечевидного отростка I тон усилен, здесь же выслушивается дополнительный тон и диастолический шум, шум у основания мечевидного отростка усиливается при задержке дыхания на вдохе. Живот равномерно увеличен в объеме. Симптом флюктуации положительный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ее закруглен, пальпация умеренно болезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ – 120 г/л; эр. - $4,4 \times 10^{12}/л$; ЦП – 1,0; лейкоц. – $7,8 \times 10^9/л$; э - 2%; п/я - 5%; с/я - 70%; л - 21%; м - 2%. СОЭ - 8 мм/час;
2. Глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2 г/л, ПТИ – 80%, АСТ – 0,98 ммоль/л, АЛТ - 0,86 ммоль/л, холестерин – 6,2 ммоль/л, билирубин общий – 32,2 мкмоль/л, прямой – 16,1 мкмоль/л, непрямой – 12,1 мкмоль/л, СРБ- отр.
3. ЭКГ ритм синусовый, 100 в мин. Электрическая ось отклонена вправо. Признаки гипертрофии миокарда ПП и ПЖ.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оценить данные дополнительных методов исследования.

4. Какие дополнительные исследования нужно назначить в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи? Ожидаемые результаты.

6.. Составить план и назначить лечение в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 26

Больной Н., 22 лет, студент, обратился с жалобами на колющие боли в области верхушки сердца, возникающие без видимой причины, затруднение вдоха при физической нагрузке. Считает себя больным с 18 лет, когда стали периодически появляться вышеописанные боли, возникавшие без четкой связи с нагрузкой. Ухудшение самочувствия в течение последней недели: появились боли в горле, редкий кашель со скудной светлой мокротой, временами с прожилками крови, ощущение нехватки воздуха при ходьбе по квартире, повышение температуры до 38,7С, колющие боли в области верхушки сердца. Лечился амбулаторно по поводу обострения хронического тонзиллита без эффекта. Из анамнеза жизни выяснилось, что дважды в 10 и 14 лет лечился в стационаре по поводу болей в коленных, локтевых и голеностопных суставах, их припухлости, покраснения. После 14 лет боли в суставах не беспокоили. Объективно: Температура тела 37,3С. Кожа бледная, акроцианоз. Пальпируются передние шейные и подчелюстные лимфоузлы: единичные, округлой формы, до 1 см в диаметре, не спаянные между собой и окружающими тканями. Зев умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены. Костно-мышечный аппарат развит правильно, суставы не изменены. ЧД 26 в мин. В подлопаточных областях с обеих сторон укорочение перкуторного звука, ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс ритмичный, на правой руке - среднего наполнения, напряжения и величины, слева – меньшего наполнения, мягкий, малой величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны с обеих сторон не определяется. ЧСС 96 в мин. АД на правой руке 110/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости : справа на 1,0 см кнаружи от правой стеральной линии, верхняя – на II ребре, левая - по левой СКЛ. Тоны сердца звучные, ритм трёхчленный («ритм перепела»). I тон на верхушке сердца хлопающий, там же диастолический шум нарастающего характера, сливающийся с I тоном; акцент II тона на легочной артерии. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ – 129 г/л; эр. – $4,4 \times 10^{12}/л$; ЦП – 1,0; тромбоциты – $200,0 \times 10^9/л$; лейкоц. – $10,2 \times 10^9/л$; э - 2%; п/я - 15%; с/я - 50%; л - 27%; м - 6%. СОЭ – 28 мм/ч;

2. ОАМ: отн. плотность -1015, реакция кислая, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-4, эпит. – 3-4 в п/зр., эритроц. – нет, оксалаты – небольшое количество.

3. ЭКГ: Ритм синусовый, правильный 67 в мин. Электрическая ось смещена влево. Р-mitrale в I, V3-6. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.

2. Оценить лабораторные данные

3. Сделать заключение по описанию ЭКГ

4. Составить план ведения, назначить медикаментозное лечение в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 27

Больной П., 18 лет, поступил в отделение с жалобами на головокружение и слабость после физической нагрузки, ноющие приступообразные боли в области верхушки сердца с иррадиацией под левую лопатку, также связанные с физической нагрузкой. Из анамнеза заболевания: головные боли, головокружение, боли в грудной клетке отмечаются с 12 лет после

перенесенного гайморита. Тогда же отмечались летучие боли и припухлость коленных суставов, лечился в стационаре, после чего находился на диспансерном учете у ревматолога, проходил профилактическое лечение. Во время медицинского осмотра в военкомате были выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы; госпитализирован для обследования. Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Правильного телосложения, нормального питания (рост 175 см, вес 68 кг).. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отёков нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 24 в минуту. Пульс на лучевых артериях симметричен, частота пульса 52 в мин, среднего наполнения, сосудистая стенка не изменена. АД 115/95 мм рт.ст. Пальпируется усиленный, локализованный верхушечный толчок в V межреберье по левой СКЛ. Во II межреберье справа определяется систолическое дрожание грудной клетки. Границы относительной тупости сердца: правая – на 1 см снаружи от правого края грудины, верхняя – III межреберье, левая - по левой СКЛ. При аускультации: ослабление I тона над верхушкой, II тона над аортой, низкочастотный систолический шум над аортой и в точке Боткина-Эрба, проводящийся на крупные сосуды и в межлопаточное пространство.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 11×9×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ - 130 г/л; эр. - $5,0 \times 10^{12}$ /л; лейкоц. - $4,4 \times 10^9$ /л.
2. АСТ – 0,40 ммоль/л; АЛТ – 0,45 ммоль/л; общий белок - 80 г/л; альбумины 55%; глобулины 45%; α -1 глобулины – 4%, α - 2 глобулины – 10%, β -глобулины – 16%, γ -глобулины – 15%; сахар крови - 5,0 ммоль/л; креатинин – 0,10 ммоль/л.
3. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 52 в мин. Эл. ось сердца отклонена влево, неполная блокада левой ножки пучка Гиса, признаки ГЛЖ.
4. Rg органов грудной клетки: признаки гипертрофии левого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оценить результаты лабораторного обследования
3. Какие дополнительные исследования необходимы в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
4. Назначить лечение в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи .

ЗАДАЧА № 28

Больной Ч., 19 лет, студент, поступил в отделение с жалобами на сердцебиение, ноющие боли в прекардиальной области не связанные с физической нагрузкой, чувство нехватки воздуха, усиливающееся в горизонтальном положении, тяжесть в правом подреберье, повышение температуры тела до 37,2°C. Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 3 недель: появились беспричинная слабость, миалгии, повышение температуры до 39°C, заложенность носа, першение и боли в горле при глотании. Лечился амбулаторно по поводу острого респираторного заболевания, применял противовирусные препараты, витамины, жаропонижающие. Положительный эффект лечения отметил на 3-й день, однако, через неделю вновь усилилась слабость, повысилась температура до 37, 5°C, появились колющие боли в области сердца. Больной возобновил прием рекомендованных ранее препаратов, но температура сохранялась субфебрильной, появились одышка при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, ощущение тяжести в правом подреберье. Из анамнеза жизни: Наследственность не отягощена. Болел в детстве только простудными заболеваниями. Вредных привычек не имеет. Объективные данные. Положение ортопноэ. Суставы не изменены. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы размером до 1,0 см, подвижные, безболезненные, округлой формы, плотно-эластической консистенции. Задняя стенка глотки гиперемирована, зернистая, без налетов, миндалины не увеличены.. ЧД 24 в мин. Дыхание

везикулярное, в нижних отделах легких ослаблено, выслушиваются редкие незвучные мелкопузырчатые хрипы в подлопаточных и подмышечных областях с обеих сторон. АД 95/70 мм рт.ст. Пульс пониженного наполнения и напряжения, аритмичный 130 в минуту. Верхушечный толчок слабый, смещен влево, разлитой. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо на 1 см от правой стеральной линии, вверх не увеличены, влево – на 1 см снаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, I тон на верхушке ослаблен, протодиастолический ритм галопа. ЧСС 130 уд/мин. Живот мягкий, печень на 3 см ниже реберной дуги, край слегка закруглен, пальпация болезненна. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет. Асцит не определяется.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 130 г/л; лейкоц. - $10,8 \times 10^9$ /л; юные -2%; п – 7%; с – 79%; л – 11%; м – 1%; СОЭ - 28 мм/ч.

2. ЭКГ: синусовая тахикардия 134 в мин. частые полиморфные желудочковые экстрасистолы. Электрическая ось сердца расположена нормально. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЗАДАЧИ:

1. Обосновать предварительный клинический диагноз.
2. Оценить представленные данные дополнительного обследования
3. Составить план дальнейшего обследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи .
4. Назначить лечение в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 29

Больной В., 23 лет, поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке, приступы нехватки воздуха в предутренние часы, длительные ноющие боли в области верхушки сердца с иррадиацией под лопатку не связанные с нагрузкой, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах к вечеру, общую слабость. Анамнез заболевания: в течение последних 10 лет периодически возникали колющие боли в сердце и ощущение нехватки воздуха при физической нагрузке. В подростковом возрасте отмечал боли в коленных и голеностопных суставах, лечился амбулаторно и в стационаре с хорошим эффектом. состоял на диспансерном учете. В возрасте 18 лет приступил к работе, сопряженной с физической нагрузкой, после чего появились одышка, перебои в работе сердца и сердцебиение, тяжесть в правом подреберье, стал замечать отеки на ногах к концу рабочего дня. Постепенно усилилась слабость, одышка стала появляться в покое, в том числе в ночные часы. Настоящее ухудшение в течение 10 дней: появились ознобы, температура до 37,3С, кратковременные ноющие боли в крупных суставах; участились боли в области сердца, перебои, усилилась одышка, отеки на ногах стали постоянными. Объективно: Положение ортопноэ. Акроцианоз, румянец щек. Отеки стоп, голеней. Пониженного питания. ИМТ 17,8 кг/м². Зев гиперемирован, миндалины значительно увеличены, гиперемированы. Над легкими ясный легочный звук, в подлопаточных областях несколько укорочен. Дыхание везикулярное, в подлопаточных областях незвучные мелкопузырчатые хрипы. Диастолическое дрожание грудной клетки над верхушкой. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см правее правого края грудины, верхняя - 2 межреберье, левая – по левой СКЛ. Тахикардия, ритм «перепела», акцент II тона над легочной артерией, ослабление I тона над основанием мечевидного отростка, нарастающий пресистолический шум над верхушкой сердца, усиливающийся в положении лежа на левом боку.

Печень ниже края реберной дуги на 3 см. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 120 г/л, эр. 4,210 12 /л, лейкоц. – $12,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 32 мм/ч.

2. ЭКГ: ритм синусовый, 112 в мин., электрическая ось сердца отклонена вправо. Регистрируются «двугорбые» Р в отведениях II, V1-2, высокоамплитудные Р в отведениях III, aVF. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЗАДАЧИ

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Составить план дальнейшего обследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.
3. Представить алгоритм ведения больного в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 30

Больной И., 30 лет, поступил с жалобами на головные боли, головокружение, колющие боли в области верхушки сердца, сердцебиение, приступы нехватки воздуха во второй половине ночи, общую слабость. Анамнез заболевания: боли в сердце и сердцебиение беспокоят с 13 лет, после перенесенной ангины. Находился на диспансерном учете, получал санаторно-курортное лечение, противорецидивное лечение весной и осенью. В последние 2 года головокружение и головные боли, колющие боли в области сердца стали появляться при умеренной физической нагрузке, иногда сопровождались перебоями в работе сердца. Приступы ночного удушья появились в течение последней недели после физических перегрузок. Объективно: Положение ортопноэ. Отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых. ЧД в покое - 24 в мин. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, несколько укороченный в подмышечных и подлопаточных областях с обеих сторон. Дыхание везикулярное, ослабленное с обеих сторон в нижних отделах, где прослушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. Отмечается видимая пульсация сонных артерий. Пульс на лучевых артериях скорый, высокий, 108 уд/мин. АД 145/45 мм рт.ст. При пальпации: верхушечный толчок в VI межреберье, на 1см кнаружи от левой СКЛ, разлитой, ослабленный, сниженной резистентности. При перкуссии: смещение границ относительной тупости сердца вверх до 2 ребра, левой границы кнаружи от левой СКЛ на 3 см. Тоны сердца ритмичные, ослабление I тона над верхушкой, II тона над аортой, протодиастолический шум убывающего характера над аортой и точкой Боткина-Эрба, связанный со II тоном, систолический шум на верхушке, который проводится в аксиллярную область. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 122 г/л; эр. 4,51012/л; ЦП - 0,9; лейкоц. - 4,5109/л; э – 3%; п – 2%; с – 68%; л – 25%; б – 1%; м – 1%; СОЭ - 28 мм/час.
2. Билирубин общий - 17,5 мкмоль/л, прямой – 2,5 мкмоль/л, непрямой – 15 мкмоль/л; АСТ – 0,36 ммоль/л; АЛТ – 0,42 ммоль/л; сахар – 5,5 ммоль/л; креатинин – 0,11 ммоль/л; мочевины – 5,7 ммоль/л; общий белок – 75 г/л.
3. ЭКГ: ритм синусовый, 120 в мин. Эл. ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка, неполная блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Оценить данные лабораторных исследований
3. Назначить дообследование пациента в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи.
4. Составить план ведения больного в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

ЗАДАЧА № 31

Больная И., пенсионер, 75 лет, обратилась к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие на фоне физической нагрузки, иррадиирующие в левую лопатку, руку,

купирующиеся самопроизвольно постепенно через 15-20 мин., головные боли, обмороки, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, ночные приступы удушья, периодически кашель, чаще в горизонтальном положении. До 70 лет считала себя здоровой. 5 лет назад стала периодически отмечать головные боли, головокружение, появились кратковременные за грудиной боли. За медицинской помощью не обращалась, связывая ухудшение здоровья с возрастными изменениями. Два года назад присоединились одышка с затруднением вдоха при быстрой, а затем и при спокойной ходьбе, ночные приступы удушья. Настоящее ухудшение в течение недели, когда усилились вышеуказанные жалобы. Объективно: Положение ортопноэ. Кожа бледная, акроцианоз. Отёков нет. Лимфатические узлы не увеличены. ЧД 26 в мин. В обеих подлопаточных областях ослабленное везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы. АД 120/90 мм рт.ст. Верхушечный толчок в V межреберье на 2 см кнаружи от СКЛ, разлитой, усиленный, приподнимающий. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – второе межреберье, левая – на 2 см кнаружи от левой СКЛ. Во всех точках выслушиваются приглушенные тоны сердца, ритм правильный, 100 в мин, I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены, акцент II тона на лёгочной артерии, расщепление II тона на основании сердца; на верхушке систолический шум, проводящийся в подмышечную область и в область Боткина–Эрба. Над аортой грубый систолический шум, проводящийся на обе сонные артерии. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 140 г/л; эр. – $4,7 \times 10^{12}/л$; ЦП – 1,0; лейкоц. – $6,0 \times 10^9/л$; э - 2%; п/я - 5%; с/я - 70%; лф - 18%; м - 5%. СОЭ – 7 мм/ч
2. ОАМ: отн. плотность – 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-5, эпит. – ед. в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.
3. Билирубин общий 16,0 (прямой - 4,0; непрямой - 12,0) мкмоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, фибриноген 2,0 г/л, ПТИ – 85%, АСТ – 0,26 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, СРБ – отр.
4. Рентгенография органов грудной клетки: прозрачность легочных полей снижена в нижних отделах; корни легких расширены, с нечеткими контурами, сосуды прослеживаются до периферии легочных полей. Тень сердца расширена за счет 3-й и 4-й дуг, расширена восходящая часть дуги аорты.
5. ЭКГ Ритм синусовый правильный. Признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка.

ЗАДАЧИ:

1. Сформулировать предварительный диагноз
2. Оценить данные исследования
3. Назначить дополнительные обследования в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи
4. Составить план ведения больной в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи

5. МЕТОДИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

5.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» – количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» – количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» – количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» – количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

5.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» – всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» – полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» – знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» – обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

5.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» – правильно определена цель навыка, работа выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» – ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» – ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» – не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

5.4. Критерии оценивания задачи:

«**Отлично**» – правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«**Хорошо**» – правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет $2/3$.

«**Удовлетворительно**» – правильные ответы даны на $2/3$ вопросов, выполнены $2/3$ заданий, большинство ($2/3$) ответов краткие, неразвернутые.

«**Неудовлетворительно**» – правильные ответы даны на менее $1/2$ вопросов, выполнены менее $1/2$ заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

**Лист согласования
дополнений и изменений
к комплекту ФОС_д/ ФОС_п/ ФОС_{ГИА} на _____ учебный год**

Дополнения и изменения к комплекту ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{ГИА} на
_____ учебный год по

дисциплине _____ /
практике _____ /
государственной итоговой аттестации
по специальности _____

В комплект ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{ГИА} внесены следующие изменения:

Дополнения и изменения в комплекте ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{ГИА} обсуждены на заседании
кафедры _____

« _____ » _____ 20 _____ г. (протокол № _____).

Заведующий кафедрой (для ФОС_д / ФОС_п) _____ / _____ /

Заведующий профильной кафедрой (для ФОС_{ГИА}) _____ / _____ /