

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~~ 20 ~~19~~ 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 ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Детская кардиология»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.13 «Детская кардиология»

Разработчики:

<u>Заведующий кафедрой,</u> <u>д.м.н. профессор</u> (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	<u>Новик Г.А.</u> (расшифровка)
<u>Доцент кафедры, к.м.н.</u> (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	<u>Жданова М.В.</u> (расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО
название кафедры

« <u>30</u> » <u>08</u>	2021 г.,	протокол заседания № <u>1</u>
<u>Заведующий кафедрой</u>	<u>Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО</u> название кафедры	
<u>Д.м.н., профессор</u> (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	<u>Новик Г.А.</u> (расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.13 «Детская кардиология»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б1.Б.1.1 Теоретические основы кардиологии	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б1.Б.1.2 Методы обследования больных	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б1.Б.1.3 Основные кардиологические заболевания у детей	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б1.Б.1.4 Клиническая электрокардиография	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б1.Б.1 «Детская кардиология»

Ном ер/ инде кс ком пе тенц ии	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
		Знать	Уметь	Владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях в форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных	в массиве данных обнаруживать причинно-следственные связи	методиками проведения психологических замеров и тестирований

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	основы первичной неспецифической профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы	составить план профилактических мероприятий	навыками работы с группами риска
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	основные вопросы общей и частной эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, основные принципы диспансерного наблюдения за реконвалесцентами острых и больными хроническими заболеваниями	выявить специфические анамнестические особенности; определять характер и выраженность отдельных признаков; оформлять учетно-отчетную документацию	способностью сопоставлять выявленные при обследовании симптомы с данными лабораторно-инструментальных методов исследования
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов кардиологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	основы синдромальной диагностики кардиологических заболеваний и их осложнений, основы кодирования кардиологических заболеваний по международной классификации болезней X пересмотра (МКБ X)	Выявлять симптомы, синдромы сердечно-сосудистых болезней	навыками обследования больного с сердечно-сосудистой патологией
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании кардиологической медицинской помощи	этиологию, патогенез и клинику основных кардиологических заболеваний детей, подростков и взрослых; специфику оказания медицинской помощи в кардиологическом стационаре; особенности ведения пациентов раннего возраста с кардиологическими заболеваниями	определять показания и выбирать адекватные методы лабораторного и инструментального обследования	навыками для выполнения основных диагностических и лечебных вмешательств у пациентов с врожденными и приобретенными кардиологическими заболеваниями
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной,	основы реабилитации и курортологии; основы общей патологии	учесть деонтологические проблемы при принятии	основами психологии; последовательным

	немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	человека, иммунобиологии и реактивности организма	решения; квалифицированно оформлять медицинское заключение	и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	организовать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала	опыт руководящей работы; опыт распределения по времени и месту обязанности персонала и контроля за выполнение этих обязанностей
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата	методикой оценки типовых медико-статистических показателей

**КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ
знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в
процессе освоения дисциплины Б1.Б.1 «Детская кардиология»**

1. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Детская кардиология»

1, 2, 3-ий семестр

1-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	1-100	1-100	1-49	1-20
2.	ПК-1		24-82	38-49	1-20
3.	ПК-2		24-82	1-7	1-20
4.	ПК-5	1-100, 200-400	1-23,66-100	1-23	1-20
5.	ПК-6	1-900	24-82	38-49	1-20
6.	ПК-8	1-900	24-82		1-20
7.	ПК-10				1-20
8.	ПК-11				1-20

2-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			
9.	УК-1	1-100	1-100	1-49	1-20
10.	ПК-1		24-82	38-49	1-20
11.	ПК-2		24-82	1-7	1-20
12.	ПК-5	1-100, 200-400	1-23,66-100	1-23	1-20
13.	ПК-6	1-900	24-82	38-49	1-20
14.	ПК-8	1-900	24-82		1-20
15.	ПК-10				1-20
16.	ПК-11				1-20

3-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			
17.	УК-1	1-100	1-100	1-49	1-20
18.	ПК-1		24-82	38-49	1-20
19.	ПК-2		24-82	1-7	1-20
20.	ПК-5	1-100, 200-400	1-23,66-100	1-23	1-20
21.	ПК-6	1-900	24-82	38-49	1-20
22.	ПК-8	1-900	24-82		1-20
23.	ПК-10				1-20
24.	ПК-11				1-20

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1.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.

2.2.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 необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу 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 работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружили 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.

2.4. 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».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

1. Анатомо-физиологическими особенностями сердечно – сосудистой системы у новорожденных являются:
 1. одинаковый диаметр артерий и вен;
 2. низкое давление в системе легочной артерии;
 3. преобладание правых отделов сердца;
 4. преобладание бета – окисления жирных кислот в обмене кардиомиоцитов;
 5. сниженное содержание карнитина в митохондриях кардиомиоцитов.
2. Какое направление шунтирования крови через фетальные коммуникации характерно для неонатальной легочной гипертензии:
 1. право – левое;
 2. лево – правое;
 3. бидиректоральное (перекрестное).
3. Повышенный кровоток через желудочки сердца:
 1. приводит к усиленному развитию этих отделов;
 2. приводит к торможению развития этих отделов;
 3. приводит к уменьшению объема камер сердца;
 4. не влияет на их развитие.
4. Основной причиной развития критических состояний у новорожденных с ВПС является:
 - a) сердечная недостаточность;
 - b) невозможность адекватного питания;
 - c) дыхательная недостаточность;
 - d) закрытие артериального протока при дуктус – зависимом кровообращении;
 - e) только a) и d);
 - f) все перечисленное.
5. Легочная гипертензия при ВПС в грудном возрасте характеризуется преимущественно:
 1. нормоволемией малого круга кровообращения;
 2. гиперволемией малого круга кровообращения;
 3. гиповолемией малого круга кровообращения;
 4. обструктивным поражением сосудов малого круга кровообращения.
6. В норме клапан аорты имеет:
 - a) 1 створку
 - б) 2 створки

- в) 3 створки
 - г) 1-2 створки
 - д) 2-3 створки
7. Особенности течения нарушений сердечного ритма на первом году жизни являются:
- 1. низкие резервы адаптации сердечно – сосудистой системы к аритмии;
 - 2. быстрое наступление декомпенсации сердечной деятельности с развитием недостаточности кровообращения;
 - 3. склонность к рецидивированию пароксизмальных нарушений ритма;
 - 4. относительно благоприятный прогноз при отсутствии органической патологии;
 - 5. все вышеперечисленное.
8. Влияние тахикардии на гемодинамику у детей первого года жизни характеризуется:
- 1. резким сокращением продолжительности диастолы;
 - 2. ухудшением коронарного кровотока;
 - 3. нарушением метаболических процессов в миокарде;
 - 4. снижением систолического выброса;
 - 5. всем вышеперечисленным.
9. Гемодинамические изменения у новорожденных в периоде ранней постнатальной адаптации характеризуются:
- 1. снижением легочного сосудистого сопротивления и увеличением легочного кровотока;
 - 2. увеличением системного сосудистого сопротивления;
 - 3. прекращением шунтирования крови справа налево через овальное окно;
 - 4. изменением кровотока по артериальному протоку с направлением из аорты в легочную артерию;
 - 5. всем вышеперечисленным.
10. Наиболее часто гипоксическое поражение сердца имеет:
- 1. транзиторный характер и доброкачественное течение;
 - 2. тяжелое течение с возможным летальным синдромом;
 - 3. является основой формирования синдрома вегетативной дисфункции;
 - 4. является основой формирования дилатационных кардиомиопатий.
11. Грудному ребенку перед назначением плавания нужно сделать ЭКГ, так как:
- а) ЭКГ дает информацию в отношении возможных противопоказаний;
 - б) ЭКГ уточняет данные аускультации;
 - с) ЭКГ позволяет осуществлять наблюдение в динамике.
12. На приеме девочка 10 лет с жалобами на боли в сердце. Клинически патологии не выявлено. Ей необходимо назначить:
- а) электрокардиограмму;
 - б) эхокардиографию;
 - с) велоэргометрию;
 - д) все перечисленное.
13. При решении вопроса о возможности посещения ребенком спортивной секции обязательным является проведение:
- а) ЭхоКГ;
 - б) ФКГ;
 - с) ЭКГ;
 - д) рентгенография.
14. Ультразвуковое исследование сердца не позволяет оценить:

- a) размеры полостей сердца;
- b) состояние сердечных клапанов;
- c) состояние межжелудочковой перегородки;
- d) ударный и минутный объемы сердца;
- e) насыщение крови кислородом.

15. Какое исследование наиболее информативно для дифференциальной диагностики при жалобах на боль в области сердца на фоне физической нагрузки?

- a) ЭКГ;
- b) ФКГ;
- c) рентгенограмма грудной клетки в боковой проекции;
- d) биохимический анализ крови.

16. Сердечный выброс оценивают по показателям:

- a) максимального давления
- б) ударного объема
- в) среднего гемодинамического давления (СГД)
- г) минутного объема кровообращения (МОК)
- д) периферического сопротивления (ПС)

17. Эхокардиография не является одним из основных методов исследования для выявления:

- a) врожденного порока сердца;
- b) дилатационной кардиомиопатии;
- c) опухоли левого предсердия;
- d) выпотного перикардита;
- e) пароксизмальной тахикардии.

18. Ультразвуковое исследование сердца не позволяет оценить:

- a) размеры полостей сердца;
- b) состояние сердечных клапанов;
- c) состояние межжелудочковой перегородки;
- d) ударный и минутный объемы сердца;
- e) насыщение крови кислородом.

19. Наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является:

- a) ЭКГ;
- b) УЗИ сердца;
- c) ФКГ;
- d) рентгенограмма сердца.

20. При регистрации электрокардиограммы к правой руке присоединяется электрод:

- a) красного цвета;
- b) зеленого цвета;
- c) желтого цвета;
- d) черного цвета.

21. При тотальном аномальном дренаже легочных вен жизнь возможна только:

- 1. при наличии сопутствующего открытого артериального протока;
- 2. при наличии сопутствующего дефекта межпредсердной перегородки;
- 3. при отсутствии сопутствующих дефектов.

22. Для какой из нижеперечисленных внутриутробных инфекций характерно формирование врожденного порока сердца?
1. герпетическая инфекция;
 2. цитомегаловирусная инфекция;
 3. врожденный сифилис;
 4. токсоплазмоз;
 5. краснуха.
23. В гемограмме у ребенка 1 мес. жизни с транспозицией магистральных артерий будет наблюдаться:
1. анемия;
 2. полицитемия;
 3. полиглобулия;
 4. лейкоцитоз;
 5. лейкопения;
 6. ускорение СОЭ.
24. При диабетической эмбриофетопатии у новорожденного со стороны сердца наиболее часто встречаются:
1. ВПС;
 2. гипертрофия миокарда;
 3. дилатация левых отделов сердца;
 4. нарушения сердечного ритма.
25. Наиболее частыми причинами инфарктов миокарда в периоде новорожденности являются:
1. аномальное отхождение левой коронарной артерии;
 2. тяжелая асфиксия;
 3. болезнь Кавасаки;
 4. узелковый периартериит;
 5. катетеризация пупочной вены.
26. Какие из перечисленных заболеваний сопровождаются синдромом артериальной гипертензии у новорожденных?
1. коарктация аорты;
 2. тромбоз почечных сосудов;
 3. поликистоз почек;
 4. бронхо–легочная дисплазия;
 5. микседема;
 6. синдром Дебре – Фибигера.
27. Сердечные гликозиды у новорожденных показаны при:
1. дефекте межжелудочковой перегородки;
 2. тетраде Фалло;
 3. аномальном дренаже легочных вен;
 4. стенозе аорты.
28. Диуретики показаны при:
1. общем артериальном стволе;
 2. тетраде Фалло;
 3. большом ДМЖП;
 4. тотальном аномальном дренаже легочных вен.

29. У детей грудного возраста ингибиторы АПФ показаны при:
1. дилатационной кардиомиопатии;
 2. тетраде Фалло;
 3. коарктации аорты;
 4. дефекте межжелудочковой перегородки.
30. Для болезни Помпе характерны:
1. гипогликемия;
 2. мышечная гипотония;
 3. гипертрофия миокарда;
 4. снижение активности кислой мальтазы.
31. Для выявления гипертрофической кардиомиопатии наиболее информативно:
- a) ЭхоКГ;
 - b) рентгенограмма;
 - c) радиоизотопное исследование;
 - d) ЭКГ + ФКГ + рентгенограмма.
32. Интервал PQ (PR) при синдроме преждевременного возбуждения желудочков (синдроме Вольфа – Паркинсона - Уайта), как правило, составляет:
- a) 0,14с;
 - b) 0,10с;
 - c) 0,18с;
 - d) 0,20с.
33. Отрицательный зубец перед положительным зубцом в комплексе QRS называется зубцом:
- a) S;
 - b) T;
 - c) Q.
34. В норме зубец Р у детей в III отведении должен быть:
- a) положительным;
 - b) отрицательным;
 - c) отсутствовать(изоэлектричен).
35. В норме у грудных детей на ЭКГ преобладают потенциалы:
- a) правого желудочка;
 - b) левого желудочка;
 - c) увеличены потенциалы как левого, так и правого желудочков.
36. Электрокардиограмма не отражает:
1. автоматизм;
 2. проводимость;
 3. возбудимость;
 4. сократимость;
 5. ни одного из перечисленных параметров.
37. ЭКГ новорожденного ребенка отличается от взрослого:
1. низкими зубцами Р;
 2. отклонением электрической оси влево;
 3. удлинением QT;

4. отклонением электрической оси вправо;
 5. всем перечисленным.
38. В норме у новорожденных детей на ЭКГ преобладают потенциалы:
1. правого желудочка;
 2. левого желудочка;
 3. увеличены потенциалы как левого, так и правого желудочка;
 4. нет отличий от более старшего возраста.
39. При синусовой тахикардии возможно:
- a) укорочение интервала PQ;
 - b) увеличение угла альфа QRS;
 - c) укорочение интервала QT;
 - d) изменение формы сегментов PQ и ST «Якоробразная» форма PQRSST;
 - e) все перечисленное.
40. Синусовая брадикардия не сопровождается:
- a) увеличением интервала PP и RR;
 - b) удлинением интервала PQ;
 - c) удлинением интервала QT;
 - d) все ответы правильные.
41. Что такое брадикардия?
- 1) Редкий пульс
 - 2) Частый пульс
 - 3) Аритмичный пульс
42. Укажите неправильное утверждение:
- 1) ЧСС у детей зависит от возраста
 - 2) ЧСС с возрастом снижается
 - 3) ЧСС с возрастом повышается
43. Синусовый узел располагается:
- 1) Субэндокардиально
 - 2) Субэпикардиально
 - 3) В левом предсердии
44. Синусовый узел является:
- 1) Основным водителем ритма сердца
 - 2) Единственным водителем ритма сердца
 - 3) Водителем ритма второго порядка
45. Какой зубец на ЭКГ отражает возбуждение предсердий?
- 1) Т
 - 2) R
 - 3) P
46. Какая ЧСС считается выраженной брадикардией у ребенка в возрасте от 1 до 2 лет?
- 1) 110 уд/мин
 - 2) 90 уд/мин
 - 3) 80 уд/мин
47. Какая ЧСС считается выраженной брадикардией у ребенка в возрасте 7-8 лет?
- 1) 70 уд/мин
 - 2) 65 уд/мин
 - 3) 80 уд/мин

48. Какая ЧСС считается выраженной брадикардией у ребенка в возрасте 15-16 лет?

- 1) 54 уд/мин
- 2) 70 уд/мин
- 3) 60 уд/мин

49. Какая ЧСС считается одним из ЭКГ-критериев синдрома слабости синусового узла:

- 1) На уровне 5 ‰
- 2) На уровне 10 ‰
- 3) На уровне 2 ‰ и ниже

50. Какие зубцы на ЭКГ отражают возбуждение желудочков?

- 1) Р
- 2) Комплекс QRS
- 3) Т

51. Какая самая частая форма дисфункции синусового узла у детей?

- 1) Синдром слабости синусового узла
- 2) Вегетативная дисфункция СУ
- 3) Бинодальная болезнь

52. Какая форма дисфункции синусового узла связана с органическим повреждением СУ

- 1) Острая ДСУ
- 2) СССУ
- 3) Вегетативная ДСУ

53. Синоатриальная блокада - это:

- 1) Нарушение автоматизма СУ
- 2) Блокада выхода импульсов из СУ
- 3) Межпредсердная блокада

54. Синдром бради-тахикардии означает:

- 1) Сочетание частого и редкого ритма
- 2) Синусовую аритмию
- 3) Миграцию водителя ритма

55. Какие чаще всего тахикардии имеются при СССУ, бради-тахиформе?

- 1) Фибрилляция предсердий
- 2) Желудочковая тахикардия
- 3) Синусовая тахикардия

56. Что называется потенциалом действия клетки?

1. Деполяризация клеточной мембраны
2. Деполяризация клеток синусового узла
3. Реполяризация клеточной мембраны
4. Деполяризация и последующая реполяризация клеточной мембраны

57. Какой из перечисленных механизмов определяет автоматизм синусового узла?

1. Расположение синусового узла в верхней части правого предсердия
2. Быстрое нарастание потенциала действия клетки
3. Стимуляция центральной нервной системы
4. Спонтанная диастолическая деполяризация

58. Имеется полная АВ-блокада. После комплексов QRS во II, III и aVF отведениях регистрируются отрицательные зубцы Rс одинаковыми интервалами R-P. С каким из перечисленных явлений это связано?

1. Миграция водителя ритма по предсердиям
2. Ретроградное вентрикуло-атриальное проведение возбуждения

3. Нижнепредсердная блокированная экстрасистолия

4. Нижнепредсердный замещающий ритм

59. Какое из перечисленных явлений является скрытым типом синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта?

1. Транзиторная дельта-волна на ЭКГ

2. Дельта-волна появляется при введении препаратов, блокирующих проведение импульсов через АВ-узел

3. На ЭКГ нет признаков предвозбуждения желудочков, есть приступы тахикардии, связанные с дополнительным АВ-соединением, способным проводить импульсы только в ретроградном направлении.

4. Имеются признаки предвозбуждения желудочков на ЭКГ, но нет приступов тахикардии

60. Какой из перечисленных препаратов в наибольшей степени удлиняет потенциал действия и рефрактерный период в рабочем миокарде сердца?

1. Верапамил

2. Новокаиномид

3. Этацизин

4. Амiodарон

61. Какой из перечисленных препаратов следует применить в случае расширения комплекса QRS после внутривенного введения новокаиномид?

1. Хлорид калия

2. Хлориднатрия

3. Гидрокарбонатнатрия

4. β -адреноблокатор

62. Какая пароксизмальная тахикардия купируется в/в введением АТФ?

1. Реципрокная АВ-тахикардия

2. Трепетаниепредсердий

3. Фибрилляцияпредсердий

4. Автоматическая предсердная тахикардия

63. Какой вариант электрокардиостимуляции следует выбрать при синдроме Фредерика?

1. VVI

2. DDD

3. AAI

4. VVIR

64. Какое нарушение ритма не относится к синдрому слабости синусового узла?

1. Синусовая брадикардия с частотой ритма на уровне 2% и ниже.

2. Пауза ритма длительностью 3 секунды за счет ареста синусового узла

3. Постоянная форма фибрилляции предсердий

4. Замещающий ритм из АВ-соединения

65. Какое из перечисленных явлений не относится к типичной (медленно-быстрой, slow-fast) форме пароксизмальной АВ-узловой реципрокной тахикардии?

1. Антероградноепроведение по быстрому пути АВ-соединения

2. Антероградноепроведение по медленному пути АВ-соединения

3. Ретроградноепроведение по быстрому пути АВ-соединения

4. Узкие комплексы QRS

66. Какое из перечисленных явлений не характерно для пароксизмальной ортодромной АВ-реципрокной тахикардии?

1. Ретроградное проведение по АВ-соединению
2. Ретроградное проведение по дополнительному АВ-соединению
3. Антероградное проведение по АВ-соединению
4. Узкие комплексы QRS

67. Какое из перечисленных явлений не характерно для пароксизмальной антидромной АВ-реципрокной тахикардии?

1. Широкие комплексы QRS
2. Антероградное проведение по дополнительному АВ-соединению
3. Ретроградное проведение по АВ-соединению
4. Антероградное проведение по АВ-соединению

68. Для какого из перечисленных факторов не характерна брадикардия?

1. Спортивное сердце
2. Заболевания ЖКТ
3. Заболевания ЦНС
4. Тиреотоксикоз

69. Какой из перечисленных признаков характерен для СА-блокады II степени I типа?

1. Постепенное укорочение интервала Р-Р перед паузой
2. Постепенное удлинение интервала PQ перед паузой
3. Постепенное удлинение R-R после паузы
4. Постепенное укорочение интервала PQ перед паузой

70. При приеме какого препарата может развиваться волчаночно-подобный синдром?

1. верапамил
2. амиодарон
3. новокаиномид
4. анаприлин

71. Какое из явлений не характерно для пароксизмальных АВ-реципрокных тахикардий?

1. Внезапное начало приступа
2. Внезапное окончание приступа
3. Во время ЧПЭФИ можно вызвать и купировать приступ тахикардии
4. Периоды разогрева и охлаждения во время приступа

72. Какой из перечисленных препаратов можно использовать для купирования фибрилляции предсердий при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта?

1. Анаприлин
2. Верапамил
3. Дигоксин
4. Амиодарон

73. Охарактеризуйте основную физиологическую роль АВ-узла.

1. Функция автоматизма
2. Проведение возбуждения от предсердий к желудочкам
3. Проведение возбуждения от предсердий к желудочкам и физиологическая задержка импульсов

4. Ретроградное ВА-проведение возбуждения

74. Анатомо-электрофизиологические свойства дополнительного АВ-соединения (синдром WPW) схожи со свойствами:

- 1 . Клеток миокарда предсердий
2. Соединительной ткани
- 3- Клеток синусового узла
4. Клеток АВ-узла

75. Какая аритмия не относится к варианту нормы?

- 1 . Синусовая аритмия
- 2 . Замещающий АВ-ритм
3. Пауза ритма 1500 мс у ребенка 15 лет
4. Миграция водителя ритма по предсердиям с нормальной частотой ритма.

76. Направление процессов деполяризации желудочков в норме:

- 1 - От эндокарда к эпикарду
- 2 - От эпикарда к эндокарду
- 3 - Возможны оба варианта

77. Направление процессов реполяризации желудочков норме:

- 1 - От эндокарда к эпикарду
- 2 - От эпикарда к эндокарду
- 3 - Возможны оба варианта

78. Какое побочное явление может вызвать прием верапамила?

- 1 . Удлинение интервала QT и развитие полиморфной желудочковой тахикардии типа "пируэт"
- 2 . Токсическое поражение легких
- 3 . Гипотиреоз
4. Увеличение частоты желудочковых сокращений у больных с фибрилляцией предсердий и синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта

79. Какая тахикардия купируется при возникновении АВ-блокады II степени?

- 1 . Атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительного АВ-соединения (синдром WPW)
- 2 . Очаговая предсердная тахикардия
- 3 . Трепетание предсердий
- 4 . Желудочковая тахикардия

80. Какое лечение является радикальным при суправентрикулярных тахикардиях?

- 1 . Радиочастотная катетерная абляция
- 2 - Имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- 3 - Назначение антиаритмических препаратов
- 4 - Имплантация электрокардиостимулятора

81. Какой антиаритмический препарат не увеличивает продолжительность интервала QT?

- 1 . Амiodарон
- 2 . Анаприлин
- 3 . Новокаиномид
- 4 . Соталол

82. При трепетании предсердия возбуждаются с частотой около:

1. 100 в мин;
2. 150 в мин;
3. 200 в мин;
4. 250 в мин.

83. Волны F при трепетании предсердий чаще можно наблюдать в:

1. II, III, aVF и V1 отведениях;
2. V3-4 отведениях;
3. V5-6 отведениях;
4. I, aVL отведениях.

84. При тахикардии с частотой возбуждения желудочков 160 в минуту и уширенными комплексами QRS следует предполагать наличие:

1. Пароксизма желудочковой тахикардии;
2. Пароксизма суправентрикулярной тахикардии с абберацией внутрижелудочковой проводимости;
3. Пароксизма антидромной тахикардии при синдроме WPW;
4. Всего перечисленного;
5. Ничего из перечисленного.

85. Для пароксизмальной АВ-узловой реципрокной тахикардии характерно:

1. Наличие отрицательного зубца Р в отведениях II, III, aVF перед комплексом QRS;
2. Резкое увеличение PQ в момент возникновения тахикардии;
3. Обязательное уширение комплекса QRS при большой частоте сердечных сокращений;
4. Все перечисленное.

86. Отрицательный зубец Р при пароксизмальной АВ-узловой реципрокной тахикардии чаще расположен:

1. За комплексом QRS;
2. Перед комплексом QRS;
3. Совпадает с комплексом QRS.

87. Признаками феномена WPW являются:

1. Укороченный интервал PQ;
2. Наличие дельта-волны;
3. Расширение комплекса QRS;
4. Все перечисленное.

88. Признаком пароксизмальной желудочковой тахикардии являются:

1. Уширение комплекса QRS $> 0,14$ с;
2. Наличие синусовых зубцов Р, не связанных с комплексом QRS;
3. Появление проводных синусовых импульсов (захватов);
4. Появление сливных комплексов QRS;
5. Все перечисленное.

89. При АВ – диссоциации наблюдаются:

1. Одновременное существование 2-х водителей ритма в предсердии и желудочке;
2. Ретроградная блокада проведения возбуждения от желудочков к предсердиям;
3. И то, и другое;
4. Ни то, ни другое.

90. При синоатриальной блокаде II степени может наблюдаться:

1. Постепенное замедление синоатриальной проводимости с последующим выпадением очередного импульса;
2. Не меняющееся время синоатриального проведения с выпадением очередного импульса;
3. И то, и другое;
4. Ни то, ни другое.

91. При межпредсердной блокаде на ЭКГ может наблюдаться:

1. Появление уширенного двугорбого зубца Р;
2. Мерцание левого предсердия;
3. И то, и другое;
4. Ни то, ни другое.

92. При АВ – блокаде II степени по типу Мобитц II наблюдается:

1. Постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением желудочкового комплекса;
2. Постепенное укорочение интервала PP перед выпадением желудочкового комплекса;
3. Выпадение одного или нескольких комплексов QRS;
4. Все ответы правильные;
5. Правильного ответа нет.

93. Наиболее характерным признаком блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса являются:

1. Резкое отклонение электрической оси влево;
2. Отклонение электрической оси вправо;
3. Деформация комплекса QRS;
4. Расширение комплекса QRS > 0.10 сек;
5. Изменение конечностей части желудочкового комплекса.

94. Наиболее характерный признак блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса это:

1. Отклонение электрической оси вправо;
2. Резкое отклонение электрической оси вправо;
3. Расширение комплекса QRS > 0.10 сек;
4. Деформация комплекса QRS;
5. Изменение конечностей части желудочкового комплекса.

95. Подъем сегмента ST на ЭКГ покоя у больных без ишемической болезни сердца может наблюдаться при:

1. Острых перикардитах;
2. Нарушении внутрижелудочкового проведения (в отведениях с глубокими зубцами S);
3. Тромбоэмболии легочной артерии (в отведении V1-2);
4. Синдроме ранней реполяризации;
5. Во всех перечисленных случаях.

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

1. Подъем ST в нескольких отведениях;
2. Снижение ST в отведениях V1-5;
3. Отрицательный зубец Т в нескольких отведениях;
4. Правильного ответа нет;
5. Все ответы правильные.

97. При констриктивном перикардите на ЭКГ может наблюдаться:

1. Снижение вольтажа QRS комплексов;
2. Уплотнение или инверсия зубца Т;
3. Уширенный зубец Р в I и II отведениях;

4. Все перечисленное;
5. Ничего из перечисленного.

98. Специфичными для миокардита являются:

1. Нарушения проводимости на различных уровнях;
2. Эктопические ритмы;
3. Синусовая тахикардия;
4. Мерцательная аритмия;
5. Специфических нарушений ритма и проводимости нет.

99. При миокардитах может наблюдаться:

1. Депрессия сегмента ST;
2. Сглаженный или отрицательный зубец T;
3. Блокада ножек пучка Гиса;
4. Псевдоинфарктный зубец Q;
5. Все перечисленное.

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

1. Удлинения интервала QT;
2. Корытообразного смещения сегмента ST;
3. Двухфазного зубца T;
4. Удлинение интервала PQ;
5. Правильного ответа нет.

101. При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте трех месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, за исключением

- а) одышки и непереносимости физической нагрузки
- б) гипотрофии
- в) акцента второго тона на легочной артерии
- г) судорог

102. При одышечно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло не показано

- а) ввести строфантин
- б) дать кислород
- в) назначить пропранолол (анаприлин, обзидан)
- г) ввести промедол

103. К врожденным порокам сердца, которые лечат оперативно в первые годы жизни ребенка, обычно не относится

- а) открытый артериальный проток
- б) коарктация аорты
- в) транспозиция крупных сосудов
- г) небольшой мышечный дефект межжелудочковой перегородки

104. При ревматоидном артрите может наблюдаться

- а) высокая лихорадка
- б) перикардит
- в) увеличение лимфоузлов
- г) СОЭ 60 мм/ч
- д) все перечисленное

105. У мальчика 10-ти лет наблюдаются боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38⁰С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз

- а) постинфекционный миокардит
- б) ревматизм
- в) ревматоидный артрит
- г) септический кардит

106. Для диагностики ревматизма по Киселю-Джонсу-Нестерову основными критериями являются:

- а) повышение титра антистрептолизина «О»
- б) абдоминальный синдром
- в) полиартрит
- г) снижение зубца Т на ЭКГ

107. Одним из основных диагностических критериев ревматизма является

- а) очаговая инфекция
- б) кардит

- в) общее недомогание
- г) артралгия

108. Основной причиной формирования приобретенных пороков сердца у детей является

- а) фиброэластоз
- б) системная красная волчанка
- в) ревматизм
- г) септический эндокардит

109. Ребенку с предварительным диагнозом «ревматизм» необходимо назначить

- а) клинический анализ крови амбулаторно
- б) биохимический анализ крови амбулаторно
- в) консультацию кардиоревматолога
- г) госпитализацию

110. Если ребенка с предварительным диагнозом «ревматизм, активная фаза» не госпитализировали, то ему необходимо сделать все перечисленное, кроме

- а) клинического анализа крови на дому
- б) ЭКГ на дому
- в) назначения аспирина или ибупрофена
- г) ЭХОКГ в диагностическом центре

111. Ребенку с предположительным диагнозом «ревматизм» целесообразно назначить дома до госпитализации:

- а) преднизолон
- б) бетаметазон
- в) дексаметазон
- г) ибупрофен + супрастин

112. В начальный период ревматической атаки показано применение

- а) пенициллина
- б) цефтриаксона
- в) левомицетина
- г) бициллина

113. Ребенок лечился в стационаре в течение двух месяцев. Активность ревматизма стихла. После выписки необходимо рекомендовать

- а) аспирин ($1/2$ возрастной дозы) и бициллин-5
- б) бициллин-3
- в) пенициллин
- г) эритромицин

114. Нестероидные противовоспалительные препараты не рекомендуются при

- а) ревматизме
- б) ревматоидном артрите
- в) болезни Верльгофа
- г) посттравматическом артрите

115. Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать

- а) усиление тромбообразования
- б) повышение артериального давления
- в) возникновение язвы в желудочно-кишечном тракте
- г) гипергликемию
- д) все перечисленное

116. При лечении больного цитостатическими иммуносупрессантами необходимо назначать регулярно
- а) консультацию окулиста
 - б) клинический анализ крови
 - в) рентгенографию (для выявления остеопороза)
 - г) измерение артериального давления
117. При дистрофии миокарда показано назначение
- а) ацетилсалициловой кислоты
 - б) диклофенака
 - в) витаминов, оротата калия, карнитина
 - г) хлористого кальция
118. Более быстрое диуретическое действие оказывает
- а) гипотиазид
 - б) лазикс
 - в) диакарб
 - г) верошпирон
119. Высокую гипертензию чаще обуславливает
- а) порок развития сосудов почки
 - б) пиелонефрит
 - в) удвоение чашечно-лоханочной системы
 - г) наследственный нефрит
120. Для выявления вазоренальной гипертензии наиболее информативным исследованием является
- а) цистография
 - б) измерение артериального давления на ногах
 - в) внутривенная урография
 - г) ренальная ангиография
121. Из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией
- а) стеноз легочной артерии
 - б) стеноз аорты
 - в) коарктация аорты
 - г) дефект межпредсердной перегородки
122. Для дифференциальной диагностики гипертензии при коарктации аорты наиболее информативным является
- а) повышение в моче уровня альдостерона
 - б) нормальное содержание в моче 17-кетостероидов
 - в) артериальное давление на ногах ниже, чем на руках
 - г) снижение в моче уровня катехоламинов
123. При впервые выявленной частой экстрасистолии у ребенка следует
- а) назначить постельный режим и противоревматическую терапию
 - б) ограничить физические нагрузки
 - в) под наблюдением назначить индерал внутрь
 - г) госпитализировать для обследования
124. При пароксизмальной тахикардии наиболее характерным симптомом является
- а) частота сердечных сокращений 120 ударов в мин
 - б) частота сердечных сокращений более 160-180 ударов в мин, ритмичные
 - в) частота сердечных сокращений 140 ударов в мин
 - г) перебои (выпадения) сердечных сокращений

125. При полной атриовентрикулярной блокаде (атриовентрикулярная блокада III степени) наблюдается
- а) дизритмия
 - б) ритм 50-60 ударов в мин
 - в) ритм 90 ударов в мин
 - г) дефицит пульса
126. При полной атриовентрикулярной (поперечной) блокаде могут наблюдаться приступы
- а) резкого цианоза
 - б) потери сознания
 - в) сердцебиения
 - г) одышечно-цианотические
127. В случае приступа Морганьи-Эдамса-Стокса при атриовентрикулярной блокаде к средствам неотложной терапии не относится
- а) строфантин
 - б) атропин
 - в) адреналин
 - г) закрытый массаж сердца
128. Для ваготонического типа вегетодистонии не характерны
- а) гипергидроз
 - б) белый дермографизм
 - в) частые «вздохи»
 - г) склонность к обморокам
129. При поствирусном миокардите наиболее часто отмечается
- а) систолодиастолический шум
 - б) длинный дующий систолический шум на верхушке
 - в) мезодиастолический шум
 - г) глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум
130. Для бактериального (инфекционного) кардита характерны следующие симптомы
- а) лихорадка
 - б) поражение аортального клапана
 - в) увеличение СОЭ
 - г) гиперкоагуляция
 - д) все перечисленные
131. В диагностике поствирусного миокардита наибольшее значение имеет
- а) рентгенограмма сердца
 - б) ФКГ
 - в) реограмма
 - г) холтеровская ЭКГ
132. При дифтерийном миокардите с недостаточностью кровообращения следует назначить
- а) кофеин
 - б) кордиамин
 - в) добутамин
 - г) индерал (анаприлин)
133. Миокардиодистрофию при пневмонии характеризует
- а) нарушение проводимости (удлинение PQ)
 - б) перегрузка левого желудочка
 - в) блокада левой ножки пучка Гиса
 - г) снижение зубца Т, приглушение тонов сердца

134. Дистрофия миокарда может возникнуть у детей при

- а) аллергических реакциях
- б) эндокринных заболеваниях
- в) сепсисе и остеомиелите
- г) ожирении
- д) всем перечисленном

135. На приеме девочка 10-ти лет с жалобами на боли в сердце. Клинически патологии не выявлено. Ей необходимо назначить

- а) ЭКГ, эхокардиограмму
- б) велоэргометрию
- в) реокардиограмм
- г) пробу с физической нагрузкой

136. Исследование, обязательно показанное грудному ребенку перед назначением плавания

- а) ФКГ
- б) рентгенограмма сердца
- в) тахиосцилография
- г) ЭКГ

137. Для гипертрофической кардиомиопатии при ультразвуковом исследовании сердца характерно

- а) гипертрофия межжелудочковой перегородки
- б) увеличение полости левого желудочка
- в) увеличение полости правого желудочка
- г) гипертрофия предсердий

138. Для дилатационной кардиомиопатии характерно

- а) гипертрофия левого желудочка
- б) увеличение полостей желудочков
- в) гипертрофия правого желудочка
- г) гипертрофия межжелудочковой перегородки

139. Перед началом занятий в спортивной секции обязательным является проведение

- а) ЭхоКГ
- б) ФКГ
- в) ЭКГ
- г) рентгенографии

140. Для выявления гипертрофической кардиомиопатии наиболее информативно

- а) ЭХОКГ
- б) рентгенограмма
- в) радиоизотопное исследование
- г) ЭКГ;

141. PQ при синдроме преждевременного возбуждения желудочков (синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта) составляет

- а) 0,14 мс
- б) 0,10 мс
- в) 0,18 мс
- г) 0,20 мс

142. Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению

- а) ревматизма
- б) гипертрофической кардиомиопатии
- в) пароксизмальной тахикардии

г) перикардита

143. Наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является

- а) ЭКГ
- б) ультразвуковое исследование
- в) ФКГ
- г) рентгенограмма сердца

144. Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативно

- а) положительная реакция Манту
- б) рентгенологические данные
- в) определение иммуноглобулинов
- г) утолщение костальной плевры

145. Во время гормональной терапии при ревматизме и ревматоидном артрите рекомендуется включить в диету

- а) творог и кефир
- б) овощные и фруктовые салаты
- в) печеный картофель
- г) все перечисленное

146. Фракция выброса левого желудочка определяется по данным

- а) рентгенокардиографии
- б) ультразвукового исследования
- в) электрокардиографии
- г) компьютерной томографии

147. Выберите диуретик, которому вы отдадите предпочтение при острой левожелудочковой недостаточности

- а) диакарб
- б) маннитол
- в) фуросемид
- г) верошпирон

148. Для лечения пароксизма суправентрикулярной тахикардии могут быть использованы

- а) дигоксин
- б) верошпирон
- в) лидокаин
- г) клофелин

149. Для купирования пароксизмов суправентрикулярной тахикардии могут применяться

- а) массаж каротидного синуса
- б) введение лидокаина

150. Каким из перечисленных средств Вы отдадите предпочтение при лечении гипертонического криза

- а) папаверин
- б) клофелин
- в) эуфиллин
- г) лидокаин

151. Какие из перечисленных признаков свидетельствуют об интоксикации сердечными гликозидами

- а) тахикардия
- б) нарушение цветового зрения

- в) появление на ЭКГ желудочковой экстрасистолы, аллоритмии
- г) "корытообразное" снижение ST на ЭКГ

152. Преобладающая по правожелудочковому типу сердечная недостаточность клинически характеризуется

- а) тахикардией
- б) периферическими отеками
- в) увеличением размеров печени
- г) все вышеперечисленное

153. Для лечения синдрома сердечной недостаточности используют:

- а) периферические вазодилататоры
- б) диуретики
- в) препараты калия
- г) все вышеперечисленное

154. Левожелудочковая сердечная недостаточность клинически характеризуется:

- а) появлением влажных хрипов в легких
- б) повышением артериального давления
- в) увеличением размеров печени
- г) понижением артериального давления

155. Какие из исследований необходимо провести при узловатой эритеме

- а) титр АСЛЮ
- б) мазки из зева
- в) диагностика хламидиоза
- г) все перечисленное

156. При лечении какого заболевания β -адреноблокаторы являются препаратами выбора

- а) миокардит
- б) гипертрофическая кардиомиопатия
- в) феохромоцитома
- г) вазоренальная артериальная гипертензия

157. Какой из препаратов используется при лечении атрио-вентрикулярных блокад

- а) этмозин
- б) лидокаин
- в) изадрин
- г) ритмилен

158. Препаратом выбора для купирования гипертонического криза при феохромоцитоме является

- а) клофелин
- б) фентоламин
- в) пентамин
- г) обзидан

159. Что из перечисленного является наиболее информативным в диагностике экссудативного перикардита:

- а) наличие характерного болевого синдрома
- б) данные рентгенографии
- в) шум трения перикарда
- г) результаты ЭХОКГ

160. Среднее систолическое артериальное давление (мм рт.ст.) у детей старше 1 года рассчитывается по формуле

- а) $60+2n$ (n - возраст в годах)

- б) $90+n$
- в) $90+2n$
- г) $100+n$

161. Артериальное давление на ногах по сравнению с руками

- а) такое же
- б) выше на 20 – 30 мм. рт. ст.
- в) ниже на 20 – 30 мм.

162. Особенности сосудов у детей по сравнению со взрослыми

- а) артерии относительно шире
- б) относительно широкий просвет вен
- в) просвет вен шире просвета артерий
- г) меньшая скорость кровотока

163. Отличительными признаками функционального шума в сердце у детей являются

- а) тихий, мягкий тембр
- б) длинный
- в) постоянный
- г) не меняется после физической нагрузки

164. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта характеризуется

- а) укорочением интервала PQ (PR)
- б) укорочением комплекса QRS
- в) появлением частых экстрасистол
- г) появлением приступов брадикардии

165. Клиническими симптомами вегетативной дистонии преимущественно по симпатикотоническому типу являются:

- а) сухость кожных покровов
- б) склонность к брадикардии
- в) вазо-вагальные обмороки
- г) повышенная сальность кожи

166. При подозрении на синдром вегетативной дистонии рекомендуется проведение обследования

- а) проведение велоэргометрии
- б) ЭХОКГ
- в) рентгенография сердца в трех проекциях
- г) проведение кардиоинтервалографии

167. Клиническими симптомами вегетативной дистонии преимущественно по ваготоническому типу являются

- а) ночные (в первую половину ночи) боли в ногах
- б) пониженное потоотделение
- в) склонность к тахикардии
- г) увеличением размеров печени

168. Для узелкового периартериита характерны следующие синдромы

- а) миокардит
- б) олигофрения
- в) мочевого синдром
- г) понижение артериального давления

169. Наиболее выражены изменения кожи в виде индурации и атрофии при

- а) склеродермии
- б) узелковом периартериите

- в) системной красной волчанке
- г) ювенильном ревматоидном артрите

170. Критерии ранней диагностики ювенильного ревматоидного артрита включают

- а) аннулярная эритема
- б) симметричное поражение крупных суставов
- в) поражение грудного отдела позвоночника
- г) кардит

171. Для лечения синдрома сердечной недостаточности используют

- а) периферические вазодилататоры
- б) антибактериальные препараты
- в) препараты натрия
- г) спазмолитики

172. Левожелудочковая сердечная недостаточность клинически характеризуется

- а) появлением влажных хрипов в легких
- б) повышением артериального давления
- в) увеличением размеров печени
- г) появлением ритма «галопа»

173. Преобладающая по правожелудочковому типу сердечная недостаточность клинически характеризуется всеми признаками, кроме

- а) тахикардией
- б) периферическими отеками
- в) увеличением размеров печени
- г) влажными хрипами в легких

174. Артериальной гипертензией может сопровождаться следующий врожденный порок

- а) стеноз аорты
- б) стеноз легочной артерии
- в) коарктация аорты
- г) дефект межпредсердной перегородки

175. Причинами вазоренальной гипертензии у детей могут быть все, кроме

- а) аорто-артериит
- б) добавочные почечные артерии
- в) гипоплазия почки и почечных сосудов
- г) пиелонефрит

176. Какой симптом не является поводом для подозрения на инфекционный эндокардит у больного с пороком сердца или у больного после радикальной коррекции порока сердца

- а) субфебрилитет
- б) петехиальная сыпь
- в) носовые кровотечения
- г) энурез

177. Основными клиническими проявлениями миокардита являются

- а) брадикардия
- б) расширение границ относительной сердечной тупости преимущественно влево
- в) грубый скребущий характер систолического шума вдоль левого края грудины
- г) снижение вольтажа предсердного комплекса на ЭКГ

178. Обязательными в плане обследования при остром миокарде являются

- а) электрокардиография
- б) эхокардиография
- в) рентгенография сердца в трех проекциях

г) все вышеперечисленное

179. При неревматическом кардите на эхокардиограмме можно выявить

- а) увеличение полостей сердца
- б) уменьшение полостей сердца
- в) снижение фракции выброса
- г) приглушение сердечных тонов

180. Особенности ревматического полиартрита являются

- а) симметричное поражение мелких суставов
- б) поражение крупных суставов
- в) «летучий» характер полиартрита
- г) поражение мелких суставов

181. Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:

- а) Правым желудочком.
- б) Левым желудочком.
- в) Левым предсердием.

182. Механическое сцепление соседних кардиомиоцитов обеспечивается:

- а) Промежуточными соединениями.
- б) Десмосомами.
- в) Поперечной тубулярной системой.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Ничем из перечисленного.

183. Коронарные артерии относятся к артериям:

- а) Эластического типа.
- б) Мышечно-эластического типа.
- в) Мышечного типа.

184. Сосуды Вьессена-Тебезия:

- а) Относятся к особому типу артерио-венозных анастомозов.
- б) Представляют собой узкие сосудистые щели, выстланные эндотелием.
- в) Обеспечивают непосредственный переход крови из артерий в вены, минуя капиллярную сеть.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

185. Основными сократительными белками являются:

- а) Миозин.
- б) Тропомиозин.
- в) Тропонин.
- г) Актин.
- д) Правильно 1 и 4.

186. На скорость сокращения миофибрилл влияют:

- а) Скорость гидролиза АТФ.
- б) Концентрация ионов кальция.
- в) Концентрация ионов магния.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

187. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:

- а) Синусового узла.
- б) Клеток сократительного миокарда.
- в) Атрио-вентрикулярного узла.
- г) Пучка Гиса и его разветвлений.
- д) Волокон Пуркинье.

188. Наиболее высокая скорость проведения импульсов регистрируется в:

- а) Атрио-вентрикулярном узле.
- б) Атрио-вентрикулярном соединении.
- в) Пучке Гиса.
- г) Волокнах Пуркинье.

189. К артериям мышечного типа относятся:

- а) Легочная артерия.
- б) Коронарные артерии.
- в) Почечная, мезентериальные артерии.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 2 и 3.

190. Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:

- а) Замедление проведения импульсов.
- б) Ускорение проведения импульсов.
- в) Генерация импульсов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

191. Изменения конечной части желудочкового комплекса у больных сахарным диабетом могут быть обусловлены:

- а) Ишемической болезнью сердца.
- б) Нарушением липидного обмена.
- в) Диабетической ангиопатией.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно 1 и 3.

192. Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте является:

- а) Фактором риска развития мозгового инсульта.
- б) Характеризует доброкачественное течение гипертонии.
- в) Часто приводит к развитию недостаточности кровообращения.
- г) Является вариантом нормы.
- д) Все ответы правильные.

193. Основными условиями для возникновения аритмии по механизму повторного входа волны возбуждения являются:

- а) Наличие 2-х путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически.
- б) Блокада проведения импульса по одному из них.
- в) Восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

194. Наличие аритмии у больного указывает на:
- а) Заболевание сердца.
 - б) Плохой прогноз жизни у данного больного.
 - в) Может выявляться у практически здоровых людей.
 - г) Все перечисленное.
 - д) Только 1 и 2.
195. Абсолютный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:
- а) Продолжительности комплекса QRS.
 - б) Продолжительности сегмента ST.
 - в) Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.
 - г) Окончанию зубца Т.
196. Относительный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:
- а) Продолжительности комплекса QRS.
 - б) Продолжительности сегмента ST.
 - в) Продолжительности зубца Т.
 - г) Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.
197. Функцией возбудимости обладают:
- а) Клетки проводящей системы.
 - б) Клетки сократительного миокарда.
 - в) Мезенхимальные клетки.
 - г) Все перечисленное.
 - д) Только 1 и 2.
198. Наибольшей автоматической активностью в норме обладают:
- а) Синусовый узел.
 - б) Атрио-вентрикулярное соединение.
 - в) Пучок Гиса.
 - г) Волокна Пуркинье.
199. Образование тромбов:
- а) Часто наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов.
 - б) Редко наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов.
 - в) Не зависит от сосуда.
200. Фибринолитическая активность крови при применении гепарина:
- а) Повышается.
 - б) Понижается.
 - в) Не изменяется.
201. Замедление тока крови:
- а) Сочетается с повышением содержания тромбоцитов в крови.
 - б) Сопровождается повышением вязкости крови.
 - в) Сопровождается повышением риска тромбообразования.
 - г) Сопровождается снижением фибринолитической активности крови.
202. В регуляции сердечной деятельности принимают участие:
- а) Хеморецепторы артериальной стенки.
 - б) Сердечные барорецепторы.
 - в) Легочные барорецепторы.

- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

203. При раздражении каротидного синуса частота сердечных сокращений:

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

204. При раздражении каротидного синуса артериальное давление:

- а) Повышается.
- б) Понижается.
- в) Не изменяется.

205. В коронарных артериях имеются:

- а) Альфа- и бета-адренергические рецепторы.
- б) Только альфа-адренорецепторы.
- в) Только бета-адренорецепторы.

206. У здоровых людей частая электрическая стимуляция предсердий:

- а) Увеличивает ударный объем.
- б) Уменьшает ударный объем.
- в) Не влияет на ударный объем.

207. Аортальный клапан состоит из:

- а) Трех створок.
- б) Двух створок.
- в) Одной створки.

208. У здоровых людей адреналин:

- а) Увеличивает частоту сердечных сокращений.
- б) Уменьшает частоту сердечных сокращений.
- в) Не влияет на частоту сердечных сокращений.

209. Факторами риска развития ишемической болезни сердца является все перечисленное, кроме:

- а) Артериальной гипертонии.
- б) Гиперхолестеринемии.
- в) Повышенной толерантности к углеводам.
- г) Курения.
- д) Правильного ответа нет.

210. Курение следует считать:

- а) Фактором риска развития перемежающейся хромоты.
- б) Одним из факторов риска развития ишемической болезни сердца.
- в) Одним из факторов риска развития бронхогенного рака легких.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 3.

211. Значение избыточной массы тела как фактора риска ишемической болезни сердца ассоциируется с:

- а) Нарушением липидного обмена.
- б) Нарушением углеводного обмена.

- в) Повышением уровня артериального давления.
- г) Понижением физической активности.
- д) Всем перечисленным.

212. Из перечисленных факторов риска ишемической болезни сердца наиболее значимым является:

- а) Повышение массы тела на 30% и более.
- б) Гиперхолестеринемия более 240 мг %.
- в) Артериальная гипертензия при диастолическом АД = 95 мм. рт. ст.
- г) Нарушение толерантности к углеводам.
- д) Правильно 2 и 3.

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

- а) В аорте и ее ветвях.
- б) В капиллярах.
- в) В артериолах.
- г) В венах.

214. В физиологических условиях между величиной минутного объема и величиной общего периферического сосудистого сопротивления существует:

- а) Обратная зависимость.
- б) Прямая зависимость.
- в) Нет четкой зависимости.

215. Согласно рекомендации экспертов ВОЗ, критерием пограничного повышения систолического артериального давления является:

- а) 130-139 мм. рт. ст.
- б) 140-159 мм. рт. ст.
- в) 160-170 мм. рт. ст.
- г) 180-190 мм. рт. ст.

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

- а) 80-84 мм. рт. ст.
- б) 85-89 мм. рт. ст.
- в) 90-94 мм. рт. ст.
- г) 95-99 мм. рт. ст.

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

- а) Нормальным.
- б) Пониженным.
- в) Повышенным.
- г) Все ответы правильные.

218. Высокая активность ренина в плазме крови у больного артериальной гипертензией позволяет исключить наличие:

- а) Стеноза устья почечных артерий.
- б) Синдрома Конна.
- в) Гипертонической болезни.
- г) Феохромоцитомы.
- д) Пиелонефрита.

219. Механизмами повышения АД могут быть:
- а) Повышение общего периферического сосудистого сопротивления.
 - б) Увеличение массы циркулирующей крови.
 - в) Увеличение минутного объема сердца.
 - г) Все перечисленное.
220. Синтез ренина осуществляется в:
- а) Клетках юкстагломерулярного аппарата.
 - б) Клетках коркового слоя надпочечников.
 - в) Клетках мозгового слоя надпочечников.
 - г) Все ответы правильные.
221. Регуляция секреции ренина обеспечивается:
- а) Барорецепторами, находящимися в стенках приводящих почечных артериол.
 - б) Хеморецепторами дистальных почечных канальцев.
 - в) Симпато-адреналовой системой.
 - г) Простагландинами.
 - д) Все ответы правильные.
222. Повышение активности ренина наблюдается при:
- а) Кровопотере.
 - б) Гиповолемии.
 - в) Резком ограничении соли в пище.
 - г) Стенозе почечных артерий.
 - д) Всем перечисленным.
223. Из перечисленных субстанций вазопрессором является:
- а) Ангиотензин- II.
 - б) Ангиотензин- I.
 - в) Ренин.
 - г) Простациклин.
 - д) Все ответы правильные.
224. При возрастании концентрации натрия в плазме секреция ренина:
- а) Уменьшается.
 - б) Увеличивается.
 - в) Не меняется.
225. Значительное повышение содержания альдостерона сочетается с:
- а) Гипокалиемией.
 - б) Гиперкалиемией.
 - в) Не влияет на содержание калия.
226. Транспорт липидов крови обеспечивается:
- а) Белками.
 - б) Форменными элементами крови .
 - в) Углеводами.
 - г) Липиды находятся в плазме в свободном состоянии.
227. Фосфолипиды входят в состав:
- а) Хиломикронов.

- б) Липопротеидов очень низкой плотности.
- в) Липопротеидов низкой плотности.
- г) Липопротеидов высокой плотности.
- д) Все ответы правильные.

228. Основной транспортной формой пищевых липидов являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) Липопротеиды высокой плотности.
- д) Все ответы правильные.

229. Основной транспортной формой эндогенного холестерина являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) Липопротеиды высокой плотности.
- д) Все ответы правильные.

230. Наиболее "атерогенными" липопротеидами считаются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности .
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) Липопротеиды высокой плотности.
- д) Липопротеиды промежуточной плотности.

231. Дислипидопроотеидемия считается "атерогенной", если:

- а) Понижено содержание липопротеидов низкой плотности.
- б) Понижено содержание липопротеидов очень низкой плотности.
- в) Повышено содержание липопротеидов высокой плотности.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

232. При атеросклерозе в меньшей степени поражаются артерии:

- а) Эластического типа.
- б) Мышечно-эластического типа.
- в) Мышечного типа.

233. Липоидоз аорты:

- а) Никогда не наблюдается у детей грудного возраста.
- б) Всегда встречается у детей грудного возраста.
- в) Может встречаться у детей грудного возраста.

234. Липоидоз аорты:

- а) Редко встречается у детей 10-летнего возраста.
- б) Часто встречается у детей 10-летнего возраста.
- в) Не встречается у детей 10-летнего возраста.

235. Липоидоз аорты:

- а) Может подвергаться обратному развитию.
- б) Не может подвергаться обратному развитию.
- в) Неизвестно.

236. Для гиперлипопротеидемии II "А" типа характерно:
- а) Повышение уровня холестерина.
 - б) Повышение уровня триглицеридов.
 - в) Повышение уровня холестерина и триглицеридов.
 - г) Правильного ответа нет.
237. Для гиперлипопротеидемии типа II "Б" характерно:
- а) Повышение уровня холестерина.
 - б) Повышение уровня триглицеридов.
 - в) Повышение уровня холестерина и триглицеридов.
 - г) Правильного ответа нет.
238. Для гиперлипопротеидемии 4 типа характерно:
- а) Повышение уровня холестерина.
 - б) Повышение уровня триглицеридов.
 - в) Повышение уровня холестерина и триглицеридов.
 - г) Правильного ответа нет.
239. Наиболее атерогенным из гиперлипопротеидемий является:
- а) Тип I.
 - б) Тип 2 "А".
 - в) Тип 2 "Б".
 - г) Тип 4.
 - д) Правильно 2 и 3.
240. Передняя поверхность сердца представлена в основном:
- а) Ушком правого предсердия и правым предсердием.
 - б) Правым желудочком.
 - в) Левым желудочком.
241. В состоянии покоя концентрация калия:
- а) Внутри клетки больше, чем вне клетки.
 - б) Внутри клетки меньше, чем вне клетки.
 - в) Внутри и вне клетки одинакова.
242. В состоянии покоя концентрация натрия:
- а) Внутри клетки больше, чем вне клетки.
 - б) Внутри клетки меньше, чем вне клетки.
 - в) Внутри клетки и вне клетки одинакова.
243. При увеличении нагрузки на сердце окислительное фосфорилиро-вание:
- а) Активизируется.
 - б) Угнетается.
 - в) Не изменяется.
244. Коронарное кровоснабжение миокарда желудочков:
- а) Более выражено, чем в предсердиях.
 - б) Характеризуется широким внутриорганным анастомозированием.
 - в) Более развито во внутренних слоях миокарда.
 - г) Все перечисленное.
 - д) Ничего из перечисленного.

245. Кардиомиопатией называют:

- 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.

246. 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.

247. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:

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

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

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

249. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:

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

250. 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.

251. 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.

251. При аускультации больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:

- а) Дующего пансистолического шума в точке Боткина.
- б) Грубого среднесистолического шума в точке Боткина.
- в) Позднего систолического шума в точке Боткина.
- г) Все перечисленное.

252. 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.

253. 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.

254. 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.

255. У больных гипертрофической кардиомиопатией верхушечный толчок:

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

256. 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.

257. 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.

258. Фракция выброса левого желудочка у больных гипертрофической кардиомиопатией:

- а) В пределах нормы.
- б) Увеличена.
- в) Снижена.

259. 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.

260. Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием:

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

261. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

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

262. Неинфекционные миокардиты возникают вследствие:

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

263. 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.

264. 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.

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

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

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

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

267. 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.

268. При тяжелом прогрессирующем течении миокардита возможно применение:

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

269. 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.

270. 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.

271. Снижение сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:

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

272. Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для:

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

273. 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.

274. 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.

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

- а) Избыточное потребление алкоголя.
- б) Избыточное потребление жидкости.
- в) Наличие кобальта в пиве.

276. Концентрическая симметричная гипертрофия левого желудочка:

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

277. Гигантские отрицательные зубцы "Т" в прекордиальных отведениях характерны для:

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

278. 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.

279. 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.

280. 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.

281. Ассиметрическая 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

281. Для амилоидоза сердца характерно:

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

282. Для амилоидоза сердца не характерна:

- а) Дилатация предсердий.
- б) Дилатация желудочков.
- в) Гипертрофия межжелудочковой перегородки.

г) Гипертрофия задней стенки левого желудочка.

283. При амилоидозе сердца толщина стенок левого желудочка:

- а) Не изменена.
- б) Увеличена.
- в) Уменьшена.

284. Для амилоидоза сердца характерна:

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

285. Для аритмогенной дисплазии правого желудочка характерна:

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

286. Выпот в перикард наиболее часто встречается при:

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

287. Эозинофилия нередко наблюдается при:

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

288. Фиброз эндокарда характерен для:

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

289. Нарушение взаимной ориентации волокон миокарда наиболее характерно для:

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

290. Париетальный фибропластический эндокардит Леффлера относится к:

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

291. Дилатационная кардиомиопатия встречается среди населения:

- а) Европы.
- б) Америки.

- в) Азии.
- г) Африки.
- д) Все ответы правильные.

292. Гипертрофическая кардиомиопатия встречается в:

- а) Европе.
- б) Австралии.
- в) Америке.
- г) Все ответы правильные.

293. Рестриктивная кардиомиопатия встречается, главным образом в:

- а) Европе.
- б) Северной Америке.
- в) Азии.
- г) Африке.

294. Митральная регургитация достаточно часто встречается при:

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

295. 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.

296. Дилатация предсердий достаточно часто встречается при:

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

297. Динамическая обструкция выносящего тракта левого желудочка свойственна:

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

298. Семейная распространенность свойственна:

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

299. Диастолическая дисфункция желудочков свойственна:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.

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

300. Алкогольное поражение сердца приходится в основном дифференцировать с:

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

301. Нарушения сердечной 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.

302. Нарушения ритма и проводимости сердца характерны для:

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

303. Нарушение диастолической функции желудочков выражено у больных с:

- а) Гипертрофической кардиомиопатией.
- б) Дилатационной кардиомиопатией.
- в) Рестриктивной кардиомиопатией.
- г) Характерно как для гипертрофической, так и для рестриктивной кардиомиопатии.

304. В Европе наиболее распространенными видами кардиомиопатий являются:

- а) Дилатационная и гипертрофическая.
- б) Гипертрофическая и рестриктивная.
- в) Дилатационная и рестриктивная.

305. Утолщение эндокарда характерно для:

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

306. Увеличение толщины стенки левого желудочка характерно для:

- а) Гипертрофической и дилатационной кардиомиопатии.
- б) Дилатационной и рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Гипертрофической и рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных.

306. Усиление сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:

- а) Дилатационной кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Гипертрофической кардиомиопатии.
- г) Правильно 1 и 2.

д) Правильно 2 и 3.

307. В норме полость перикарда содержит:

- а) Около 5 мл жидкости.
- б) До 50 мл жидкости.
- в) 100-200 мл жидкости.
- г) 300-500 мл жидкости.

308. В норме толщина перикарда составляет:

- а) До 0,5 мм.
- б) 1-1,5 мм.
- в) 5-10 мм.

309. В кровоснабжении перикарда принимают участие:

- а) Внутренние грудные артерии и артерии, снабжающие кровью диафрагму.
- б) Артерии, кровоснабжающие щитовидную железу.
- в) Бронхиальные артерии.
- г) Пищеводные и медиастинальные артерии.
- д) Все перечисленные.

310. В кровоснабжении эндокарда участвуют:

- а) Внутренние грудные артерии.
- б) Бронхиальные артерии.
- в) Коронарные артерии.
- г) Все перечисленные.

311. Отток лимфы от перикарда осуществляется в:

- а) Лимфатические узлы средостения.
- б) Окологрудные лимфатические узлы.
- в) Аорто-каротидные и бронхо-пульмональные лимфатические узлы.
- г) Диафрагмальные лимфатические узлы.
- д) Все перечисленные.

312. Основными функциями перикарда являются:

- а) Предохранение сердца от чрезмерного растяжения.
- б) Фиксация сердца.
- в) Обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме.
- г) Защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Туберкулез.
- б) Сифилис.
- в) Ревматизм.
- г) Ранения перикарда.
- д) Системные заболевания соединительной ткани.

314. К асептическим поражениям перикарда следует отнести:

- а) Перикардиты при заболеваниях крови.
- б) Перикардиты при злокачественных опухолях.
- в) Аллергическое или аутоиммунное поражение.

- г) Все перечисленные формы.
- д) Ничего из перечисленного.

315. К асептическим перикардитам следует отнести:

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

316. В острой стадии перикардита происходит:

- а) Выпадение нитей фибрина.
- б) Накопление экссудата.
- в) Ничего из перечисленного.
- г) Все перечисленное.

317. При хроническом перикардите:

- а) Происходит разрастание грануляционной ткани.
- б) Формируются спайки между листками перикарда.
- в) Происходит облитерация полости перикарда.
- г) Имеет место все перечисленное.

318. "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.

319. Причиной Упарадоксального пульсаФ 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.

320. Центральное венозное давление при накоплении в перикарде жидкости:

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

321. 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 1 и 3.

322. Для острого фибринозного перикардита не характерны:

- а) Брадикардия.
- б) Повышение температуры тела.

- в) Боль за грудиной.
- г) Шум трения перикарда.
- д) Дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

323. При остром фибринозном перикардите может наблюдаться:

- а) Тахикардия.
- б) Шум трения перикарда.
- в) Боль за грудиной.
- г) Снижение АД.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Тахикардия.
- б) Шум трения перикарда.
- в) Боль за грудиной.
- г) Дисфагия.
- д) Снижение АД.

325. 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.

326. Для возникновения шума трения перикарда необходимо:

- а) Нарушение нормального состояния серозной поверхности.
- б) Сохранение взаимной подвижности и соприкосновения висцерального и париетального листков перикарда.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

327. 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.

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

- а) Рентгенографии.
- б) Эхокардиографии.
- в) Аускультации.
- г) Электрокардиографии.

329. Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

- а) Аускультации.
- б) Рентгенографии.
- в) Электрокардиографии.
- г) Эхокардиографии.

330. Боль при фибринозном перикардите может локализоваться:

- а) В левой половине грудной клетки.
- б) В правой половине грудной клетки с иррадиацией в правую руку.
- в) В эпигастральной области.
- г) За грудиной.
- д) Все ответы правильны.

331. Для болевого синдрома при остром перикардите не характерны:

- а) Тупой, давящий характер боли.
- б) Продолжительность боли более 30 минут.
- в) Локализация болей за грудиной.
- г) Уменьшение боли после приема нитроглицерина.
- д) Зависимость боли от дыхания, движения, глотания, положения тела.

332. 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 влево.

333. При экссудативном перикардите может наблюдаться:

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

334. Для экссудативного перикардита не характерны:

- а) Вынужденное положение тела "поза глубокого наклона".
- б) Застойные явления в большом круге кровообращения.
- в) Брадикардия.
- г) Бронхиальное дыхание в связи со сдавлением легких.
- д) Парадоксальный пульс.

335. При тампонаде сердца наблюдается:

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

336. Рентгенологическими признаками экссудативного перикардита являются:

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

337. 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.

338. 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.

339. При туберкулезном перикардите инфекция распространяется:

- а) Гематогенно из различных органов.
- б) Лимфогенным путем из медиастинальных и трахеобронхиальных лимфоузлов.
- в) Контактным путем.

340. Туберкулезный перикардит часто сочетается с поражением:

- а) Плевры.
- б) Брюшины.
- в) И того, и другого.
- г) Ни того, ни другого.

341. При туберкулезном перикардите может наблюдаться:

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

342 В жидкости взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом преобладают:

- а) Эозинофилы.
- б) Моноциты.
- в) Лимфоциты.
- г) Лейкоциты.
- д) Эритроциты.

343. 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.

344. Для ревматического перикардита характерно:

- а) Появление признаков поражения перикарда в начале 2-й недели заболевания.
- б) Относительно небольшое количество выпота при экссудативном перикардите.
- в) Сочетание с поражением миокарда.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

345. В полости перикарда при ревматическом перикардите:

- а) Обычно количество выпота невелико.
- б) Характерно большое количество выпота.
- в) Обычно выпота не бывает.

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

- а) Накоплении в полости перикарда большого количества экссудата и сдавлении крупных сосудов.
- б) Сопутствующем поражении миокарда.
- в) О том, и другом.
- г) Ни о том, и ни о другом.

347. 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.

348. 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.

349. При вирусном перикардите одновременное поражение миокарда:

- а) Никогда не наблюдается.
- б) Встречается часто.
- в) Бывает в исключительных случаях.

350. При констриктивном (сдавливающем) перикардите встречается:

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

351. При констриктивном (сдавливающем) перикардите может наблюдаться:

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

35. При сдавливающем перикардите, сопровождающимся выраженной недостаточностью кровообращения:

- а) Увеличиваются преимущественно правые отделы сердца.
- б) Увеличиваются преимущественно левые отделы сердца.
- в) Происходит увеличение всех отделов сердца.
- г) Чаще размеры сердца остаются нормальными.

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

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

354. При сдавливающем (констриктивном) перикардите:

- а) Происходит снижение венозного давления и повышение артериального.
- б) Отмечается снижение артериального давления и повышение венозного.
- в) Артериальное и венозное давление существенно не меняются.

355. 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.

356. Для констриктивного перикардита не характерно:

- а) Увеличение объема циркулирующей крови.
- б) Малые размеры сердца.
- в) Повышение венозного давления.
- г) Увеличение печени с преходящим асцитом.
- д) Правильного ответа нет.

357. При констриктивном (сдавливающем) перикардите встречается:

- а) Акроцианоз.
- б) Набухание и пульсация шейных вен.
- в) Деформация грудной клетки.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

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

- а) Снижение амплитуды зубцов комплекса QRS.
- б) Депрессия сегмента ST.
- в) Появление отрицательных Т в ряде отведений.
- г) Изменения иногда могут отсутствовать.
- д) Все перечисленное.

359. У больных со сдавливающим перикардитом может наблюдаться:

- а) Синусовая тахикардия.
- б) Экстрасистолия.
- в) Мерцательная аритмия.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

360. 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.

361. Рентгенологическими признаками сдавливающего (констриктивно-го) перикардита являются:

- а) Отсутствие увеличения сердца и снижение пульсации сердечной тени.

- б) Сглаженность или отсутствие дифференциации дуг сердца.
- в) Обызвествление перикарда.
- г) Отсутствие смещения верхушечного толчка при перемене положения тела.
- д) Все перечисленное.

362. Выпот при опухоли перикарда обычно:

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

363. Ранним признаком уремического перикардита является:

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

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

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

365. 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.

366. У больного с гнойным перикардитом необходимо:

- а) Обеспечение эвакуации экссудата из полости перикарда.
- б) Промывание полости перикарда стерильным физраствором.
- в) Введение в полость перикарда антибиотика.
- г) Все перечисленное.

367. 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.

368. У больных с перикардитом могут быть использованы:

- а) Ацетилсалициловая кислота.
- б) Глюкокортикоиды.
- в) Индометацин.
- г) Любой из перечисленных препаратов.

369. Для лечения больных со злокачественной опухолью перикарда можно применять:

- а) При необходимости повторные пункции перикарда.
- б) Введение в перикард цитостатиков и глюкокортикоидов.
- в) В некоторых случаях лучевую терапию.
- г) Все перечисленное.

370. Жизненно важным показанием для пункции перикарда является:

- а) Нарастание явлений тампонады сердца.
- б) Подозрение на гнойный характер экссудата.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

371. 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.

372. 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.

373. 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.

374. Трудоспособность больных со слипчивым перикардитом и недостаточностью кровообращения III 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-II группы, им противопоказан всякий труд.

375. 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.

376. 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.

377. 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.

378. Шум трения перикарда классически состоит из:

- а) Одного компонента.
- б) Двух компонентов.
- в) Трех компонентов.
- г) Четырех компонентов.

379. 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.

380. Специфичным для острого перикардита изменением ЭКГ является:

- а) Инверсия зубца Т.
- б) Депрессия сегмента ST в большинстве отведений.
- в) Подъем сегмента ST в большинстве отведений.
- г) Подъем сегмента PQ в отведении aVR
- д) Правильно 3 и 4.

381. 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 PQ в большинстве отведений.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

382. 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.

383. 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.

384. Симптоматика выпотного перикардита определяется следующими факторами:

- а) Объемом жидкости, накопившейся в полости перикарда.
- б) Скоростью накопления жидкости.

- в) Физическими характеристиками перикарда.
- г) Всем перечисленным.

385. 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.

386. Выпот в полость перикарда:

- а) Может не иметь никакой клиники.
- б) Всегда сопровождается появлением клинических симптомов.
- в) Может сопровождаться шумом трения перикарда.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

387. При физикальном обследовании больных с выпотным перикаритом 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 1 и 3.

388. 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 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

389. 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 1 и 2.

390. При тампонаде сердца наполнение правого предсердия происходит:

- а) Во время диастолы желудочков.
- б) Только во время систолы желудочков.
- в) Как во время диастолы, так и во время систолы желудочков.
- г) Только в самом начале диастолы.
- д) Правильно 1 и 4.

391. Для больных с тампонадой сердца характерны:

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

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

- а) Набухание вен шеи.
- б) Тахикардия.
- в) Парадоксальный пульс.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

393. Признаком тампонады сердца при физикальном обследовании является:

- а) Систолический шум.
- б) Альтернирующий пульс.
- в) Парадоксальный пульс.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

394. Парадоксальный пульс может наблюдаться при:

- а) Фибринозном перикардите.
- б) Сдавливающим перикардите.
- в) Тампонаде сердца.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно 1 и 4.

395. 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 1 и 2.

396. Диагностическими признаками тампонады сердца являются:

- а) Повышение внутрисердечного давления.
- б) Уменьшение диастолических объемов желудочков.
- в) Уменьшение внутриперикардального давления.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

397. Временной стабилизации гемодинамики при тампонаде сердца можно достичь:

- а) Инфузией плазмозамещающих растворов.
- б) Введением норадреналина.
- в) Введением добутамина.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно 2 и 3.

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

- а) Сistolы.
- б) Ранней диастолы.
- в) Поздней диастолы.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 1 и 3.

399. Осложнения при пункции перикарда наблюдаются чаще при:

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

400. Характерными симптомами констриктивного перикардита являются:

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

401. 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.

402. 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.

403. Вирусные и идиопатические острые перикардиты:

- а) Чаще наблюдаются у мужчин.
- б) Нередко рецидивируют (у 15-20%) .
- в) Продолжаются около 2-х недель.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

404. 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.

405. 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) Иногда боль отмечается только в трапецевидных мышцах.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

406. У больных с тампонадой сердца отмечается:

- а) Снижение систолического АД.
- б) Нормальное или повышенное диастолическое АД.

- в) Парадоксальный пульс.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

407. 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 2 и 3.

408. Причиной выпота в перикарде может быть:

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

409. Какие из перечисленных метаболитов катехоламинов определяются в моче при диагностике феохромоцитомы:

- а) Пировиноградная кислота.
- б) Ванилилминдальная кислота.
- в) Гамма-оксимасляная кислота.
- г) Фенилпировиноградная кислота.
- д) Все перечисленные.

410. Содержание калия в крови при первичном гиперальдостеронизме:

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

411. Какая активность ренина плазмы крови характерна для синдрома Конна:

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

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

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

413. При синдроме Пиквика:

- а) Повышено давление углекислого газа в крови.
- б) Понижено давление кислорода в крови.
- в) Имеет место и то, и другое.
- г) Газовый состав крови не нарушен.

414. 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.

415. Для диагностики инфаркта миокарда правого желудочка используется:

- а) Эхокардиография.
- б) Инвазивное исследование гемодинамики.
- в) ЭКГ.
- г) Все вышеперечисленное.

416. Проба с физической нагрузкой на тредмиле у больных ИБС:

- а) Значительно более информативна, чем проба с нагрузкой на велоэргометре.
- б) Значительно уступает по информативности пробе на велоэргометре.
- в) Практически равноценна пробе на велоэргометре.

417. Более точно оценить функциональные возможности больного ИБС позволяет:

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

418. 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ дает возможность диагностировать:

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

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

- а) Депрессия сегмента ST.
- б) Подъем сегмента ST.
- в) Инверсия зубца Т.
- г) Все перечисленные.
- д) Правильные ответы - 1 и 2.

420. При 24-часовом мониторировании ЭКГ у больных стенокардией напряжения:

- а) Чаще выявляются эпизоды депрессии сегмента ST.
- б) Чаще выявляются эпизоды подъема сегмента ST.
- в) Как правило, выявляются эпизоды депрессии и подъема сегмента ST в разное время суток.

421. Наименее чувствительным методом диагностики ИБС является:

- а) Проба с нагрузкой на велоэргометре.
- б) Проба с нагрузкой на тредмиле.
- в) 24-часовое мониторирование ЭКГ.
- г) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.

422. 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.

423. Наиболее точно оценить эффект антиангинальных препаратов у больных стенокардией напряжения позволяет:

- а) Телекардиометрия.
- б) Проба Мастера.
- в) 24-часовое мониторирование ЭКГ.
- г) Проба с нагрузкой на велоэргометре (метод парных велоэргометров) .

424. Самый частый симптом при тромбоэмболии легочной артерии:

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

425. Наиболее специфические клинические признаки острой левожелу-дочковой недостаточности:

- а) Ортопноэ.
- б) Пароксизмальная одышка (сердечная астма) .
- в) Дыхание Чейн-Стокса.
- г) Отеки на нижних конечностях.
- д) Правильный ответ 1 и 2.

426. Характер пульсации вен шеи лучше всего оценивать по:

- а) Пульсации наружной яремной вены справа.
- б) Пульсации внутренней яремной вены справа.
- в) Пульсации наружной яремной вены слева.
- г) Пульсации внутренней яремной вены слева.

427. Самый ранний симптом отека легких:

- а) Тахипноэ.
- б) Страх.
- в) Потливость.
- г) Кашель с жидкой мокротой.

428. Расширение сосудов легких в верхних отделах при рентгенологи-ческом исследовании отмечается, когда заклинивающее давление в легочной артерии превышает:

- а) 10 мм. рт. ст.
- б) 20 мм. рт. ст.
- в) 30 мм. рт. ст.
- г) 40 мм. рт. ст.

429. Вариабильность наполнения (напряжения) пульса у больных с высокой частотой сокращений сердца свойственна:

- а) Желудочковой тахикардии.
- б) Суправентрикулярной тахикардии.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

430. Пик (максимум) верхушечного толчка совпадает в норме с:

- а) Открытием аортального клапана.

- б) Закрытием атриовентрикулярных клапанов.
- в) II-тоном сердца.
- г) Правильного ответа нет.

431. Двойной верхушечный толчок наиболее характерен для больных с:

- а) Проталсом митрального клапана.
- б) Гипертрофической кардиомиопатией.
- в) Дилатационной кардиомиопатией.
- г) Аортальной недостаточностью.
- д) Митральной недостаточностью.

432. Венозное давление повышается при:

- а) Сердечной недостаточности.
- б) Заболеваниях перикарда.
- в) Гиперволемии.
- г) Сдавлении верхней поллой вены.
- д) Все ответы правильные.

433. Аномальное расщепление I тона с сохранением нормальной последовательности его компонентов может быть следствием:

- а) Блокады левой ножки пучка Гиса.
- б) Правожелудочковых экстрасистол.
- в) Блокады правой ножки пучка Гиса.
- г) Предвозбуждения левого желудочка.
- д) Всего перечисленного.

434. Двухмерная эхокардиография имеет значение при выявлении:

- а) Внутрисердечных тромбов.
- б) Инфекционного эндокардита.
- в) Аневризмы левого желудочка.
- г) Инфаркта миокарда правого желудочка.
- д) Всего перечисленного.

435. Среднее давление в левом предсердии в норме не превышает:

- а) 5 мм. рт. ст.
- б) 10 мм. рт. ст.
- в) 15 мм. рт. ст.
- г) 20 мм. рт. ст.

436. Связь болевых ощущений с движениями туловищем, дыханием, глотанием характерна для:

- а) Стенокардии.
- б) Перикардита.
- в) Нейроциркуляторной дистонии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

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

- а) Расслоении аорты.
- б) Тромбоэмболии легочной артерии.
- в) Остром панкреатите.
- г) Всем перечисленным.

438. 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.

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

- а) Стенокардии.
- б) Инфаркта миокарда.
- в) Расслоения аорты.
- г) Острого перикардита.
- д) Правильного ответа нет.

440. 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.

441. Внезапная одышка может наблюдаться при:

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

442. Термином "ортопноэ" называют:

- а) Увеличение частоты дыхания.
- б) Неспособность находиться в положении лежа из-за одышки.
- в) Возникновение одышки в положении сидя и облегчение ее в положении лежа.
- г) Приступы сердечной астмы.
- д) Правильного ответа нет.

443. 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.

444. Приступы одышки, возникающие в положении сидя и облегчающиеся в положении лежа, могут наблюдаться у больных с:

- а) Митральным пороком сердца.
- б) Миксомой левого предсердия.
- в) Шаровидным тромбом в левом предсердии.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

445. 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.

446. Термином "сердечная астма" обозначают:

- а) Возникновение одышки при нагрузке.
- б) Возникновение одышки во время стенокардии.
- в) Приступы пароксизмальной ночной одышки у больных с левожелудочковой недостаточностью.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

447. Жалобы на сердцебиения могут предъявлять больные с:

- а) Синусовой тахикардией.
- б) Анемией.
- в) Пароксизмальной тахикардией.
- г) При всех перечисленных состояниях.

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

- а) 1 литр.
- б) 3 литра.
- в) 5 литров.
- г) 10 литров.

449. Преобладание отеков 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.

450. Односторонние отеки ног характерны для больных с:

- а) Сердечной недостаточностью.
- б) Заболеваниями вен.
- в) Поражением лимфатических сосудов.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно 2 и 3.

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

- а) Сердечной недостаточности.
- б) Болезней вен.
- в) Ожирения.
- г) Всех перечисленных состояний.

452. Болезненность при пальпации характерна для отеков при:

- а) Тромбофлебите.

- б) Тромбозе глубоких вен.
- в) Сердечной недостаточности.
- г) Правильно 1 и 2.

453. Кардиальный цирроз печени чаще всего наблюдается у больных:

- а) Дилатационной кардиомиопатией.
- б) Констриктивным перикардитом.
- в) Гипертрофической кардиомиопатией.
- г) Митральным стенозом.
- д) Правильно 2 и 3.

454. 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 2 и 3.

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

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

456. 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 1 и 2.

457. Возникновение обмороков во время физической нагрузки характерно для больных:

- а) Аортальным стенозом.
- б) Гипертрофической кардиомиопатией.
- в) Первичной легочной гипертензией.
- г) Имеющих любую из перечисленных патологий.
- д) Правильно 1 и 3.

458. Наименее вероятной причиной обмороков у лиц без признаков поражения сердца является:

- а) Ортостатическая гипотония.
- б) Вазодепрессорный обморок.
- в) Желудочковая тахикардия.

459. Отсутствие предвестников (предобморочных реакций) характерно для:

- а) Вазодепрессорного обморока.
- б) Обмороков при функциональной ортостатической гипотонии.
- в) Обмороков при аритмиях.
- г) Всех перечисленных состояний.
- д) Правильно 1 и 3.

460. В норме на фонокардиограмме аортальный компонент 2- го тона:

- а) Совпадает с пульмональным компонентом.
- б) Предшествует пульмональному компоненту.
- в) Следует за пульмональным компонентом.
- г) Может не регистрироваться.

461. На фонокардиограмме пульмональный компонент 2- го тона может предшествовать аортальному компоненту при:

- а) Блокаде левой ножки пучка Гиса.
- б) Перегрузке объемом левого желудочка.
- в) Блокаде правой ножки.
- г) Правильно 1 и 2.

462. 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.

463. Анакротический пульс на сонных артериях (пульс с медленным подъемом и уменьшенным объемом) характерен для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Аортального стеноза.
- г) Аортальной недостаточности.
- д) Гипертрофической кардиомиопатии.

464. Пульсация сонных артерий увеличенной амплитуды характерна для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Тиреотоксикоза.
- в) Выраженной анемии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно 1 и 2.

465. Больные с тетрадой Фалло принимают вынужденное положение:

- а) Ортопноэ.
- б) Лежа на левом боку с приведенными к животу ногами.
- в) На корточках.
- г) Ни одно из перечисленных.

466. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

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

467. 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.

468. После возникновения сброса крови справа-налево встречаются "барабанные палочки" и цианоз ног, но не рук, при следующем пороке сердца:

- а) Незаращении артериального (Боталлова) протока.
- б) Дефекте межпредсердной перегородки.
- в) Дефекте межжелудочковой перегородки.
- г) Тетраде Фалло.

469. Утолщение ахиллова сухожилия характерно для:

- а) Семейной гипертриглицеридемии.
- б) Комбинированной семейной гиперлипидемии.
- в) Семейной гиперхолестеринемии.
- г) Семейной дисбеталипопротеидемии.

470. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

- а) Синдрома Конна.
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- в) Тетрады Фалло.
- г) Неспецифического аортоартериита.

471. 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.

472. Положительный венный пульс наблюдается при:

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

473. Парадоксальный пульс может встречаться:

- а) При тампонаде сердца.
- б) При ожирении.
- в) При хронических обструктивных заболеваниях легких.
- г) При всех перечисленных состояниях.
- д) Ни при одном из них.

474. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

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

475. Для диагностики стенокардии в эпидемиологических исследованиях используют:

- а) Опросник Браунвальда.
- б) Опросник Роуза.
- в) Опросник Лауна.
- г) Опросник Харриса.
- д) Опросник Стьюдента.

476. 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.

477. 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.

478. 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.

479. "Пушечный" тон Стражеско описан при:

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

480. 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.

481. Функциональный систолический шум, выслушиваемый во втором межреберье слева, обусловлен:

- а) Митральной регургитацией.
- б) Трикуспидальной регургитацией.
- в) Относительным сужением устья аорты.
- г) Относительным сужением легочной артерии.

482. 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.

483. Двумерная эхокардиография позволяет:

- а) Выявлять в ряде случаев стенозирование проксимальных отделов левой и правой коронарных артерий при их кальцинозе.
- б) Выявлять стенозирование дистальных отделов коронарных артерий.
- в) Эхолокация коронарных артерий невозможна.

484. 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.

485. 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.

486. 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.

487. "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.

488. 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.

489. 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.

490. 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.

491. 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.

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

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

493. 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.

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

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Стеноза легочной артерии.
- г) Трикуспидальной недостаточности.
- д) Правильного ответа нет.

495. Поликардиография по Блумбергу (фазовый анализ систолы левого желудочка) предусматривает регистрацию:

- а) ЭКГ, ФКГ и каротидной сфигмограммы.
- б) ЭКГ, ФКГ и кривой венного пульса.
- в) ЭКГ, ФКГ и апекскардиограммы.
- г) Векторкардиограммы, ФКГ и апекскардиограммы.

496. Метод векторкардиографии имеет наибольшую ценность при:

- а) Анализе нарушений ритма сердца.
- б) Анализе нарушений АВ-проводимости.
- в) Выявлении преходящей ишемии миокарда.
- г) Диагностике инфаркта миокарда.

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

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

498. 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.

499. 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.

500. 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.

501. Метод радионуклидной вентрикулографии позволяет оценивать:

- а) Только глобальную функцию левого желудочка.
- б) Только регионарную сократимость левого желудочка.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

502. 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.

503. Накопление технеция-99м-пирофосфата в миокарде может наблюдаться при:

- а) Аневризме левого желудочка.
- б) "Нестабильной" стенокардии.
- в) Кардиомиопатиях.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Ни при одном из перечисленных.

504. В костную ткань активно включается:

- а) Таллий-201.
- б) Технеций-99м-пирофосфат.
- в) Радиоактивные микросферы альбумина.
- г) Ксенон-133.

505. Таллий-201 активно включается в:

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

506. 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.

507. Для оценки сократительной функции левого желудочка методом термодилуции:

- а) Необходима катетеризация левого желудочка.
- б) Необходима катетеризация левого желудочка и левого предсердия.
- в) Достаточно катетеризации легочной артерии.
- г) Необходима катетеризация обоих желудочков.

508. При селективной коронароангиографии введение контрастного вещества производится в:
- а) Кубитальную вену.
 - б) Устье аорты.
 - в) Устье аорты и ствол левой коронарной артерии.
 - г) Раздельно в устье правой и левой коронарных артерий.
509. При определении сердечного выброса прямым методом Фика:
- а) Достаточно получить венозные пробы крови.
 - б) Следует получить пробы артериальной крови.
 - в) Необходимы заборы крови из вены и артерии.
 - г) Необходимо получить пробы крови из правого желудочка.
510. Появление ложноположительных результатов теста с дозированной физической нагрузкой возможно:
- а) При гипокалиемии.
 - б) На фоне приема гликозидов.
 - в) При синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта.
 - г) При пролапсе митрального клапана.
 - д) При всем перечисленном.
511. 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.
512. Наиболее информативным отведением ЭКГ при проведении проб с дозированной физической нагрузкой с целью диагностики ИБС является:
- а) 1 - I.
 - б) 2 - II, III, avF.
 - в) 3 - V1-V2.
 - г) 4 - V5-V6.
513. Принцип диагностики ИБС с помощью метода радионуклидной вентрикулографии в условиях дозированной физической нагрузки основывается на:
- а) Избыточном накоплении радиоизотопа в зонах ишемии.
 - б) Снижении накопления радиоизотопа в зонах ишемии.
 - в) Выявлении снижения сократимости миокарда при ишемии.
 - г) Выявлении повышения сократимости миокарда при ишемии.
514. Ложноотрицательные результаты теста с дозированной физической нагрузкой могут быть обусловлены:
- а) Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
 - б) Гипокалиемией.
 - в) Пролапсом митрального клапана.
 - г) Всем перечисленным.
 - д) Ничем из перечисленного.

515. 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.

516. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает:

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

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

- а) Эпилепсия.
- б) Синдром слабости синусового узла.
- в) АВ-блокада II-III степени.
- г) Стеноз устья аорты.

518. Тест с физической нагрузкой должен быть немедленно прекращен при:

- а) Появлении дискомфорта в грудной клетке.
- б) Повышении систолического АД до 180 мм. рт. ст.
- в) Возникновении редкой монотопной желудочковой экстрасистолии.
- г) Всех вышеперечисленных состояний.
- д) Ни при одном из перечисленных состояний.

519. При проведении чреспищеводной электрокардиостимуляции ритм навязывается:

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

520. 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.

521. Методика чреспищеводной электрокардиостимуляции позволяет оценить функцию синусового узла с помощью определения:

- а) Времени восстановления функции синусового узла.
- б) Корригированного времени восстановления функции синусового узла.
- в) Времени синоатриального проведения.
- г) Всех перечисленных параметров.
- д) Ни одного из перечисленных.

522. Использование чреспищеводной электростимуляции сердца для диагностики ИБС целесообразно при:

- а) Высокой артериальной гипертонии.
- б) Перемежающейся хромоте.
- в) Тромбофлебите нижних конечностей.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильного ответа нет.

523. Наиболее чувствительным методом диагностики стенокардии напряжения является:

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

524. Ультразвуковые колебания хорошо проводятся через:

- а) Воздухоносные полости.
- б) Костную ткань.
- в) Жидкие среды.
- г) Жировую ткань.

525. Наиболее информативным методом выявления выпота в перикард является:

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

526. Для определения величины сердечного выброса методом эхокардиографии основное значение имеет определение:

- а) Передне-заднего размера полости левого желудочка.
- б) Продольного размера левого желудочка.
- в) Экскурсии аорты.
- г) Размеров предсердий.

527. При эхокардиографическом исследовании у здорового человека наиболее трудно лоцировать:

- а) Митральный клапан.
- б) Трикуспидальный клапан.
- в) Аортальный клапан.
- г) Клапан легочной артерии.

528. Для выявления гипертензии малого круга кровообращения методом эхокардиографии наиболее важное значение имеет определение особенностей движения:

- а) Митрального клапана.
- б) Трикуспидального клапана.
- в) Клапана легочной артерии.
- г) Аортального клапана.

529. 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.

530. Однонаправленное диастолическое движение створок митрально- го клапана, выявляемое методом эхокардиографии, характерно для:

- а) Пролапса митрального клапана.
- б) Миксомы левого предсердия.

- в) Аортальной недостаточности.
- г) Митрального стеноза.

531. Ультразвуковое исследование затруднено при:

- а) Кифосколиозе.
- б) Эмфиземе легких.
- в) У лиц гиперстенической конституции.
- г) Все ответы правильны.
- д) Ни при одном из перечисленных состояний.

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

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

533. Наиболее информативным методом выявления недостаточности митрального клапана является:

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

534. В качестве ультразвуковых контрастов можно использовать:

- а) Физиологический раствор.
- б) Аутокровь.
- в) 5% раствор глюкозы.
- г) Все перечисленное.

535. Феномен предсердно-желудочковой диссоциации можно выявить:

- а) Электрокардиографией.
- б) Регистрацией внутрисердечной электрограммы.
- в) Методом эхокардиографии.
- г) Всеми перечисленными методами.

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

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

537. Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертонии является:

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

538. Электрическая альтернация сердца характерна для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Застойной недостаточности кровообращения.

- в) Острого инфаркта миокарда.
- г) Массивного выпота в перикард.

539. На биодоступность нитратов при приеме внутрь в решающей степени влияет:

- а) Моторика желудочно-кишечного тракта.
- б) Связывание с белками плазмы.
- в) Метаболизм в печени.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

540. Наиболее эффективным препаратом у больных ИБС является:

- а) Сустанг 6,4 мг.
- б) Нитронг 6,5 мг.
- в) Тринитролонг 1 мг.
- г) Нитросорбид 10 мг.
- д) Эффективность данных препаратов в указанных дозах практически одинакова.

541. Развитие толерантности к нитратам обусловлено:

- а) Снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки.
- б) Активацией системы ренин-ангиотензин.
- в) Активацией симпатoadреналовой системы.
- г) Задержкой в организме натрия и воды.
- д) Активацией лизосомальных ферментов печени.

542. При развитии толерантности к нитратам следует:

- а) Полностью отказаться от их применения.
- б) Перейти на прием другого препарата данной группы.
- в) Временно отменить препарат.
- г) Уменьшить дозировку.

543. Синдром отмены нитратов описан:

- а) У больных со спонтанной стенокардией.
- б) У больных со стабильной стенокардией.
- в) У больных с недостаточностью кровообращения.
- г) Все ответы правильны.
- д) Правильного ответа нет.

544. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов:

- а) Повышается.
- б) Понижается.
- в) Не изменяется.
- г) Может как повышаться, так и понижаться.

545. Нитраты показаны при:

- а) Стенокардии напряжения.
- б) Спонтанной стенокардии.
- в) Сердечной астме.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильные только 2 и 3.

546. К антагонистам кальция относятся:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Дилтиазем.
- г) Все перечисленные.
- д) Ни один из перечисленных.

547. Антагонисты кальция влияют на функцию желудочка следующим образом:

- а) Уменьшая пред- и постнагрузку.
- б) Увеличивая пред- и постнагрузку.
- в) Уменьшая постнагрузку и существенно не влияя на преднагрузку.
- г) Уменьшая преднагрузку и существенно не влияя на постнагрузку.

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

- а) Нифедипин.
- б) Верапамил.
- в) Дилтиазем.
- г) Различий между данными препаратами нет.

549. Ортостатическую гипотонию вызывают следующие препараты из группы антагонистов кальция:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Дилтиазем.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

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

- а) Коринфара.
- б) Финоптина.
- в) Кардила (дилтиазема) .
- г) Правильного ответа нет.

551. При передозировке антагонистов кальция эффективно:

- а) Введение хлористого кальция.
- б) Введение изупрела (изадрина) .
- в) Введение добутамина.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

552. Отрицательный хронотропный эффект наиболее свойственен:

- а) Коринфару.
- б) Финоптину.
- в) Антагонисты кальция не обладают отрицательным хроно- тропным эффектом.
- г) Данный эффект у коринфара и финоптина выражен в одинаковой степени.

553. Отрицательный инотропный эффект наиболее выражен:

- а) У коринфара.
- б) У финоптина.
- в) Данные препараты не обладают отрицательным инотропным эффектом.
- г) Отрицательный инотропный эффект выражен у обоих препаратов в одинаковой степени.

554. В экспериментах на изолированном сердце коринфар:
- а) Уменьшает автоматизм синусового узла.
 - б) Увеличивает автоматизм синусового узла.
 - в) Не влияет на автоматизм синусового узла.
555. При внутрикорономарном введении коринфар:
- а) Обладает отрицательным инотропным эффектом.
 - б) Обладает положительным инотропным эффектом.
 - в) Не обладает инотропным эффектом.
556. Каптоприл относится к:
- а) Альфа-блокаторам.
 - б) Бета-блокаторам.
 - в) Антагонистам кальция.
 - г) Ингибиторам ангиотензин-конвертирующего фермента.
557. Основной механизм действия каптоприла состоит в:
- а) Непосредственном влиянии на сосудистый тонус.
 - б) Антирениновом эффекте.
 - в) Снижении активности ангиотензин-конвертирующего фермента.
 - г) Снижении синтеза альдостерона.
 - д) Снижении синтеза брадикинина.
558. При лечении каптоприлом наблюдается тенденция к:
- а) Увеличению концентрации калия в крови.
 - б) Снижению концентрации калия.
 - в) Правильного ответа нет.
559. При приеме каптоприла активность ренина плазмы:
- а) Увеличивается.
 - б) Уменьшается.
 - в) Не изменяется.
560. При приеме каптоприла содержание ангиотензина I в плазме крови:
- а) Уменьшается.
 - б) Увеличивается.
 - в) Не изменяется.
561. При приеме каптоприла концентрация ангиотензина II в крови:
- а) Увеличивается.
 - б) Уменьшается.
 - в) Не изменяется.
562. Положительный тест Кумбса может выявляться при приеме:
- а) Допегита.
 - б) Клофелина.
 - в) Резерпина.
 - г) Всех перечисленных препаратов.
 - д) Ни одного из них.
563. Гинекомастия может развиваться при приеме:
- а) Допегита.

- б) Клофелина.
- в) Резерпина.
- г) Каждого из перечисленных препаратов.
- д) Ни одного из них.

564. Гинекомастия может развиваться также при приеме:

- а) Этакриновой кислоты.
- б) Верошпилона.
- в) Гипотиазида.
- г) Триамтерена.
- д) Амилорида.

565. Гиперурикемия может развиваться при приеме:

- а) Гипотиазида.
- б) Фуросемида.
- в) Этакриновой кислоты.
- г) Всех перечисленных препаратов.
- д) Ни одного из них.

566. Заложенность носа может быть связана с приемом:

- а) Резерпина.
- б) Верошпилона.
- в) Анаприлина.
- г) Коринфара.

567. Сухость во рту в наибольшей степени связана с приемом:

- а) Финоптина.
- б) Анаприлина.
- в) Ритмилена.
- г) Кордарона.
- д) Коринфара.

568. Сухость во рту может быть связана также с приемом:

- а) Клофелина.
- б) Допегита.
- в) Ритмилена.
- г) Всех перечисленных.
- д) Ни одного из перечисленных.

569. Кислотность желудочного сока увеличивается при приеме:

- а) Резерпина.
- б) Финоптина.
- в) Гипотиазида.
- г) Каптоприла.

570. Больным артериальной гипертонией с хронической почечной недостаточностью противопоказаны:

- а) Триампур.
- б) Верошпирон.
- в) Амилорид.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни один из перечисленных.

571. Каптоприл нежелательно комбинировать с:

- а) Верошпироном.
- б) Гипотиазидом.
- в) Фуросемидом.
- г) Гликозидами.
- д) Всеми перечисленными препаратами.

572. Постуральную гипотонию могут вызывать:

- а) Изобарин.
- б) Пентамин.
- в) Празозин (адверзутен) .
- г) Нитроглицерин.
- д) Все перечисленные.

573. Постуральную гипотонию чаще всего вызывают препараты:

- а) Уменьшающие тонус резистивных сосудов.
- б) Уменьшающие тонус емкостных сосудов.
- в) Только препараты, уменьшающие в равной мере тонус и резистивных, и емкостных сосудов.

574. При длительном приеме из перечисленных препаратов не вызывает задержки натрия и воды в организме только:

- а) Анаприлин.
- б) Клофелин.
- в) Допегит.
- г) Резерпин.

575. Задержку натрия и воды в организме при длительном приеме вызывает главным образом:

- а) Допегит.
- б) Коринфар.
- в) Каптоприл.
- г) Празозин.
- д) Анаприлин.

576. При приеме вазодилататоров активность симпатoadреналовой системы:

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

577. При приеме артериоларных вазодилататоров активность ренина плазмы крови:

- а) Не изменяется.
- б) Повышается.
- в) Понижается.

578. При активной терапии диуретиками может развиваться:

- а) Первичный альдостеронизм.
- б) Вторичный альдостеронизм.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

579. Антирениновое действие свойственно:

- а) Вазодилаторам.
- б) Диуретикам.
- в) Бета-блокаторам.
- г) Ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента.
- д) Всем перечисленным препаратам.

580. Почечный кровоток не уменьшается при приеме:

- а) Пропранолола (анаприлина) .
- б) Талинолола (корданума) .
- в) Надолола (коргарда) .
- г) Всех перечисленных.
- д) Правильного ответа нет.

581. В результате приема пищи биоусвояемость пропранолола:

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

582. Из перечисленных бета-блокаторов к кардиоселективным относятся:

- а) Пропранолол (анаприлин) .
- б) Метопролол (спесикор) .
- в) Надолол (коргард) .
- г) Пиндолол (вискен) .
- д) Все перечисленные.

583. Секретция альдостерона может увеличиваться при приеме:

- а) Диуретиков.
- б) Антагонистов кальция.
- в) Бета-блокаторов.
- г) Ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента.
- д) Всех перечисленных.

584. Метаболизм лидокаина происходит в:

- а) Печени.
- б) Почках.
- в) Печени и почках.

585. Активный метаболит, принадлежащий к антиаритмикам III класса, образуется при биотрансформации в печени:

- а) Лидокаина.
- б) Новокаинамида.
- в) Верапамила.
- г) Мекситила.

586. Наиболее длительным полупериодом выведения из перечисленных препаратов обладает:

- а) Лидокаин.
- б) Мекситил.
- в) Ритмилен.
- г) Кордарон.
- д) Этмозин.

587. Волчаночноподобный синдром может развиваться при длительном приеме:

- а) Новокаиамида.
- б) Хинидина.
- в) Кордарона.
- г) Этапизина.

588. Легочный фиброз может развиваться при приеме:

- а) Мекситила.
- б) Кордарона.
- в) Хинидина.
- г) Пропранолола.

589. Нарушение функции щитовидной железы наиболее часто развивается при приеме:

- а) Кордарона.
- б) Хинидина.
- в) Ритмилена.
- г) Этмозина.
- д) Этапизина.

590. При длительном приеме кордарона наименее выраженное его накопление происходит в:

- а) Печени.
- б) Коже.
- в) Щитовидной железе.
- г) Миокарде.
- д) Жировой клетчатке.

591. Лидокаину свойственны следующие побочные эффекты:

- а) Головокружение.
- б) Парестезии.
- в) Спутанность сознания, ступор.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни один из перечисленных.

592. Аритмогенный эффект может наблюдаться при приеме:

- а) Этапизина.
- б) Аллапинина.
- в) Кордарона.
- г) Всех перечисленных.
- д) Правильного ответа нет.

593. В норме систолический градиент артериального давления между аортой и левым желудочком:

- а) Составляет 20-30 мм. рт. ст.
- б) Составляет 50-70 мм. рт. ст.
- в) Составляет 100-120 мм. рт. ст.
- г) Отсутствует.

594. Основным путем удовлетворения возросшей потребности миокарда в кислороде является:

- а) Увеличение кровотока за счет расширения коронарных артерий.
- б) Увеличение экстракции кислорода из коронарных артерий.

- в) Правильно 1 и 2.
- г) Правильного ответа нет.

595. Парадоксальный пульс чаще всего отмечается при:

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

596. Видимая пульсация в надгрудинной вырезке может быть признаком:

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

597. 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.

297. Динамическая обструкция выносящего тракта левого желудочка свойственна:

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

598. Семейная распространенность свойственна:

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

599. Диастолическая дисфункция желудочков свойственна:

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

601. Толщина стенки миокарда левого желудочка у больных с дилатационной кардиомиопатией:

- а) увеличена
- б) увеличена или нормальная
- в) уменьшена
- г) уменьшена или нормальная
- д) нормальная

602. Показатель фракции выброса левого желудочка при дилатационной кардиомиопатии

составляет:

- а) 70%
- б) 50-70%
- в) 70-80%
- г) менее 50%
- д) 50-60%

603. Толщина стенок левого желудочка при высокой степени гипертрофии составляет:

- а) 10-12 мм
- б) 12-14 мм
- в) 14-16 мм
- г) 16-20 мм
- д) более 20 мм

604. Скорость систолического потока в выносящем тракте левого желудочка при гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка изменяется следующим образом:

- а) не изменяется
- б) увеличивается
- в) уменьшается
- г) не изменяется или уменьшается
- д) не определяется

605. При эхокардиографическом исследовании незначительный субаортальный стеноз диагностируют по градиенту давления между аортой и левым желудочком в систолу, равному:

- а) 5-10 мм рт.ст.
- б) 10-30 мм рт.ст.
- в) 30-50 мм рт.ст.
- г) более 50 мм рт.ст.
- д) более 75 мм рт.ст.

606. Умеренный субаортальный стеноз диагностируют при эхокардиографическом исследовании по градиенту давления между аортой и левым желудочком в систолу, равному:

- а) 5-10 мм рт.ст.
- б) 10-30 мм рт.ст.
- в) 30-50 мм рт.ст.
- г) более 50 мм рт.ст.
- д) более 75 мм рт.ст.

607. Значительный субаортальный стеноз при эхокардиографическом исследовании диагностируют по градиенту давления между аортой и левым желудочком в систолу, равному:

- а) 5-10 мм рт.ст.
- б) 10-30 мм рт.ст.
- в) 30-50 мм рт.ст.
- г) более 50 мм рт.ст.
- д) более 75 мм рт.ст.

608. Оптимальной позицией для оценки состояния створок аортального клапана при эхокардиографическом исследовании является:

- а) парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- б) парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
- в) парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
- г) апикальная пятикамерная позиция
- д) апикальная двухкамерная позиция

609. Оптимальной позицией для оценки состояния ствола левой и правой коронарных артерий при эхокардиографическом исследовании является:

- а) парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- б) парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
- в) парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
- г) апикальная пятикамерная позиция
- д) апикальная двухкамерная позиция

610. Струю трикуспидальной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции:

- а) парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- б) парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
- в) парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
- г) апикальная четырехкамерная позиция
- д) апикальная двухкамерная позиция

611. Состояние межпредсердной перегородки оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции:

- а) парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
- б) апикальная четырехкамерная позиция
- в) субкостальная четырехкамерная позиция
- г) все вышеперечисленные
- д) все неверно

612. Для оптимальной визуализации и оценки состояния митрального клапана при эхокардиографическом исследовании служит:

- а) парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
- б) супрастернальная короткая ось
- в) супрастернальная длинная ось
- г) парастернальная - длинная ось левого желудочка
- д) парастернальная - короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц.

613. Для оптимальной визуализации и оценки состояния диастолического трансмитрального кровотока при эхокардиографическом исследовании используется следующая позиция:

- а) парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
- б) супрастернальная короткая ось
- в) апикальная четырехкамерная
- г) парастернальная длинная ось левого желудочка
- д) парастернальная короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц

614. Струю аортальной регургитации при доплеровском эхокардиографическом

исследовании оценивают, установив контрольный объем в следующей точке:

- а) в правом желудочке
- б) в правом предсердии
- в) в выносящем тракте левого желудочка
- г) в выносящем тракте правого желудочка
- д) в левом предсердии

615. Состояние брюшного отдела аорты оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции:

- а) парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
- б) супрастернальная короткая ось
- в) апикальная четырехкамерная
- г) парастернальная длинная ось левого желудочка
- д) субкостальная

616. Состояние нижней полой вены оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции:

- а) парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты
- б) супрастернальная короткая ось
- в) апикальная четырехкамерная
- г) парастернальная длинная ось левого желудочка
- д) субкостальная

617. Сократительную способность миокарда левого желудочка при эхокардиографическом исследовании можно оценить в следующих позициях:

- а) парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- б) парастернальная позиция - короткая ось на уровне папиллярных мышц
- в) апикальная четырехкамерная
- г) апикальная двухкамерная
- д) верно все

618. Нарушение глобальной сократимости левого желудочка характерно для:

- а) постинфарктного кардиосклероза
- б) дилатационной кардиомиопатии
- в) декомпенсации порока
- г) верно все
- д) все неверно

619. Уменьшение размеров правого желудочка может быть признаком:

- а) декомпенсированного порока.
- б) бактериального эндокардита.
- в) тромбоэмболии.
- г) гиповолемии
- д) гиперволемии

620. При акинезии миокарда выявляют следующий вариант движения стенок левого желудочка:

- а) отсутствие сокращения
- б) движение навстречу друг другу
- в) систолическое выбухание
- г) диастолическое выбухание

г) верно все

621. Причиной митральной регургитации могут стать:

- а) пролапс митрального клапана
- б) ишемическая болезнь сердца
- в) ревматическая болезнь сердца
- г) инфекционный эндокардит
- д) верно все

622. Причиной аортальной регургитации могут явиться:

- а) двухстворчатый аортальный клапан
- б) аневризма восходящего отдела аорты
- в) ревматическая болезнь сердца
- г) инфекционный эндокардит
- д) верно все

623. Причиной аортального стеноза могут явиться:

- а) атеросклеротическое поражение аортального клапана
- б) миксоматозная дегенерация
- в) ревматическая болезнь сердца
- г) инфекционный эндокардит
- д) верно все

624. Аневризма восходящего отдела аорты с отслойкой интимы сопровождается:

- а) аортальной регургитацией
- б) аортальным стенозом
- в) митральной регургитацией
- г) митральным стенозом
- д) трикуспидальной регургитацией

625. Причиной трикуспидальной регургитации могут явиться:

- а) легочная гипертензия
- б) инфаркт правого желудочка
- в) электрод в полости правого желудочка
- г) аномалия Эбштейна
- д) верно все

626. Для стеноза трикуспидального клапана характерно:

- а) замедление потока крови через него
- б) ускорение потока крови через него
- в) аортальная регургитация
- г) митральная регургитация
- д) легочная регургитация

627. Систолическое давление в легочной артерии может быть измерено как:

- а) диастолический градиент давления между легочной артерией и правым желудочком
давление в правом предсердии
- б) систолический градиент давления между левым предсердием и левым желудочком
- в) систолический градиент давления между правым предсердием и правым желудочком +
давление в правом предсердии
- г) диастолический градиент давления между левым предсердием и левым желудочком
- д) диастолический градиент давления между правым предсердием и правым желудочком

628. Причиной стеноза клапана легочной артерии могут явиться:

- а) ревматическая болезнь сердца
- б) инфекционный эндокардит
- в) врожденный стеноз
- г) верно все

629. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования кровотоков к датчику принято картировать следующим цветом:

- а) красно-желтым, турбулентным
- б) желто-синим, турбулентным
- в) красным
- г) синим
- д) зеленым

630. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования кровотоков от датчика принято картировать следующим цветом:

- а) красно-желтым, турбулентным
- б) желто-синим, турбулентным
- в) красным
- г) синим
- д) зеленым

631. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток митральной регургитации принято картировать следующим цветом:

- а) красно-желтым, турбулентным
- б) желто-синим, турбулентным
- в) красным
- г) синим
- д) зеленым

632. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток трикуспидальной регургитации принято картировать следующим цветом:

- а) красно-желтым, турбулентным
- б) желто-синим, турбулентным
- в) красным
- г) синим
- д) зеленым

633. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток аортальной регургитации принято картировать следующим цветом: (апикальная 5-и камерная позиция)

- а) красно-желтым, турбулентным
- б) желто-синим, турбулентным
- в) красным
- г) синим
- д) зеленым

634. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток легочной регургитации принято картировать следующим цветом: (парастернальная позиция, короткая ось)

- а) красно-желтым, турбулентным

- б) желто-синим, турбулентным
- в) красным
- г) синим
- д) зеленым

635. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток митрального стеноза принято картировать следующим цветом:

- а) красно-желтым, турбулентным
- б) желто-синим, турбулентным
- в) красным
- г) синим
- д) зеленым

636. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток трикуспидального стеноза принято картировать следующим цветом:

- а) красно-желтым, турбулентным
- б) желто-синим, турбулентным
- в) красным
- г) синим
- д) зеленым

637. Степень митральной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как небольшую, если площадь струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

- а) 20-30%
- б) более 40 %
- в) 30-40%
- г) менее 20%
- д) 25-35%

638. Степень трикуспидальной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как небольшую, если площадь струи занимает следующий процент от объема правого предсердия:

- а) 20-40%
- б) более 40 %
- в) менее 10%
- г) менее 20%
- д) 25-35%

639. Степень аортальной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как небольшую, если площадь струи занимает следующий процент от объема выносящего тракта левого желудочка:

- а) 25-45%
- б) более 63 %
- в) 45-63%
- г) менее 25%
- д) более 25%

640. Степень митральной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как средней тяжести, если площадь струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

- а) 20-40%

- б) более 40 %
- в) менее 10%
- г) менее 20%
- д) менее 15%

641. Степень трикуспидальной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как средней тяжести, если площадь струи занимает следующий процент от объема правого предсердия:

- а) 20-40%
- б) более 40 %
- в) менее 10%
- г) менее 20%
- д) менее 15%

642. Степень аортальной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как средней тяжести, если площадь струи занимает следующий процент от объема выносящего тракта левого желудочка:

- а) 25-45%
- б) более 40 %
- в) менее 10%
- г) менее 20%
- д) 10-20%

643. Степень митральной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как тяжелую, если площадь струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

- а) 20-40%
- б) более 40 %
- в) менее 10%
- г) менее 20%
- д) 10-20%

644. При дефекте межпредсердной перегородки в М- и В-модальном режиме выявляют:

- а) дилатацию левых отделов сердца
- б) дилатацию правых отделов сердца
- в) гипертрофия межжелудочковой перегородки
- г) аневризма левого желудочка
- д) верно все

645. Характерным признаком дефекта межпредсердной перегородки (без ЛГ) при цветном Допплеровском сканировании является:

- а) сброс слева направо
- б) сброс справа налево
- в) ускорение митрального кровотока
- г) ускорение аортального кровотока
- д) верно в) и г)

646. Дефект межпредсердной перегородки встречается наиболее часто:

- а) в области нижней трети
- б) в области средней трети
- в) в области верхней трети
- г) верно а) и б)

д) верно а) и в)

647. Наличие изолированной дилатации правого желудочка без патологического сброса слева направо и при наличии желудочковой тахикардии в анамнезе может быть признаком:

- а) аритмогенной дисплазии правого желудочка.
- б) дефекта межжелудочковой перегородки.
- в) аномалии Эбштейна.
- г) дефекта межпредсердной перегородки
- д) постинфарктного кардиосклероза

648. Фракция выброса левого желудочка в норме составляет следующий процент от объема левого желудочка:

- а) менее 20 %
- б) 20-30 %
- в) более 50 %
- г) 30-40 %
- д) 40-50 %

649. В случае резкого снижения глобальной сократимости миокарда левого желудочка фракция выброса составляет следующий процент от объема левого желудочка:

- а) менее 20 %
- б) 20-30 %
- в) более 50 %
- г) 30-40 %
- д) 40-50 %

650. Нарушение глобальной сократимости миокарда левого желудочка может быть вызвано:

- а) инфарктом миокарда
- б) декомпенсированным пороком.
- в) ишемической болезнью сердца
- г) дилатационной кардиомиопатией
- д) верно все

651. Признаком аортального стеноза в М-модальном режиме является:

- а) пролабирование створок аортального клапана.
- б) увеличение корня аорты.
- в) уменьшение открытия створок аортального клапана.
- г) верно все.
- д) верно а) и б)

652. Опухоль сердца нужно дифференцировать с:

- а) межпредсердной перегородкой.
- б) модераторным пучком правого желудочка.
- в) папиллярной мышцей.
- г) хордами митрального клапана
- д) верно а) и в)

653. В полости левого предсердия чаще встречается:

- а) липома.
- б) саркома.
- в) миксома.

- г) лимфома.
- д) папиллома.

654. Изолированная дилатация правых камер сердца без патологического сброса крови слева направо может быть признаком:

- а) жидкости в полости перикарда.
- б) тампонады сердца.
- в) констриктивного перикардита
- г) высокой легочной гипертензии
- д) высокого артериального давления

655. Дилатация нижней полой вены и отсутствие ее реакции на вдох в присутствии жидкости в полости перикарда может быть признаком:

- а) жидкости в полости перикарда.
- б) тампонады сердца.
- в) констриктивного перикардита.
- г) высокой легочной гипертензии
- д) миокардита

656. Для оценки диастолической функции левого желудочка в режиме импульсного Допплера анализируют следующий кровоток:

- а) диастолический транстрикуспидальный
- б) в выносящем тракте левого желудочка
- в) в выносящем тракте правого желудочка
- г) диастолический трансмитральный
- д) диастолический трансаортальный

657. Для оценки диастолической функции правого желудочка в режиме импульсного Допплера анализируют следующий кровоток:

- а) диастолический транстрикуспидальный
- б) в выносящем тракте левого желудочка
- в) в выносящем тракте правого желудочка
- г) диастолический трансмитральный
- д) диастолический трансаортальный

658. В каком направлении происходит шунтирование крови у больных с ДМПП или ДМЖП до формирования высокой легочной гипертензии:

- а) шунтирование отсутствует
- б) справа налево
- в) слева направо
- г) ни один из выше перечисленных
- д) не определяется

659. В каком направлении происходит шунтирование крови у больных с ДМПП или ДМЖП на фоне высокой легочной гипертензии (более 100 мм рт. ст.):

- а) шунтирование отсутствует
- б) справа налево
- в) слева направо
- г) ни один из выше перечисленных
- д) не определяется

660. Какие из ЭХОКГ признаков характерны для аномалии Эбштейна:

- а) высокий ДМЖП, гипертрофия стенки правого желудочка, стеноз клапана легочной артерии
- б) высокий ДМЖП, низкий ДМПП, расщепление передней створки митрального клапана
- в) аномалия развития створок трикуспидального клапана, атриализация части правого желудочка, ДМПП
- г) открытое овальное окно, ДМЖП
- д) ни один из ниже перечисленных

661. Какие из ЭХОКГ признаков характерны для ВПС – общего атриовентрикулярного канала:

- а) высокий ДМЖП, гипертрофия стенки правого желудочка, стеноз клапана легочной артерии
- б) приточный ДМЖП, первичный ДМПП, единый АВ - клапан
- в) аномалия развития створок трикуспидального клапана, атриализация части правого желудочка, ДМПП
- г) открытое овальное окно, ДМЖП
- д) ни один из ниже перечисленных

662. Какие из ЭХОКГ признаков характерны для тетрады Фалло:

- а) субаортальный ДМЖП, декстропозиция Ао, клапанно-подклапанный стеноз ЛА
- б) высокий ДМЖП, низкий ДМПП, расщепление передней створки митрального клапана
- в) аномалия развития створок трикуспидального клапана, атриализация части правого желудочка, ДМПП
- г) открытое овальное окно, ДМЖП
- д) ни один из ниже перечисленных

663. Какая из ЭХОКГ позиций оптимальна для диагностики общего артериального протока (Баталлова протока):

- а) парастеральная короткая ось на уровне корня аорты
- б) парастеральная длинная ось левого желудочка
- в) апикальная четырехкамерная
- г) апикальная двухкамерная
- д) парастеральная длинная ось правого желудочка

664. Какая из ЭХОКГ позиций оптимальна для диагностики ВПС – аорто-легочного канала:

- а) парастеральная короткая ось на уровне корня аорты
- б) парастеральная длинная ось левого желудочка
- в) апикальная четырехкамерная
- г) апикальная двухкамерная
- д) парастеральная длинная ось правого желудочка

665. Какое направление шунтирования крови при незаращении Баталова протока:

- а) из легочной артерии в аорту
- б) из аорты в легочную артерию в сторону бифуркации
- в) из аорты в легочную артерию в сторону выносящего тракта правого желудочка
- г) из левого предсердия в правое
- д) из правого предсердия в левое

666. Что понимают под коарктацией аорты:

- а) мембрана в восходящем отделе аорты
- б) мембрана в выносящем тракте
- в) двухстворчатый аортальный клапан

- г) врожденное сужение аорты
- д) врожденное расширение аорты

667. Какие ЭХОКГ признаки характерны для коарктации аорты:

- а) сужение аорты в грудном нисходящем отделе
- б) гипертрофия стенок левого желудочка
- в) ускорение кровотока в месте сужения
- г) все вышеперечисленные
- д) верно а) и в)

668. Какую форму имеет поток при коарктации аорты (постоянно-волновой Допплер):

- а) систоло-диастолический поток с максимальной скоростью в систолу
- б) систолический поток
- в) диастолический поток
- г) систоло-диастолический поток с максимальной скоростью в диастолу
- д) не определяется

669. Какой вариант патологической регургитации можно встретить у больного с двухстворчатым аортальным клапаном?

- а) аортальную
- б) легочную
- в) митральную
- г) трикуспидальную
- д) верно в) и г)

670. Сечение, в котором выполняется большая часть измерений в М-режиме:

- а) парастернальное продольное
- б) парастернальное поперечное на уровне аорты
- в) парастернальное поперечное на уровне митрального клапана
- г) верхушечное четырехкамерное
- д) верхушечное пятикамерное

671. Межжелудочковая перегородка (МЖП) видна на всем протяжении:

- а) в коротком левом парастернальном срезе
- б) в длинном левом парастернальном срезе
- в) в срезе "4-х камерное сердце"
- г) верно б) и в)
- д) все верно

672. Структура сердца, являющаяся самой плотной (соответствует крайнему белому спектру серой шкалы):

- а) миокард
- б) эндокард
- в) перикард
- г) сосочковые мышцы
- д) верно а) и б)

673. Основной признак пролапса митрального клапана:

- а) систолическое прогибание одной или обеих створок митрального клапана в сторону левого предсердия
- б) наличие кальцината на створке митрального клапана
- в) передне-систолический сдвиг створок митрального клапана

- г) все вышеперечисленное
- д) верно б) и в)

674. В норме клапан аорты имеет:

- а) 1 створку
- б) 2 створки
- в) 3 створки
- г) 1-2 створки
- д) 2-3 створки

675. При каком заболевании выявляются вегетации клапанов:

- а) ишемическая болезнь сердца
- б) кардиомиопатия
- в) эндокардит
- г) верно а) и в)
- д) все верно

676. Для открытого артериального протока гемодинамически - значимого у детей характерным является:

- а) увеличение левого предсердия
- б) увеличение левого желудочка
- в) изолированная гипертрофия левого желудочка
- г) увеличение обоих желудочков, больше-правого
- д) верно а) и б)

677. Гиперволемию малого круга характерна для:

- а) стеноза митрального клапана
- б) аортальной недостаточности
- в) врожденных пороков сердца со сбросом "слева-направо"
- г) тетрады Фалло
- д) верно а) и в)

678. Нагрузка объемом на левое предсердие характерна для:

- а) митрального стеноза
- б) ложного митрального порока с преобладанием стеноза
- в) митральной недостаточности или резкого ее преобладания в сложном митральном пороке
- г) аортальной недостаточности
- д) трикуспидальной недостаточности

679. Сердечный выброс оценивают по показателям:

- а) максимального давления
- б) ударного объема
- в) среднего гемодинамического давления (СГД)
- г) минутного объема кровообращения (МОК)
- д) периферического сопротивления (ПС)

680. Для определения типа гемодинамики необходимо знать:

- а) УО
- б) диастолическое давление
- в) МОК и удельное периферическое сопротивление
- г) рабочее периферическое сопротивление
- д) все вышеперечисленное

681. ЭХО – признаки гемодинамической значимости ДМЖП

- А) Гипертрофия ЛЖ
- Б) Гиперволемиа левых отделов (дилатация ЛЖ)
- В) Гипертрофия ПЖ

682. Какой функциональный показатель оценивает компенсаторные возможности сосудистой системы:

- а) УО
- б) МОК
- в) ЧСС
- г) УПС
- д) РПС

683. При каком заболевании наблюдается застой в легких:

- а) перикардит
- б) митральный стеноз
- в) стеноз устья аорты
- г) заболевание мышцы сердца с развитием левожелудочковой недостаточности
- д) все ответы правильные

684. Легочная гипертензия может быть следствием:

- а) митральной недостаточности
- б) митрального стеноза
- в) аортального стеноза
- г) стеноза легочной артерии
- д) все ответы правильные

685. Какие пороки сердца, кроме митрального стеноза, сопровождаются обогащением малого круга:

- а) коарктация аорты
- б) аортальный стеноз, декомпенсация
- в) трикуспидальный стеноз
- г) врожденные пороки сердца со сбросом "слева-направо"
- д) верно б), в) и г)

686. Обмороки у детей с СССУ связаны с:

- а) Синусовой брадикардией
- б) Длительными паузами ритма сердца
- в) Синусовой тахикардией

687. Как называются обмороки, обусловленные аритмией?

- а) Синдром Ашмана
- б) Синдром Фредерика
- в) Синдром Морганьи-Адамса-Стокса

688. При каком обследовании чаще всего удастся зарегистрировать паузы ритма?

- а) Холтеровское мониторирование ЭКГ
- б) ЭКГ
- в) Тредмил-тест

689. В какое время суток у подростков чаще всего регистрируется брадикардия?

- а) Днем
- б) Вечером
- в) Ночью

690. Что такое бинодальная дисфункция?

- а) СССУ
- б) Нарушение функции СУ и АВ-соединения
- в) АВ-блокада

691. Какое состояние является наиболее частой причиной полной АВ-блокады?

- а) Врожденная патология
- б) Кардиомиопатия
- в) Прием антиаритмических препаратов

692. Какая основная функция АВ-узла?

- а) Автоматизм
- б) Проведение импульсов от предсердий к желудочкам с физиологической задержкой
- в) Проведение импульсов от предсердий к желудочкам

693. Где располагается АВ-узел?

- а) В правом предсердии
- б) В левом предсердии
- в) В межжелудочковой перегородке

694. Какая АВ-блокада не приводит к брадикардии?

- а) АВ-блокада I степени
- б) АВ-блокада II степени
- в) Полная АВ-блокада

695. В какой период времени ставят диагноз врожденной АВ-блокады?

- а) До 27-го дня жизни
- б) Первые 3 года жизни
- в) Только до рождения ребенка

696. При полной АВ-блокаде:

- а) Часть предсердных импульсов проводится к желудочкам
- б) Предсердные импульсы не проводятся к желудочкам

697. К первому классу показаний имплантации ЭКС относятся:

- а) Паузы ритма более 3 секунд
- б) АВ-блокада II степени I типа
- в) Симптоматичный СССУ

698. К первому классу показаний имплантации ЭКС относятся:

- а) Вегетативная дисфункция синусового узла
- б) Врожденная полная АВ-блокада с ЧСС замещающего ритма 100 уд/мин
- в) Симптоматичная полная АВ-блокада

699. Постоянная электрокардиостимуляция является?

- а) Этиологическим лечением брадикардий
- б) Патогенетическим лечением
- в) Симптоматическим лечением

700. Имплантация ЭКС у детей:

- а) Это частое лечение брадикардий
- б) Проводится редко и только при наличии показаний I-II класса по национальным и международным рекомендациям.

701. При хирургическом лечении желудочковой тахикардии у больных с постинфарктным кардиосклерозом используют:

- а) Аневризмэктомию (или удаление постинфарктного рубца) .
- б) Циркулярную (окружающую) вентрикулотомию.
- в) Эндокардиальную резекцию по данным эндокардиального картирования.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

702. 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.

703. 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.

704. 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.

705. 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.

706. 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" антиаритмиками первой группы больных по сравнению с контрольной группой больных (принимавших плацебо) .

г) Правильно 2 и 3.

707. У больных с сердечной недостаточностью заметное уменьшение экстрасистолии может быть достигнуто при назначении:

а) Диуретиков.

б) Сердечных гликозидов.

в) Каптоприла (капотена) .

г) Коринфара (нифедипин, кордафен) .

708. Ускоренные эктопические ритмы сердца могут наблюдаться при:

а) Миокардите.

б) Инфаркте миокарда.

в) Интоксикации сердечными гликозидами.

г) Приеме симпатомиметиков.

д) При всех перечисленных состояниях.

709. 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.

710. 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 1 и 2.

711. Среди перечисленных пароксизмальных аритмий наиболее часто встречается:

а) Мерцание предсердий.

б) Трепетание предсердий.

в) Тахикардия из атриовентрикулярного соединения.

г) Желудочковые тахикардии.

712. Причинами синусовой тахикардии, не связанной с физической нагрузкой, могут быть:

а) Тиреотоксикоз.

б) Анемия.

в) Феохромоцитомы.

г) Миокардит.

д) Все перечисленное.

713. 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.

714. 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.

715. 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.

716. При высокой частоте ритма во время мерцательной аритмии препаратом выбора для урежения частоты сокращений желудочков является:

а) Хинидин.

б) Верапамил (финоптин) .

в) Дизопирамид (ритмилен) .

г) Новокаинамид.

д) Этацизин.

717. Возникновение мерцания предсердий:

а) Практически не влияет на показатели центральной гемодинамики.

б) У большинства больных приводит к снижению ударного объема и сердечного выброса.

в) У больных с идиопатической мерцательной аритмией часто приводит к увеличению ударного объема.

718. 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 1 и 3.

719. 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 1 и 3.

720. Ускорение частоты сокращений желудочков во время мерцательной аритмии (у больных без признаков предвозбуждения желудочков) может вызвать применение любого из нижеперечисленных препаратов, кроме:

а) Хинидина.

- б) Новокаиномид.
- в) Дизопирамид (ритмилена) .
- г) Верапамил (финоптин) .

721. Признаком отсутствия повышенного риска внезапной смерти у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта считается:

- а) Максимальная частота сердечных сокращений во время пароксизма мерцательной аритмии более 240 в мин.
- б) Максимальная частота сердечных сокращений во время пароксизма мерцательной аритмии менее 240 в мин.
- в) Правильного ответа нет.

722. Для оценки риска высокой частоты сердечных сокращений во время мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта используют:

- а) Индукцию мерцательной аритмии или частую стимуляцию предсердий на фоне инфузии изопроterenола (изадрина) .
- б) Индукцию мерцательной аритмии или частую стимуляцию предсердий во время пробы с физической нагрузкой.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

723. Если приступ мерцательной аритмии сопровождается такими симптомами как сердечная астма, резкая гипотония, стенокардия, то наиболее эффективным является:

- а) Введение сердечных гликозидов.
- б) Введение новокаиномид.
- в) Проведение электроимпульсной терапии.
- г) Все перечисленное.

724. Минимальная мощность разряда для купирования мерцания предсердий с помощью электроимпульсной терапии, как правило, составляет:

- а) 1 кв. .
- б) 3-4 кв. .
- в) 5-6 кв. .
- г) Более 6 кв. .

725. При электроимпульсной терапии трепетания предсердий:

- а) Как правило, достаточно разряда мощностью в 2-3 кв. .
- б) Необходимо использование разряда мощностью не менее 4 кв. .
- в) Необходимо использование разряда мощностью более 5 кв. .

726. Для купирования приступа трепетания предсердий можно использовать:

- а) Электроимпульсную терапию.
- б) Частую стимуляцию предсердий.
- в) Антиаритмические препараты.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

727. Для восстановления синусового ритма при пароксизме мерцательной аритмии используют:

- а) Хинидин.
- б) Новокаиномид.
- в) Дизопирамид (ритмилена) .

- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

728. Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:

- а) Хинидин.
- б) Новокаиномид.
- в) Кордарон.
- г) Анаприлин (обзидан) .
- д) Финоптин.

729. 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 1 и 3.

730. 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.

731. 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-проводения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта) .
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

732. При возникновении приступа устойчивого сердцебиения в пользу того, что тахикардия желудочковая, свидетельствуют все перечисленные признаки, кроме:

- а) Купирования приступа с помощью вагусных приемов.
- б) Инфаркта миокарда в анамнезе (и возникновение приступов только после инфаркта) .
- в) Появления нерегулярных усиленных волн венного пульса (на венах шеи) .

733. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь используют:

- а) Новокаиномид.
- б) Лидокаин.
- в) Обзидан.
- г) Верапамил (финоптин) .
- д) Строфантин.

734. Для купирования приступа желудочковой тахикардии при отсутствии эффекта от лидокаина, применяют:

- а) Новокаиномид.
- б) Мезатон.
- в) Обзидан.
- г) Верапамил (финоптин) .
- д) Строфантин.

735. Подбор профилактической антиаритмической терапии при желу-дочковых тахикардиях с помощью повторной электростимуляции желудочков (электрофизиологическое исследование сердца) показан больным с:

- а) Очень частыми пароксизмами желудочковой тахикардии (например, ежедневно или через 1-2 дня) .
- б) Редкими легкопротекающими приступами желудочковой тахикардии.
- в) Редкими, но очень тяжело протекающими приступами желудочковой тахикардии.
- г) При всем перечисленном.

736. 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.

737. 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.

738. 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 1 и 2.

739. "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.

740. У больных с идиопатической пароксизмальной желудочковой тахи-кардией при изменении комплексов QRS во время тахикардии по типу блокады правой ножки п. Гиса с резким отклонением электрической оси влево наиболее эффекти вно назначение:

- а) Хинидина.
- б) Анаприлина (обзидана) .

- в) Верапамила (финоптина) .
- г) Кордарона.

741. Средством выбора в лечении желудочковой тахикардии, возникающей во время физической нагрузки, является:

- а) Хинидин.
- б) Анаприлин (обзидан) .
- в) Кордарон.
- г) Дифенин.

742. 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.

743. При остановке сердца вследствие асистолии или электро-механической диссоциации эффективность реанимационных мероприятий:

- а) Такая же, как и при фибрилляции желудочков.
- б) Гораздо выше, чем при фибрилляции желудочков.
- в) Гораздо ниже, чем при фибрилляции желудочков.
- г) Правильного ответа нет.

744. Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:

- а) Асистолия желудочков.
- б) Фибрилляция желудочков.
- в) Электро-механическая диссоциация.
- г) Правильно 1 и 2.

745. 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 1 и 3.

746. Основными клиническими симптомами синдрома слабости синусового узла являются:

- а) Головокружения и обмороки.
- б) Стенокардия и сердцебиение.
- в) Одышка и слабость.
- г) Ничего из перечисленного.

747. 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 1 и 2.

748. Проведение пробы с частой стимуляцией предсердий при синдроме слабости синусового узла:

- а) Показано только больным с обмороками и/или головокружениями неясной этиологии, если синдром слабости синусового узла является возможной причиной этих симптомов.
- б) Отрицательные результаты пробы (нормальные показатели функции синусового узла) не исключают диагноз синдрома слабости синусового узла.
- в) Не показано больным без клинических симптомов с признаками дисфункции синусового узла на ЭКГ.
- г) Все ответы правильные.

749. Имплантация кардиостимулятора (стимуляция в режиме "деманд") :

- а) Показана всем больным с ЭКГ- признаками синдрома слабости синусового узла.
- б) Показана только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения) .
- в) Показана больным с синоатриальной блокадой 2-ой степени.
- г) Правильно 2 и 3.

750. 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 1 и 2.

751. 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.

752. 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.

753. 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 2 и 4.

754. 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.

755. 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 1 и 3.
- е) Правильно 2 и 4.

756. Уменьшение выраженности блокады или восстановление проведения во время массажа каротидного синуса или после введения обзидана 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 1 и 3.
- е) Правильно 2 и 4.

757. 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 1 и 4.

758. 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 1 и 2.

759. При внезапном возникновении выраженных брадиаритмий рационально использовать все перечисленное, кроме:

- а) Внутривенного введения атропина.
- б) Инфузии изопроterenола (изадрина) , алулента, астмопента.
- в) Внутривенного введения преднизолона и фуросемида.
- г) Временной электрокардиостимуляции.

760. Потенциалом покоя называют:

- а) Разность потенциалов между клеткой и внеклеточной средой во время систолы.
- б) Разность потенциалов между клеткой и внеклеточной средой во время диастолы.
- в) Максимальный диастолический потенциал в клетках синусового и атриовентрикулярного узлов.
- г) Разность концентраций ионов натрия внутри клеток и в межклеточной среде.
- д) Правильно 2 и 4.

761. 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 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

762. 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 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

763. 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 1 и 3.

764. С помощью электрокардиостимуляции можно вызвать тахиаритмию, обусловленную механизмом:

- а) Повторного входа волны возбуждения.
- б) Ранних постдеполяризаций.
- в) Поздних постдеполяризаций.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 1 и 3.

765. Усиленные ("гигантские") нерегулярные волны венного пульса могут наблюдаться при:

- а) Полной атриовентрикулярной блокаде.
- б) Желудочковой тахикардии.
- в) Ускоренном ритме из атриовентрикулярного соединения.
- г) При всех перечисленных аритмиях.
- д) Правильно только 1 и 2.

766. 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.

767. Скорость проведения в миокарде желудочков в наибольшей степени замедляет:

- а) Хинидин.
- б) Обзидан.
- в) Кордарон.
- г) Этагизин.
- д) Финоптин.

768. Скорость проведения в атриовентрикулярном узле в максимальной степени замедляет:

- а) Хинидин.
- б) Этмозин.
- в) Ритмилен.
- г) Финоптин.
- д) Дифенин.

769. Продолжительность потенциала действия в наибольшей степени увеличивает:

- а) Хинидин.
- б) Этмозин.
- в) Этагизин.
- г) Кордарон.
- д) Финоптин.

770. Ускорение реполяризации в миокарде желудочков может вызвать:

- а) Хинидин.
- б) Ритмилен.
- в) Лидокаин.
- г) Кордарон.
- д) Этагизин.

771. Потенциально наиболее вероятной причиной аритмогенного действия препаратов является:

- а) Замедление скорости проведения.
- б) Удлинение рефрактерных периодов.
- в) Укорочение рефрактерных периодов.
- г) Ускорение проведения в сочетании с удлинением рефрактерных периодов.
- д) Замедление проведения в сочетании с укорочением рефрактерных периодов.

772. Теоретически антиаритмическое действие препаратов наиболее вероятно обусловлено:

- а) Замедлением скорости проведения.
- б) Удлинением рефрактерных периодов.
- в) Укорочением рефрактерных периодов.
- г) Ускорением проведения в сочетании с удлинением рефрактерных периодов.
- д) Замедлением проведения в сочетании с укорочением рефрактерных периодов.

773. Предположительно наибольшей "антифибрилляторной" активностью обладает:

- а) Хинидин.
- б) Обзидан.
- в) Этмозин.
- г) Этагизин.
- д) Финоптин.

774. Максимальное отрицательное инотропное действие оказывает:

- а) Хинидин.
- б) Ритмилен.

- в) Кордарон.
- г) Этмозин.
- д) Мекситил.

775. Вазоконстрикторным действием обладает:

- а) Хинидин.
- б) Ритмилен.
- в) Кордарон.
- г) Этмозин.
- д) Мекситил.

776. Возникновение желудочковой тахикардии типа "пируэт" чаще всего отмечено на фоне приема:

- а) Хинидина.
- б) Этмозина.
- в) Этацизина.
- г) Кордарона.
- д) Финоптина.

777. Возникновение аритмогенного эффекта чаще всего отмечено при приеме:

- а) Хинидина.
- б) Ритмилена.
- в) Препаратов подкласса I "С" (флекаинид, энкаинид и др.) .
- г) Кордарона.
- д) Финоптина.

778. Удлинение интервала QT, не связанное с уширением комплекса QRS, отмечается на фоне приема:

- а) Хинидина.
- б) Этмозина.
- в) Кордарона.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно 1 и 3.

779. Возникновение волчаночного синдрома отмечено на фоне приема:

- а) Хинидина.
- б) Новокаинамида.
- в) Ритмилена.
- г) Кордарона.
- д) Этмозина.

780. Для устранения гипотензивного действия при внутривенном введении финоптина наиболее рационально использовать:

- а) Мезатон.
- б) Кордиамин.
- в) Хлористый кальций.
- г) Ничего из перечисленного.

781. 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.

782. 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.

783. Физиологической называют электрокардиостимуляцию:

- а) При локализации стимулирующего электрода в предсердиях.
- б) "Р-управляемую" стимуляцию желудочков.
- в) Двухкамерную (последовательную предсердно-желудочковую) стимуляцию сердца.
- г) Все перечисленные варианты.
- д) Правильно только 2 и 3.

784. Имплантируемые электрокардиостимуляторы с автоматически изменяемой частотой стимуляции при физической активности пациента реагируют на изменение:

- а) Интервала Q-T.
- б) Температуры крови.
- в) Частоты дыхания.
- г) Механического сотрясения тела.
- д) Всего перечисленного.

785. Появление глубоких отрицательных зубцов Т при прекращении стимуляции желудочков во время восстановления собственного ритма:

- а) Всегда вызвано ишемией миокарда.
- б) Часто обусловлено так называемым постстимуляционным синдромом, не связанным с ишемией миокарда.
- в) Может сохраняться до 2-х месяцев.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

786. При хирургическом лечении больных с желудочковыми тахикардиями наиболее эффективно применение:

- а) Циркулярной вентрикулотомии.
- б) Эндокардиальной резекции.
- в) Аневризмэктомии.
- г) Эффективность перечисленных методов примерно одинакова.

787. В ряде исследований показано снижение смертности у больных с постинфарктным кардиосклерозом и аритмиями на фоне приема:

- а) Ритмилена.
- б) Кордарона.
- в) Этмозина.
- г) Всех перечисленных препаратов.

788. 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.

789. Фармакологическая или хирургическая блокада АВ-узла может быть способом паллиативного лечения:

- а) Хронической предсердной тахикардии.
- б) Желудочковой тахикардии.
- в) Ускоренного желудочкового ритма.
- г) Всех перечисленных состояний.

790. Одновременное развитие АВ-блокады 2-3-й степени и ускоренного ритма из АВ-соединения может наблюдаться при приеме:

- а) Хинидина.
- б) Новокаинамида.
- в) Дигоксина.
- г) Всех перечисленных препаратов.
- д) Правильно только 2 и 3.

791. Причиной синусовой тахикардии может быть все перечисленное, кроме:

- а) Анемии.
- б) Нейроциркуляторной дистонии.
- в) Гипотиреоза.
- г) Сердечной недостаточности.

792. Сино-атриальную реципрокную тахикардию отличает от синусовой тахикардии:

- а) Возможность индукции электрокардиостимуляцией.
- б) Внезапное начало и прекращение приступов.
- в) Возможность развития АВ-блокады во время тахикардии.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

793. 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.

794. Причиной очень высокой частоты сердечных сокращений во время мерцательной аритмии могут быть:

- а) Синдром преждевременного возбуждения желудочков.
- б) Электрофизиологические особенности АВ узла (так называемое "улучшенное" проведение по АВ-узлу) .
- в) Прием препаратов класса I (хинидин, ритмилен и т. п.) .
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

795. 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.

796. Показанием для восстановления синусового ритма при постоянной форме мерцательной аритмии является:

- а) Возникновение тромбоэмболий.
- б) Возникновение или усугубление сердечной недостаточности.
- в) Устранение предполагаемой причины мерцательной аритмии (хирургическая коррекция порока сердца, лечение тиреотоксикоза) .
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

797. Уменьшение частоты сердечных сокращений во время мерцания предсердий наблюдается под влиянием приема:

- а) Дигоксина.
- б) Обзидана.
- в) Финоптина.
- г) Кордарона.
- д) Всех перечисленных препаратов.

798. 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 1 и 2.

799. Во время реципрокной атриовентрикулярной тахикардии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта:

- а) Может отмечаться блокада проведения импульса к желудочкам.
- б) Может отмечаться блокада проведения импульса к предсердиям.
- в) Возникновение блокады проведения импульса к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "реципрокной АВ-тахикардии".
- г) Правильно 1 и 2.

800. Причиной возникновения двунаправленной желудочковой тахикардии чаще всего является:

- а) Острый инфаркт миокарда.
- б) Острый миокардит.
- в) Прием симпатомиметиков.
- г) Интоксикация сердечными гликозидами.

801. Двунаправленная желудочковая тахикардия:

- а) Чаще всего наблюдается при интоксикации сердечными гликозидами.
- б) Желудочковые комплексы в отведении V1 типа блокады правой ножки.
- в) В отведениях от конечностей отмечается альтернация электрической оси (влево- вправо) .

- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

802. 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 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

803. 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 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

804. Повысить эффективность закрытого массажа сердца можно с помощью:

- а) Снижения частоты надавливаний на грудину до 30-40 в мин.
- б) Повышения частоты надавливаний до 80-100 в мин.
- в) Уменьшения продолжительности фазы компрессии грудины.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

805. Для повышения эффективности повторных попыток электрической дефибрилляции рекомендуется внутривенное введение:

- а) Адреналина.
- б) Бета-блокаторов.
- в) Хлористого кальция.
- г) Всех перечисленных препаратов.
- д) Правильно 1 и 2.

806. Для повышения эффективности повторных попыток электрической дефибрилляции рекомендуется внутривенное введение:

- а) Лидокаина.
- б) Глюкокортикоидных гормонов.
- в) Сердечных гликозидов.
- г) Всех перечисленных препаратов.
- д) Правильно 1 и 2.

807. При остановке сердца вследствие асистолии:

- а) Очень эффективно применение электрокардиостимуляции.
- б) Очень эффективно введение хлористого кальция.
- в) Эффективность реанимационных мероприятий не превышает 10-15%.
- г) Эффективность реанимационных мероприятий гораздо выше, чем при фибрилляции желудочков.

808. При остановке сердца вследствие электро-механической диссоциации:

- а) Очень эффективно применение электрокардиостимуляции.
- б) Очень эффективно введение хлористого кальция.

- в) Эффективность реанимационных мероприятий гораздо выше, чем при фибрилляции желудочков.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

809. У внезапно умерших :

- а) В большинстве случаев выявляют ишемическую болезнь сердца.
- б) Нередко имеется постинфарктный кардиосклероз.
- в) В 20-40% случаев выявляют признаки острого инфаркта миокарда.
- г) Все ответы правильные.

810. Основным признаком повышенного риска внезапной смерти является:

- а) Регистрация желудочковых экстрасистол "высоких граций".
- 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.

811. Применение сердечных гликозидов у пациентов с наличием дополнительного пути предсердно-желудочкового проведения (пучок Кента) :

- а) Может уменьшить его рефрактерность.
- б) Как правило, увеличивает его рефрактерность.
- в) Влияния сердечных гликозидов на его рефрактерность не отмечено.

812. Частота повторения фибрилляции желудочков после успешной реанимации:

- а) Составляет примерно 5% в течение 1-2 лет.
- б) Составляет примерно 25% в течение 1-2 лет.
- в) Составляет примерно 50% в течение 1-2 лет.
- г) Составляет примерно 75% в течение 1-2 лет.

813. Снижение частоты рецидива фибрилляции желудочков у реанимированных больных удается достичь:

- а) С помощью подбора антиаритмических препаратов во время электрофизиологического исследования.
- б) При имплантации автоматических кардиовертеров-дефибрилляторов.
- в) При использовании хирургических способов лечения желудочковых аритмий.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все ответы правильные.

814. Повышение смертности на фоне эффективного устранения экстрасистолии у постинфарктных больных отмечено при приеме:

- а) Хинидина.
- б) Этмозина.
- в) Флекаинида и энкаинида.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все ответы правильные.

815. 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.

816. Антиаритмические препараты могут вызывать 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.

817. Средние эффективные суточные дозы анаприлина (обзидана) составляют:

а) 10-20 мг.

б) 30-40 мг.

в) 50-60 мг.

г) 80-200 мг.

д) 400 мг и более.

818. Средние эффективные суточные дозы кинилентина составляют:

а) 125-250 мг.

б) 375-500 мг.

в) 750-1000 мг.

г) 1500-2000 мг.

д) Более 2000 мг.

819. Средние эффективные суточные дозы этмозина составляют:

а) 200-300 мг.

б) 400-500 мг.

в) 600-800 мг.

г) 1000-1500 мг.

д) Более 1500 мг.

820. Средние эффективные суточные дозы этацизина составляют:

а) 50-100мг.

б) 150-200мг.

в) 250-300мг.

г) 350-400мг.

д) Более 400мг.

821. 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.

822. 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.

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

- а) 200-400мг.
- б) 600-800мг.
- в) 1000-1200мг.
- г) Более 1200мг.

1624. Во время мерцания предсердий возможно все перечисленное ниже, кроме:

- а) Полной нерегулярности сердечных сокращений.
- б) Волн "f".
- в) Зубцов Р, отличающихся по форме от УсинусовыхФ.
- г) Правильного ответа нет.

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

- а) Финоптина.
- б) Дигоксина.
- в) Хинидина.
- г) Кордарона.
- д) Анаприлина.

826. При возникновении приступа мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта противопоказано введение:

- а) Новокаинамида.
- б) Финоптина.
- в) Кордарона.
- г) Хинидина.
- д) Ритмилена.

827. Наиболее эффективен в купировании приступов наджелудочковой тахикардии:

- а) Строфантин.
- б) Финоптин.
- в) Обзидан.
- г) Лидокаин.
- д) Мезатон.

828. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь следует назначить:

- а) Финоптин.
- б) Лидокаин.
- в) Сердечные гликозиды.
- г) Обзидан.

829. Признаком дисфункции синусового узла является:

- а) Выраженная синусовая брадикардия.
- б) Мерцательная аритмия.
- в) Предсердная экстрасистолия.
- г) Атриовентрикулярная блокада I степени.
- д) Все перечисленное.

830. 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.

831. Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:

- а) Выпадение комплексов QRS.
- б) Удлинение интервала PR.
- в) Уширение комплексов QRS.
- г) Все перечисленное.

832. 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.

833. 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.

834. 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.

835. При атриовентрикулярной блокаде 3-ей степени выскальзывающий ритм с нормальными (неуширенными) комплексами QRS позволяет предположить развитие блокады:

- а) На уровне АВ-узла или пучка Гиса.
- б) На уровне ветвей пучка Гиса.
- в) На любом уровне.

836. 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.

837. Если при полной атриовентрикулярной блокаде (АВ-блокаде 3-й степени) регистрируется выскальзывающий ритм с уширенными комплексами QRS с частотой сердечных сокращений и равной 30 в 1 мин, наиболее вероятно, что локализация блокады:

- а) На уровне АВ-узла.

- б) На уровне пучка Гиса.
- в) На уровне ветвей пучка Гиса.

838. 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.

839. Абсолютным показанием для имплантации искусственного водителя ритма сердца является:

- а) Наличие признаков дисфункции синусового узла на ЭКГ.
- б) Атриовентрикулярные блокады 2-3-й степени (даже без симптомов) .
- в) Возникновение предобморочных состояний или эпизодов потери сознания (приступов Морганьи-Эдемса-Стокса) у больных с дисфункцией синусового узла или АВ-блокадой 2-3-й степени.
- г) Все перечисленное.

840. 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.

841. 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.

842. 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.

843. Выскальзывающие ритмы сердца:

- а) Необходимо устранять с помощью антиаритмических препаратов.
- б) Можно ускорить с помощью симпатомиметиков и/или холинолитиков.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

844. 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 2 и 3.

845. 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.

846. Полная компенсаторная пауза:

- а) Бывает при желудочковой экстрасистолии.
- б) Может быть при наджелудочковой экстрасистолии.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

847. 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.

848. 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 1 и 3.

849. 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.

850. 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 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

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

- а) Наличие "сливных" и/или проведенных желудочковых комплексов (так называемых "захватов") .
- б) Наличие атриовентрикулярной диссоциации.
- в) Наличие ретроградных зубцов Р.
- г) Отсутствие зубцов Р.
- д) Правильно 1 и 2.

852. 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 1 и 4.

853. При регистрации на ЭКГ наджелудочковой тахикардии с отсутствием зубцов Р 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 одинакова.

854. При регистрации во время наджелудочковой тахикардии предсердных 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.

855. 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 1 и 2.

856. 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.

857. Полная нерегулярность ритма желудочковых сокращений наиболее характерна для:

- а) Предсердной тахикардии.
- б) Мерцания предсердий.
- в) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- г) Желудочковой тахикардии.

858. 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.

859. Нормализация уширенных желудочковых комплексов во время физической нагрузки или после введения новокаинамида может наблюдаться у больных с:

- а) Предвозбуждением желудочков.
- б) Крупноочаговыми рубцовыми изменениями.
- в) Блокадой ветвей п. Гиса.
- г) При всех перечисленных состояниях.
- д) Ни при одном из перечисленных состояний.

860. 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.

861. Согласно наиболее распространенной классификации антиаритмические препараты разделяют на:

- а) 2 класса.
- б) 3 класса.
- в) 4 класса.
- г) 5 классов.
- д) 6 классов.

862. Наибольшее количество антиаритмических препаратов относится:

- а) К 1-му классу.
- б) Ко 2-му классу.
- в) К 3-му классу.
- г) К 4-му классу.

863. Какой из классов антиаритмических препаратов дополнительно разделяют на подклассы "А", "В", "С":

- а) 1-й.
- б) 2-й.
- в) 3-й.
- г) 4-й.

864. Самым опасным осложнением, связанным с приемом хинидина является:

- а) Головокружение.
- б) Нарушение функции желудочно-кишечного тракта.
- в) Возникновение желудочковой тахикардии типа "пируэт".
- г) Возникновение фиброза легких.
- д) Ничего из перечисленного.

865. Фактором риска возникновения желудочковой тахикардии типа "пируэт" на фоне приема хинидина, новокаиномида или дизопирамида является:

- а) Исходное удлинение интервала QT.
- б) Гипокалиемия.
- в) Брадикардия.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

866. Самым опасным осложнением, связанным с приемом кордарона, является:

- а) Нарушение функции щитовидной железы.
- б) Возникновение фиброза легких.
- в) Фотосенсибилизация.
- г) Периферические нейропатии.
- д) Паркинсонизм.

867. Среди антиаритмических препаратов холинолитическое действие в наибольшей степени выражено у:

- а) Хинидина.

- б) Новокаиनाмида.
- в) Дизопирамида (ритмилена) .
- г) Этмозина.
- д) Этацизина.

868. Общее периферическое сопротивление повышают:

- а) Хинидин и новокаинамид.
- б) Анаприлин (обзидан) и дизопирамид (ритмилен) .
- в) Кордарон и верапамил (финоптин) .

869. 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.

870. В меньшей степени урежают частоту сердечных сокращений в покое:

- а) Анаприлин (обзидан) .
- б) Спесикор (метапролол) .
- в) Вискен (пиндолол) .
- г) Правильный ответ 2 и 3.

871. Назначение лидокаина показано при:

- а) Мерцательной аритмии.
- б) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- в) Желудочковой тахикардии.
- г) При всех перечисленных аритмиях.

872. 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.

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

- а) 10 мг.
- б) 20 мг.
- в) 30 мг.
- г) 40 мг.

874. Средняя доза новокаиनाмида 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) .

875. 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.) .

876. Самым частым осложнением при в/в введении новокаинамида (особенно при очень быстром введении) является:

- а) Резкая брадикардия.
- б) Гипотония.
- в) Тошнота.
- г) Головная боль.

877. Рекомендуемая скорость в/в введения обзидана:

- а) 1 мг/мин.
- б) 2 мг/мин.
- в) 3 мг/мин.
- г) 5 мг/мин.

878. При мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта противопоказано в/в введение:

- а) Новокаинамида.
- б) Ритмилена(дизопирида) .
- в) Верапамила (финоптина) .
- г) Этмозина.
- д) Кордарона.

879. Верапамил является средством выбора при:

- а) Полиморфной желудочковой тахикардии.
- б) Желудочковой тахикардии типа "пируэт".
- в) Идиопатической желудочковой тахикардии, при которой форма комплексов QRS напоминает блокаду правой ножки п. Гиса с отклонением электрической оси влево.
- г) Двунаправленной желудочковой тахикардии.

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

- а) Мезатон.
- б) Хлористый кальций (или глюконат кальция) .
- в) Плазмозамещающие растворы.
- г) Сердечные гликозиды.

881. Повышение концентрации сердечных гликозидов в крови вызывают:

- а) Хинидин и кордарон.
- б) Новокаинамид и ритмилен.
- в) Анаприлин (обзидан) .
- г) Верапамил (финоптин) .
- д) Правильно 1 и 4.

882. 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.

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

- а) Наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений.
- б) Отмечается повышение эффективности с уменьшением выраженности побочного действия каждого препарата.
- в) Правильного ответа нет.
- г) Наблюдается снижение эффективности.

884. 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.

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

- а) Экстрасистолией.
- б) Наджелудочковыми аритмиями.
- в) Тяжелыми желудочковыми аритмиями.
- г) Выраженным поражением миокарда.
- д) Правильно 3 и 4.

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

- а) Около 5-10%.
- б) 20% - 30%.
- в) 40% - 50%.
- г) Более 50%.

887. Для проведения электрической дефибрилляции при фибрилляции желудочков целесообразно использовать разряд мощностью:

- а) 2 кв.
- б) 3 кв.
- в) 4 кв.
- г) 5 кв и более.

888. Для восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, как правило, необходим разряд мощностью более 3 кв при:

- а) Мерцании предсердий.
- б) Трепетании предсердий.
- в) Наджелудочковых тахикардиях.
- г) Желудочковых тахикардиях.
- д) При всех перечисленных.

889. Для обезболивания перед проведением электроимпульсной терапии используют:

- а) Реланиум (седуксен) .
- б) Тиопентал натрия.
- в) Гексенал.
- г) Все перечисленное.

890. Применение электрической стимуляции сердца для купирования пароксизмальных тахикардий наиболее эффективно при:

- а) Мерцании предсердий.
- б) Пароксизмальных наджелудочковых тахикардиях.
- в) Пароксизмальных желудочковых тахикардиях.
- г) Всех перечисленных тахикардиях.
- д) Ни при одном из перечисленных.

891. С помощью электрической стимуляции невозможно купировать:

- а) Мерцание предсердий.
- б) Трепетание предсердий.
- в) Пароксизмальную наджелудочковую тахикардию.
- г) Пароксизмальную желудочковую тахикардию.

892. Имплантированные кардиостимуляторы можно использовать для:

- а) Предупреждения эпизодов асистолии.
- б) Купирования пароксизмальных тахикардий.
- в) Предупреждения возникновения тахикардий.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

893. "Синдром кардиостимулятора" может наблюдаться у больных с электростимуляцией:

- а) Предсердий.
- б) Желудочков.
- в) Двухкамерной стимуляции.
- г) При всем перечисленном.

894. Признаками "синдрома кардиостимулятора" является:

- а) Общая слабость и быстрая утомляемость.
- б) Ощущения дискомфорта за грудиной, "кома в горле".
- в) Головокружения и обмороки.
- г) Одышка при нагрузке.
- д) Все перечисленное.

895. Причиной "синдрома кардиостимулятора" является:

- а) Отсутствие синхронизации сокращений предсердий и желудочков (атриовентрикулярная диссоциация) .
- б) Ретроградное проведение импульсов к предсердиям при электростимуляции желудочков.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

896. "Физиологической" стимуляцией сердца называют все перечисленные виды стимуляции, кроме:

- а) Стимуляции предсердий.
- б) Стимуляции желудочков.
- в) Двухкамерной стимуляции ("Р-синхронизированная" и последовательная предсердно-желудочковая стимуляция) .

897. Имплантация кардиостимулятора считается показанной даже при отсутствии клинических симптомов у больных с:

- а) Синоатриальной блокадой 2-й степени.
- б) Атриовентрикулярной блокадой 2-й степени типа 2 ("Мобитц-2") .

- в) Приобретенной полной атриовентрикулярной блокадой.
- г) Врожденной полной атриовентрикулярной блокадой.
- д) Правильно 2 и 3.

898. У больных с имплантированным кардиостимулятором в режиме "деманд" во время восстановления синусового ритма нередко отмечаются инверсия зубца Т и/или депрессия сегмента ST. Эти изменения:

- а) Всегда являются отражением ишемии миокарда.
- б) Могут быть обусловлены чисто "электрическими" влияниями (так называемый "постстимуляционный" или "постдеполя-ризационный" синдром) .
- в) Правильного ответа нет.

899. При лечении больных с опасными для жизни желудочковыми тахикардиями с помощью электрических приборов, наилучших результатов удалось достичь при имплантации:

- а) Кардиостимуляторов.
- б) Кардиовертеров.
- в) Кардиовертеров-дефибрилляторов.

900. Наличие систолического градиента артериального давления между аортой и левым желудочком характерно для:

- а) Дилатационной кардиомиопатии.
- б) Стеноза левого предсердножелудочкового отверстия.
- в) Стеноза устья аорты.
- г) Гипертонической болезни.
- д) Правильного ответа нет.

901. Расщепление 2- го тона в норме отмечается:

- а) Во время вдоха.
- б) Во время выдоха.
- в) В положении лежа.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

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

- а) Только на верхушке.
- б) Только на основании сердца.
- в) Только в положении лежа.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

903. Фиксированное расщепление 2- го тона отмечается при:

- а) Блокаде левой ножки пучка Гиса.
- б) Дефекте межпредсердной перегородки.
- в) Дефекте межжелудочковой перегородки.
- г) Правильно 1 и 2.

904. Для коронарного кровотока характерно:

- а) Увеличение в систолу.
- б) Увеличение в диастолу.
- в) Уменьшение в диастолу.
- г) Правильно 1 и 3.

905. При сокращении миокарда наибольшее препятствие коронарному кровотоку создается в:
- а) Субэпикардальных слоях миокарда.
 - б) Субэндокардиальных слоях миокарда.
 - в) Одинаково в субэпикардальных и субэндокардиальных слоях миокарда.
906. 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.
907. 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 1 и 2.
908. Ослабление 2- го тона наблюдается при:
- а) Легочной гипертензии.
 - б) Стенозе легочной артерии.
 - в) Стенозе аорты.
 - г) Правильно 1 и 2.
 - д) Правильно 2 и 3.
909. Третий тон может выслушиваться в норме у:
- а) Детей.
 - б) Молодых людей.
 - в) Беременных.
 - г) Все ответы правильные.
 - д) Правильного ответа нет.
910. Третий тон может выслушиваться при всех ниже перечисленных состояниях, за исключением:
- а) Митральной недостаточности.
 - б) Митрального стеноза.
 - в) Дефекта межжелудочковой перегородки.
911. Кровохарканье может быть симптомом:
- а) Митрального стеноза.
 - б) Инфаркта легкого.
 - в) Рака легкого.
 - г) Всего перечисленного.
 - д) Правильно 2 и 3.
912. 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.

613. Причиной выслушивания "щелчка" во время систолы:

- а) Чаще всего является пролабирование створок митрального клапана.
- б) Может быть констриктивный перикардит.
- в) Может быть митральный стеноз.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно только 1 и 2.

914. Смещение верхушечного толчка не отмечается у больных с:

- а) Митральным стенозом.
- б) Недостаточностью аортального клапана.
- в) Недостаточностью митрального клапана.
- г) Стенозом устья аорты.

915. 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 1 и 2.

916. Систолические шумы типа изгнания обычно выслушиваются:

- а) Как ранние систолические шумы (сразу после I-го тона) .
- б) Как среднесистолические (через короткий промежуток после I-го тона) .
- в) Как поздние систолические шумы (перед 2-ым тоном) .
- г) Как пансистолические шумы.

917. 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.

918. Диастолический шум, начинающийся через небольшой промежуток от 2- го, тона характерен для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Аортальной недостаточности.
- в) Недостаточности клапана легочной артерии.
- г) Дефекта межпредсердной перегородки.
- д) Правильно 1 и 4.

919. Непрерывный систоло-диастолический шум характерен для:

- а) Дефекта межпредсердной перегородки.
- б) Аномалии Эбштейна.
- в) Открытого артериального протока.
- г) Всех перечисленных состояний.
- д) Правильно 3 и 4.

920. Шум трения перикарда обычно лучше всего слышен:

- а) Во время систолы.

- б) В первой половине диастолы.
- в) В конце диастолы.

921. Выраженная легочная гипертензия приводит к:

- а) Укорочению фазы изгнания крови из правого желудочка.
- б) Более раннему закрытию клапана легочной артерии.
- в) Появлению на фонокардиограмме 2 - го тона большой амплитуды.
- г) Все ответы правильные.

922. Наилучшие результаты хирургического лечения тахиаритмий достигнуты у больных с:

- а) Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- б) Желудочковыми тахикардиями.
- в) Мерцательной аритмией.
- г) Все ответы правильные.

923. Первичной клинической формой нарушения ритма сердца не является:

- а) Экстрасистолия.
- б) Атриовентрикулярная диссоциация.
- в) Ускоренные эктопические ритмы сердца.
- г) Атриовентрикулярная блокада.
- д) Ни одно из перечисленных.

924. Экстрасистолией называют:

- а) Преждевременные импульсы.
- б) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

925. К выскальзывающим сокращениям относят:

- а) Эктопические импульсы.
- б) Преждевременные импульсы.
- в) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

926. Среди дополнительных путей атриовентрикулярного проведения чаще встречается:

- а) Пучок Джеймса.
- б) Пучок Махайма.
- в) Пучок Кента.

927. 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 2 и 4.

928. Дополнительные пути проведения импульсов часто сочетаются с:

- а) Другими врожденными заболеваниями сердца.
- б) Семейной отягощенностью в плане наличия дополнительных путей.
- в) И то, и другое.
- г) Правильного ответа нет.

929. 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.

930. Наиболее опасным вариантом тахикардии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта является:

- а) Мерцательная аритмия.
- б) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
- в) Правильного ответа нет.
- г) И то, и другое.

931. 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.

932. Основное назначение проведения чреспищеводной электростимуляции сердца у больных с пароксизмальными тахикардиями:

- а) Уточнение электрофизиологического механизма развития тахикардии.
- б) Ускорение подбора антиаритмической терапии у больных с пароксизмальными наджелудочковыми тахикардиями.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

933. Тромбоэмболия легочной артерии возникает при флеботромбозе или тромбозе вен нижних конечностей чаще всего на:

- а) 1-ой неделе заболевания.
- б) 2-3-ей неделе заболевания.
- в) Спустя месяц и более от начала заболевания.

934. Клиническими признаками флеботромбоза нижних конечностей является все перечисленное, кроме:

- а) Неприятных ощущений (распирание, жжение, боль, парестезии) в конечности.
- б) Асимметричной отечности конечности.
- в) Болезненности при пальпации по ходу вен.
- г) Повышение уровня протромбина в крови.

935. Наиболее часто встречающимся сочетанием симптомов при тромбоэмболии легочной артерии является:

- а) Одышка, цианоз, тахикардия.
- б) Бронхоспазм, кровохарканье, тахикардия.
- в) Цианоз, бронхоспазм, тахикардия.
- г) Кровохарканье, коллапс, одышка.

936. При молниеносной форме тромбоэмболии легочной артерии эмбол закрывает:

- а) Основной ствол легочной артерии.

- б) Крупные ветви легочной артерии.
- в) Множественные мелкие периферические ветви легочной артерии.

937. Что из перечисленного не характерно для аускультативной картины острого легочного сердца:

- а) Систолический шум на легочной артерии.
- б) Диастолический шум на легочной артерии.
- в) Акцент II тона на легочной артерии.
- г) Тахикардия.
- д) Раздвоение II тона на легочной артерии.

938. Нехарактерным рентгенологическим признаком тромбоэмболии легочной артерии в 1-ые сутки от начала заболевания является:

- а) Отсутствие или обеднение сосудистого рисунка.
- б) Высокое стояние купола диафрагмы.
- в) Признаки экссудативного плеврита.
- г) Все перечисленное.

939. Возможными изменениями ЭКГ при тромбоэмболии легочной артерии являются:

- а) Изменение комплексов QRS в V1-V2 по типу RSR.
- б) Подъем сегмента ST в III, AVF, V1-V2.
- в) Депрессия сегмента ST в I, II, AVL, V5-V6.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

940. При тромбоэмболии легочной артерии эмбол может:

- а) Спонтанно и быстро подвергаться лизису и исчезать в течение нескольких дней.
- б) Рассасываться медленно.
- в) Оставаться на месте и подвергаться организации.
- г) Возможны все перечисленные исходы.
- д) Правильного ответа нет.

941. При развитии острого легочного сердца сначала расширяется:

- а) Правое предсердие.
- б) Правый желудочек.
- в) Верхняя полая вена.
- г) Все ответы правильные.

942. Желтуха при инфаркте легкого:

- а) Является следствием временной гипербилирубинемии, вызванной распадом гемоглобина в очаге инфаркта.
- б) Может быть следствием гипербилирубинемии за счет застоя крови в печени.
- в) Наблюдается только у больных с предшествующим поражением печени.

943. При острой тромбоэмболии легочной артерии давление в ней:

- а) Резко возрастает.
- б) Остается нормальным.
- в) Понижается.

944. При острой тромбоэмболии легочной артерии центральное венозное давление:

- а) Повышается.
- б) Остается неизменным.

в) Понижается.

945. Укажите, какой из перечисленных методов является наиболее информативным для диагностики тромбоэмболии легочной артерии:

- а) ЭКГ.
- б) ЭХО-кардиография.
- в) Рентгенологическое исследование.
- г) Селективная ангиопульмонография.
- д) Сцинтиграфия легких.

946. Гепарин при тромбоэмболии легочной артерии вводят:

- а) В случае повышенного содержания протромбина в крови.
- б) В случае значительного увеличения тромбинового времени.
- в) Только при повторной тромбоэмболии.
- г) Во всех перечисленных случаях.
- д) Правильного ответа нет.

947. Кровохарканье при тромбоэмболии легочной артерии:

- а) Является абсолютным противопоказанием к применению гепарина.
- б) Является относительным противопоказанием к назначению гепарина.
- в) Не является противопоказанием к назначению гепарина.

948. Стрептокиназа для лечения тромбоэмболии легочной артерии:

- а) Вводится в суточной дозе около 1. 500. 000 ЕД.
- б) Вводится в суточной дозе 300. 000 ЕД.
- в) Не применяется.

949. При тромбоэмболии легочной артерии эмбоэктомия показана в случае:

- а) Сохранения явлений шока на фоне введения норадреналина, гепарина, вдыхания кислорода.
- б) Появления кровохарканья.
- в) Наличия признаков тромбофлебита.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

950. Хирургическое лечение при тромбоэмболии легочной артерии может состоять из:

- а) Перевязки нижней полую вены.
- б) Тромбэктомии из бассейна полых вен и вен нижних конечностей.
- в) Установки зонда-фильтра в полую вену.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно 2 и 3.

951. Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии имеет значение все перечисленное, кроме:

- а) Лечения сердечной недостаточности.
- б) Длительного приема антикоагулянтов при тромбофлебите.
- в) Длительного постельного режима после полостных операций.
- г) Бинтования нижних конечностей после холецистэктомии.
- д) Правильного ответа нет.

952. Основные звенья патогенеза тромбоэмболии легочной артерии включают:

- а) Механическую обтурацию легочной артерии.

- б) Спазм легочных артерий.
- в) Гипоксию.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все перечисленное.

953. Показанием для установки фильтра в нижнюю полую вену или перевязки ее у больных с тромбоэмболией легочной артерии и тромбофлебитом нижних конечностей является:

- а) Повторная тромбоэмболия на фоне терапии антикоагулянтами.
- б) Наличие противопоказаний для лечения антикоагулянтами.
- в) Высокое содержание протромбина.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

954. При проведении наружного массажа сердца частота компрессий грудной клетки должна составлять:

- а) 40-50 в 1 минуту.
- б) 60-70 в 1 минуту.
- в) 80-100 в 1 минуту.
- г) 120-130 в 1 минуту.

955. При проведении реанимационных мероприятий у больных с фибрилляцией желудочков электроимпульсную терапию (дефибрилляцию) надо начинать с разряда в:

- а) 1,5-2 кв. .
- б) 2,5-3 кв. .
- в) 4-4,5 кв. .
- г) 5-7 кв. .

956. Эффективность электроимпульсной терапии (дефибрилляции) у больных с фибрилляцией желудочков повышается при применении:

- а) Обзидана.
- б) Ритмилена.
- в) Лидокаина.
- г) Амiodарона.

957. Наиболее частой причиной клинической смерти у больных ИБС является:

- а) Асистолия желудочков.
- б) Фибрилляция желудочков.
- в) Электромеханическая диссоциация.

958. Фибрилляция желудочков у больных инфарктом миокарда чаще развивается:

- а) В первые 1,5-2 часа от начала заболевания.
- б) На 2-3 сутки от начала заболевания.
- в) На 7-10 сутки от начала заболевания.
- г) Нет связи между частотой развития фибрилляции желудочков и временем от начала заболевания.

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

- а) Внутрисердечное введение.
- б) Внутривенное введение в одну из крупных вен.
- в) Внутритрахеальное введение.

960. При проведении сердечно-легочной реанимации двумя людьми рациональным является:

- а) Выполнение 5 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие.
- б) Выполнение 10 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие.
- в) Выполнение 20 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие.

961. Если сердечно-легочную реанимацию осуществляет один человек, то наружный массаж сердца и искусственное дыхание целесообразно проводить в соотношении:

- а) 5:1.
- б) 10:1.
- в) 15:2.

962. При асистолии желудочков электрическая стимуляция сердца, как правило:

- а) Является высокоэффективной.
- б) Является малоэффективной.
- в) Дает средние по эффективности результаты

963. Смертность среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, страдающими обмороками, составляет в год:

- а) 1-5%.
- б) 20-30%.
- в) Свыше 50%.

964. Для синкопального состояния не характерно:

- а) Кратковременность потери сознания.
- б) Утрата мышечного тонуса.
- в) Обратимость.
- г) Сохранение слухового восприятия при потере сознания.

965. Предсинкопальное состояние характеризуется:

- а) Ощущением "приближающейся потери сознания".
- б) Неизбежным переходом в синкопальное состояние.
- в) Головокружением, слабостью, потемнением в глазах.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все ответы правильные.

966. Перфузионное давление в сосудах головного мозга равно:

- а) Систолическому АД.
- б) Диастолическому АД.
- в) Среднему артериальному давлению.

967. Уменьшение кровоснабжения головного мозга начинается при снижении среднего АД ниже уровня:

- а) 30 мм. рт. ст.
- б) 50 мм. рт. ст.
- в) 80 мм. рт. ст.
- г) 100 мм. рт. ст.

968. Уменьшение кровоснабжения мозга обычно не связано с:

- а) Уменьшением сердечного выброса.
- б) Обструкцией сосудов, снабжающих головной мозг.
- в) Снижением среднего артериального давления до 80 мм. рт. ст.

969. У больного со стенозом устья аорты без признаков недостаточности кровообращения и коронарной недостаточности появились обмороки при физических усилиях. Ему необходимо:

- а) Назначить препараты, улучшающие инотропную функцию миокарда.
- б) Обследование с целью исключения тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.
- в) Проведение консультации кардиохирурга для решения вопроса о возможности хирургического лечения порока.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

970. Синкопальное состояние при стенозе устья аорты:

- а) Провоцируется физической нагрузкой.
- б) Развивается вследствие неадекватного увеличения сердечного выброса.
- в) Правильно 1 и 2.

971. В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиопатии имеет значение:

- а) Систолическая обструкция выносящего тракта.
- б) Значительное снижение систолической функции левого желудочка.
- в) Возникновение различных нарушений ритма.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все ответы правильные.

972. Для возникновения синкопальных состояний у больных гипертрофической кардиопатией не характерно:

- а) Возникновение сразу после прекращения физической нагрузки.
- б) Возникновение только в ранние утренние часы.
- в) Провоцирование приступов приемом нитратов.

973. Причиной синкопальных состояний у больных со стенозом левого АВ-отверстия может быть:

- а) Шаровидный тромб левого предсердия.
- б) Мерцательная аритмия с высокой частотой сердечных сокращений.
- в) Тромбоэмболия легочной артерии.
- г) Тромбоэмболия сосудов мозга.
- д) Все перечисленное.

974. У мужчины 43 лет без предшествующего анамнеза появились синкопальные состояния, возникающие в вертикальном положении. Потере сознания предшествует появление приступа одышки. Имеются аускультативные признаки стеноза левого АВ-отверстия. Наиболее вероятным представляется диагноз:

- а) Шаровидный тромб левого предсердия у больного с ревматическим пороком митрального клапана.
- б) Миксома левого предсердия.
- в) Неспецифический аортоартериит с поражением экстракраниальных сосудов.
- г) Органическое поражение сердца скорее всего отсутствует.

975. Причиной синкопальных состояний у больных с синдромом удлиненного интервала QT обычно является:

- а) Прогрессирующее ухудшение внутрижелудочковой проводимости.
- б) Возникновение пароксизма желудочковой тахикардии типа "пируэт".
- в) Возникновение периодов асистолии.

г) Все ответы правильные.

976. К факторам, вызывающим удлинение интервала QT, можно отнести все перечисленные, кроме:

- а) Приема сердечных гликозидов.
- б) Приема антиаритмических препаратов.
- в) Приема некоторых психотропных препаратов.
- г) Гипокалиемии и гипомагниемии.

977. Критерием дисфункции синусового узла является:

- а) Урежение частоты сердечных сокращений до 60 в минуту.
- б) Пауза в синусовых импульсах продолжительностью 3 сек.
- в) Синусовая брадикардия менее 50 в мин.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

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

- а) Проба с атропином.
- б) Проба с дозированной физической нагрузкой.
- в) Чреспищеводная стимуляция предсердий.
- г) Суточное мониторирование ЭКГ.
- д) Все перечисленное.

979. При кардиогенном шоке наименее выраженное уменьшение кровотока отмечается в сосудах:

- а) Почек.
- б) Скелетных мышц.
- в) Мозга.
- г) Кожи.
- д) Примерно одинаково снижается кровоснабжение всех перечисленных органов и тканей.

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

- а) Кровотечение.
- б) Сепсис, вызванный грамм-отрицательными бактериями.
- в) Анафилаксия.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

981. Для синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса не характерно:

- а) Внезапное начало и быстрое восстановление сознания после окончания приступа.
- б) Ретроградная амнезия.
- в) Редкий или очень частый пульс.
- г) Наличие предсинкопального периода, появление судорог при длительном приступе.
- д) Сопорозное состояние после приступа потери сознания.

982. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса может наблюдаться при:

- а) Межпредсердной блокаде.
- б) Синоатриальной блокаде.
- в) Двухпучковой внутрижелудочковой блокаде.
- г) Правильного ответа нет.

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

- а) Синоатриальной блокаде.
- б) Неполной АВ-блокаде высокой степени.
- в) Полной поперечной блокаде.
- г) Правильного ответа нет.

984. Тахикардитическая форма синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса может наблюдаться при:

- а) Фибрилляции желудочков.
- б) Желудочковой тахикардии.
- в) Мерцательной аритмии.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

985. Абсолютным противопоказанием для велоэргометрии у больного с синкопальными состояниями является:

- а) Частая желудочковая экстрасистолия.
- б) Пароксизмы желудочковой тахикардии.
- в) АВ-блокада I степени на ЭКГ покоя.
- г) Правильного ответа нет.

986. Суточное мониторирование ЭКГ дает возможность установить причину синкопальных состояний:

- а) Практически во всех случаях.
- б) Примерно в 50% случаев.
- в) Менее чем в 5% случаев.

987. На возможность синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса у больного с синкопальными состояниями могут указывать зарегистрированные при суточном мониторировании:

- а) Периоды синусовой брадикардии с частотой сердечных сокращений 30 в I минуту.
- б) Периоды эктопического ритма с частотой сердечных сокращений 30 в I минуту.
- в) Эпизоды желудочковой тахикардии продолжительностью в 5 комплексов.
- г) Все перечисленное.

988. Предсинкопальное состояние, проявляющееся головокружением, слабостью, бледностью, практически всегда предшествует:

- а) Обмороку при ортостатической гипотонии.
- б) Вазодепрессорному обмороку.
- в) Обмороку при синдроме Морганьи-Эдемса-Стокса.

989. К аритмиям, при которых может наблюдаться кардиогенный шок, относятся:

- а) Устойчивая желудочковая тахикардия.
- б) Мерцание предсердий у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- в) Брадиаритмия у больных с нарушением функции левого желудочка.
- г) Мерцание предсердий у больных с выраженным аортальным стенозом.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Частота повторных инфарктов миокарда выше, чем после крупноочагового.
- б) Реже, чем после крупноочагового.
- в) Такая же, как при крупноочаговом.

991. Электрокардиографическим признаком мелкоочагового инфаркта миокарда может являться:

- а) Депрессия сегмента ST.
- б) Инверсия зубца Т.
- в) Подъем сегмента ST.
- г) Депрессия сегмента ST в сочетании с инверсией зубца Т.
- д) Все перечисленное.

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

- а) Реже наблюдается недостаточность кровообращения.
- б) Меньше объем поражения миокарда.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

993. Рецидивирование ишемии миокарда у больных мелкоочаговым инфарктом миокарда:

- а) Наблюдается также часто, как и при крупноочаговом инфаркте.
- б) Наблюдается чаще, чем при крупноочаговом инфаркте.
- в) Наблюдается реже, чем при крупноочаговом инфаркте.
- г) Не бывает бессимптомным.
- д) Никогда не приводит к внезапной смерти.

994. Какое из перечисленных явлений не характерно для пароксизмальной ортодромной АВ-реципрокной тахикардии?

- 1. Ретроградное проведение по АВ-соединению
- 2. Ретроградное проведение по дополнительному АВ-соединению
- 3. Антероградное проведение по АВ-соединению
- 4. Узкие комплексы QRS

995. Какое из перечисленных явлений не характерно для пароксизмальной антидромной АВ-реципрокной тахикардии?

- 1. Широкие комплексы QRS
- 2. Антероградное проведение по дополнительному АВ-соединению
- 3. Ретроградное проведение по АВ-соединению
- 4. Антероградное проведение по АВ-соединению

996. Для какого из перечисленных факторов не характерна брадикардия?

- 1. Спортивное сердце
- 2. Заболевания ЖКТ
- 3. Заболевания ЦНС
- 4. Тиреотоксикоз

997. Какой из перечисленных признаков характерен для СА-блокады II степени I типа?

- 1. Постепенное укорочение интервала Р-Р перед паузой
- 2. Постепенное удлинение интервала PQ перед паузой
- 3. Постепенное удлинение R-R после паузы
- 4. Постепенное укорочение интервала PQ перед паузой

998. При приеме какого препарата может развиваться волчаночно-подобный синдром?

- 1. верапамил
- 2. амиодарон
- 3. новокаиномид
- 4. анаприлин

999. Какое из явлений не характерно для пароксизмальных АВ-реципрокных тахикардий?

1. Внезапное начало приступа
2. Внезапное окончание приступа
3. Во время ЧПЭФИ можно вызвать и купировать приступ тахикардии
4. Периоды разогрева и охлаждения во время приступа

1000. Какой из перечисленных препаратов можно использовать для купирования фибрилляции предсердий при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта?

1. Анаприлин
2. Верапамил
3. Дигоксин
4. Амiodарон

3.2 Вопросы собеседования

1. Анатомо-физиологические особенности сердечно - сосудистой системы у детей разного возраста
2. Структура и функции сердца
3. Структура и функции сосудов
4. Основные механизмы развития патологии сердечно-сосудистой системы
5. Особенности развития проводящей системы у новорожденных
6. Критические пороки периода новорожденности. Диагностика.
7. Врожденные пороки сердца: классификация. Клиническая характеристика основных пороков.
8. Дуктусзависимые ВПС у детей. Диагностика. Тактика.
9. Дефект межпредсердной перегородки. Клиника, диагностика, лечение.
10. Дефект межжелудочковой перегородки. Клиника, диагностика, лечение. Варианты течения. Показания к операции
11. Открытый аортальный проток. Клиника, диагностика, лечение.
12. Коарктация аорты. Клиническая характеристика. Диагноз. Лечение.
13. Тетрада Фалло. Клиническая характеристика. Диагноз. Лечение.
14. Двухстворчатый аортальный клапан. Стеноз и недостаточность аортального клапана. Диагностика. Тактика.
15. Клинические признаки сердечной недостаточности при поражениях миокарда. Особенности на первом году
16. Физиологические механизмы регуляции АД. Основные факторы риска первичной артериальной гипертензии у детей
17. Клинические и физикальные признаки, заставляющие исключать инфекционный эндокардит
18. Пренатальная диагностика ВПС
19. Симптоматическая артериальная гипертензия (АГ) у детей. Классификация и патогенез. Реноваскулярная артериальная гипертензия. Клиника диагностика, лечение.
20. АГ при заболеваниях почек. Дифференциальный диагноз нефрогенной АГ.
21. АГ эндокринного генеза Первичный альдостеронизм (с. Конна). Клиника, диагностика, лечение. Классификация. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Клиника, диагностика, лечение. Феохромоцитома. Клиника, диагностика, лечение.
22. Гипертонические кризы. Варианты. Тактика.
23. Критерии диагностики первичной артериальной гипертензии у детей.
24. Принципы медикаментозного лечения первичной артериальной гипертензии у детей.. Основные классы антигипертензивных средств. Индивидуальный подбор терапии.

25. Диуретики. Основные группы, механизмы действия. Показания и противопоказания. Рациональные комбинации. Ошибки в лечении диуретиками.
26. Бета-адреноблокаторы. Механизмы антигипертензивного действия. Классы. Показания к назначению. Противопоказания. Побочные эффекты. Комбинации с другими классами гипотензивных средств.
27. Ингибиторы АПФ. Классификация. Клиническая фармакология. Механизмы антигипертензивного действия. Показания и противопоказания. Побочные эффекты.
28. Блокаторы кальциевых каналов. Основные группы. Классификация. Механизмы действия. Влияние на прогноз. Показания и противопоказания.
29. Профилактика артериальной гипертензии.
30. Семейная гиперхолестеринемия: эпидемиология, этиология и патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение. Принципы лечения гиперлипидемий.
31. Основные причины хронической сердечной недостаточности. Патогенез ХСН.
32. Классификация ХСН. Классификация В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско. Классификация ХСН NYHA.
33. Принципы лечения ХСН. Медикаментозная терапия. Основные классы применяемых препаратов. Основные, дополнительные и вспомогательные лекарственные средства для лечения ХСН. Принципы сочетанного применения медикаментозных средств.
34. Ингибиторы АПФ в лечении ХСН: механизм действия. Показания, противопоказания, побочные эффекты. Рациональный подбор дозы.
35. Диуретики в лечении ХСН. Общая характеристика. Показания к диуретической терапии при ХСН. Комбинации различных диуретиков. Преодоление рефрактерности к диуретикам.
36. В-дреноблокаторы (БАБ) в лечении ХСН. Эволюция взглядов на возможность и показания к применению БАБ при ХСН. Механизмы положительного действия БАБ у больных ХСН.
37. Сердечные гликозиды в лечении ХСН. Механизмы действия. Группы. Показания к назначению. Влияние на прогноз. Оптимальные дозы в лечение ХСН. Клиника гликозидной интоксикации и ее лечение.
38. Пароксизмальная тахикардия у детей. Этиология. Неотложная помощь
39. Терапия стрептококкового миокардита
40. Стеноз легочной артерии. Клиника, диагностика. Показания к операции
41. Ревматическая лихорадка у детей, современные представления об этиологии и патогенезе. Классификация, определение активности, клиническое течение. Лечение и профилактика ревматизма.
42. Инфекционные эндокардиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
43. Кардиомиопатии: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Патоморфологические изменения миокарда.
44. Перикардиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Изменение ЭКГ при сухом (фибринозном перикардите). Исходы перикардитов. Прогнозы.
45. Дилатационная (застойная) кардиомиопатия. Клиника, диагностика, лечение. Прогноз
46. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клиника, диагностика, лечение. Прогноз. Показания к хирургическому лечению.
47. Врожденные кардиты у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническое течение. Прогноз.
48. Критерии диагностики кардитов. Принципы диагностики и лечения.
49. Исходы кардитов. Показания к хирургическому лечению.
50. Приобретенные миокардиты у детей. Этиология. Патогенез. Критерии диагностики. Принципы диагностики и лечения.
51. Приобретенные пороки сердца у детей. Причины. Недостаточность митрального клапана. Клиника. Диагностика. Тактика.

52. Опухоли сердца. Классификация, диагностика, лечение
53. Фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани у детей. Дифференцированные дисплазии соединительной ткани. Синдром Марфана. Синдром Элерса-Данлоса. Клиника. Диагностика. Тактика.
54. Клинические проявления, диагностика пролапса митрального клапана.
55. Клиническое значение, диагностика аномально расположенных хорд.
56. Вегетососудистая дистония по ваготоническому типу. Причины. Клинические проявления. Диагностика Принципы лечения.
57. Вегетососудистая дистония по симпатикотоническому типу. Причины. Клинические проявления. Диагностика Принципы лечения.
58. Симпатоадреналовый криз. Диагностика и тактика.
59. Вагоинсулярный криз. Клинические проявления. Тактика.
60. Спортивное сердце. Методология обнаружения отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы и последующего определения допуска к занятиям спортом. Панель обследований при предварительном скрининге спортсменов
61. Одышно-цианотический приступ. Клиника. Диагностика. Тактика.
62. Диагностика и лечение острой лево- и право- желудочковой недостаточности.
63. Показания и подготовка детей с ВПС к транспортировке в КХЦ.
64. Показания к эндоваскулярной коррекции при ВПС.
65. Принципы диспансерного наблюдения за детьми с ВПС.
66. Методы обследования детей с нарушениями ритма сердца .Алгоритм обследования при нарушениях ритма у детей
67. Суточное ЭКГ-мониторирования. Показания
68. Особенности ЭКГ при поражениях миокарда
69. Алгоритм обследования ребенка с тахикардией
70. Пароксизмальная тахикардия у детей. Этиология. Неотложная помощь.
71. Непароксизмальная тахикардия. Этиология. Диагностика,
72. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. Клинические признаки, диагностика, терапия.
73. Терапия синдрома слабости синусового узла.
74. Экстрасистолия. Этиология. Клинические проявления. Признаки угрожаемой экстрасистолии.
75. Показания к антиаритмической терапии при нарушениях ритма у детей.
76. Этиология синусовой брадиаритмии в детском возрасте. Алгоритм обследования.
77. Кардиальные причины синкопальных состояний.
78. Синдром слабости синусового узла. Классификация. Этиология.
79. Синдром удлиненного интервала Q-T. Диагностика. Тактика ведения.
80. Медикаментозная терапия дисфункции синусового узла
81. Показания к проведению ЧПЭФИ
82. Особенности программирования частотных параметров у детей с ПЭКС
83. Показания к имплантации ПЭКС
84. Диспансерное наблюдение детей с ПЭКС
85. Особенности ЭКГ у детей первого года жизни
86. Признаки синусового ритма на ЭКГ.
87. Признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ
88. Признаки гипертрофии правого желудочка на ЭКГ
89. Признаки атрио-вентрикулярной блокады второй степени на ЭКГ
90. Проявления синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ.
91. Блокада левой ножки пучка Гиса на ЭКГ . Блокада правой ножки пучка Гиса на ЭКГ.
92. Признаки суправентрикулярных экстрасистол на ЭКГ
93. Признаки сино-атриальной блокады на ЭКГ.
94. Признаки полной и неполной атрио-вентрикулярной блокады на ЭКГ

95. Дифференциальный диагноз желудочковой и наджелудочковой форм пароксизмальной тахикардии на ЭКГ.
96. Варианты синдрома короткого PQ на ЭКГ.
97. Синдром раннейреполяризации на ЭКГ.
98. Синдром слабости синусового узла. Классификация. Этиология.
99. Синдром удлиненного интервала Q-T.
100. Суточное ЭКГ-мониторирования. Показания.

3.3. Алгоритмы практических навыков

- 1.Выявить биологические, генетические, средовые факторы анамнеза для
- 2.прогнозирования развития патологии сердечно-сосудистой системы ребенка;
- 3.Провести комплексную оценку состояния здоровья и развития ребенка
- 4.Оценка физического развития, симптомов и синдромов поражения сердечно-сосудистой системы
- 5.Выявить патологию сердечно-сосудистой системы у ребенка
- 6.Назначить рациональное вскармливание и питание детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- 7.Уход за новорожденными с ВПС
- 8.Диагностировать пограничные состояния сердечно-сосудистой системы у детей
- 9.Назначить дополнительное обследование и интерпретировать полученные результаты электрокардиографии, фонокардиографии, эхокардиографии, рентгенографии
- 10.Методика измерения АД у детей. Формулы для расчета АД. Оценка АД по центильным таблицам.
- 11.Съемка и расшифровка электрокардиограммы
- 12.Методика проведения и оценка результатов суточного мониторингирования ЭКГ
- 13.Методика проведения и оценка результатов суточного мониторингирования АД.
- 14.Методика проведения и оценка нагрузочных ЭКГ-проб
- 15.Методика проведения и оценка лекарственных ЭКГ-проб
- 16.Оценка рентгенограмм сердца в 2-х проекциях. Расчет КТО.
- 17.Оценка результатов КИГ, РЭГ
- 18.Обсуждение результатов МРТ сердца
- 19.Оценка ЭХО-КГ при заболеваниях сердца
- 20.Оценка клинического анализа крови
- 21.Оценка биохимического анализа крови
- 22.Оценка иммунологических показателей крови
- 23.Определение групп крови, переливание крови
- 24.Пункция и катетеризация центральных вен;
- 25.Проведение наружного массажа сердца
- 26.Проведение искусственного дыхания (рот-в-рот)
- 27.Принять участие в проведении назотрахеальной интубации
- 28.Составить дифференцированные рекомендации по наблюдению и уходу за детьми с патологией сердечно-сосудистой системы
- 29.Провести инфузионную терапию пациентам с патологией сердечно-сосудистой системы
- 30.Оформление результатов осмотра поликлинических больных в компьютерной сети
- 31.Использовать приборы, применяемые в детской кардиологии (суточный монитор АД, суточный монитор ритма, кардиограф, велоэргометр, аппарат ЭХОКГ, дефибриллятор)
- 32.Провести острый лекарственный тест при подборе антиаритмической терапии у детей
- 33.Провести вагусные пробы
- 34.Определить показания к госпитализации больного
- 35.Назначить лечение при патологии сердечно-сосудистой системы у детей

36. Провести реабилитационные мероприятия при кардиальной патологии
37. Провести электроимпульсную терапию при аритмиях
38. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: острой сердечной и сосудистой недостаточности
39. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: нарушениях ритма сердечной деятельности: приступ пароксизмальной тахикардии, АВ-блокада, трепетании предсердий
40. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: кардиогенном шоке
41. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: гипертензивных и гипотензивных кризах
42. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: одышно-цианотическом приступе
43. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: судорожном синдроме
44. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: острых аллергических реакциях
45. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: кровотечениях (носовых, легочных и др.)
46. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: клинической смерти
47. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: синдроме внезапной смерти
48. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: передозировке лекарственных препаратов
49. Оказать помощь детям при неотложных состояниях: критических пороках сердца у новорожденных

3.4. Ситуационные задачи

задача № 1.

Мальчик Ш., 4 мес. Жалобы на «обмякание» ребенка, периоральный цианоз.

Анамнез: ребенок от 1-ой беременности (на ранних сроках мать перенесла ОРВИ), 1-х срочных родов. Родился с весом 3000 гр, длиной 50 см, оценкой по Апгар 8-8 баллов. Рос и развивался по возрасту, привит по плану.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, достаточного питания. Кожа бледно-розовая, при беспокойстве появляется периоральный цианоз. Слизистые розовые, влажные. Большой родничок не напряжен, 1.5x1.5 см. Область сердца визуально не изменена. Перкуторно границы сердца не расширены. При аускультации тоны сердца приглушены, выслушивается трехчленный ритм «галопа», ЧСС 125 в мин. В легких – дыхание пуэрильное, хрипов нет., ЧД 30 в мин. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень – по краю реберной дуги.

Выполнена ЭхоКГ, на которой выявлено: створки трикуспидального клапана смещены в полость правого желудочка на 18 мм, смыкание полное, регургитации нет. Правое предсердие значительно увеличено за счет атриализации правого желудочка, открытое овальное окно 4 мм с перекрестным сбросом на нем.

Вопросы:

1. Какой порок сердца выявлен по данным ЭхоКГ?
2. Какие нарушения ритма чаще встречаются при данном пороке?
3. Какова тактика ведения ребенка?
4. Каковы сроки оперативного лечения?

задача № 2.

Девочка К., 8 лет. Жалобы на утомляемость, вялость, раздражительность, субфебрильную лихорадку, летучие боли в коленных, голеностопных суставах, сердцебиение.

Анамнез: месяц назад получала лечение в инфекционной больнице по поводу фолликулярной ангины.

При объективном осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,8. Кожные покровы бледные, розовые кольцевидные высыпания на коже туловища и конечностей, исчезают при надавливании, зуда нет. Слизистые оболочки розовые, влажные. Лимфоузлы – шейные 0,5-1 см, эластичные, не спаянные с кожей, безболезненные. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 110 уд/мин, выслушивается продолжительный дующий систолический шум с максимумом на верхушке и в точке Боткина, усиливающийся на левом боку, проводящийся за пределы сердца. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Со стороны суставов: в области левого и правого коленных суставов припухлость, ограничение движения, умеренная болезненность при пальпации.

На ЭКГ: ритм синусовый, умеренно выраженная аритмия, ЧСС 106 уд/минуту, АВ-блокада I степени, редкая желудочковая экстрасистолия, нарушения реполяризации.

Вопросы:

1. С каким заболеванием связано состояние ребенка?
2. Какое обследование следует провести для верификации диагноза?
3. Для какого порока сердца характерны полученные данные?
4. Какова тактика лечения?

задача № 3.

Мальчик Б., 16 лет, поступил в стационар в сопровождении матери по срочным показаниям с жалобами на появление одышки, отеков, навязчивого кашля, повышенной утомляемости, снижение диуреза, резкое снижение аппетита. Ухудшение состояния в течение последних 2-х месяцев.

Анамнез: доношенный мальчик от 2 беременности без особенностей, вторых срочных родов. Родился с весом 3600 гр., длиной 51 см, оценкой по Апгар 8-9 баллов. На первом году жизни наблюдался невропатологом с диагнозом: синдром двигательных нарушений. В возрасте 2-х лет мама обратила внимание на неустойчивую походку, «спотыкания», частые падения при ходьбе, мальчику стало трудно подниматься из положения сидя и лежа. По результатам обследования, в том числе генетического, диагностирована миопатия Дюшенна.

При объективном осмотре: состояние тяжелое, в сознании, в пространстве и времени ориентирован, вынужденное положение в кровати, не может лечь на спину на горизонтальную поверхность (сопровождается нарушением дыхания, кашлем). Может сидеть с поддержкой, не ходит. Кожные покровы с желтовато-землистым оттенком, холодные на ощупь. Перкуторно границы сердца расширены во все стороны. Тоны сердца очень глухие, ритмичные. ЧСС 130-132 в мин. (сидя), систолический шум на верхушке проводится в подмышечную область. АД на руках 95/60 мм.рт.ст. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах, после откашливания уменьшаются. ЧД 28 в мин. Живот увеличен в объеме, плотный при пальпации, безболезнен, печень +4 см., притупление перкуторного тона в отлогах местах. Выраженные отеки нижних конечностей до нижней трети бедер, плотные. Отечность локтевых суставов по задней поверхности. Диурез резко снижен, на момент осмотра не мочился с утра.

Вопросы:

1. Какое поражение сердца входит в структуру миопатии Дюшенна?
2. Чем объясняется состояние ребенка при поступлении?
3. С чем связан систолический шум?
4. Какие изменения можно выявить при ЭКГ, ХМ, ЭхоКГ?

5. Какова тактика лечения данного больного?

задача № 4.

Девочка Х., 5 лет 3 месяца. Поступила по скорой неотложной помощи с жалобами, со слов мамы, на повышение температуры до 38,8 - 39,5 С, слабость, бледность кожных покровов, снижение аппетита.

Анамнез. Ребенок от 1-ой беременности, протекавшей на фоне хронического гайморита и хронического тонзиллита с обострением в 17 и 28 недель беременности, ХФПН. Роды срочные, самопроизвольные. Вес при рождении 3250 гр., рост 51 см., по шкале Апгар 7/9 баллов. С 2-х лет состоит на учете у ЛОР-врача с диагнозом аденоидит 2 степени. С 3-х лет - частый рецидивирующий тонзиллит. В ротоглотке неоднократно был обнаружен альфа-гемолитический стрептококк.

Ребенок болен в течении 10 дней, когда повысилась температура тела до субфебрильных цифр, появилось серозное отделяемое из носа, першение в горле. Амбулаторно получала панадол, туалет носа солевым раствором (аквамарис), назальные капли (изофра). Терапия без эффекта. По скорой неотложной помощи доставлен в приемное отделение.

Объективно. Состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 39,0 С. ЧД 34 в мин. ЧСС 112 уд/мин. Кожные покровы бледно-серого цвета. Вялая, от еды и питья отказывается. Подчелюстные лимфоузлы мелкие, плотные, безболезненные. Из носа серозное отделяемое. Слизистая ротоглотки рыхлая, умеренно-гиперемированная. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шум не выслушивается. Перкуторно границы сердца расширены влево. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. В клиническом анализе крови: лейкоцитоз (L 17,8), нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/ч. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 98 уд/мин, сегмент S-T выше изолинии во II, III, AVF-отведениях, низкий вольтаж комплексов QRS. ЭхоКГ: полости сердца не увеличены, структурных аномалий нет, сократительная функция миокарда в норме, визуализируется сепарация листков перикарда до 15 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы предрасполагающие факторы для развития данного заболевания?
3. Какова тактика ведения и лечения пациента?
4. Какова клиническая картина тампонады сердца?

задача № 5.

Мальчик П. родился на 39 неделе, вес 3400 гр., оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. В первые сутки после рождения состояние удовлетворительное. На 2-е сутки жизни – ухудшение состояния, ЧД 50-60 в мин, ЧСС 180 уд/мин. Начал выслушиваться систолический шум в области сердца, в межлопаточной области. Эпизоды снижения сатурации до Sat 85%. Кожные покровы бледно-розовые. Мышечный тонус флексорный. Большой родничок не выбухает. Энтеральное питание усваивает в полном объеме. Дыхание проводится равномерно по всем лёгочным полям, пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум над всей поверхностью сердца, с р. maximum на основании сердца. АД на правой руке: 90/50 мм.рт.ст., АД на левой руке: 85/45 мм.рт.ст., АД на правой ноге: 55/40 мм.рт.ст. Пульс на a.femoralis несколько ослаблен. Живот не вздут, мягкий. Печень, селезёнка не увеличены. Диурез сохранён.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы можете предположить?
2. В связи с чем произошло ухудшение состояния больного?

3. Какие мероприятия необходимо предпринять для предотвращения дальнейшего ухудшения состояния?
4. Чем обусловлен градиент давления между верхними и нижними конечностями? Почему важно измерять АД на обеих руках?
5. Что такое дуктус-зависимое кровообращение? Какие дуктус-зависимые ВПС Вы знаете?
6. Какие диагностические мероприятия проводятся для подтверждения диагноза?
7. Какие существуют способы хирургической коррекции данного ВПС?
8. Какова гемодинамика данного ВПС?

задача № 6.

Мальчик У., 6 лет. Доставлен в приемное отделение бригадой СМП с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, быструю утомляемость, потливость, лихорадку до 38 С, частое шумное, свистящее дыхание, кашель.

Анамнез жизни: ребёнок от 1-ой беременности, родился недоношенным (36 нед.), рос и развивался нормально, но с частыми ОРВИ, привит по возрасту.

Из анамнеза известно, что около месяца назад ребёнок перенёс ОРВИ (насморк, кашель, повышение температуры тела до 37.5 С, лечился дома самостоятельно, к врачу не обращались). Через неделю после исчезновения симптомов ОРВИ появились быстрая утомляемость, чувство нехватки воздуха при физической нагрузке, сердцебиение, кашель. С течением времени симптоматика усиливалась, присоединилась лихорадка, боли в животе, тошнота. Вызвана БСМП, ребёнок госпитализирован.

Объективно: состояние тяжёлое, ребёнок вялый, сонливый, на вопросы отвечает неохотно, кожные покровы бледные, акроцианоз при нагрузке. Дыхание шумное, свистящее, аускультативно жёсткое, выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах. ЧД 28-32 в 1 мин. Гемодинамика со склонностью к гипотензии - АД - 85/50 мм рт. ст., PS- 140 в 1 минуту, тоны сердца приглушены, аритмичные. Отмечается усиление второго тона над легочной артерией. Границы относительной сердечной тупости незначительно расширены влево. Живот несколько вздут. При перкуторном обследовании отмечается увеличение размеров селезенки (+ 3 см), печени (+5 см из под рёберной дуги). При пальпации локальная болезненность в области правого подреберья. Имеются отёки голеней и стоп. Стул (со слов родителей) в норме, диурез снижен.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, Ht - 30%, Eг - 3,96 x 10¹²/л, L - 10 x 10⁹/л, п/я - 4, с/я - 60%, лимф. - 45%. Rg-картина: Усиление легочного рисунка. Сердце увеличено в поперечнике.

ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС- 140 в 1 минуту, редкая наджелудочковая экстрасистолия, снижен вольтаж комплексов в I,II,III-отведениях, инверсия зубца Т в avL, V4-V6-отведениях.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Какие изменения могут быть выявлены по данным ЭХОКГ?
4. Какова тактика лечения?

задача № 7.

На консультацию к кардиологу по направлению педиатра обратилась мама с ребёнком К, 8 месяцев.

Из анамнеза жизни известно: ребёнок от 2-ой беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1 триместра, ОРВИ на 4 неделе. Роды срочные, вес при рождении 3100 гр, рост 51 см, по Апгар 8/9 баллов. Весовые прибавки +800,0 грамм в месяц. На момент осмотра: вес 10,100 кг, рост 70 см, ПМР по возрасту. Жалоб не предъявляют.

В возрасте 7 месяцев впервые выслушали систолический шум на верхушке сердца. Провели исследование: ЭКГ-вариант нормы, ЭХОКГ- дефект межпредсердной перегородки 10 мм, в остальном без патологии.

Вопросы:

1. Какова тактика наблюдения и лечения пациента?
2. Есть ли необходимость хирургического вмешательства?
3. Каков прогноз заболевания?

задача № 8.

Ребенок А., 3 месяца. Поступил в отделение кардиохирургии для оперативного лечения по поводу ВПС. Сопутствующий диагноз: синдром Дауна.

Из анамнеза: ребенок от 2-ой беременности, протекавшей без особенностей, 2-х срочных родов. После рождения переведен из роддома в ДГБ в связи с выраженной одышкой, цианозом кожных покровов. В отделении патологии новорожденных проведена ЭХО-КГ, по результатам которой диагностирован ВПС – Атриовентрикулярный канал, полная форма. Ребенок был выписан домой с рекомендациями повторной госпитализации в возрасте 3-4 мес.

Объективно: ребенок пониженного питания, умеренно выражена одышка, мраморность кожных покровов. При аускультации - систолодиастолический шум, ЧСС 160 уд/мин, ЧД 56 в мин. Проведено обследование - в клиническом анализе крови, ОАМ, б/х анализе крови - без патологических изменений. ЭХОКГ- Атриовентрикулярный канал, полная форма, несбалансированная - правый желудочек гипоплазирован, большой ДМЖП, ток на нем уравненный, большой первичный ДМПП, ОАП не визуализируется, дуга аорты без обструкции.

Вопросы:

1. Почему ребенок с ВПС был отпущен домой с повторной госпитализацией в возрасте 3-4 мес.
2. Опишите наиболее частые варианты ВПС-АВК?
3. С чем связан систоло-диастолический шум?
4. Какие ВПС чаще всего выявляются при болезни Дауна?
5. Какая медикаментозная терапия назначается до операции?

задача № 9.

Пациентка Д., 12 лет, поступила в клинику с жалобами на быструю утомляемость, частые головные боли, появление «мушек» перед глазами.

Из анамнеза: в 12-летнем возрасте впервые выявлен систолический шум на верхушке и в точке Боткина после обращения за медицинской помощью по поводу острого тонзиллита. Интенсивность систолического шума зависела от положения тела. Поступила с подозрением на ВПС для дообследования.

Объективно: слабый систолический шум на верхушке с иррадиацией в межлопаточную область. Пульсация периферических артерий на руках удовлетворительная. При проведении ЭхоКГ: диаметр корня аорты – 1,6 см, расширены левые камеры сердца, сократительная функция левого желудочка в норме, фракция выброса 67%. Максимальный градиент давления на аорты 60 мм.рт.ст, скорость 3,9 м/с. На ЭКГ: синусовый ритм, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки отчетливо определяется узурация по нижнему контуру задних отростков ребер. АД: на руках 145/95 мм.рт.ст, на ногах 80/55 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Какой ВПС у данного ребенка?
2. С чем связана узурация ребер?
3. Какие ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка?
4. Каков прогноз заболевания? Какое оперативное лечение следует выполнить?

задача № 10.

Девочка К., 3 года. С рождения диагностирован ВПС – тетрада Фалло. Поступила в ДГБ с одышно-цианотическим приступом на фоне ОРВИ: резкое усиление одышки и цианоза, боль в грудной клетке, вынужденная поза на корточках или с приведенными к животу ногами, слабость, цианоз видимых слизистых и кожных покровов. ЧСС 160 уд/мин., ЧД 60 в мин., АД 110/80 мм рт.ст. Сатурация 82%. В клиническом анализе крови Hg 120 г/л, ЦП 0,7.

Вопросы:

1. Назовите анатомические дефекты в сердце при тетраде Фалло.
2. Укажите провоцирующие факторы и механизмы возникновения одышно-цианотических приступов при тетраде Фалло.
3. Какова неотложная помощь при данном состоянии?
4. Какова тактика наблюдения и лечения детей с тетрадой Фалло?

задача № 11.

Девочка К., 12 лет. Ребенок от 1-ой беременности, от молодых здоровых родителей. Роды срочные, масса 2640 г, длина 42 см. В возрасте 10 лет впервые на фоне эмоциональной нагрузки возник эпизод головокружения, слабости, сопровождавшийся нарушением зрения, онемением рук, затруднением дыхания, нарушением ориентации. В дальнейшем подобные эпизоды возникали 3-4 раза в год, всегда на фоне эмоциональных или физических нагрузок, длились от 30 минут до 1,5 часов. Обследовалась у невропатолога, патологии, объясняющей данные эпизоды, выявлено не было. Однако периодически отмечалось повышенное АД, по поводу которого девочка в возрасте 12 лет была направлена на кардиологическое обследование. При проведении ХМ было зарегистрировано нарушение сердечного ритма (рис. 1).

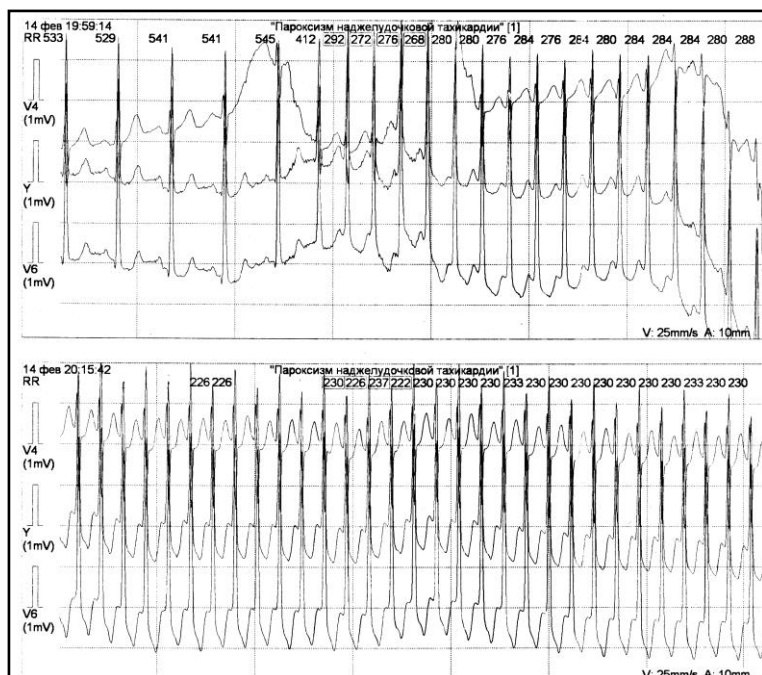


Рис. 1 (задача № 11)

Вопросы:

1. Дайте характеристику выявленному нарушению сердечного ритма.
2. Соответствует ли клиническая картина заболевания выявленному НРС?
3. Какие жалобы и симптомы, помимо сердцебиения, могут наблюдаться у детей с пароксизмальной и хронической тахикардией?
4. Какая дальнейшая тактика наблюдения и лечения данного ребенка?

задача № 12.

Мальчик О., 11 лет. Из анамнеза известно, что ребенок от I-ой беременности, протекавшей с угрозой прерывания и стационарном сохранении на ранних сроках. Роды на 36 неделе, 5/7 баллов по Апгар, вес при рождении 2100 г, рост 47 см, 10 дней находился в отделении патологии новорожденных. Приступы тахикардии с 9 лет – редкие, 2-3 раза в год, после физической нагрузки, обычно в дневное время, длительностью до 10 минут, сопровождались бледностью, купировались спонтанно. На первой в жизни ЭКГ, снятой в 7 лет – короткий интервал RQ, в 8 лет – Δ-волна. Первое обследование в 11 лет. В ходе ЧПЭФИ получены следующие данные: исходно регистрировалась Δ-волна, нормальные электрофизиологические параметры синусового узла, блокада ДАВС на частоте стимуляции 240 имп/мин, ЭРП ДАВС 280 мс, ЭРП АВС 270 мс, индуцировалась АВ-реципрокная тахикардия с ЧСС 241 уд/мин (RP' 136 мс) со спонтанным переходом в аритмию, представленную на рис. 2.



Рис. 2 (задача № 12)

Вопросы:

1. Дайте характеристику представленному на рис. 2 нарушению ритма сердца.
2. С чем связан риск ВСС у пациентов с синдромом WPW?
3. Какие антиаритмические препараты не следует назначать пациентам с синдромом WPW? С чем это связано?
4. Какая дальнейшая тактика наблюдения и лечения данного ребенка?

задача № 13.

Девочка С., 7 лет. Ребенок-инвалид по ортопедической патологии, планировалось оперативное лечение в институте им. Турнера по поводу дистрофической варусной деформации проксимального отдела правого бедра. Перед оперативным лечением осмотрена кардиологом. По данным ЭКГ - синусовый ритм, небольшие нарушения фазы реполяризации, QT - 0,36-0,37, QTc - 440 - 452 мс, по данным ЭХО-КГ - ЛЖЛЖ, умеренное увеличение полости ЛЖ, КДР - 41 мм, КСР - 26 мм, ФВ - 67%, ФУ - 37%, трикуспидальная и легочная регургитация до 1+. ХМ-ЭКГ - ЧСС в течение суток в пределах нормы, синусовый ритм, удлинение корригированного QT-интервала свыше 450 мс (до 562 мс) - 100% времени наблюдения. Вариабельность ритма снижена. В ночное время зарегистрирована транзиторная АВ-блокада I ст. - 4ч 30мин. На рис. 3 представлен фрагмент ХМ.



Рис. 3.

Вопросы:

1. Как Вы оцениваете данные ЭКГ и ХМ?
2. Какие данные анамнеза и клинической картины необходимы для уточнения диагноза?
3. Какая тактика наблюдения и лечения пациента.
4. Какие дополнительные методы обследования следует рекомендовать?

задача № 14.

Девочка П., 15 лет. Из анамнеза известно, что ребенок от 1-ой беременности, угроза выкидыша на ранних сроках, повторные ОРВИ (4,5 и 6 мес.). Роды срочные, преждевременное отхождение вод, родостимуляция. Вес 3200 г, рост 51 см. По Апгар 8/7 баллов. В возрасте 5 лет первое обследование у кардиолога по поводу функционального шума сердца, на ЭКГ – манифестирующий тип феномена WPW. Жалоб на сердцебиения не было, но в младшем возрасте – несколько обмороков во время игры на фоне физической и эмоциональной нагрузки. В подростковом возрасте – эпизоды головокружения, слабости, снижения АД. На амбулаторном ХМ, во время которого наблюдались подобные эпизоды, тахикартимий не зарегистрировано, наблюдались периоды брадикардии до 40 уд/мин в ночное время (максимальный RR 1700 мс).

Выполнено ЧПЭФИ. При определении проводящих свойств дополнительного АВ-соединения, на частоте стимуляции 200 имп/мин, спровоцирован устойчивый приступ тахикардии (рис. 4), который сопровождался слабостью, головокружением, тошнотой, бледностью. АД снизилось до 70/50 мм.рт.ст.

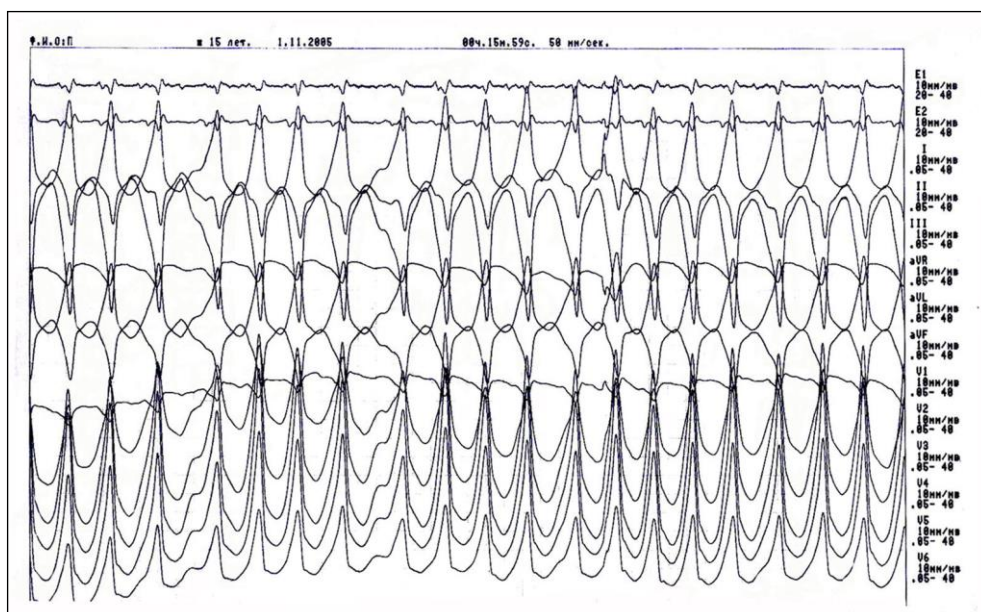


Рис. 4.

Вопросы:

1. Какое НРС было спровоцировано во время ЧПЭФИ?
2. Какие отличия между феноменом и синдромом WPW?
3. Как следует купировать индуцированный приступ тахикардии?
4. Какая дальнейшая тактика лечения пациента?

задача № 15.

Пациент Д. 17 лет. Жалобы на периодическую фебрильную лихорадку, боли в поясничной области в течение последних трех месяцев. Считает себя больным с июня, когда впервые появилась фебрильная лихорадка до 39 С. Получал симптоматическую, противовирусную и а/б терапию с временным эффектом. Из анамнеза: рос и развивался без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРВИ, лакунарная ангина, внебольничная пневмония в 2 года. На диспансерном учете у кардиолога с диагнозом: ВПС, ДМЖП перимембранозный. В апреле - экстракция зуба, удаление кисты. Данные обследования: ОАК – лейкоцитоз (лейк. - 18,5), п-15%, с-69% бф-1%, мон-2%, лимф-13%; Ер-3,9; гем-117; тромб-213. Умеренный анизоцитоз, единичные полихромные эритроциты. Б/х анализ крови: АЛТ 15 Е/л глюкоза 5,2 мм/л мочевины 3,6 мм/л, креатинин 0,066 мм/л, СРБ 122 мг/л, ЩФ 133 мм/л, Na 144, К 4,6, Са 1,21, ЛДГ 720 Ед/л, РФ 19, АСЛО 166 мЕ/л. Rg органов грудной клетки: без очаговых и инфильтративных изменений. ЭХО-КГ: ДМЖП перимембранозный, частично прикрыт створкой трикуспидального клапана. Регургитация 1 ст. трикуспидального клапана. Вегетация в полости правого желудочка размерами 24 x 16,8 мм - связана с межжелудочковой перегородкой и септальной створкой трикуспидального клапана рядом с ДМЖП.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова возможная причина данного состояния?
3. Какие дополнительные исследования следует провести до начала терапии?
4. Какова тактика лечения?

задача № 16.

Пациент И., 15 лет. Жалобы на кашель, периодически жидкий стул, снижение толерантности к физической нагрузке. Мама отмечает усиление кашля в динамике и увеличение размеров живота визуально. При поступлении состояние тяжелое за счет сердечно - легочной недостаточности. Пациент нормального телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы цианотичные. Сыпи нет. Сознание не нарушено. Субфебрильнолихорадит. Симптом Плеша положительный. Периферические л.у не увеличены. Миндалины без налетов. Дыхание ослаблено в нижних отделах легких с двух сторон. Справа по нижнебоковой поверхности крепитирующие хрипы. ЧД 40 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 130 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, увеличен в размере, отечен. Печень +3 см. Стул и мочеиспускание без особенностей. ЭХОКГ: Расхождение листков плевры циркулярное до предсердий с эконегативным пространством от 17 мм до 21-25 мм – значительное количество жидкости в перикарде (около 200 мл). КТ грудной и брюшной полостей (фрагмент – рис. 5): В правой плевральной полости определяется выпот толщиной слоя до 8 см (по среднелопаточной линии). В левой - жидкость толщиной слоя 35,4 мм. В полости перикарда выпот толщиной слоя до 32,7 мм. В полости брюшины определяется свободная жидкость в значительном количестве (до 1000мл?). Печень увеличена в размерах.

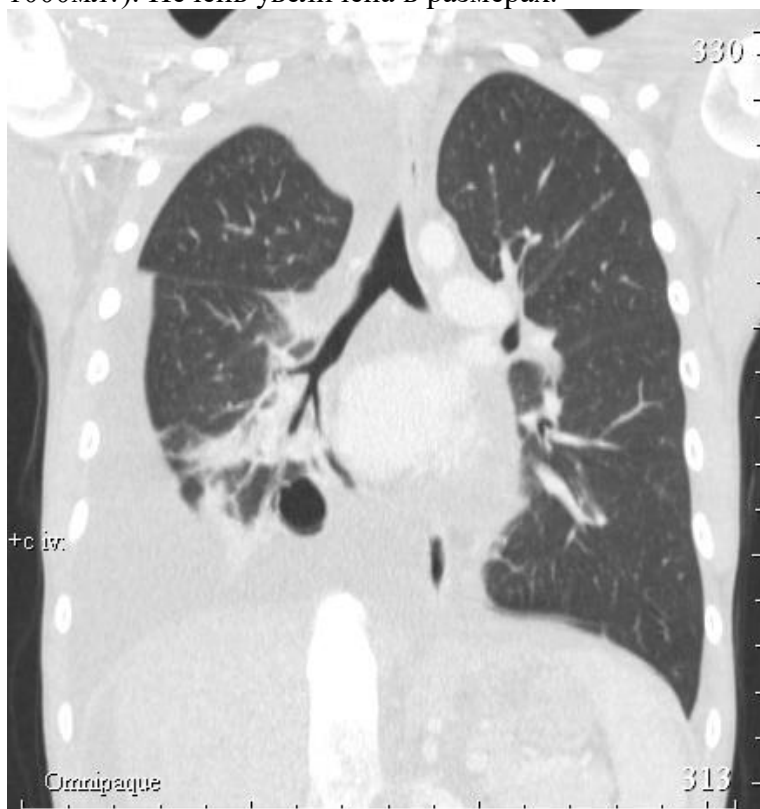


Рис. 5.

Вопросы:

1. Сформулируйте первичное представление о больном.
2. Какие заболевания следует исключать в первую очередь у пациента с такой клинической картиной и описанными данными КТ?
3. Какие исследования следует выполнить больному?
4. Какова тактика лечения?

задача № 17

Пациентка А., 15 лет, наблюдается у участкового терапевта в течение 2 недель с жалобами на выраженное недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке, слабость, боли в коленных и локтевых суставах. Из анамнеза заболевания: около 1 месяца назад перенесла ангину, лечилась травами без существенного эффекта. В течение 3 недель отмечает слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,2°C. В течение последней недели присоединились одышка при умеренной физической нагрузке, сердцебиение, летучие ноющие боли в коленных и голеностопных суставах. Отмечала кратковременный положительный эффект от приема аспирина. Объективно: На коже боковых поверхностей туловища и бедер кольцевидные высыпания бледно-розового цвета, не возвышающиеся над поверхностью кожи и бледнеющие при надавливании. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правый коленный сустав припухший, температура кожи над ним повышена, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставе. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 98 уд/мин. На верхушке сердца I тон ослаблен, выслушивается нежный дующий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область и усиливающийся после приседаний. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 126 г/л, эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,95, лейкоц. - $9,0 \times 10^9/л$, э - 4%, п/я - 7%, с/я - 52%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 30 мм/час.
2. Фибриноген – 6,2 г/л, общий белок – 55 г/л, альбумины – 34%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 20%, β – 18%, γ – 22%, СРБ - 8,2 мг/л (N=1-6 мг/л).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм появления систолического шума на верхушке?
4. Назовите элементы сыпи у данной больной, механизм их появления.
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

задача № 18

Пациент А., 15 лет, доставлен в приемное отделение из детского дома с жалобами на выраженное недомогание, слабость, сердцебиение, повышение температуры тела до 38,5°C, сильнейшие летучие боли в коленных, голеностопных суставах. Из анамнеза заболевания: перенес ангину около 1 месяца назад. Ухудшение самочувствия в течение 3 дней после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Объективно: Больной лежит на кушетке, коленные суставы в вынужденном полусогнутом положении. Кожные покровы гиперемированы, эластичные. В затылочной области, на разгибательной поверхности коленных суставов, в периартикулярных тканях у мест прикрепления сухожилий пальпируются мелкие плотные безболезненные образования. Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правый голеностопный и левый коленный суставы припухшие, температура кожи над ними повышена, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставах. Остальные суставы без особенностей. Дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 100 уд/мин. I тон на верхушке ослаблен. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация

правого подреберья безболезненна, размеры печени по Курлову 8×7×5 см. 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. - $9,9 \times 10^9/л$, э - 4%, п/я - 7%, с/я - 52%, 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, непрямой - 9,3 мкмоль/л, фибриноген - 4,8 г/л, общий белок - 50 г/л, альбумины - 30%, глобулины - 70%: α_1 - 6%, α_2 - 23%, β - 21%, γ - 20%, СРБ - 9,5 мг/л (N=1-6 мг/л).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите причину гиперемии кожи.
4. Какова причина ослабления I тона на верхушке сердца?
5. Оцените тяжесть состояния больного.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

задача № 19

Больная О., 17 лет, студентка, предъявляет жалобы на колющие боли в области верхушки сердца различной интенсивности и продолжительности, без связи с физической нагрузкой, чувство нехватки воздуха при обычной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца, периодически - боли в коленных, голеностопных и плечевых суставах, повышение температуры до 38,7°C. Из анамнеза заболевания: с 2 лет частые ангины. В 15-летнем возрасте лечилась в стационаре по поводу болей и припухлости крупных суставов, которые носили «летучий характер», сопровождалась повышением температуры тела до 39,0°C. В последующем наблюдалась и лечилась амбулаторно. Настоящее ухудшение развилось через 3 недели после перенесенной ангины. Объективно: Температура тела 37,8°C. Кожа бледная, на голенях - синюшно-багровые кольцевидные высыпания. Пальпируются увеличенные подчелюстные и передние шейные лимфоузлы с обеих сторон, безболезненные, плотные, не спаянные между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Отеков нет. Умеренная болезненность при пальпации коленных суставов, объем движений ограничен из-за болей. 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 8×8×6 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, СОЭ - 40 мм/час, тромбоциты - $250 \times 10^9/л$, лейкоц. - $9,8 \times 10^9/л$, п/я - 8%, с/я - 80%, э - 5%, б - 1%, л - 18%, м - 4%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, отн. плотность - 1020, белок, сахар - нет, лейкоц. - 2-3 в п.зр., эпителий - 1-2 в п.зр.
3. Билирубин общий - 19 мкмоль/л, прямой - 4 мкмоль/л, непрямой - 15 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 (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм ослабления I тона и появления систолического шума на верхушке.
4. Объясните механизм образования кольцевидных высыпаний на коже голеней. Как они называются?
5. Сделайте электрокардиографическое заключение.
6. Оцените результат ОАК.
7. Оцените данные лабораторных методов исследования.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

задача № 20

Больная М., 15 лет, обратилась с жалобами на колющие локализованные боли в области верхушки сердца, одышку с затруднением вдоха при обычной физической нагрузке, боли и припухлость коленных и плечевых суставов, постоянные, переходящие с одного сустава на другой, усиливающиеся при движениях; непроизвольные подергивания мышц лица и пальцев рук. Из анамнеза заболевания: с 5 лет частые ангины. Настоящее ухудшение 3 недели назад: после переохлаждения появились боли в горле, насморк и повышение температуры до 38°C. За медицинской помощью не обращалась, лечилась травами. Через 10 дней катаральные явления исчезли, но появились вышеописанные жалобы. Объективно: Температура тела 37,8°C. Кожа бледная. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные и передние шейные лимфоузлы, округлой формы, в диаметре до 1,5-2 см, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями, подвижные, кожа над ними не изменена. Коленные суставы увеличены в объеме, болезненны при пальпации, кожа над ними гиперемирована, объем движений ограничен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 100 уд/мин. На верхушке сердца I тон ослаблен, выслушивается громкий постоянный систолический шум, связанный с I тоном, проводится в левую подмышечную область, усиливается в положении на левом боку и после физической нагрузки. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Со стороны ЦНС: лабильность психики, непроизвольное подергивание мышц лица и пальцев рук. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб – 120 г/л, СОЭ – 28 мм/час, тромбоциты – $250 \times 10^9/л$, лейкоц. – $9,8 \times 10^9/л$, п/я – 8%, с/я – 80%, э – 5%, б – 1%, л – 20%, м – 7%.
2. Фибриноген – 2 г/л, ПТИ – 80%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, билирубин общий – 19 мкмоль/л, прямой – 4 мкмоль/л, непрямой – 15 мкмоль/л, мочевины – 7 ммоль/л.
3. СРБ – +++, АСГ – 520 ЕД, АСЛ-О – 450 МЕ/мл.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните генез аускультативной картины на верхушке сердца.
4. Объясните механизм подергивания мышц лица и пальцев рук.
5. Опишите вероятные недостающие данные: АД, свойства пульса на лучевых артериях, границы относительной сердечной тупости.
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

Название рефератов/докладов

1. Дополнительные методы диагностики при митральных или аортальных пороках сердца
2. Интервенционные и хирургические методы лечения митральных или аортальных пороков сердца
3. Этиологические факторы развития инфекционного эндокардита, спектр бактериальных возбудителей и устойчивость к антибиотикам
4. Клинические «маски» инфекционного эндокардита
5. Редкие и труднодиагностируемые нарушения ритма и проводимости
6. Холтеровское мониторирование ЭКГ
7. Эхокардиография при врожденных пороках бледного типа
8. Эхокардиография при врожденных пороках синего типа
9. Неинвазивная и инвазивная оценка сердечной гемодинамики
10. Нагрузочные пробы в кардиологии
11. Фармакологические пробы в кардиологии
12. Значение компьютерной томографии в диагностике ИБС
13. Магнитно-резонансная томография в диагностике ИБС
14. Нарушение проводимости сердца
15. Диагностика кардиомиопатий
16. Методы диагностики и контроля лечения при ХСН
17. Эндотелиальная функция – норма и патология
18. Радиоизотопные исследования в кардиологии
19. Позитронно-эмиссионная томография в кардиологии