**Вступительные тесты для клинических ординаторов по специальности «кардиология»**

1.Атриовентрикулярный узел сердца находится:

1. Лежит в толще межжелудочковой перегородки
2. Лежит в нижней части межжелудочковой перегородки
3. Ветвится в миокарде желудочков
4. Находится в стенке правого предсердия
5. В толще межпредсердной перегородки

2.Факторы, повышающие потребность миокарда в кислороде:

1. Высокая частота сердечных сокращений
2. Пониженная сократимость миокарда
3. Пониженное давление заполнения левого желудочка
4. Пониженное систолическое артериальное давление
5. Сниженная коронарная перфузия

3. Охарактеризуйте митральный клапан:

1. Разделяет камеры по обе стороны правого атриовентрикулярного отверстия;
2. Имеет более выраженную зону крепления створок, т.к. функционирует в условиях более высокого давления;
3. Примыкает к трехстворчатому клапану;
4. Связан хордами сразу с тремя группами сосочковых мышц;
5. Имеет небольшие сосочковые мышцы.

4.Охарактеризуйте трикуспидальный клапан:

1. Разделяет камеры по обе стороны правого атриовентрикулярного отверстия;
2. Имеет более выраженную зону крепления створок, т.к. функционирует в условиях более высокого давления;
3. Примыкает к полулунному клапану;
4. Связан хордами сразу с двумя группами сосочковых мышц;
5. Имеет большие сосочковые мышцы.

5. Охарактеризуйте левое предсердие:

1. Наружная поверхность полностью покрыта перикардом;
2. Имеется две группы сосочковых мышц;
3. На входе в полость располагаются устья легочных вен;
4. Имеются участки наружной стенки, полностью покрытые перикардом.
5. Имеет мышечный слой наибольшей толщины

6.Охарактеризуйте левый желудочек:

1. Занимает передне-верхний отдел сердца;
2. Имеет мышечный слой наибольшей толщины;
3. Имеется овальная ямка, являющаяся рудиментом заросшего овального окна;
4. Через полость камеры не проходят хорды сосочковых мышц.
5. Имеется овальная ямка, являющаяся рудиментом заросшего овального окна

7. Какие последствия эмболии сосудов малого круга кровообращения:

1. Инсульт;
2. Некроз кишечника;
3. Микрогематурия;
4. Инфаркт селезенки;
5. Инфаркт легкого;

8.Какие последствия эмболии сосудов большого круга кровообращения:

1. Инфаркт легкого;
2. Инфаркт миокарда;
3. Вторичная легочная гипертония.
4. Отек легких
5. Сердечная астма

9. Больной М.,26л. Трижды за последние 5 месяцев перенёс приступы сильного сердцебиения, возникающие внезапно и также внезапно заканчивающиеся через 5- 30 мин. Они сопровождаются слабостью, потливостью, иногда частым мочеиспусканием. Вне приступов самочувствие хорошее. При осмотре сердечной патологии не выявлено. ЭКГ вне приступа норма. Предположительный диагноз.

1. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
2. Суправентрикулярная экстрасистолическая аритмия
3. Желудочковая экстрасистолическая аритмия
4. АВ блокада
5. Фибриляция желудочков

10. Больная Ф.58л. Госпитализирована в связи с приступом сильного неравномерного сердцебиения, которое продолжается 3 суток и сопровождается нарастающей одышкой. При осмотре положение тела ортопное, акроцианоз, пастозность стоп и голеней. При аускультации сердца-1 тон громкий, диастолический шум на верхушке, в 5 точке, щелчок открытия митрального клапана. ЧСС-115-137 в мин., пульс 90-100 уд.в мин.ЧДД-23 в мин., в задненижних отделах легких влажные хрипы на фоне жесткого дыхания. Пальпируется болезненный край печени. Какую аритмию вы ожидаете увидеть на ЭКГ?

1. Мерцательная аритмия
2. Предсердная экстрасистолия
3. Желудочковая экстрасистолия
4. Пароксизмальная желудочковая тахикардия
5. Пароскизмальнаянаджелудочковая тахикардия

11. Больная 63 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие приступы слабости, головокружения, иногда с потерей сознания, одышку при ходьбе. Больна около 3 лет, когда при ходьбе стали появляться приступы слабости, головокружения .В последний год приступы, сопровождающиеся потерей сознания. В день поступления внезапно потеряла сознание, были судороги, непроизвольное мочеиспускание. При поступлении состояние средней тяжести. Цианоз губ. Отеков нет. В легких в задненижних отделах единичные влажные хрипы. Границы сердца: вправо на 1,5 см.от правого края грудины, левая на 2см от среднеключичной линии. На верхушке 1 тон глухой, но периодически его звучность усиливается, акцент 2 тона на аорте. Пульс 40 уд. / мин.,ритмичен,напряжен.АД-200/80мм.рт.ст. ЭКГ: зубцы Р не связаны с комплексом QRS. Р-Р=0,75сек., R-R=1,5сек. При рентгеноскопии: расширение границ сердца, увеличена амплитуда сокращений сердца и аорты. Неотложная помощь во время приступа потери сознания.

1. Введение атропина
2. Введение кордарона
3. Введение новокаинамида
4. Введение фуросемида
5. Введение прозерина

12.Какие препараты следует отменить при угрозе разрыва миокарда

1. наркотические анальгетики
2. антикоагулянты
3. бета-адреноблокаторы
4. антагонисты Са 2+
5. нитраты

13.Эндогенные факторы, снижающие артериальное давление:

1. Брадикинин;
2. Ангиотензин-2;
3. Кортизол;
4. Эндотелин.
5. Катехоламины;

14. Эндогенные факторы, повышающие артериальное давление:

1. Брадикинин;
2. Оксид азота;
3. Катехоламины;
4. Натрий - уретический пептид.
5. Простациклин;

15. Какой вид гипертрофии отмечается в начале развития АГ

1. Эксцентрическая
2. Концентрическая
3. Смешанная
4. Ассиметричная
5. Локальная

16. Эндогенные вещества, повышающие периферическое сосудистое сопротивление:

1. Оксид азота;
2. Катехоламины;
3. Брадикинины;
4. Антидиуритический гормон
5. Простациклин

17.Выберите критерий нестабильной стенокардии прогрессирующего течения

1. Элевациясегмента STна ЭКГ
2. Снижение толерантности к физическим нагрузкам
3. Положительный тропониновый тест
4. Наличие на ЭХОКГ зон гипокинеза
5. Наличие выбухания дуги аорты на рентгенограмме органов грудной клетки

18.По классификации уровня артериального давления, какое давление относится к высокому нормальному:

1. 110/72 мм.рт.ст;
2. 120/80 мм.рт.ст;
3. 134/82мм.рт.ст;
4. 100/70 мм.рт.ст;
5. 140/94 мм.рт.ст;

19.Терминальные волокна разветвлений передней ветви левой ножки пучка Гиса располагаются:

1. Диафрагмальная стенка левого желудочка;
2. Передняя стенка левого желудочка;
3. Задняя стенка левого желудочка;
4. Задняя сосочковая мышца.
5. Межжелудочковая перегородка

20.Возможные причины перегрузки объемом левого желудочка:

1. Вазоренальная гипертония;
2. Стеноз устья аорты;
3. Недостаточность митрального клапана;
4. Гипертрофическая кардиомиопатия.
5. Коарктация аорты

21.Возможные причины перегрузки давлением левого желудочка:

1. Эритремия
2. Стеноз устья аорты;
3. Недостаточность митрального клапана;
4. Недостаточность аортального клапана.
5. Введение избыточного количества жидкости при гипотонии;

22.Факторы или заболевания, увеличивающие преднагрузку левого желудочка:

1. Стеноз устья аорты;
2. Артериальная гипертензия;
3. Коарктация аорты;
4. Недостаточность аортального клапана;
5. Вазоренальная артериальная гипертензия

23.Факторы или заболевания, увеличивающие постнагрузку левого желудочка:

1. Стеноз устья аорты;
2. Недостаточность митрального клапана
3. Недостаточность трикуспидального клапана;
4. Недостаточность аортального клапана;
5. Гиперволемия;

24.При лечении хронических артритов развитию артериальной гипертензии может способствовать прием:

1. Кризанола
2. Делагила
3. Аспирина
4. Терофлекса
5. Гидрокортизона

25.Какие нижеперечисленные структуры сердца кровоснабжает левая коронарная артерия при сбалансированном типе коронарного кровообращения?

1. Атриовентрикулярное соединение (в большинстве случаев.;
2. Синусовый узел (в большинстве случаев.;
3. Передне-боковую и верхушечную область левого желудочка.
4. Правый желудочек
5. Заднюю стенку левого желудочка

26.Факторы, влияющие на сократимость левого желудочка:

1. Содержание фиброзной ткани
2. Наличие коллагенового скелета сердца и;
3. Левый тип кровоснабжения;
4. Форма левого желудочка в момент максимального напряжения;
5. Наличие дополнительных хорд;

27.Транспорт эндогенных триглицеридов осуществляется:

1. ЛПОНП;
2. ЛПНП;
3. Хиломикроны;
4. ЛПВП;
5. Ремнантные частицы.

28.Транспорт экзогенных триглицеридов осуществляется:

1. ЛПОНП;
2. ЛПНП;
3. Хиломикроны;
4. ЛПВП;
5. Ремнантные частицы.

29.Транспорт эндогенного холестерина осуществляют:

1. Хиломикроны;
2. ЛПОНП;
3. ЛПНП;
4. ЛПВП;
5. Ремнантные частицы.

30. Транспорт экзогенного холестерина осуществляют:

1. Хиломикроны;
2. ЛПОНП;
3. ЛПНП;
4. ЛПВП;
5. Ремнантные частицы.

31.Что из перечисленного способствует коагуляции:

1. Протеин S;
2. Фибриноген;
3. Антитромбин 3;
4. Протеин С.
5. Гепарин

32.Фаза"0" потенциала действия клеток проводящей системы сердца и миокарда обусловлена:

1. Выходом из клетки ионов калия.
2. Входом в клетку ионов натрия.
3. Входом в клетку ионов кальция.
4. Выходом из клетки ионов кальция.
5. Выход из клетки ионов натрия

33.2-я фаза потенциала действия клеток миокарда преимущественно обусловлена:

1. Быстрым входом ионов натрия внутрь клетки.
2. Выходом ионов хлора из клетки.
3. Входом ионов кальция внутрь клетки.
4. Входом ионов калия.
5. Выходом ионов натрия из клетки

34.Для замещающего ритма из АВ - соединения характерна частота:

1. Менее 20 в мин.
2. 20-30 в мин.
3. 40-60 в мин.
4. 60-80 в мин.
5. 90-100 в мин.

35. Деполяризация желудочков начинается:

1. С левой стороны межжелудочковой перегородки.
2. С правой стороны межжелудочковой перегородки.
3. С передней стенки левого желудочка.
4. С передней стенки правого желудочка.
5. Одновременно во всех отделах желудочков.

### 36. Положение «ортопное» характерно для больных,страдающих:

1. заболеваниями желудка;
2. заболеваниями вен нижних конечностей;
3. сердечной недостаточностью;
4. почечной недостаточностью;
5. поджелудочной железы.

### 37.Для инфекционного эндокардита характерна окраска кожных покровов:

1. бледная;
2. желтая;
3. цианоз;
4. «кофе с молоком»;
5. гиперемия.

### 38. Укажите вид отеков по приведенным признакам: отеки диф-фузные, «плотные» локализуются преимущественно па голенях, сто- пах и в поясничной области, увеличиваются к вечеру, утром уменьша- ются, сопровождаются выраженным акроцианозом.

1. сердечныеотеки;
2. почечныеотеки;
3. аллергический отек;
4. воспалительный отек;
5. отеки при гипотиреозе (микседема..

### 39.Для сердечных отековхарактерно:

1. появляются утром на лице;
2. отеки одной голени с локальным цианозом;
3. отеки голеней и стоп в конце рабочего дня;
4. односторонний инфраорбитальный отек;
5. отеки век, сопровождающиеся зудом.

### 40.Укажите вид патологической «маски» лица по приведенным признакам: выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек.

1. «лицо Корвизара»;
2. faciesmitralis;
3. «воротник Стокса»;
4. «лицо Гиппократа»;
5. faciesnephritica.

### 41. Положение «ортопноэ» облегчает состояние,уменьшая:

1. боли в области сердца;
2. перебои в работесердца;
3. отеки нижних конечностей;
4. одышку;
5. головные боли.

### 42. Положение больного лежа в кровати с приподнятым изголовьем характернодля:

1. сердечной недостаточности по большому кругу кровообращения;
2. сердечной недостаточности по малому кругу кровообращения;
3. дыхательной недостаточности по рестриктивному типу;
4. дыхательной недостаточности по обструктивному типу;
5. нарушения диффузии (альвеолярно-капиллярного блока..

### 43. Постоянные, колющие, стреляющие боли в области сердца, усиливающиеся при вдохе, характерныдля:

1. стенокардии;
2. гидроперикарда;
3. сухого перикардита;
4. аневризмы левого желудочка;
5. митрального стеноза.

### 44.Постоянное ощущение перебоев в работе сердца характерно для:

1. тахикардии;
2. брадикардии;
3. блокады левой ножки пучка Гиса;
4. мерцательной аритмии;
5. экстрасистолии.

### 45. Сердцебиение — это:

1. учащение сердечных сокращений;
2. урежение сердечных сокращений;
3. проявление экстрасистолии;
4. ощущение сердечных сокращений;
5. проявление мерцательной аритмии.

### 46. Кашель с отделением ржавой мокроты у больных с митральным стенозомобусловлен:

1. развившимся легочным кровотечением;
2. инфарктом легкого (ТЭЛА.;
3. повышением давления в сосудах малого круга кровообращения;
4. присоединившимся острым бронхитом.
5. присоединившейся крупозной пневмонией

### 47. Симптом перемежающей хромоты возникает при атеросклеротическом поражении:

1. артерий почек;
2. дугиаорты;
3. артерий нижних конечностей;
4. грудной части аорты;
5. передних рогов спинного мозга.

### 48. Внезапное, чаще ночью возникающее удушье, сопровождающееся кровохарканьем, характернодля:

1. экссудативного перикардита;
2. стенокардии;
3. острой левожелудочковой недостаточности;
4. гипертонического криза
5. приступа бронхиальной астмы

### 49. Признаком острой левожелудочковой недостаточностиявляется:

1. приступ удушья с клокочущим дыханием;
2. набухание и пульсация вен шеи;
3. усиленная надчревная пульсация;
4. увеличение и болезненность печени.
5. появление отеков нижних конечностей

### 50. Вынужденное положение больного сидя, нагнувшись вперед, наблюдается при:

1. остромбронхите;
2. выпотном перикардите;
3. стенокардии;
4. миокардите.
5. инфекционном эндокардите

### 51. Верхушечный толчок образован:

1. дугой аорты;
2. брюшным отделом аорты;
3. правым желудочком;
4. левым желудочком;
5. левым предсердием.

### 52. Сердечный толчок выявляетсяпри:

1. гипертрофии левого желудочка;
2. гипертрофии правого желудочка;
3. дилатации левого желудочка;
4. дилатации и гипертрофии правого предсердия;
5. дилатации и гипертрофии левого предсердия.

### 53. Сердечному толчкусоответствует:

1. пульсация в области верхушки сердца;
2. пульсация во втором межреберье справа у грудины;
3. разлитая пульсация в области сердца слева у грудины;
4. пульсация во втором межреберье слева угрудины;
5. пульсация в области яремной ямки.

### 54.Эпигастральная пульсация, более отчетливо заметная в положении стоя и при вдохе, свидетельствует о:

1. гипертрофии и дилятации левого предсердия;
2. гипертрофии и дилятации правого желудочка сердца;
3. гипертрофии и дилятации левого желудочка сердца;
4. аневризме брюшного отдела аорты;
5. тромбозе нижней полой вены.

### 55. Истинная пульсация печени и положительный венный пульс выявляютсяпри:

1. недостаточности митрального клапана;
2. недостаточности аортального клапана;
3. недостаточности трехстворчатого клапана;
4. митральном стенозе;
5. инфаркте миокарда.

### 56. Выраженная пульсация сонных артерий наблюдается убольных с:

1. аортальным стенозом;
2. недостаточностью клапана аорты;
3. недостаточностью митрального клапана;
4. недостаточностью трехстворчатого клапана;
5. недостаточностью клапана легочной артерии.

### 57. «Воротник Стокса» являетсяпризнаком:

1. аортального стеноза;
2. аортальной недостаточности;
3. сухого перикардита;
4. констриктивного перикардита;
5. сдавления нижней полой вены.

### 58. Верхушечный толчок при недостаточности клапанааорты:

1. малый, ослабленный, ограниченный;
2. малый, усиленный, ограниченный;
3. высокий, усиленный,разлитой;
4. малый;
5. ограниченный.

### 59. При митральном стенозе верхушечныйтолчок:

1. усилен;
2. смещен вправо;
3. ограниченный;
4. разлитой;
5. отрицательный.

### 60. Верхушечный толчок смещается влево и внизпри:

1. митральном стенозе;
2. недостаточности клапана аорты;
3. инфаркте миокарда;
4. миокардите.
5. гипертрофической кардиомиопатии

61.Основным признаком нефрогенной гипертензии является

1. уменьшение размеров почек
2. дистопия почки
3. нарушение функции почек
4. сужение почечной артерии на 20%
5. наличие признаков конкрементов в лоханке

### 62. При аневризме левого желудочка пульсациявыявляется:

1. у верхушки сердца;
2. в 3–4 межреберьях на 2–3 см слева от грудины;
3. во 2 межреберье слева у края грудины;
4. в яремной ямке.
5. эпигастральной области

### 63. Систолическое «кошачье мурлыканье» являетсяпризнаком:

1. митрального стеноза;
2. стеноза устья аорты;
3. аортальной недостаточности;
4. стеноза трехстворчатого отверстия.
5. митральной недостаточности

### 64. Диастолическое «кошачье мурлыканье» характернодля:

1. стеноза устья аорты;
2. трикуспидальной недостаточности;
3. митрального стеноза;
4. дефекта межжелудочковой перегородки;
5. митральной недостаточности.

### 65. Скорый, «прыгающий» пульс характерендля:

1. здорового человека;
2. аортальной недостаточности;
3. стеноза устья аорты;
4. митрального стеноза;
5. митральной недостаточности.

### 66. Дефицитпульсахарактерендля:

1. атрио-вентрикулярной блокады 2 степени;
2. атрио-вентрикулярной блокады 1 степени;
3. полной атрио-вентрикулярной блокады;
4. мерцательной аритмии;
5. брадикардии.

### 67.Дефицит пульса —это:

1. чередование больших и малых пульсовых волн;
2. уменьшение или исчезновение пульсовых волн на вдохе;
3. неодинаковые интервалы между пульсовыми волнами;
4. число пульсовых волн меньше числа сердечных сокращений
5. плохо пальпируемый пульс.

### 68. Для митрального стеноза характерен следующий видпульса:

1. celeretaltus;
2. durus;
3. filiformis;
4. differens;
5. tardusetparvus.

### 69. Увеличениеплощадиабсолютнойтупостисердцахарактернодля:

1. дилятации правого желудочка;
2. дилятации левого желудочка;
3. дилятации левого предсердия;
4. дилятации правого предсердия;
5. гипертрофии левого желудочка.

### 70. Местом выслушивания двухстворчатого клапанаявляется:

1. 2 межреберье справа у края грудины;
2. место прикрепления 3–4 ребра к левому краю грудины;
3. верхушка сердца;
4. 2 межреберье слева у края грудины.
5. основание мечевидного отростка

### 71. Точка проекции митрального клапана сердца на передней стенке грудной клетке:

1. на середине грудины на уровне 3 реберных хрящей;
2. во 2 межреберье слева у края грудины;
3. на середине линии, соединяющей место прикрепления хрящей 3 левого и 5 правого ребер;
4. место прикрепления 3 ребра к грудине справа;
5. место прикрепления 3 ребра к грудине слева

### 72. Середина грудины на уровне 3 реберных хрящей является местомпроекции:

1. митрального клапана;
2. клапана легочной артерии;
3. аортального клапана;
4. трехстворчатого клапана;
5. межжелудочковой перегородки

### 73. Для характеристики I тона справедливовысказывание:

1. несколько выше и короче по отношению ко 2 тону;
2. громче выслушивается в области верхушки сердца;
3. не совпадает с верхушечным толчком;
4. не совпадает с пульсом на сонных артериях.
5. Лучше выслушивается во 2-м межреберье справа

### 74. Для II тона сердца справедливовысказывание:

1. между II и I сердечными тонами короткая пауза;
2. громче в области основания сердца;
3. совпадает с верхушечным толчком;
4. совпадает с пульсом на сонных артериях;
5. несколько ниже и продолжительнее I тона.

### 75. Какой компонент I тона сердца является основным, определяющим его громкость?

1. мышечный;
2. клапанный;
3. сосудистый;
4. вклад каждого компонента в громкость I тона одинаковый.
5. сочетание мышечного и клапанного компонентов

### 76. Усиление обоих тонов сердца наблюдаетсяпри:

1. астенической грудной клетке у молодых людей;
2. гидротораксе;
3. пневмотораксе;
4. эмфиземе легких;
5. ожирении.

77.Больной Г., 38 л., Перенес 10 лет назад острый гломерулонефрит, жалуется на отеки лица, ног, поясницы, головная боль, ноющая боль в пояснице. АД 220/130 мм рт.ст. В моче: белок 9,9 г / л, Лейк. 3-4 в п / з, Эритр.. 10-12 в п / з, цилиндры гиалиновые 3-4 в п /з. Креатинин 102 мкмоль / л. Какой из перечисленных антигипертензивных медикаментов необходимо назначить больному?

1. Эналаприл
2. Допегит
3. Бисопролол
4. Фентоламин
5. клофеллин

### 78. Ослабление Iтона на верхушке сердца может наблюдаться при:

1. стенозе митрального отверстия;
2. тиреотоксикозе;
3. недостаточности митрального клапана;
4. тахикардии;
5. гипертрофии правого желудочка.

### 79. Усиление II тона над аортой наблюдаетсяпри:

1. атеросклерозе аорты;
2. митральном стенозе;
3. стенозе устья аорты;
4. гипертрофии левого желудочка;
5. недостаточности клапанов аорты.

### 80. Усиление I тона у основания мечевидного отростка наблюдаетсяпри:

1. стенозе правого атриовентрикулярного отверстия;
2. недостаточности митрального клапана;
3. стенозе митрального отверстия;
4. недостаточности аортального клапана;
5. недостаточности трикуспидального клапана

### 81. Тон открытия митрального клапана выслушиваетсяпри:

1. недостаточности митрального клапана;
2. стенозе левого атриовентрикулярного отверстия;
3. гипертрофии левого желудочка;
4. дилатации левого желудочка;
5. нарушении проведения возбуждения по ножкам пучка Гиса.

### 82. Тон открытия митрального клапанавыслушивается:

1. на верхушке сердца;
2. во втором межреберье справа у грудины;
3. во втором межреберье слева у грудины;
4. у основания мечевидного отростка.
5. вдоль левого края грудины

### 83. Систолический щелчок является признаком:

1. митральной недостаточности;
2. пролапса митрального клапана;
3. аневризмы левого желудочка;
4. гипертензии малого круга кровообращения;
5. митрального стеноза.

### 84. Диастолический шум в области верхушки сердца можно выявить при порокесердца:

1. стенозе устья аорты;
2. митральной недостаточности;
3. стенозе митральногоотверстия;
4. недостаточности трехстворчатого клапана;
5. стенозе устья легочной артерии.

### 85. Шум Флинта выслушиваетсяпри:

1. недостаточности аортального клапана;
2. аортальномстенозе;
3. недостаточности трикуспидального клапана;
4. митральномстенозе;
5. недостаточности митрального клапана.

### 86. Шум при аортальной недостаточностипроводится:

1. в межлопаточную область;
2. на сонные артерии;
3. в подмышечную область;
4. в точку Боткина-Эрба
5. яремную ямку.

### 87. У больного в 4-й точке аускультации выявлен систолический шум, усиливающийся на вдохе. Это характернодля:

1. недостаточности митрального клапана;
2. стеноза правого атриовентрикулярного отверстия;
3. недостаточности трехстворчатого клапана;
4. митрального стеноза;
5. недостаточности клапана легочной артерии.

88. Систолический шум при гипертрофическойобструктивной кардиомиопатии похож на шум, возникающий

1. при стенозе устья аорты
2. при коарктации аорты
3. при недостаточности трехстворчатого клапана
4. при дефекте межжелудочковой перегородки
5. при открытом артериальном (Боталловом. протоке

89. Какой препарат Вы порекомендуете пациенту для самостоятельного купирования гипертонического криза?

1. Амлодипин
2. Бисопролол
3. Лозартан
4. Каптоприл
5. Периндоприл

90. Какие признаки из нижеперечисленных характерны для аортальной недостаточности?

1. усиленный разлитой верхушечный толчок
2. расширение границ сердца влево
3. ослабление II тона и протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба
4. систолический шум
5. ослабление I тона на верхушке

91. Признаки правожелудочковой недостаточности при малом сердце и отсутствии верхушечного толчка характерны:

1. для недостаточности митрального клапана
2. для идиопатической кардиомиопатии
3. для артериальной гипертензии
4. для констриктивного перикардита
5. для аневризмы аорты

### 92. Для шума трения перикардахарактерно:

1. выслушивается в местах аускультации клапанов;
2. проводится в подмышечную область;
3. усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку;
4. выслушивается в зоне относительной тупости сердца;
5. исчезает при вдохе.

### 93. Шум при митральной недостаточностипроводится:

1. в межлопаточную область;
2. на сонные артерии;
3. в подмышечную область;
4. в эпигастральную область.
5. вдоль левого края грудины

### 94. Для недостаточности аортального клапанахарактерно:

1. ослабление II тона на аорте;
2. акцент II тона на легочной артерии;
3. усиление систолического шума в 4-й точке на вдохе;
4. ритм «перепела»
5. усиление I тона на верхушке

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

1. Горизонтальном положении пациента.
2. Положении на левом боку.
3. Вертикальном положении.
4. Аускультативные проявления не зависят от положения тела.
5. При положении ничком (коленно-локтевом положении.

96. "Пушечный" тон Стражеско описан при:

1. Резкой синусовой брадикардии.
2. Пролапсе митрального клапана.
3. Атриовентрикулярной блокаде.
4. Перикардите.
5. Мерцательной аритмии

### 97. Комплекс QRS на ЭКГ отражает:

1. охват возбуждением предсердий;
2. реполяризацию предсердий;
3. распространение возбуждения по АВ соединению;
4. деполяризацию миокардажелудочков;
5. реполяризацию миокардажелудочков.

### 98. В каком отделе левого желудочка регистрирует изменения отведение V4?

1. перегородочная область;
2. боковая стенка;
3. задняя стенка;
4. верхушка.
5. передняя стенка

99.Продолжительность зубца P в норме составляет:

1. 0,02 сек.
2. До 0,10 сек.
3. До 0,12 сек.
4. До 0,14 сек.
5. до 0,20 сек

100.Угол между осями стандартных (I, II, III. отведений ЭКГ составляет:

1. 15 градусов.
2. 30 градусов.
3. 60 градусов.
4. 90 градусов.
5. 45 градусов

101.Ось отведения aVF перпендикулярна оси:

1. I отведения.
2. II отведения.
3. III отведения.
4. Отведения avL.
5. отведения avR

102.Ось отведения avL перпендикулярна оси:

1. I отведения.
2. II отведения.
3. III отведения.
4. Отведения aVR.
5. Отведения aVL

103.Ось отведения avR перпендикулярна оси:

1. I отведения.
2. II отведения.
3. III отведения.
4. Отведения aVF.
5. Отведения aVL

104.Зубец Р в норме всегда отрицателен в:

1. Отведение avF.
2. Отведение avF.
3. Отведение avR.
4. Отведение III.
5. отведение II.

105.Двухфазный зубец Р чаще всего регистрируется в норме:

1. В отведении avF.
2. В отведении III.
3. В отведение V1.
4. В отведении avR.
5. отведение II.

106.Если в I отведении амплитуда R=S, а в avF амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

1. +90 градусов.
2. 0 градусов.
3. +30 градусов.
4. - 90 градусов.
5. + 60 градусов

107.Если в отведении avF амплитуда R=S, а в I отведении амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

1. +90 градусов.
2. 0 градусов.
3. +30 градусов.
4. -90 градусов.
5. +60 градусов

108. Если в отведении avL амплитуда R наибольшая, а во II отведении амплитуда R=S, угол альфа равен:

1. 0 градусов.
2. +90 градусов.
3. -30 градусов.
4. -60 градусов.
5. +60 градусов

109.Переходная зона (амплитуда R=S. обычно соответствует:

1. Отведениям V1.
2. Отведению V2
3. Отведению V5.
4. Отведению V6.
5. Отведениям V3-V4

110. Уширенный, двугорбый Р в отведениях I и avL встречается:

1. При митральном пороке сердца.
2. При тромбоэмболии легочной артерии.
3. При миксоме правого предсердия.
4. При хронических неспецифических заболеваниях легких
5. синдроме Пиквика

111.Для гипертрофии правого предсердия характерно:

1. Амплитуда зубца Р во II отведении менее 2,5 мм.
2. Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1.
3. Индекс Макруза 1,7 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ..
4. Ширина зубца Р в I и avL отведениях, равная 0,12 сек.
5. Наличие двугорбого зубца Р в отведениях I, AVL, V5-6

112.Наличие гипертрофии правого желудочка при несомненных признаках гипертрофии левого желудочка можно выявить, если на ЭКГ имеется:

1. Глубокий зубец S в отведениях V1-V2.
2. Высокий зубец R в отведениях V1-V2.
3. Признаки неполной блокады левой ножки п. Гиса.
4. Угол альфа , равный -30 градусам.
5. Косонисходящая депрессия ST в V5-6.

### 113.ЭКГ-признаком гипертрофии правого желудочка сердцаявляются:

1. комплекс QRS> 0,12 секунды;
2. низковольтная ЭКГ;
3. RV1-2 > SV1-2;
4. RV6>RV4;
5. высокие RV1-6.

114.Вольтажным критерием гипертрофии левого желудочка (индексом Соколова-Лайона. считается увеличение суммарной амплитуды зубцов R (в отведении V5 или V6. и S (в отведении V1 или V2. более:

1. 20 мм.
2. 25 мм.
3. 30 мм.
4. 35 мм.
5. 40 мм.

115.Дискордантное смещение сегмента ST и зубца T при гипертрофии левого желудочка вызвано:

1. Сердечной недостаточностью вследствие гипертрофии.
2. Очаговыми изменениями миокарда.
3. Вторичными изменениями реполяризации вследствие гипертрофии.
4. Нарушениями сократительной функции.
5. Нарушением "питания" миокарда.

116.Наиболее частым признаком эктопического ритма из нижней части правого предсердия является:

1. Наличие инвертированного зубца P перед комплексом QRS.
2. Уширение зубца Р.
3. Увеличение амплитуды зубца Р.
4. Увеличение интервала РР.
5. Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1.

117.Для предсердной экстрасистолии характерно:

1. комплекс QRS уширен.
2. Наличие неполной компенсаторной паузы.
3. Наличие полной компенсаторной паузы.
4. Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса.
5. Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса

118.Типичными ЭКГ признаками предсердной экстрасистолии являются:

1. изменение формы или полярности зубца Р
2. расширение желудочкового комплекса
3. изменение формы желудочкового комплекса
4. наличие полной компенсаторной паузы
5. отсутствие зубца Р при преждевременно наступившей экстрасистоле

119. Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать с:

1. Трепетанием желудочков.
2. Пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW.
3. Узловой пароксизмальной тахикардией.
4. Предсердной тахикардией с АВ - блокадой II степени.
5. Мерцанием предсердий

120.К осложнениям гипертонического криза относится:

1. острая левожелудочковая недостаточность
2. синоаурикулярная блокада
3. внутрижелудочковые блокады
4. Пароксизмальная желудочковая тахикардия
5. ТЭЛА

121.При синоатриальной блокаде I степени на ЭКГ:

1. Имеет место синусовая брадикардия с удлинением интервала РР.
2. Часто наблюдается синусовая аритмия.
3. Могут появляться выскальзывающие сокращения.
4. Патологических изменений не отмечается.
5. Постепенное замедление синоатриальной проводимости с последующим выпадением очередного импульса

122.Электрокардиографические проявления, характерные для полной АВ блокады:

1. На фоне синусового ритма независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия.
2. Эпизодическое выпадение зубцов Р и комплексов QRS.
3. Полная разобщенность предсердных и желудочковых комплексов.
4. Блокада правой ветви пучка Гиса и элевация сегмента ST в отведениях V1-V2.
5. Продолжительность интервала PQ более 0,2 сек и блокада левой ветви пучка Гиса.

123. Наиболее характерным признаком блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса является:

1. Резкое отклонение электрической оси влево.
2. Отклонение электрической оси вправо.
3. Деформация комплекса QRS.
4. Расширение комплекса QRS > 0,10".
5. Изменение конечной части желудочкового комплекса.

124.Для полной блокады правой ножки пучка Гиса характерны:

1. Наличие расширенного и зазубренного зубца R в отведениях V5-6; I; avL.
2. Исчезновение зубца Q в I; V5-6 отведениях.
3. Углубление и уширение зубца S в отведениях V1-2; III; аVF
4. отсутствие зубца Q в отведениях V5-6.
5. Высокие и широкие зубцы R в отведениях V1-2

125.Желудочковые комплексы типа RSR` в отведении V1 являются признаком:

1. Блокады правой ножки п. Гиса.
2. Блокады левой ножки п. Гиса.
3. Блокады левой передней ветви.
4. Блокады левой задней ветви.
5. Неспецифической внутрижелудочковой блокады.

### 126.Отсутствие зубца R в желудочковом комплексе (комплексQS.

свидетельствует о:

1. мелкоочаговом инфаркте миокарда;
2. крупноочаговом инфаркте миокарда;
3. трансмуральном инфаркте миокарда.
4. нестабильной стенокардии
5. эпистенокардитическомперикардите

### . НаЭКГрегистрируетсяпатологическийзубецQ,сегментST и выше изолинии, зубец T отрицательный. Это характерно для:

1. острой стадии инфаркта миокарда;
2. подострой стадии инфаркта миокарда;
3. острейшей стадии инфаркта миокарда;
4. постинфарктного кардиосклероза.
5. острой аневризме левого желудочка

128. Какие ЭКГ-признаки наиболее информативны для диагностики инфаркта правого желудочка

1. подъем сегмента ST в отведениях V3R и V4R
2. резкое отклонение ЭОС вправо
3. полная блокада правой ножки пучка Гиса
4. появление Р-pulmonale в отведениях II, III, AVF
5. признаки перегрузки правого желудочка (глубокие S V5-6.

### 129. ЭКГ-признаком желудочковой экстрасистолыявляются:

1. преждевременное появление расширенного и деформированного комплекса QRS;
2. преждевременное появление неизменного комплекса QRS;
3. регистрация отрицательного зубца Pперед желудочковым комплексом;
4. неполная компенсаторная пауза.
5. Деформация з. Р перед комплексом QRS;

### 130. Регистрация на ЭКГ частых (200–500 в минуту.нерегулярных, отличающихся друг от друга по амплитуде и форме волн fхарактернодля:

1. фибрилляции предсердий;
2. трепетанияпредсердий;
3. фибрилляции желудочков;
4. трепетанияжелудочков.
5. миграции суправентрикулярного водителя ритма

131.Какая тактика при значительном объеме выпота в полости перикарда (сепарация листков перикарда в диастолу по данным ЭхоКГ> 20 мм.?

1. выжидательная тактика
2. немедленное назначение антибиотиков
3. немедленное назначение противовирусных препаратов
4. динамическое наблюдение через 2 месяца
5. перикардиоцентез

### 132. Основным электрокардиографическим признаком внутрипредсердной блокадыявляется:

1. увеличение продолжительности интервала PQ;
2. увеличение продолжительности зубца P более 0,11 секунд;
3. увеличение амплитуды зубца P;
4. отрицательный зубец P в V3.
5. отрицательный Р в отведениях II, III, aVF

133. При наличии патологического зубца Q в II, III и avF отведениях очаговые изменения локализуются:

1. В заднебазальной области левого желудочка.
2. В верхнебоковой области левого желудочка.
3. В правом желудочке.
4. В переднеперегородочной области.
5. В области нижней стенки ЛЖ.

134.Наличие зубцов Q в отведениях V1 –V3 и подъем сегмента ST в этих отведениях наиболее характерны для инфаркта миокарда:

1. Передне-перегородочной области ЛЖ
2. Задней стенки
3. Нижней стенки
4. Боковой стенки
5. Правого желудочка

135.Основным ЭКГ - признаком крупноочагового инфаркта миокарда является появление:

1. Инверсии зубцов T.
2. Подъема сегмента ST.
3. Депрессии сегмента ST.
4. Патологического зубца Q.
5. Снижения высоты зубца R.

136.У больных с блокадой левой ножки п. Гиса появление зубцов Q в отведениях avL, I, V5-6 является признаком инфаркта миокарда:

1. Переднеперегородочной локализации.
2. Нижней локализации.
3. Боковой локализации.
4. Задней стенки.
5. Правого желудочка

137.Подъем сегмента ST в большинстве отведений характерен для:

1. Тромбоэмболии легочной артерии.
2. Гипокалиемии.
3. Гиперкалиемии.
4. Острого перикардита.
5. синдрома Бругада

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

1. Туберкулез.
2. Сифилис.
3. Ревматизм.
4. Ранения перикарда.
5. Системные заболевания соединительной ткани.

139.Далласские критерии миокардита основаны на данных:

1. ЭКГ
2. ЭХОКГ
3. МРТ
4. эндомиокардиальной биопсии
5. посева гемокультуры

140.При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ из перечисленного наиболее специфично появление:

1. Признака SI QIII.
2. Блокады правой ножки п.Гиса.
3. Отрицательных зубцов T в отведениях V1-3.
4. Синусовой брадикардии.
5. Предсердных экстрасистол.

141.Миокардит это:

1. воспаление сердечной мышцы неясной этиологии
2. воспаление сердечной мышцы, связанное с атеросклеротическим поражением коронарных артерий
3. воспаление сердечной мышцы, вызываемое прямым или опосредованным действием инфекционного или неинфекционного агента
4. воспаление сердечной мышцы, обусловленное только вирусной или бактериальной природой
5. воспаление сердечной мышцы, вследствии повышения артериального давления

142.Что является «большим» критерием инфекционного миокардита?

1. Кардиомегалия
2. Лабораторное подтверждение перенесенной инфекции (высокие титры противовирусных антител.
3. Ослабление I тона
4. Протодиастолический ритм галопа
5. В анамнезе перенесенный инсульт

143.У больного инфекционным эндокардитом с выраженной деструкцией клапана и признаками сердечной недостаточности показано:

1. назначение курса антибиотикотерапии с последующей оценкой ее эффективности и необходимости хирургического вмешательства через 2-4 недели
2. проведение срочного оперативного вмешательства
3. назначение курса антибиотикотерапии с последующим хирургическим вмешательством через 2-4 недели
4. хирургическое лечение требуется только в случае грибковой этиологии или эндокардита протеза
5. проведение оперативного вмешательства только при наличии поражения трикуспидального клапана

144. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:

1. Проба с физической нагрузкой
2. ЭХОКГ
3. Электрофизиологическое исследование
4. Холтеровскоемониторирование ЭКГ
5. Дипиридомоловая проба

145. Купирование приступа - наиболее вероятное действие внутривенного введения верапамила при следующих нарушениях ритма сердца:

1. Фибрилляция предсердий.
2. Атриовентрикулярная узловая тахикардия.
3. Фибрилляция предсердий у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
4. Пароксизмальная желудочковая тахикардия
5. Фибрилляция желудочков

146. ЭКГ признаком крупноочагового инфаркта миокарда является

* + - 1. подъем сегмента SТ
      2. инверсия зубца Т
      3. патологический зубец Q
      4. желудочковая экстрасистолия
      5. полная блокада правой ножки пучка Гиса

147.Увеличение высоты зубца R и высокого зубца Т в отведениях V1-2 в сочетании с патологическим зубцом Q в отведении V5-6 является признаком:

* + - 1. бокового инфаркта миокарда
      2. нижнего инфаркта миокарда
      3. передне-перегородочного инфаркта миокарда
      4. заднего инфаркта миокарда
      5. транссептального инфаркта миокарда

148.Самым ранним электрокардиографическим признаком инфаркта миокарда является

1. появление зубца Q
2. изменение комплекса QRS
3. инверсия зубца Т
4. нарушение сердечного ритма
5. элевация сегмента ST с одновременной депрессия сегмента ST на противоположной стенке

149. Подозрение на инфаркт миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса возникает, если

1. длительность комплекса QRS превышает 0.12 с

2. наличие зубца Q в отведениях V5-V6придлительности комплекса QRS превышающее 0.12 с

3. имеется комплекс QS в отведениях V1-V2

4. имеются комплекс QR или зазубрины в начале восходящего колена зубца R в отведениях V5-V6

5. имеется смещение ST интервала вниз более чем на 3 мм

150. Что необходимо для установления диагноза: "Коронарная болезнь сердца. Стенокардия"?

1. радиоизотопное исследование сердца с таллием в покое
2. электрокардиография покоя
3. коронарография с вентрикулографией
4. мультиспиральная компьютерная томография
5. эхокардиография

151. Стресс-эхокардиография для выявления ишемии миокарда рекомендуетсяпри:

1. Желудочковой экстрасистолии
2. Полной блокаде левой ножки пучка Гиса
3. Полной блокаде правой ножки пучка Гиса
4. АВ блокаде 1 ст
5. Гипертрофии левого желудочка без депрессии сегмента ST

152. .Площадь митрального отверстия в норме составляет:

1. 4-6 см2;
2. 1,5-2 см2
3. 2-4 см2
4. 1,0 см2
5. менее 1,0 см2

153.Аневризма восходящего отдела аорты с отслойкой интимы сопровождается:

1. Аортальной регургитацией
2. Аортальным стенозом
3. Митральной регургитацией
4. Митральным стенозом
5. Трикуспидальной регургитацией

154.При дефекте межпредсердной перегородки в М- и В-модальном режиме на ЭХОКГ выявляют:

1. Дилатацию левых отделов сердца
2. Дилатацию правых отделов сердца
3. Гипертрофия межжелудочковой перегородки
4. Аневризма левого желудочка
5. Аневризматическое расширение дуги аорты

155.Струю митральной регургитации при Допплеровском исследовании следует искать в полости:

1. Правого предсердия.
2. Выносящего тракта левого желудочка.
3. Левого желудочка.
4. Левого предсердия.
5. Правого желудочка

156.Какой Эхо-КГ признак является критерием диагностики инфекционного эндокардита:

* + - 1. вегетации на клапанах
      2. митральная регургитация
      3. дилатация левого желудочка
      4. перфорация створок
      5. кальциноз створок клапана

157.Чаще всего возбудителем инфекционного эндокардита у лиц, употребляющих внутривенно наркотики является:

* + - 1. Staphilococ. aureus
      2. Streptococ. viridans
      3. Enterococc.
      4. Candida
      5. гемолитический Strept

158.Наиболее информативным в диагностике экссудативного перикардита является:

1. шум трения перикарда
2. увеличения границ сердца
3. повышение давления в яремных венах
4. «парадоксальный» пульс
5. ЭхоКГ исследование

159. Из инструментальных неинвазивных методов исследования наиболее точные сведения о наличии межжелудочкового дефекта дает:

1. электрокардиография
2. рентгеновское исследование
3. фонокардиография
4. эхокардиография с Допплерографией
5. сцинтиграфия сердца

160. Показаниями для прекращения велоэргометрической пробы у больных стенокардией является:

1. Горизонтальная депрессия сегмента ST на 1 мм.
2. Легкое головокружение
3. Снижение систолического артериального давления на 10 % от исходного
4. Редкая суправентрикулярная экстрасистолия
5. Повышение давления выше 160/90 мм.рт.ст.

161. При профилактическом обследовании на велоэргометре летчика 45 лет на ЭКГ выявлено безболевое снижение ST до 2 мм при нагрузке до 75 Вт. Следующим этапом диагностики должна быть:

1. Сцинтиграфия миокарда
2. Коронарография
3. Проба с эргоновином
4. Суточное мониторирование ЭКГ
5. ЭХОКГ

162.Для диагностики стенокардии в эпидемиологических исследованиях используют:

1. Опросник Браунвальда
2. Опросник Роуза
3. Опросник Лауна
4. Опросник Харриса
5. Опросник Стьюдента

163. Рентгенологически, для тромбоэмболии легочной артерии характерным признаком является:

1. наличие полости с горизонтальным уровнем жидкости;
2. участок негомогенного затемнения легочной ткани с дорожкой, связывающей с корнем;
3. треугольной формы тень с верхушкой, обращенной к корню;
4. участок интенсивного гомогенного затемнения в нижних отделах, с четкой косовосходящей верхней границей;
5. округлой формы тень.

### 164. Рентгенологический признак отекалегких:

1. наличие свободной жидкости в плевральных синусах;
2. повышение прозрачности легочных полей;
3. линии Керли;
4. расширение дуги аорты
5. подчеркнутая талия сердца.

165. Какие методы наиболее достоверно могут подтвердить диагноз тромбоэмболии легочной артерии:

1. радиоизотопное исследование перфузии легких
2. радиоизотопное исследование вентиляции легких
3. одновременное исследование перфузии и вентиляции легких
4. рентген исследование легких
5. исследование функции внешнего дыхания

166. Больная Н.,20лет, после мед.аборта внезапно потеряла сознание. Придя в сознание пожаловалась на боли сжимающего характера в грудной клетке. На снятой ЭКГ зарегистрировано rS в I отведении и Qr в III отведении. Ваш предварительный диагноз:

1. ОИМ
2. торакалгиявертеброгенного генеза
3. тромбоэмболия легочной артерии
4. стенокардия Принцметала
5. истерия

167. Наиболее информативным методом выявления признаков СН является:

1. ЭКГ
2. R-скопия органов грудной клетки
3. фонокардиография
4. радиоизотопная кардиография
5. коронарография

168. Выберите вариант лечения для вторичной профилактики ИМ:

1. Аспирин, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, статины
2. Нитраты, аспирин, ингибиторы АПФ, статины
3. Бета-блокаторы, аспирин, ингибиторы АПФ, статины.
4. Бета-блокаторы, аспирин, ингибиторы АПФ, рибоксин
5. Гепарин, аспирин, ингибиторы АПФ, статины

### 169. Наиболее частая причина развития митральногостеноза:

1. атеросклероз;
2. легочная гипертензия;
3. бактериальный эндокардит;
4. острая ревматическая лихорадка
5. миксома левого АВ отверстия.

### 170. Жалобы больных при аортальномстенозе:

1. увеличение печени;
2. асцит;
3. отеки ног;
4. загрудинные боли
5. кашель с прожилками крови

171. Наиболее достоверным серологическим маркером инфаркта миокарда является

1.повышение уровня АЛТ в первые сутки

2. положительный С-реактивный белок

3. повышение уровня Tn I и|илиTn T в течение первых суток

4. повышение уровня ЛДГ в первые 3-4 часа

5. повышение уровня АСТ в первые 3 суток

172. Какое лечебное вмешательство является наиболее эффективным для прогноза при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в первые 12 часов:

1. тромболитическая терапия
2. введение антикоагулянтов
3. введение бета-блокаторов
4. внутривенное введение наркотических аналгетиков
5. внутривенное введение нитратов

173. Основным патогенетическим фактором возникновения ОИМ является

1. спазм коронарной артерии
2. тромбоз коронарной артерии
3. окклюзия атеросклеротически измененной коронарной артерии тромбом
4. внезапное повышение потребности миокарда в кислороде
5. снижение потребности миокарда в кислороде

174. Синдром реперфузии - это

1. повреждение миокарда свободными радикалами
2. атриовентрикулярное проведение по дополнительному пути
3. симптомокомплекс, сопровождающий восстановление кровотока по тромбированной коронарной артерии
4. дестабилизация стенокардии после отмены в-блокаторов
5. разновидность электромеханической диссоциации

175. Появление голосистолического шума над верхушкой сердца одновременно с острой сердечной недостаточностью характерно

1. для отрыва сосочковой мышцы
2. для разрыва межжелудочковой перегородки
3. для расслаивающей аневризмы аорты
4. для аневризмы левого желудочка
5. для эмболии легочной артерии

176.Больной, 52 лет, доставлен в БИТ в бессознательном состоянии. Со слов родственников около 2х часов до поступления у больного возник приступ резких, загрудинных болей, без эффекта от приема нитроглицерина. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 100 в минуту, АД 60/30 мм рт.ст., живот мягкий, безболезненный. Какой диагноз выставлен дежурным врачом?

1. Острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок
2. Тромбоэмболия легочной артерии
3. Острое нарушение мозгового кровообращения
4. Желудочно-кишечное кровотечение
5. Острая вертебро-базилярная недостаточность

177. У больной 52 лет, диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого развилась частая желудочковая экстрасистолия. На мониторе периодически появляются ранние экстрасистолы типа «R» на «T». В отведениях V1- V3 зубцы QS и подъем ST выше изолинии. Какой локализации инфаркт миокарда?

1. Передне-перегородочный области ЛЖ
2. Боковой стенки ЛЖ
3. Нижней стенки ЛЖ
4. Задней стенки ЛЖ
5. Правого желудочка

178. Больной 55 лет, в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной - при ходьбе, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки. Повторно принимал нитроглицерин без эффекта. Осмотрен врачом скорой помощи через 3 часа. В прошлом много лет курил. Состояние тяжелое. Боли продолжаются, беспокоен. Повышенного питания. Конечности бледно-цианотичные, влажные, холодные. Пульс - 120 в минуту, вялый, мягкий. Имеется пульсация в III межреберье по левой парастернальной линии. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД - 75/50 мм рт. ст. ЧД - 24 в минуту. В легких хрипов нет. Температура - 37°С. Через 30 минут АД повысилось до 95/70 мм рт. ст. и больной был госпитализирован. Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?

1. КБС. Нестабильная стенокардия, впервые возникшая
2. КБС. ОИМ передней стенки ЛЖ
3. КБС. Нестабильная стенокардия, прогрессирующее течение
4. КБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК – III
5. КБС. Вазоспастическая стенокардия

179.При инфекционном эндокардите выявляются

1. ревматоидные узелки
2. узелки Бушара
3. узелки Гебердена
4. узелкиОслера
5. узелки Шморля

180. У пациента на 20-й день с момента развития острого инфаркта миокарда появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, температура - 37.8°С, при аускультации шум трения плевры. О каком осложнении следует думать?

1. Эпистенокардитический перикардит
2. Тромбоэмболия легочной артерии
3. Нестабильная постинфарктная стенокардия
4. Сухой плеврит
5. Синдром Дресслера

181.Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в спину, вдоль позвоночника, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. В течение10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт.ст. Объективно: ЧДД-20в минуту, в легких хрипов нет. Пульс - 100 в минуту, ритмичный, акцент 2 тона на аорте, АД – 240/120 мм рт. ст. В остальном - без особенностей. Какой диагноз наиболее вероятен?

1. КБС. Острый инфаркт миокарда
2. КБС. Нестабильная стенокардия, прогрессирующее течение
3. Гипертонический криз
4. Тромбоэмболия легочной артерии
5. Расслаивающая аневризма аорты

182. Диагноз не-Q волнового инфаркта миокарда ставится в случаях:

1. болевая депрессия сегмента ST
2. типичного болевого синдрома
3. подъема сегмента ST, с последующим формированием отрицательного зубца Т и динамического изменения ферментов крови (тропонин Т и I, МВ-КФК.
4. наличия зон а-дискинеза участка миокарда по эхокардиографии
5. подъема сегмента ST, с последующим формированием патологического зубца Q и отрицательного зубца Т

183. Наибольшее значение при определении риска развития инфаркта миокарда у больного со стенокардией напряжения имеет

1. снижение толерантности к физической нагрузке
2. число пораженных коронарных артерий
3. количество перенесенных инфарктов миокарда
4. Возраст
5. интенсивность болевого синдрома

184.Какой из перечисленных заключений о стенокардии Принцметалла истинно?

1. на ЭКГ снижение сегмента ST
2. приступ вызывает физическая нагрузка
3. вариантная стенокардия часто заканчивается инфарктом миокарда
4. причина вариантной стенокардии – коронароспазм
5. причина атеросклероз коронарной артерии

185. Наиболее характерным для стенокардии является:

1. загрудинная боль при физической нагрузке без изменений ЭКГ с нагрузкой
2. желудочковая экстрасистолия после нагрузки
3. загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента ST на 1 мм и более при нагрузке
4. подъем сегмента ST менее, чем на 1 мм
5. увеличение зубца Q в III стандартном и AVF отведениях

186. Патогномоничным для стенокардии является:

1. загрудинная боль при физической нагрузке без изменений ЭКГ
2. желудочковая экстрасистолия после нагрузки
3. загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента ST на 1 мм и более
4. подъем сегмента ST менее, чем на 1 мм
5. увеличение зубца Q в III стандартном и аVF отведениях

187. Во время приступа стенокардии Принцметала на ЭКГ регистрируется следующая картина:

1. блокада левой ножки пучка Гиса;
2. преходящий подъём сегмента ST;
3. отклонение ЭОС вправо;
4. формирование патологического зубца Q;
5. снижение амплитуды зубца R.

188. Какой из перечисленных симптомов может свидетельствовать в пользу тромбоэмболии лёгочной артерии?

1. внезапная немотивированная одышка;
2. боли в груди, усиливающиеся при движениях и поворотах туловища;
3. повышение АД после физической нагрузки;
4. боли в груди, иррадиирующие в спину и вдоль позвоночника;
5. резкое головокружение, шаткость походки, асимметрия лица.

189. К инвазивным методам диагностики КБС относятся:

1. стресс-Эхо;
2. суточный монитор ЭКГ;
3. велоэргометрия;
4. тредмил-тест;
5. коронароангиография.

190. При какой форме КБС антагонисты кальция являются препаратами выбора:

1. Инфаркт миокарда
2. Стенокардия напряжения ФК II
3. Стенокардия Принцметала
4. Стенокардия напряжения ФК I
5. Безболевая ишемия миокарда

191. Какова средняя продолжительность болевого синдрома при стенокардии?

1. 1-2 часа;
2. до 24 часов;
3. 1-2 мин.;
4. 10-15 мин;
5. до нескольких суток

192. Для стенокардии Принцметалла характерны признаки

1. возникновения болей в покое в предутренние часы и ночью
2. депрессия сегмента ST ниже изолинии во время приступа
3. появления болей при физической нагрузке
4. возрастание метаболических потребностей миокарда во время приступа стенокардии
5. купирование болей нитроглицерином

193. Какое из перечисленных заболеваний относится к ассоциированным состояниям:

1. Острое нарушение мозгового кровообращения по типу геморрагического инсульта
2. КБС. Атеросклеротический кардиосклероз
3. Хронический пиелонефрит
4. Глаукома
5. Атеросклероз аорты

194. Какой из перечисленных признаков относится к поражению органа мишени при АГ:

1. гипертрофия ПЖ
2. гипертрофия правого предсердия
3. гепатит
4. наличие тромбофлебита вен нижних конечностей по данным ультрасонографии
5. понижение СКФ более 60 мл/мин/1.73 м2

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

1. Аортальной недостаточности.
2. Коарктации аорты.
3. Здоровых людей.
4. Больных с недостаточностью кровообращения.
5. Гипертонической болезни

### 196. К признакам коарктации аортыотносится:

1. фиксированное расщепление 2-го тона;
2. ослабление пульмонального компонента 2-го тона;
3. среднесистолический шум над легочной артерией;
4. диастолический шум на аорте;
5. систолический шум в межлопаточной области.

### 197. Основной клинический признак синдромаКона:

1. артериальная гипотензия;
2. дизурия;
3. артериальная гипертензия;
4. сухой кашель;
5. тахикардия.

198. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

1. Синдрома Конна.
2. Дефекта межжелудочковой перегородки.
3. ТетрадыФалло.
4. Неспецифического аортоартериита.
5. Коарктация аорты

199. Поражение почек при ГБ ведет к формированию

1. первично-сморщенной почки
2. вторично-сморщенной почки
3. поликистоза
4. гидронефроза
5. амилоидоза

200. Для лечения АГ у женщин в климактерическом периоде, с признаками остеопороза, наиболее целесообразно назначение:

1. препаратов центрального действия
2. Ингибиторов АПФ
3. Тиазидовых диуретиков
4. бета -блокаторов
5. a –адреноблокаторов

201.Которые из нижеследующих побочных действий снижается при переходе пациента с иАПФ на блокаторы АР-II?

1. гиперкалиемия
2. почечная дисфункция
3. кашель
4. ангионевротический отек
5. зуд кожи

202. Мужчина 56 лет. В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия отметил в течение последних 3 нед.: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем. Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС 130–150 уд./мин, дефицит пульса 20, АД 210/130 мм рт. ст. S=D. ЭКГ: Тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ. Анализ крови: холестерин — 8,2 ммоль/л, триглицериды — 2,86 ммоль/л. Анализ мочи: без особенностей. Сцинтиграфия почек: правая почка — без особенностей. Левая — значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

1. Гипертоническая болезнь
2. Вазоренальная артериальная гипертензия
3. Синдром Кона
4. Феохромацитома
5. Хроническая сердечная недостаточность

### 203. Мерцательная аритмия чащеосложняет:

1. аортальный стеноз;
2. аортальную недостаточность;
3. митральный стеноз;
4. трикуспидальный стеноз.
5. стеноз устья легочной артерии

204.Какой препарат необходимо вводить в первую очередь при остром расслоении аорты:

1. дигоксин
2. бета -блокаторы
3. ингибиторы АПФ
4. нитропруссид натрия
5. лазикс

205.Каков механизм действия b-блокаторов при лечении ХСН (хронической сердечной недостаточности.:

1. уменьшают эффекты хронической катехоламиновой стимуляции
2. вызываю отрицательное хронотропное действие
3. уменьшают преднагрузку
4. уменьшают постнагрузку
5. увеличивают время диастолического наполнения

206. Бета-блокаторы при коронарной болезни сердца:

1. снижает потребность миокарда в кислороде
2. расширяет коронарные сосуды
3. вызывает спазм периферических сосудов
4. увеличивает потребность миокарда в кислороде
5. увеличивает сократительную способность миокарда

207. Какой уровень МНО является адекватным для большинства состояний, требующих назначения варфарина:

1. менее 1,0
2. 1,0-2,0
3. 2,0-3,0
4. 3,0-4,0
5. 4,0- 5,0

208.При лечении гепарином контрольным тестом является

1. уровень протромбина
2. уровень фибриногена
3. АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время).
4. время кровотечения
5. количество тромбоцитов

209. После имплантации митрального протеза терапия антикоагулянтами непрямого действия проводится

1. в течение 1 мес после операции
2. в течение 2 мес после операции
3. в течение 5 лет после операции
4. в течение 10 лет после операции
5. пожизненно

### 210. Блокатор медленных кальциевых каналов:

1. атенолол;
2. амлодипин;
3. бисопролол;
4. дигоксин
5. кардикет.

### 211. При стабильной стенокардии суточноемониторирование ЭКГ выявляет:

1. болевые (безболевые. эпизоды ишемии;
2. размеры камер сердца;
3. зоны гипокинезиии
4. зоны дискинеза
5. фракцию выброса

### 212. Сутьметодавелоэргометрии:

1. определение сократительной способности миокарда;
2. оценка подвижности сегментов левого желудочка при увеличении ЧСС;
3. определение индивидуальной толерантности к физическим нагрузкам
4. определение размеров камер сердца
5. определение зон гипо-акинеза.

### 213. Метод объективизации наличияКБС:

1. сцинтиграфия миокарда сталлием;
2. суточное мониторирование ЭКГ;
3. эхокардиография
4. ФВД
5. Суточное АД мониторирование

### 214.Подключение электродов при регистрации первого стандартногоотведения:

1. правая рука и левая нога;
2. левая нога и левая рука;
3. левая рука и правая рука
4. левая нога и правая нога
5. правая нога и левая рука

### 215.Подключение электродов при регистрации второго стандартногоотведения:

1. правая рука и левая нога;
2. левая нога и левая рука;
3. левая рука и правая рука
4. левая нога и правая нога
5. правая нога и левая рука

216.Класслекарственныхсредствдлялечениястабильнойстенокардии:

1. нестероидные противовоспалительные;
2. в-блокаторы;
3. Н2 блокаторы;
4. спазмолитики
5. М-холиноблокаторы

### 217. Побочное действиенитратов:

1. кислый вкус во рту;
2. отрыжка;
3. брадикардия;
4. артериальная гипотензия
5. бронхоспазм.

### Механизмдействиянитратов:

1. системнаявенодилатация;
2. системная веноконстрикция;
3. повышение АД;
4. уменьшениепреднагрузки.
5. брадикардия

### Механизмдействияβ-адреноблокаторов:

1. повышение потребности миокарда в кислороде;
2. урежение числа сердечных сокращений;
3. учащение ритма сердца;
4. усиление сократимости миокарда
5. системная веноконстрикция

### Осложнениекоронарногошунтирования:

1. пневмоторакс;
2. гемоперикард;
3. инфарктмиокарда;
4. аневризмалевогожелудочка
5. хроническая сердечная недостаточность

### Наиболее частая ЭКГ картина приступастенокардии:

1. положительный зубецТ;
2. депрессия сегмента ST;
3. наличие зубцаQ.
4. удлинение интервала РQ
5. расширение комплекса QRS.

### Препарат для урежения ритма при постоянной форме мерцательной аритмии при сердечнойнедостаточности:

1. ритмонорм;
2. амиодарон;
3. новокаинамид;
4. дигоксин
5. этацизин

### 223. Показание к нагрузочным пробам приКБС:

1. определение индивидуальной толерантности к физическим нагрузкам;
2. установление функционального класса нестабильной стенокардии;
3. оценка эффективности назначения статинов
4. оценка сократительной способности миокарда
5. определение зон гипокинеза

### 224. Подключение электродов при регистрации третьего стандартногоотведения:

1. правая рука и левая нога;
2. левая нога и левая рука;
3. левая рука и правая рука
4. левая нога и правая нога
5. правая нога и левая рука

### 225. Для купирования приступа стенокардиииспользуют:

1. изосорбиддинитрат в дозе 10–20 мг 2–4 раза в сутки;
2. молсидомин в дозе 2–4 мг 2–3 раза в сутки;
3. нитроглицерин 0,5 мг под язык
4. бисопролол 5 мг утром
5. амлодипин 5 мг вечером.

### 226.Оптимальный метод дифференциальной диагностики наджелудочковых и желудочковыхтахикардий:

1. ЭКГ;
2. инвазивное электрофизиологическое исследование;
3. неинвазивноечреспищеводное электрофизиологическое исследование
4. эхокардиография
5. МСКТ сердца.
6. ЭКГ пациента с наличием определенно органической сердечной патологии
   1. слабоотрицательныеТ в правых грудных отведениях
   2. синусоваяаритмия
   3. экстрасистолическаяаритмия
   4. комплекс QS в отведенияхV3-V5
   5. синдромраннейреполяризации

228.Развитие инфаркта миокарда в первые суткиотначала заболеванияподтверждает:

* 1. АСТ
  2. Тропониновый тест
  3. ЛДГ
  4. Щелочнаяфосфотаза
  5. G-глютаминтрансфераза

229.Наиболее точным ЭКГ-диагностическим признаком трансмурального инфаркта миокардаявляется:

* 1. Негативный зубецТ
  2. Нарушение ритма ипроводимости
  3. Наличие комплексаQS
  4. Смещение сегмента STнижеизолинии
  5. Снижение амплитуды зубцаR

230.В понятие резорбционно-некротический синдромвходит

* 1. Кардиогенныйшок
  2. УскорениеСОЭ и нейтрофильныйсдвиг
  3. Разрывсердца
  4. СиндромДресслера
  5. Нарушение ритмасердца

231.Наиболее информативным методом выявления некротических изменений в миокарде является определение:

1. СОЭ илейкоцитов
2. ЛДГ вкрови
3. Суммарной КФК вкрови
4. Уровня трансаминазвкрови
5. Уровнятропонинавкрови

232.Наиболее характерный ЭКГ-признак трансмурального инфарктамиокарда:

* 1. Горизонтальная депрессия сегментаST
  2. Депрессия STвыпуклостью кверху и несимметричный зубец Т
  3. Подъем сегментаST
  4. Глубокие зубцыQ
  5. ЗубцыQS

233.Наиболее частым клиническим вариантом начала ангинозных болей при инфаркте миокарда является:

1. Типичный
2. Астматический
3. Абдоминальный
4. Бессимптомный
5. Аритмический

234.Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

1. Асистолияжелудочков
2. Фибрилляцияжелудочков
3. Предсердная экстрасистолия
4. АВ блокада IIст
5. Миграция суправентрикулярного водителя ритма

235.Лечебным мероприятием у больных с нижним инфарктом миокарда при возникновении резкой гипотонии и выраженной брадикардии является внутривенное введение

1. Норадреналина
2. Жидкости (реополиглюкин, 5% р-рглюкозы.
3. Атропина
4. Нитроглицерина
5. Морфина

236. Препараты, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, риска возникновения повторного инфарктамиокарда

1. Дипиридамол(курантил.
2. Верапамил(финоптин.
3. Бета-блокаторы (карведилол, биоспролол).
4. нитраты
5. антиаритмическиепрепараты

237.Регистрировать дополнительные грудные отведения V7- V9рекомендуетсяпри

1. Инфаркте передней стенки ЛД
2. Заднебазальноминфаркте
3. Инфаркте правогожелудочка
4. Высоком боковоминфаркте ЛЖ
5. Нижней стенки ЛЖ

238.При крупноочаговом инфаркте миокарда патологический зубец Qвыявляется

* 1. Непозже,чемчерез30минотначалазаболевания
  2. В течение первых несколькихчасов
  3. Через 24-48 часовотначалазаболевания
  4. На 7-10 сутки от начала заболевания
  5. Через 8 недель от начала заболевания

239.Лейкоцитоз при остром инфаркте миокардавыявляется

1. Через несколько часов отначала заболевания
2. К концу первыхсуток
3. На вторые-третьисутки
4. Через 5 дней от началазаболевания
5. На 7-10 сутки от начала заболевания

240.Лейкоцитоз при инфаркте миокарда неосложненного течениясохраняется

1. 1 - 2дня
2. 3 - 7 дней
3. 15-20дней
4. до 30 дней
5. 8 недель

241.Кожные покровы при кардиогенномшоке

1. Цианотичные,сухие
2. Бледные,сухие
3. Бледные,влажные
4. Розовые,влажные
5. Розовые сухие

242.Основой патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокардаявляется:

1. Резкое снижение сократительной функции левогожелудочка
2. Стрессовая реакция наболь
3. Артериальнаягипотония
4. Гиповолемия
5. Сложные нарушения ритма

243.Тромбоэндокардитпри инфаркте миокарда чаще развиваетсяпри:

* 1. Длительном постельномрежиме
  2. Чрезмерно ранней активизациибольных
  3. Развитии аневризмы левогожелудочка
  4. Дисфункции папиллярныхмышц
  5. СиндромеДресслера

244.При восстановлении проходимости окклюзированной коронарной артерии у больных острым инфарктом миокарда в первые часы заболеваниянаблюдается

1. Быстрое возвращение сегмента STк изолинии
2. Исчезновение патологических зубцовQ
3. Более медленное возвращение сегмента STкизолинии
4. Динамика сегмента STносит обычныйхарактер
5. Появление полной блокады левой ножки п. Гиса

245.При инфаркте миокарда наиболее эффективным способом введения тромболитических препаратовявляется:

* 1. Внутрикоронарноевведение
  2. Внутривенноевведение
  3. Внутримышечноевведение
  4. Подкожное введение
  5. Эффективность тромболитическойтерапии не зависит от способа введения

246.Инфаркт миокарда правого желудочка чащевстречается

1. Изолированно
2. При одновременном поражении передней стенки левогожелудочка
3. При одновременном поражении нижней стенки левогожелудочка
4. При одновременном поражениипредсердий
5. При одновременном поражении боковой стенки

247.Улучшить прогноз у больных, перенесших инфаркт миокарда,позволяют:

* 1. этацизин
  2. верапамил
  3. Новокаинамид
  4. Лидокаин
  5. карведилол

248.Укажите, в каких случаях может быть установлен диагноз артериальной гипертензии I степени.

1. АД = 130/80 мм ртст
2. АД = 140/80 мм ртст
3. АД = 140/100 мм ртст
4. АД = 160/88 мм ртст
5. АД = 170/110 мм ртст

249.Какой препарат можно применять для лечения артериальной гипертензии у беременных?

1. ангисартан
2. кандесартан
3. лизиноприл
4. эналаприл
5. допегит

250.Причиной паренхиматозных почечных артериальных гипертензий могут являться:

1. хронический гломерулонефрит
2. аневризма почечных артерий
3. фибромускулярная дисплазия
4. добавочный сосуд почки
5. атеросклероз артерий почек

251 Артериальная гипертензия III степени может быть установлена в следующих случаях:

1. АД = 180/ 100 мм.рт.ст.
2. АД = 170/100 мм.рт.ст.
3. АД = 160/100 мм.рт.ст.
4. АД=140/90 мм.рт.ст.
5. АД=130/80мм.рт.ст

252.ЭКГ — признаком фибрилляции желудочков является:

1. Появление волн f
2. Удлинение интервала PQ
3. Увеличение амплитуды зубца R
4. Неравномерные интервалы RR
5. Замена нормальных сердечных комплексов волнообразными колебаниями различной формы и амплитуды

253.При недостаточности кровообращения у больных с дилатационной кардиомиопатией из перечисленных ниже препаратов наиболее эффективны:

1. Оксигенотерапия
2. антагонисты кальция группы дилтиазема
3. нитраты
4. ингибиторы АПФ
5. препараты калия

254.Показанием к применению сердечных гликозидов для лечения сердечной недостаточности является

1. тахисистолическая форма фибрилляции предсердий
2. АВ-блокада II степени
3. гипертрофическая обструктивнаякардиомиопатия
4. рестриктивнаякардиомиопатия
5. нормальная фракция выброса ЛЖ

255.«Золотой стандарт» диагностики стеноза почечных артерий

1. катетеризация почечных вен
2. брюшная ангиография
3. мультиспиральная КТ
4. магнитно-резонансная ангиография
5. допплеровское сканирование с ЦДК

256. Щелочная реакция мочи характерна для вторичной АГ при:

1. Гломерулонефрите
2. Феохромоцитоме
3. Гиперальдостеронизме
4. Акромегалии
5. коарктации аорты

257.Проба с верошпироном используется для диагностики

1. Феохромоцитомы
2. болезни Иценко-Кушинга
3. акромегалии
4. синдрома Конна
5. коарктации аорты

258.  Чаще всего первичная легочная гипертензия выявляется в возрасте

1. в младенчестве
2. в раннем детском возрасте
3. в подростковом возрасте
4. в возрасте 20-40 лет
5. в пожилом возрасте

259.  Застой крови в большом круге кровообращения называется:

1. правожелудочковой недостаточностью
2. левожелудочковой недостаточностью
3. печеночной недостаточностью
4. дыхательной недостаточностью
5. альвеолярной недостаточностью

260.При отеке легких необходимо введение в/в:

1. цефазолина
2. димедрола
3. лазикса
4. прозерина
5. платифиллина

261. Для больного с отеком легких характерно вынужденное:

1. сидячее положение
2. лежачее положение на животе
3. лежачее положение на спине
4. лежачее положение на правом боку
5. лежачее положение на левом боку

262.При полной атриовентрикулярной блокаде для купирования брадикардии на догоспитальном этапе применяются:

1. атропин
2. кордиамин
3. эуфиллин
4. нитроглицерин
5. фуросемид

263.Артериальная гипертензия диагностируется при измерении врачом артериального давление вышеили равно:

1. 120/80 мм.рт.ст.
2. 130/80 мм рт. ст.
3. 135/80 мм рт. ст.
4. 140/90 мм рт. ст.
5. 150/90 мм рт. ст.

264. К ИАПФ относится:

1. Моксонидин
2. Метопролол
3. Эналаприл
4. Арифон
5. Амлодипин

265.К пациентам с низким риском сердечно-сосудистых осложнений относятся пациенты:

1. С 3-й степенью АГ
2. С 1-й степенью АГ без факторов риска
3. С 1-й степенью АГ с метаболическим синдромом
4. С 1-й степенью АГ с сахарным диабетом
5. Со 2-й степенью АГ

266.К диуретикам, рекомендованным для лечения АГ, относятся:

1. Диакарб
2. Фуросемид
3. Торасемид
4. Индапамид
5. Верошпирон

267.Для ИАПФ наиболее характерен такой побочный эффект, как:

1. Кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты
2. Сухой кашель
3. Диарея
4. брадикардия
5. ИАПФ побочных эффектов не вызывают

268.Наиболее метаболически нейтральным диуретиком является:

1. Фуросемид
2. Гипотиазид в дозе свыше 50 мг/сут
3. Индапамид
4. Верошпирон
5. Диуретики не вызывают метаболических сдвигов

269.При сочетании хронической обструктивной болезни легких и АГ рекомендовано применение:

1. Антагонистов кальция
2. Неселективных β-блокаторов
3. ИАПФ
4. Препаратов центрального действия
5. Мочегонных

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

1. Желудочковой пароксизмальной тахикардии
2. Разрыва миокарда
3. Тромбоэмболии
4. Пневмонии
5. Наджелудочковой пароксизмальной тахикардии

271.Возникновение гипертонии после 60 лет, выслушивание шума в околопупочной области, сопутствующие заболевания периферических артерий, указывают на возможность:

1. Первичного гиперальдостеронизма
2. Феохромоцитомы
3. Реноваскулярной гипертонии
4. Коарктации аорты
5. Синдрома Иценко-Кушинга

272.Оптимальные дозы гипотиазида при лечении артериальной гипертензии составляют:

1. 12,5-25 мг/сут
2. 50-100 мг/сут
3. 100-150 мг/сут
4. 150-200 мг/сут
5. 200-250 мг/сут

273.Избыточное потребление поваренной соли имеет существенное значение в патогенезе:

1. Гипертонической болезни
2. Синдрома Конна
3. Реноваскулярной гипертонии
4. Феохромацитомы
5. Коарктации аорты

274.Согласно классификации ВОЗ оптимальным является уровень артериального давления:

1. 110/80 мм.рт.ст.
2. 120/80 мм.рт.ст
3. 130/80 мм.рт.ст
4. 140/80 мм.рт.ст
5. 140/90 мм.рт.ст

275.Для гипертонической болезни II степени наиболее характерен следующий диапазон значений АД:

1. 110/80-120/80 мм.рт.ст.
2. 130/85-139/89мм.рт.ст
3. 140/90 - 159/99 мм.рт.ст.
4. 160/100 - 179/109 мм.рт.ст.
5. 180/100 - 190/110 мм.рт.ст.

276.Гиперпродукцияглюкокортикоидов выражена при:

1. СиндромеКонна
2. СиндромеКушинга
3. Феохромоцитоме
4. Коарктации аорты
5. вазоренальной АГ

277. У больных артериальной гипертонией наиболее опасным изменением глазного дна является:

1. Генерализованное сужение артерий.
2. Генерализованное расширение вен
3. Отек соска зрительного нерва.
4. Возникновение экссудатов.
5. Возникновение геморрагий.

278.При купировании гипертонического криза у больных с феохромоцитомой наиболее эффективны:

1. Препараты, блокирующие альфа-адренорецепторы.
2. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.
3. Препараты, блокирующие бета-адренорецепторы.
4. Диуретики.
5. Антагонисты кальция

279.Злокачественная артериальная гипертония наиболее часто возникает у больных:

1. Гипертонической болезнью
2. Реноваскулярной гипертонией
3. Паренхиматозными заболеваниями почек
4. с коарктацией аорты
5. с синдромом Конна

280.Самым частым признаком инфекционного эндокардита является:

1. Повышение температуры.
2. Появление петехий.
3. Появление узелков Ослера.
4. Боли в области сердца.
5. Появление отеков

281. Причиной развития сердечной недостаточности у больных инфекцонным эндокардитом чаще всего является:

1. Аортальная недостаточность.
2. Сопутствующий миокардит.
3. Сопутствующий перикардит.
4. Абсцесс миокарда.
5. Нарушения ритма и проводимости

282. Причиной острого инфекционного эндокардита чаще всего являются:

1. Стрептококки.
2. Стафилококки.
3. Энтерококки.
4. Грибы.
5. Синегнойная палочка.

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

1. Стенокардии.
2. Инфаркта миокарда.
3. Расслоения аорты.
4. Острого перикардита.
5. Тромбоэмболии легочной артерии

284.Наиболее часто встречающимся сочетанием симптомов при тромбоэмболии легочной артерии является:

1. Одышка, цианоз, тахикардия
2. Бронхоспазм, кровохаркание, тахикардия
3. Цианоз, бронхоспазм, тахикардия
4. Кровохаркание, коллапс, одышка
5. Цианоз, удушье, клокочущее дыхание

285. Подъем сегмента ST в большинстве отведений (кроме аVR, аVL, V1. в сочетании с депрессией сегмента РR является признаком:

1. Острого легочного сердца.
2. Острого перикардита.
3. Выпота в полость перикарда.
4. Микседемы.
5. Острого инфаркта миокарда

286. Внезапной коронарной смертью называют смерть:

1. При остром инфаркте миокарда.
2. Смерть в течение 1-го часа после возникновения неблагоприятных симптомов.
3. Смерть при документированной фибрилляции желудочков.
4. Смерть при стенокардии напряжения
5. Смерть при асистолии

287. Наиболее эффективны при лечении синдрома Дресслера:

1. Антибиотики.
2. Нестероидные противовоспалительные препараты.
3. Анальгетики.
4. Антигистаминные.
5. Глюкокортикоиды.

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

1. 20-30 в мин
2. 30-40 в мин
3. 40-50 в мин.
4. 60-70 в мин.
5. 100-110 в мин.

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

1. В первые минуты заболевания.
2. Через 3 - 4 часа от начала заболевания.
3. К концу первых суток заболевания.
4. На вторые сутки заболевания.
5. На 7-10 сутки заболевания

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

1. В положении лежа на спине.
2. При наклоне вперед.
3. При движениях туловищем.
4. Во время вдоха.
5. Во время выдоха

291. Признаком тампонады сердца при физикальном обследовании является:

1. Систолический шум.
2. Альтернирующий пульс.
3. Парадоксальный пульс.
4. Шум трения перикарда
5. Жгучие боли в области сердца

292.. Абсолютный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:

1. Продолжительности комплекса QRS.
2. Продолжительности сегмента ST.
3. Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.
4. Окончанию зубца T
5. Продолжительности интервала РQ

293..Наибольшей автоматической активностью в норме обладают:

1. Синусовый узел.
2. Проводящая система предсердий
3. Атрио-вентрикулярное соединение.
4. Пучок Гиса.
5. Волокна Пуркинье.

294.Для замещающего ритма из АВ-соединения характерна частота:

1. Менее 20 в мин.
2. 20-30 в мин.
3. 40-50 в мин.
4. 60-80 в мин.
5. 90-100 в мин.

295.Для замещающего ритма из волокон Пуркинье характерна частота:

1. Менее 20 в мин.
2. 20-30 в мин.
3. 40-50 в мин.
4. 60-80 в мин.
5. Более 80 в мин

296.Для идиовентрикулярного ритма характерно:

1. Наличие ретроградного зубца Р перед комплексом QRS.
2. Наличие зубца Р после комплекса QRS.
3. Уширение комплекса QRS.
4. Частота сердечных сокращений > 60 в минуту.
5. Ширина комплекса QRS не изменяется

297.Регистрация в отведениях I и V6 уширенных зубцов R (без зубцов Q и S. является признаком блокады:

1. Правой ножки п.Гиса.
2. Левой ножки п.Гиса.
3. Левой передней ветви.
4. Левой задней ветви.
5. Неспецифической внутрижелудочковой блокады.

298. Желудочковые комплексы типа RSR` в отведении V1 являются признаком:

1. Блокады правой ножки п.Гиса.
2. Блокады левой ножки п.Гиса.
3. Блокады левой передней ветви.
4. Блокады левой задней ветви.
5. Неспецифической внутрижелудочковой блокады.

299.Наиболее длительным полупериодом выведения из перечисленных препаратов обладает:

1. Лидокаин.
2. Мекситил.
3. Верапамил.
4. Кордарон.
5. Этацизин.

300. Пациентам с гиперхолестеринемией целесообразно рекомендовать:

1. снижение потребления поваренной соли
2. ограничение потребления растительного масла
3. включение в пищевой рацион продуктов богатых клетчаткой, отрубей
4. ограничение потребления морской рыбы
5. потребление нежирных сортов мяса, предпочтительнее мяса птиц

301. Что из перечисленного является показанием к проведению кардиостимуляции

1. мерцание предсердий
2. полная атриовентрикулярная блокада
3. 3.атриовентрикулярная блокада 1 степени
4. желудочковая экстрасистолия
5. синусовая брадикардия менее 50 в минуту

302. Экстренная реверсия синусового ритма у больного с пароксизмом фибрилляции предсердий показана в случае:

1. впервые возникшего пароксизма
2. длительности пароксизма более 6 часов
3. выраженных нарастающих гемодинамических нарушений
4. возраста больного старше 60 лет
5. уширения комплекса QRS на 25% от исходной длительности

303. Стеноз устья аорты приводит

1. к повышению систолического давления в аорте
2. к повышению систолического давления в левом желудочке
3. к увеличению минутного объема сердца
4. к снижению давления в левом предсердии
5. к легочной гипертензии

304. Каковы наиболее классические Эхо-КГ признаки гипертрофическойобструктивной кардиомиопатии:

1. гипертрофия левого желудочка
2. ассиметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки
3. увеличение полости левого желудочка
4. уменьшение полости левого желудочка
5. митральная регургитация

### 305. Для дилатационной кардиомиопатии клинически наиболее характернымявляются:

1. симптомы тяжелой систолической недостаточности;
2. приступы загрудинных болей с подъемами АД до 200/100 мм рт.ст.;
3. частые головокружения с потерей сознания;
4. неравномерный толчкообразный пульс, усиленный верхушечный толчок.
5. Положительный венный пульс

### 306. Для гипертрофической кардиомиопатии характерноосложнение:

1. тромбэмболия легочной артерии;
2. нарушение ритма желудочков;
3. острая левожелудочковая недостаточность;
4. острое нарушение мозгового кровообращения
5. острая левожелудочковая недостаточность.

### 307. Возникновение обмороков при гипертрофической кардиомиопатии связывают с:

1. синдромом малого выброса, эпизодами аритмии;
2. стойкимбронхоспазмом в результате дисбаланса катехоламинов;
3. увеличением сердечного выброса;
4. развитием ваго-вагального рефлекса
5. острым преходящим нарушением мозгового кровообращения.

### 308. Эндокардит Леффлера проявляется следующими изменениями вкрови:

1. нормохромной анемией;
2. гиперэозинофилией;
3. нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом влево;
4. повышенной СОЭ;
5. увеличением в несколько раз кардиальных ферментов.

### 309. Синдром стенокардии напряжения наиболее характеренпри:

1. гипертрофической кардиомиопатии;
2. дилатационной кардиомиопатией;
3. рестриктивнойкардиомиопатии;
4. алкогольной кардиомиопатии.
5. аритмогенной дисплазии правого желудочка

### 310. Фиброз эндокарда характерендля:

1. гипертрофической кардиомиопатии;
2. рестриктивной кардиомиопатии;
3. дилатационной кардиомиопатии;
4. аритмогенной дисплазии правого желудочка;
5. алкогольной кардиомиопатии.

311. В стационар на обследование поступил мужчина 35 лет с клиникой тотальной сердечной недостаточности, кардиомегалией, нарушением сердечного ритма. Из анамнеза выяснено, что родной брат отца больного умер в молодом возрасте от какого-то сердечного заболевания, а год назад умер старший брат больного в возрасте 37 лет.О каком заболевании можно думать?

1. дилатационнаякардиомиопатия
2. Алкогольная кардиомиопатия
3. Хроническая ревматическая болезнь сердца
4. Вирусный миокардит
5. Врожденный порок сердца

312. Мужчина 39 лет в январе месяце перенес острую респираторную вирусную инфекцию с лихорадкой продолжавшейся в течение 5-7 дней. Через 3-4 месяца появилась одышка в начале при физической нагрузке, затем в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца. Спустя 2 месяца появились отеки на ногах. На ЭхоКГдилятация полостей обоих желудочков и предсердий, значительное снижение сократительной способности миокарда.О каком заболевании можно думать?

1. Гипертрофическая кардиомиопатия
2. Острый вирусный миокардит
3. Острая ревматическая лихорадка
4. Дилатационнякардиомиопатия
5. Рестриктивнаякардиомиопатия

313. Для какого заболевания характерна данная эхокардиографическая картина?

Увеличение всех полостей сердца, преимущественно желудочков, больше левого. Неизмененная или незначительно увеличенная толщина стенок желудочков, диффузный характер гипокинезии миокарда, глобальное снижение систолической функции миокарда левого желудочка, нарушение сократительной способности правого желудочка, митральная и трикуспидальнаярегургитация, обнаруженная с помощью доплер-эхокардиографии, внутрипредсердные тромбоэмболии.

1. Рестриктивнаякардиомиопатия
2. Идиопатическая дилатационнаякардиомиопатия
3. Гипертрофическая кардиомиопатия
4. Хроническая ревматическая болезнь сердца, стеноз левого атрио – вентрикулярного отверстия
5. Артериальная гипертензия

314. Мужчина 40 лет поступил в стационар с клиникой тромбоэмболии легочной артерии. При обследовании выявлены: увеличение размеров сердца, тоны глухие, ритм неправильный, число желудочковых сокращений примерно 100-120 в минуту, дефицит пульса 25 в минуту, систолический шум на верхушке, артериальное давление - 90/60 мм рт ст., гепатомегалия, отеки на стопах и голенях. Эхокардиография: выраженная дилятация полостей сердца преимущественно желудочков, клапаны интактны, диффузная гипокинезия желудочков, тром в полости правого желудочка. О каком заболевании можно думать?

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца, митральный порок
2. КБС, прогрессирующая стенокардия
3. Идиопатическая дилатационнаякардиомиопатия
4. Рестриктивнаякардиомиопатия
5. Гипертрофичекаякардиомиопатия

315. Мужчина 35 лет жалуется на одышку при физической нагрузке, головокружение, обмороки, боли за грудиной, возникающие во время физической нагрузки и исчезающие в состоянии покоя, сердцебиение, перебои в области сердца. Объективные данные: тоны сердца не изменены, частые экстрасистолы, систолический шум вдоль левого края грудины и у верхушки. Данные ЭКГ: гипертрофия миокарда левого желудочка, глубокие отрицательные зубцы Т в отведениях V3-V6, желудочковые экстрасистолы.Выберите метод обследования для уточнения диагноза

1. УЗДГ
2. ЭхоКГ
3. ЭКГ
4. ФКГ
5. Коронарография

316. Наиболее точным методом диагностики острого расслоения аорты является:

1. проба с нагрузкой на велоэргометре;
2. контрастная аортография;
3. рентгенография органов грудной клетки;
4. чреспищеводная эхокардиография;
5. традиционная ЭКГ в 12 отведениях.

317. Опишите характер болевого синдрома при остром расслоении аорты:

1. монотонные или ноющие,
2. тупые или локальные;
3. колющие или стреляющие;
4. усиливающиеся при движениях и поворотах туловища;
5. раздирающие или режущие.

318. Больной 64 лет, находящийся в травматологическом отделении с переломом шейки бедра, почувствовал внезапную острую боль в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку. Ухудшение состояния в течение 2 ч. Объективно: состояние пациента средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, акроцианоз. АД 110/60 мм рт. ст., пульс 100 в мин. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет, акцент II тона над лёгочной артерией. В лёгких справа, на уровне V ребра и ниже (по средней подмышечной линии. – локальное укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, шум трения плевры. ЧДД 20 в 1 мин. Во время осмотра терапевтом у больного развился приступ кашля и кровохарканья, шейные вены набухли, стал нарастать интенсивный центральный цианоз. Ваш диагноз?

1. Тромбоэмболия легочной артерии
2. Острый инфаркт миокарда
3. Крупозная пневмония
4. Абсцесс легких
5. Обострение хронического бронхита

319. У пациентки, 68 лет, находящейся на стационарном лечении по поводу ИБС, прогрессирующей стенокардии, внезапно появились тяжесть в груди, интенсивная головная боль (преимущественно в затылочной области., однократная рвота без предшествующей тошноты и последующего облегчения, удушье, кашель. При кашле выделяется пенистая розовая мокрота. В анамнезе артериальная гипертония (оптимальное АД 145/95 мм.рт.ст... Объективно: состояние тяжёлое. Пациентка заторможена, положение ортопноэ. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, выраженный цианоз. Дыхание учащенное, клокочущее, с участием вспомогательной мускулатуры. ЧДД 28 в 1 мин. АД 195/110 мм рт. ст., пульс – 96 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Аускультативно над всей поверхностью лёгких 204 выслушиваются обильные разнокалиберные влажные хрипы (преимущественно средне- и крупнопузырчатые.. Ваш диагноз?

1. Гипертонический криз 1 типа. Отек легких
2. Синдром Дресслера
3. Приступ бронхиальной астмы
4. Неосложненный гипертонический криз
5. Острая гипертоническая энцефалопатия

320. Больной В., 60 лет, жалуется на приступы стенокардии 1-2 раза в месяц, которые быстро купируются нитроглицерином. Болен 3 года. В течение последней недели загрудинная боль стала появляться при малейшем физическом напряжении, в связи с чем больной вынужден принимать по 15-20 таблеток нитроглицерина в день и соблюдать полупостельный режим. При осмотре: состояние удовлетворительное. Границы сердца не расширены. АД 160/90 мм рт. ст. Ваш предварительный диагноз?

1. КБС. Острый инфаркт миокарда
2. КБС. Нестабильная стенокардия прогрессирующее течение
3. КБС. Стенокардия напряжения ФК III
4. Нестабильная стенокардия впервые возникшая
5. КБС. Вазоспастическая стенокардия

321. Больной В., 35 лет, доставлен в приёмное отделение в тяжёлом состоянии с жалобами на резкую раздирающую боль за грудиной, слабость. Сопровождающие больного лица сообщили, что в автобусе (больной ехал на работу.ему стало плохо, он побледнел, покрылся холодным потом. Жаловался на резкую боль в области сердца. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные, на лице – капельки пота. Пульс 110 в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. АД 80/40 мм рт. ст. Врач ещё не закончил осмотр, как больной потерял сознание. Пульс и АД не определяются. Зрачки расширены, на свет не реагируют, единичные дыхательные движения, быстро нарастающий цианоз. На зарегистрированной ЭКГ ритм неправильный, ЧСС- 300-450 уд/мин, комплексы QRS не визуализируются, единичные мышечные сокращения. Ваш диагноз?

1. Пароксизмальная желудочковая тахикардия
2. Пароксизмальная мерцательная аритмия
3. Пароксизм трепетания желудочков
4. Фибрилляция желудочков
5. Асистолия

322.Для урежения частоты желудочковых сокращений при постоянной форме мерцания предсердий наиболее часто используют:

#### Ингибиторы АПФ

#### Новокаинамид

1. Сердечные гликозиды
2. Антагонисты кальция группы дигидропиридинов
3. а-блокаторы

323.Проявления ХСН, соответствующие III ФК по классификации NYHA:

#### Появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке

#### Развитие обмороков при обычной физической нагрузке

#### Появление усталости, сердцебиения и/или одышки при обычной физической нагрузке

#### Появление болей в ногах при небольшой физической нагрузке

#### Появление отеков при небольшой физической нагрузке

#### 324. Классической триадой симптомов ХСН являются:

#### Боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка

#### Чувство тяжести за грудиной, одышка и сердцебиение

#### Одышка, сердцебиение и отеки ног

#### Гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия

#### Приступы одышки в ночное время, кашель и сердцебиение

#### 325. К органам-мишеням при гипертонической болезни относятся:

1. Почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце
2. Сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг
3. Артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза
4. Сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза
5. Сердце, печень, артерии, головной мозг, почки

#### 326. Укажите препарат, относящийся к β-адреноблокаторам:

1. Амлодипин
2. Лозартан
3. Празозин
4. Индап
5. Бисопролол

#### 327. Назовите основные факторы риска артериальной гипертензии:

1. Гиперлипидемия
2. Стрессовые ситуации бытового и производственного характера
3. Жесткая вода
4. Молодой возраст
5. Умственное перенапряжение

328. При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начинать с:

1. зондирования желудка;
2. рентгеноскопии ЖКТ;
3. ЭКГ;
4. гастродуоденоскопии;
5. исследования мочи на уропепсин.

329. 57-летний больной жалуется, что в течение года 1–2 раза в месяц под утро возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под левую лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина. При холтеровскоммониторировании: в момент приступа подъем ST в отведениях V2-V5 8 мм. На следующий день — ST на изолинии. Какая патология у больного:

1. стабильная стенокардия IV функционального класса;
2. инфаркт миокарда;
3. впервые возникшая стенокардия;
4. вариантная стенокардия;
5. прогрессирующая стенокардия.

330. Больной 46 лет, ночью стали возникать приступы загрудинных болей, во время которых на ЭКГ регистрировался преходящий подъем сегмента ST. Вероятный диагноз:

1. стенокардия Принцметала;
2. повторный инфаркт миокарда;
3. развитие постинфарктной аневризмы;
4. приступы не имеют отношения к основному заболеванию;
5. тромбоэмболия ветвей легочной артерии.

331. У больного с острым инфарктом миокарда (1-е сут. развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. На ЭКГ: зубец Р не определяется, QRS уширен (>0,12 с. и деформирован, число желудочковых сокращений — 150 в мин. Ваш диагноз:

1. пароксизм мерцания предсердий;
2. желудочковая пароксизмальная тахикардия;
3. трепетание предсердий;
4. синусовая тахикардия;
5. наджелудочковая пароксизмальная тахикардия.

332. Больной 48 лет, доставлен в клинику по поводу острого трансмурального переднеперегородочного инфаркта миокарда. Появились одышка, тахипноэ, снижение АД до 100/70 мм рт. ст., тахикардия до 120 в минуту. В нижних отделах легких появились влажные хрипы. В 3-4-м межреберье по левому краю грудины стал выслушиваться интенсивный систолический шум с ритмом галопа. Насыщение крови кислородом в правом желудочке увеличено. Наиболее вероятный диагноз:

1. разрыв наружной стенки желудочка;
2. эмболия легочной артерии;
3. разрыв межжелудочковой перегородки;
4. тромбоэндокардит;
5. эпистенокардический перикардит.

333. Какая причина артериальной гипертензии у больной со следующими клиническими признаками: внезапное появление головной боли на фоне резкого повышения АД, сопровождающееся тошнотой, тахикардией, бледностью кожных покровов, после приступа — полиурией:

1. синдром Конна;
2. синдром Иценко-Кушинга;
3. климактерический синдром;
4. феохромоцитома;
5. тиреотоксикоз.

334. У 42-летнего больного, страдающего митральным пороком сердца, после перенесенной ангины появились частые предсердные экстрасистолы, ощущаемые больным как неприятные «толчки» в груди. Чем грозит данное нарушение ритма:

1. развитием недостаточности кровообращения;
2. появлением мерцательной аритмии;
3. возникновением пароксизмальной тахикардии;
4. появлением коронарной недостаточности;
5. развитием фибрилляции желудочков.

335. Выявление на ЭКГ удлинения PQ, равного 0,28 с, свидетельствует о наличии у больного:

1. блокады синоатриального проведения;
2. блокады атриовентрикулярного проведения 1-й степени;
3. блокады атриовентрикулярного проведения 2-й степени;
4. блокады атриовентрикулярного проведения 3-й степени;
5. синдрома преждевременного возбуждения желудочков.

336. Больная 52 лет жалуется на кратковременные боли в области сердца. Больна 2 недели после ОРЗ. На ЭКГ — снижение сегмента ST на 1,5 мм и отрицательный зубец T. СОЭ — 45 мм/ч. Предположительный диагноз:

1. климактерическаякардиомиопатия;
2. ИБС;
3. Межпозвонковый остеохондроз
4. миокардит;
5. перикардит.

337. У 22-летнего мужчины с детства замечали систолический шум на основании сердца. АД — 150/100 мм рт. ст. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение левого желудочка, неровные, зазубренные нижние края 5–7 ребер с обеих сторон. Снижение пульсации на ногах. Диагноз:

1. стеноз устья аорты;
2. дефект межпредсердной перегородки;
3. коарктация аорты;
4. дефект межжелудочковой перегородки;
5. открытый артериальный проток.

338. 18-летний больной направлен для обследования военкоматом. Развивался нормально. Над основанием сердца определяется грубый систолический шум с эпицентром во 2-м межреберье у правого края грудины, проводится на сонные артерии. Второй тон над аортой ослаблен. Пульс — 94 в минуту, ритмичный. АД плечевой артерии — 180/100 мм рт. ст., на бедренной артерии АД — 110/90 мм рт. ст. Ваш диагноз:

1. стеноз устья аорты;
2. сочетанный порок сердца;
3. коарктация аорты;
4. дефект межжелудочковой перегородки;
5. открытый артериальный проток.

339. Пациент 19 лет направлен на обследование с предположительным диагнозом «митральный порок сердца». При осмотре был выявлен систолический шум на верхушке сердца. Какой метод обследования наиболее информативен для подтверждения или исключения диагноза порока сердца:

1. ЭКГ;
2. эхокардиография;
3. рентгеноскопия грудной клетки;
4. исследование крови на титры антистрептококковых антител;
5. вентрикулография

340. Какой из перечисленных морепродуктов содержит большое количество холестерина:

1. креветки;
2. скумбрия;
3. форель;
4. тунец
5. горбуша

341.Острая ревматическая лихорадка наиболее часто встречается в возрастной группе:

1. 3 - 5 лет;
2. 16-19 лет;
3. 20 - 25 лет
4. 7 -15 лет
5. 26-40 лет

342. Характерные для острой ревматической лихорадки кожные проявления:

1. кольцевидная эритема;
2. буллезные высыпания;
3. розеолы;
4. петехиальные высыпания
5. крапивница.

343. Для полиартрита при ревматической лихорадке характерны:

1. анкилоз
2. нарушение функции суставов 2 степени после лечения
3. нарушение функции суставов 3 степени после лечения
4. полная обратимость артрита после лечения
5. Симметричный артрит мелких суставов кистей

344.Наиболее специфичное поражение сердца при острой ревматической лихорадке

1. сухой перикардит
2. экссудативный перикардит
3. вальвулит
4. бородавчатый эндокардит
5. констриктивный перикардит

345.Назовите наиболее точный метод дифференциации неревматического и ревматического миокардитов:

1. Двухмерная ЭхоКГ.
2. Коронарография с вентрикулографией.
3. Биопсия миокарда.
4. ЭКГ.
5. Фонокардиография.

346. Аускультативная картина при пролапсе митрального клапана?

* 1. поздний систолический щелчок + поздний систолический шум
  2. ритм «перепела»
  3. шум Флинта
  4. грубый систолический шум во IIмежреберье справа с иррадиацией на сосуды шеи
  5. двойной шум Дюрозье

347. Этиологический фактор ревматической лихорадки:

1. пневмококк
2. бета -гемолитический стрептококк группы А;
3. менингококк;
4. клебсиеллы
5. стафилококк.

348. Для острой ревматической лихорадки характерны:

1. постоянные боли в суставах, особенно по ночам
2. летучие боли в крупных суставах
3. боли в суставах при ходьбе
4. боли в суставах после приема мясной пищи, алкоголя
5. «стартовые» боли в суставах

349. Диагностически важным признаком ревматоидного артрита является

1. артрит дистальных межфаланговых суставов стоп
2. одновременное поражение суставов одного пальца
3. отек пальцев в виде «сардельки»
4. артрит проксимальных межфаланговых суставов кистей рук
5. изменение ногтей

350. Для ревматоидного артрита характерно

1. 90% больных составляют мужчины
2. Наличие HLA-B27
3. вовлечение в процесс суставов мизинца
4. наличие синдесмофитов на рентгене
5. узурация эпифизов

351. В качестве средства этиотропной терапии при ревматической лихорадке применяется:

1. канамицин
2. левомицетин
3. пенициллин
4. гентамицин
5. ванкомицин

352. В качестве базисного препарата при ревматоидном артрите применяют:

1. ибупрофен
2. инфликсимаб
3. мелоксикам
4. вольтарен
5. парацетамол

353. Признаком, характерным для ревматоидного артрита, является

1. ахилит
2. пяточный бурсит
3. узелки Гебердена
4. двусторонний сакроилеит
5. симметричный артрит кистей

354. Для ревматоидного артрита характерно

1. начало заболевания после длительной физической нагрузки
2. поражение проксимальных межфаланговых суставов кистей
3. локализация патологического процесса в крупных суставах
4. первичное поражение тазобедренного сустава
5. полное излечение после терапии гормонами

355.Препарат для купирования острого приступа подагры:

1. колхицин
2. никотиновая кислота
3. аллопуринол
4. фибуксостат
5. вит.С

356. Один из характерных симптомов подагры:

* + 1. тофусы
    2. узелки Гебердена
    3. узелки Бушара
    4. пяточные "шпоры"
    5. узелки Ашофф-Таллалаева

357. Рентгенологически для подагры специфичны:

* + 1. округлые "штампованные" дефекты эпифизов
    2. сужение суставной щели
    3. узуры эпифизов
    4. остеофиты
    5. подвывихи суставов кисти

358.В питании больных подагрой необходимо ограничить:

* + 1. молочные продукты
    2. легкоусвояемые углеводы
    3. злаковые
    4. фрукты
    5. мясные продукты.

359. Для ревматоидного артрита характерны следующие рентгенологические изменения:

1. Подхрящевой остеосклероз.

2.Околосуставной остеопороз, узурация суставных поверхностей костей.

3. "Штампованные" дефекты эпифизов костей.

4. двухсторонний сакроилеит

5.синдесомфиты между прилежащими позвонками

360. Выберите наиболее достоверную для диагноза РА комбинацию признаков:

1. "Летучие" артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно мелких суставов.
2. Стойкие артралгии, "блок" сустава, остеофитоз.
3. Острыймоноартрит сустава большого пальца стопы.
4. Симметричное поражение мелких суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов.
5. Симметричное поражение крупных суставов в сочетании с лихорадкой, быстрый эффект НПВП с полным восстановлени­ем функции сустава и отсутствием деформаций.

361. Наиболее типичны для РА следующие проявления суставного синдрома:

1. Острейшиймоноартрит 1-го плюснефалангового сустава.
2. Симметричный артрит и общая утренняя скованность более 30 минут
3. Стойкие артралгии в области тазобедренного сустава, "блок" коленного сустава.
4. «старотовые» боли в коленных суставах
5. Полное обратное развитие суставного синдрома после терапии

362.Выберите наиболее достоверную для диагноза РА комбинацию признаков:

1. "Летучие" артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно мелких суставов.
2. Стойкие артралгии, "блок" сустава, остеофитоз.
3. Острыймоноартрит сустава большого пальца стопы.
4. Симметричное поражение мелких суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов.
5. Симметричное поражение крупных суставов в сочетании с лихорадкой, быстрый эффект НПВП с полным восстановлени­ем функции сустава и отсутствием деформаций.

363. Совокупность симптомов, характерных для болезни Рейтера:

* + 1. артрит, уретрит, конъюнктивит
    2. артрит, плеврит, нефрит
    3. артрит, поражение кожи, серозиты
    4. артрит, поражение кожи, синдром Рейно
    5. артрит, вальвулит, хорея

364. Двухсторонний сакроилеит встречается

* + 1. при болезни Бехтерева
    2. при болезни Рейтера
    3. при ревматоидном артрите у взрослых
    4. при реактивных артритах
    5. при псориатическом артрите

365. Для подагры характерно:

* + 1. асимметричное поражение суставов стоп в дебюте
    2. поражение суставов рук в дебюте
    3. поражение тазобедренных
    4. поражение плечевых суставов
    5. поражение позвоночника

366. Что представляет собой тофус?

* + 1. остеофиты
    2. отложение уратов в тканях
    3. лимфоузлы
    4. уплотнение подкожной клетчатки
    5. убхондральные кисты мелких суставов

367. Какой препарат противопоказан для купирования острого приступа подагры:

1. метилпреднизолон
2. нимесулид
3. аллопуринол
4. колхицин
5. вольтарен

368. У 45-летнего мужчины внезапно среди ночи развился артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Каков наиболее вероятный диагноз?

1. синдром Рейтера
2. инфекционный артрит
3. дебют ревматоидного артрита
4. подагра
5. псориатическаяартропатия

369. Наиболее частой причиной болезни Рейтера является:

1. бета-гемолитический стрептококк
2. золотистый стафилококк
3. хламидии
4. микобактерии туберкулеза
5. пневмококк
   1. Наиболее специфичное для болезни Рейтера поражение кожи:
6. кольцевидная эритема в области суставов
7. петехиальная сыпь верхней трети грудной клетки
8. гелиотропный параорбитальный отек
9. эритема в виде бабочки на скулах
10. кератодермия подошв
    1. При каком заболевании отмечается поза "просителя" при внешнем осмотре больного?
11. ревматоидный артрит системная
12. склеродермия
13. дерматомиозит
14. болезнь Бехтерева
15. системная красная волчанка

372. Для болезни Бехтерева наиболее характерно

1. острое начало заболевания
2. симметричный артрит периферических суставов
3. более частое вовлечение суставов кистей, стоп
4. наличие энтезопатий
5. асимметричный сакроилеит

373. Наиболее существенным лабораторным показателем серонегатнвных спондилоартритов является:

1. увеличение СОЭ
2. гипергаммаглобулинемия
3. наличие HLAB27
4. анемия
5. лейкоцитоз

373.Средствами первого выбора терапии при СКВ являются:

1. Нестероидные противовоспалительные препараты
2. Аминохинолиновые.
3. Кортикостероиды.
4. Цитостатики.
5. Препараты золота.

374.ССД чаще развивается у:

1. Пожилых женщин.
2. Стариков.
3. Женщин среднего возраста.
4. Мужчин среднего возраста.
5. У подростков

375. ИстинныеLE-клетки представляют собой

1. сегменто-ядерные нейтрофилы содержащие обломки ядер других клеток
2. моноциты, содержащие ядра других клеток
3. гематоксилиновые тельца
4. измененные лимфоциты
5. моноциты, образующие "розетки" с эритроцитами

376. При каком заболевании редко наблюдается поражение почек

* 1. дерматомиозит
  2. системная склеродермия
  3. очаговая склеродермия
  4. узелковый периартрит
  5. системная красная волчанка

375. При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды:

* 1. артериолы и капилляры
  2. сосуды среднего калибра
  3. сосуды любого диаметра
  4. крупные сосуды
  5. вены

376. Значительное похудание, резкая мышечная слабость, параорбитальный отек - это симптомы, характерные для:

1. узелкового периартериита
2. системной склеродермии
3. дерматомиозита
4. СКВ
5. Анкилозирующего спондилоартрита
6. Ревматоидного артрита

377. Выявление у пациента остеолиза ногтевых фаланг свидетельствует в пользу диагноза

1. ревматоидного артрита
2. псориатическойартропатии
3. системной склеродермии
4. болезни Рейтера
5. остеоартроза

378. Для системной склеродермии характерны:

* 1. периорбитальный отек
  2. «кисетный» рот
  3. подвывихи ногтевых фаланг
  4. эритема ладоней и стоп
  5. эритематозная сыпь на лице

379. Для базисного лечения болезней соединительной ткани применяются следующие группы препаратов:

* 1. транквилизаторы
  2. иммунодепрессанты
  3. сердечные гликозиды
  4. мочегонные
  5. антибиотики

380. Диагностическими признаками CREST-синдрома являются:

1. Эзофагит, фотосенсибилизация, Синдром Рейно, кальциноз кожи.
2. Кальциноз кожи, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилия, телеангиэктазии.
3. Эзофагит,синдром Рейно, кальциноз кожи, ульнарная девиация
4. Эзофагит, синдром Рейно, амилоидоз, склеродактилия
5. Кальциноз кожи, синдром Рейно, эзофагит, алопеция

390. Узелки Бушара появляются

1. при подагре
2. при ревматоидном артрите
3. при узелковом периартериите
4. при остеоартрозе
5. при ревматизме

391. Рентгенологические признаки остеоартроза:

1. сужение суставной щели и субхондральный остеосклероз с остеофитами
2. округлые "штампованные" дефекты эпифизов
3. расширение околосуставной щели
4. сужение суставной щели, узуры
5. анкилозы

392. Какие признаки характерны для остеоартроза:

1. гиперпигментация кожи над пораженными суставами
2. механические боли и хруст в суставе
3. ульнарная девиация суставов
4. гиперемия кожи над суставом
5. фотосенсибилизация

393. Укажите основное клиническое проявление ахалазиикардии

1. Задержка пищи в желудке
2. Дисфагия
3. Изжога
4. Диарея
5. Запоры

394. Для лечение ахалазии пищевода предпочтительны:

1. Эндоскопическая дилатация
2. Эзофаготомия
3. Бужирование пищевода
4. Антихолинергические препараты
5. Седативные препараты

395. Выберите правильную комбинацию терапии при хроническом неатрофическом гастрите, ассоциированном H.pylori:

1. Ингибиторы протонной помпы + прокинетик + витамины
2. Н2-блокаторы + антациды + ферменты
3. Витамины + заместительная терапия
4. Ингибиторы протонной помпы + 2 антибиотика
5. Трихопол + эритромицин

396. Когда проводят оценку эффективности эрадикационной терапии после окончания курса лечения

1. Через 2-3 недели
2. Через неделю
3. Через 4-6 недель
4. Через 2 месяца
5. Через 10 дней

397. Основная причина хронического неатрофического гастрита:

1. Рефлюкс желчи
2. Helicobacter pylori
3. Этиология неизвестна
4. Кишечная палочка
5. Алкоголь

398. Основная причина хронического неатрофического гастрита:

1. Рефлюкс желчи
2. Helicobacterpylori
3. Этиология неизвестна
4. Кишечная палочка
5. Алкоголь

399. Основная причина хронического атрофического гастрита:

1. Злоупотребление алкоголем
2. Кишечная палочка
3. Рефлюкс желчи
4. Helicobacterpylori
5. Этиология неизвестна

400. Наиболее частоеосложение язвенной болезни желудка:

1. Кровотечение
2. Перфорация
3. Пенетрация
4. Пилоростеноз
5. Малигнизация

401. Прямые признаки желудочно-кишечного кровотечения являются:

1. Тахикардия
2. Гипохромная анемия
3. Боли в эпигастрии
4. Рвота кофейной гущей
5. Диарея

402. Наиболее характерные жалобы при заболеваниях желудка:

1. Дисфагия
2. Запоры
3. Боли в эпигастрии
4. Горечь во рту
5. Боли в подвздошной области

403. Омепразол относится к группе:

1. Блокаторы Н2-рецепторов гистамина
2. Блокаторы протонового насоса
3. М-холинолитики
4. Адреноблокаторы
5. Антибиотики

404. Прямой признак язвы при рентгенологическом исследовании:

1. Конвергенция складок слизистой оболочки
2. Наличие жидкости в желудке
3. Ускоренная перистальтика
4. Симптом «ниши»
5. Симптом «указывающего перста»

405. Основной метод диагностики патологии поджелудочной железы:

1. КТ
2. УЗИ
3. Рентгенологический метод
4. ЭГДС
5. Анализ крови

406. Укажите наиболее частую причину развития хронического панкреатита

1. Злоупотребление алкоголем
2. Хронические вирусные инфекции
3. Желчекаменная болезнь
4. Избыточная масса тела
5. Гиперлипидемия

407. Значительное увеличение сывороточной амилазы указывает:

1. На холецистит
2. На паротит
3. На панкреатит
4. На гепатит
5. На перитонит

408. При болезни Крона чаще поражается

1. Пищевод
2. Желудок
3. Подвздошная кишка
4. Аппендикс
5. Прямая кишка

409. При неспецифическом язвенном колите чаще поражается

1. Пищевод
2. Желудок
3. Подвздошная кишка
4. Аппендикс
5. Прямая кишка

410. Какой патологии характерно поражение кишечника в виде булыжной мостовой:

1. Дивертикул толстой кишки
2. Неспецифический язвенный колит
3. Дифтерия
4. Болезнь Крона
5. Все перечисленное

411. Препарат выбора при неспецифическом язвенном колите:

1. Сульфасалазин
2. Амоксациллин
3. Метотрексат
4. Левомицетин
5. Циклоспорин

412. Основной функцией желчи является:

1. Эмульгация жиров
2. Лизис белков
3. Лизис жиров
4. Нейтрализация желудочного содержимого
5. Лизис углеводов

413. Симптом Ортнера – это:

1. Болезненность при пальпации на вдохе в точке проекции желчного пузыря
2. Болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги
3. Болезненность при пальпации между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы справа
4. Болезненность при надавливании на мечевидный отросток
5. Болезненность при пальпации околопозвоночной зоны

414. Болезненность при пальпации на вдохе в точке проекции желчного пузыря – это:

1. Симптом Щеткина-Блюмберга
2. Симптом Боаса
3. Симптом Василенко
4. Симптом Кера
5. Симптом Мюсси-Георгиевского

415. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

1. Н2-блокаторы гистамина
2. Препараты группы сукрафальта
3. Спазмолитики
4. Антибиотики
5. Хирургическое лечение

416. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

1. Холекинетики
2. Спазмолитики
3. Хирургическое лечение
4. Антациды
5. ферменты

417. Какие виды желтухи вы знаете?

1. Гемолитическая, паренхиматозная, каротиновая
2. Паренхиматозная, механическая, гемолитическая
3. Механическая, гемолитическая
4. Паренхиматозная, механическая, каротиновая
5. Гемолитическая

418. Чем обусловлена истинная желтуха?

1. Гипобилирубинемия
2. Гипоальбуминемия
3. Гиперхолестеринемия
4. Гипербилирубинемия
5. Гипергаммаглобулинемией

419. Основной механизм возникновения надпеченочной желтухи:

1. Гемолиз эритроцитов
2. Некроз гепатоцитов
3. Нарушение желчевыделения
4. Холестаз
5. Нарушение проходимости желчных протоков

420. Основной механизм возникновения подпеченочной желтухи:

1. Вирусные гепатиты
2. Некроз гепатоцитов
3. Нарушение желчевыделения
4. Гемолиз эритроцитов
5. Цирроз печени

421. Чем характеризуется гемолитическая желтуха:

1. ↑общего и непрямого билирубина, ↑стеркобилиногена, ↑уробилиногена
2. ↓непрямого и прямого билирубина, ↓стекобилиногена, ↑уробилиногена
3. ↑непрямого и прямого билирубина, ↑щелочной фосфатазы
4. ↑прямого билирубина, ↓стекобилиногена, ↑уробилиногена
5. ↑непрямого и прямого билирубина, ↓уробилиногена

422. Чем характеризуется печеночная желтуха:

1. ↑общего и непрямого билирубина, ↑стеркобилиногена,
2. ↓непрямого и прямого билирубина, ↓стекобилиногена, ↑уробилиногена
3. ↑непрямого и прямого билирубина, ↑щелочной фосфатазы
4. ↑прямого билирубина, ↑стекобилиногена, ↑уробилиногена
5. ↑непрямого и прямого билирубина, ↓стеркобилиногена, ↓уробилиногена

423. Чем характеризуется подпеченочная желтуха:

1. ↑общего и непрямого билирубина, ↑стеркобилиногена, ↑уробилиногена
2. ↓непрямого и прямого билирубина, ↓стекобилиногена, ↑уробилиногена
3. ↑непрямого и прямого билирубина, ↑щелочной фосфатазы, ↓стеркобилиногена
4. ↑прямого билирубина, ↓стекобилиногена, ↓щелочной фосфатазы
5. ↑непрямого и прямого билирубина, ↓уробилиногена, ↑стеркобилиногена

424. Что обусловливает стеркобилиноген?

1. Окрас мочи
2. Окрас кала
3. Окрас кожи
4. Окрас глаз
5. Окрас волос

425. Уробилиноген образуется:

1. В кишечнике
2. В почках
3. В печени
4. В моче
5. В крови

426. Коньюгированный билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента

1. Глюкуронилтрансферазы
2. Амилазы
3. Кислой фосфатазы
4. Щелочной фосфатазы
5. Лейцинаминопептидазы

427. Больной 48 лет жалуется на интенсивные боли и припухлость в лучезапястных, пястно-фаланговых суставах, усиливающиеся ночью и в утренние часы, утреннюю скованность, повышение температуры до 38,6 0С, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки при дыхании. Отмечаются симметричное поражение суставов кистей, отклонение кистей в локтевую сторону, в области локтевых суставов обнаружены узелки, плотные на ощупь, размерами 0,5-0,8 см. При рентгенографии суставов кистей отмечаются сужение суставных щелей, единичные узуры суставных поверхностей. При рентгенографии органов грудной клетки определяется жидкость в правой плевральной полости до уровня 6 ребра. Какова наиболее вероятная причина появления плеврального выпота?

1. Пневмония, осложнившаяся экссудативным плевритом
2. Экссудативный плеврит при ревматоидном артрите
3. Гидроторакс при сердечной недостаточности
4. Экссудативный плеврит при ТЭЛА
5. Экссудативный плеврит опухолевой этиологии

428. Какой морфологический тип хроническогогломерулонефритапрогностически наиболее благоприятен?

1. фокально-сегментарный гломерулярный гиалиноз
2. нефропатия «с минимальными изменениями»
3. мезангиомембранозный
4. мезангиопролиферативный
5. диффузный пролиферативный

426. Для нефротической формы хроническогогломерулонефрита характерно:

1. артериальная гипертензия
2. гиперхолестеринемия
3. протеинурия
4. отеки
5. лейкоцитурия

427. Для мочевого синдрома при остромгломерулонефрите наиболее характерна:

1. лейкоцитурия
2. протеинурия
3. гематурия
4. цилиндурия
5. оксалатурия

428. Проба по Нечипоренко при остром гломерулонефрите позволяет определить:

1. величину клубочковой фильтрации
2. величину протеинурии
3. количество форменных элементов
4. величину относительной плотности мочи
5. суточную оксалатурию

429. Выберите правильное определение острогогломерулонефрита - это:

1. острое диффузное заболевание почек, первично локализуюшееся в канальцах.
2. острое диффузное заболевание почек, развивающееся на иммунной основе и первично локализующееся в клубочках.
3. хроническое диффузное заболевание почек, развивающееся на иммунной основе и первично локализующееся в клубочках.
4. острое очаговое заболевание почек, развивающееся на иммунной основе и первично локализующееся в клубочках.
5. острое очаговое заболевание почек, развивающееся на иммунной основе и первично локализующееся в канальцах.

430. Какой минимум суточной потери белка при нефротическом синдроме?

1. до 3,5 г/с
2. более 3,5 г/с
3. более 5г/с
4. до 1 г/с
5. более 2 г/с

431. Назовите классические признаки нефротического синдрома:

1. протеинурия до 2,0 г/л
2. протеинурия более 3,5 г/л сутки, гипопротеинемия, гиперхолестинемия, диспротеинемия, отеки
3. протеинурия более 5 г/сутки, гематурия, диспротеинемия, отеки.
4. протеинурия до 1,0 г/сутки, отеки, гиперхолестермия
5. гематурия, артериальная гипертензия

432. Для нефротической формы хронического гломерулонефрита справедливы утверждения:

1. наиболее часто при пункционной биопсии выявляют морфологию фибропластического нефрита.
2. протеинурия не превышает 2 г/сут.
3. характерна гипоальбуминемия
4. часто развивается ангиопатия глазного дна
5. характерна лейкоцитурия

433. Ведущим механизмом в возникновении артериальной гипертензии при ОГН является:

1. повышенный выброс катехоламинов
2. частое назначение преднизолона
3. психоэмоциональное перенапряжение в остром периоде болезни
4. гиперволемия
5. сниженный выброс катехоламинов

434. Лечение глюкокортикоидами наиболее эффектно при:

1. мембранозном ХГН
2. быстро прогрессирующем ГН
3. латентной форме ГН
4. начинающееся ХПН
5. терминальной стадии ХПН

435. Для нефротического синдрома характерно:

1. массивная протеинурия
2. наличие активных лейкоцитов в моче
3. цилиндрурия
4. большое количество эпителиальных клеток в осадке мочи
5. оксалатурия

436. Для нефротического криза характерны:

1. абдоминальные боли
2. снижение диуреза
3. повышение температуры тела
4. АГ
5. Папулезная сыпь

437. Для хронического латентного ГН характерны:

1. нефротический синдром
2. амилоидоз
3. уратный нефролитиаз
4. макрогематурия
5. лейкоцитурия

438 Лечение больных с ОГН обязательно предусматривает:

1. глюкокортикоиды
2. строгий пастельный режим
3. антибактериальную терапию
4. гипохлоридную диету
5. мочегонные

439. Факторы риска пневмонии:

1. Перенесенные острые инфекции дыхательных путей, возраст старше 65 лет, переохлаждение, иммунодефицитные состояния, курение
2. Недостаток альфа1-антитрипсина, загрязнение окружающей среды, возраст старше 30 лет
3. иммунодефицитные состояния, курение, возраст старше 40 лет
4. переохлаждение, курение, возраст старше 40 лет
5. Перенесенные острые инфекции дыхательных путей, возраст старше 65 лет, переохлаждение, недостаток альфа1-антитрипсина, загрязнение окружающей среды

440. Критерии легкого течения пневмонии:

1. Сознание не изменено, ЧД ˂ 30 в минуту, ЧСС ˂ 110 в минуту, АД ˃90/60мм рт.ст., цианоза нет, лейкоцитоз умеренно выражен, интоксикация слабая или умеренно выраженная
2. Спутанность сознания, ЧД ˂ 30 в минуту, ЧСС ˂ 110 в минуту, АД ˂90/60 мм рт.ст.
3. ЧД ˃30 в минуту, АД ˃90/60 мм рт.ст., ЧСС ˂ 110 в минуту
4. лейкопения˂4,0х109/л, ЧД ˂ 30 в минуту, ЧСС ˂ 110 в минуту
5. распространенное многодолевое поражение

441. Укажите шкалу, которую используют для выбора мести лечения при внеболшьничногй пневмонии:

1. ACT-тест
2. Шкала Эпворта
3. Шкала CRB-65
4. Шкала GRASE
5. Шкала CHADSVASC

442*.* Пневмонией следует называть:

1. воспалительные процессы в легких
2. инфекционные воспалительные процессы в легких
3. различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в легких
4. различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в мелких бронхах и интерстиции легких
5. различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в различных структурах легкого с обязательным поражением респираторного отдела

443. Наиболее частый возбудитель пневмонии:

1. пневмококк
2. синегнойная палочка
3. микоплазмы
4. клебсиеллы
5. кишечная палочка

444. Укажите объективные данные, выявляемые при пневмонии:

1. гипертермия, усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука, ослабленное везикулярное дыхание, крепитация
2. гипертермия, ослабление голосового дрожания, тимпанический перкуторный звук
3. нормальная температура тела, ослабленное голосовое дрожание, сухие гудящие хрипы,
4. тимпанический перкуторный звук, гипертермия, жесткое дыхание с удлиненным выдохом
5. гипертермия, голосовое дрожание не изменено, единичные сухие свистящие хрипы

445. Рентгенологические признаки пневмонии:

1. расширение корней легких
2. усиленный легочной рисунок
3. повышенная воздушность легких
4. инфильтрация легочной ткани
5. симптом «обрубленного дерева»

446. Препарат выбора для лечения пневмонии нетяжелого течения у пациентов до 60 лет без сопутствующей патологии:

1. амоксициллин
2. цефуроксимаксетил
3. цефтриаксон
4. цефотаксим
5. левофлоксацин

447. Препарат выбора для лечения пневмонии нетяжелого течения у пациентов старше 60 лет и/или с сопутствующей патологией:

1. цефтриаксон
2. цефотаксим
3. цефуроксимаксетил
4. амоксициллин
5. эритромицин

447. Выберите антибиотик больному с тяжелой пневмонией:

1. амоксициллин
2. цефуроксимаксетил
3. амоксициллин/клавулонат
4. левофлоксацин
5. моксифлоксацин

448. Первоначальная оценка эффекртивности антибактериальной терапии должна проводиться через:

1. 12-24ч
2. 1 неделю
3. 24-48 часов
4. 48-72 часа
5. 1-2ч

449. Выберите антибиотик для лечения пневмонии у беременной:

1. Гентамицин
2. Доксициклин
3. Ципрофлоксацин
4. Левофлоксацин
5. амоксициллин

450.Показания для назначения системных стероидов при бронхиальной астме:

1. если нет достаточного эффекта от прочих лекарственных средств
2. если астма носит постоянный характер
3. при тяжелом обострении БА
4. если ОФВ1≥80%, а вариабельность МСВ 20-30%
5. если ОФВ1≥80%, а вариабельность МСВ ˂20%

451. Выберите клинические формы бронхиальной астмы:

1. Инфекционно-зависимая, атопическая, аспириновая
2. Астма физического усилия, атопическая, инфекционно-зависимая
3. Профессиональная, астма физического усилия, атопическая, аспириновая
4. Инфекционно-зависимая, профессиональная, аспириновая
5. Инфекционно-зависимая, атопическая, аспириновая

452.Какие показатели вентиляции легких характерны для легкой интермиттирующей бронхиальной астмы:

1. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˂20%
2. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˃20%-30%
3. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˃30%
4. МСВ и ОФВ1 60% - 80% от должной величины, вариабельность МСВ˂20%
5. МСВ и ОФВ1 60% - 80% от должной величины, вариабельность МСВ ˃20%-30%

453. Какие показатели вентиляции легких характерны для легкой персистирующей бронхиальной астмы:

1. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˂20%
2. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˃20%-30%
3. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˃30%
4. МСВ и ОФВ1 60% - 80% от должной величины, вариабельность МСВ˂20%
5. МСВ и ОФВ1 60% - 80% от должной величины, вариабельность МСВ ˃20%-30%

454.Какие показатели вентиляции легких характерны для средне-тяжелой бронхиальной астмы:

1. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˂20%
2. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˃20%-30%
3. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˃30%
4. МСВ и ОФВ1 60% - 80% от должной величины, вариабельность МСВ˂20%
5. МСВ и ОФВ1 60% - 80% от должной величины, вариабельность МСВ ˃30%

455. Какие показатели вентиляции легких характерны для тяжелой бронхиальной астмы:

1. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˂20%
2. МСВ и ОФВ1≥80% от должной величины, вариабельность МСВ˃20%-30%
3. МСВ и ОФВ1˂60% от должной величины, вариабельность МСВ˃30%
4. МСВ и ОФВ1 60% - 80% от должной величины, вариабельность МСВ˂20%
5. МСВ и ОФВ1 60% - 80% от должной величины, вариабельность МСВ ˃30%

456.В поликлинику обратился молодой человек 18 лет с жалобами на приступообразный сухой кашель по ночам, першение в горле, что заставляет его пробуждаться. В анамнезе: с 14 лет беспокоят слезотечение и чихание весной. Объективно: Кожные покровы чистые. Дыхание жесткое, при форсированном дыхании единичные сухие хрипы. ЧД-18 в минуту. По остальным органам - без изменений. Какой предварительный диагноз у больного:

1. Острый бронхит
2. Хронический обструктивный бронхит
3. Идиопатический фиброзирующийальвеолит
4. Бронхоэктатическая болезнь
5. Бронхиальная астма

457.Какой тест используется для определения уровня контроля бронхиальной астмы:

1. ACT
2. Шкала Эпворта
3. Шкала CRB-65
4. Шкала GRASE
5. Шкала CHADSVASC

458.В норме суточные колебания МСВ составляют:

1. До 20%
2. До 25%
3. До 30%
4. До 35%
5. До 10%

459.Какие показатели бронходилатационной пробы характерны для бронхиальной астмы:

1. Прирост ОФВ1 по сравнению с исходным ˃15%
2. Прирост ОФВ1 по сравнению с исходным ˃12%
3. Прирост ОФВ1 по сравнению с исходным ˂15%
4. Прирост ОФВ1 по сравнению с исходным ˂12%
5. Прирост ОФВ1 по сравнению с исходным ˃20%

460.Больной 20 лет с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая форма, легкое интермиттирующее течение, контролируемая. Ваши рекомендации по лечению:

1. Ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе ( бекламетазон 250-500 мкг/сут.
2. Ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе (бекламетазон 500 – 1000 мкг/сут.
3. Нет необходимости в базисной терапии ингаляционнымиглюкокортикостероидами
4. Ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе + β2 агонисты длительного действия
5. Фиксированная комбинация флютиказонапропионата 250мкг+сальметерола 25-50 мкг по 1ингаляции 2 раза в сутки

461.Больной 30 лет с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая форма, легкое персистирующее течение, частично контролируемая. Ваши рекомендации по лечению:

1. Ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе ( бекламетазон 250-500 мкг/сут.
2. Ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе (бекламетазон 500 – 1000 мкг/сут.
3. Нет необходимости в базисной терапии ингаляционнымиглюкокортикостероидами
4. Ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе + β2 агонисты длительного действия
5. Фиксированная комбинация флютиказонапропионата 250мкг+сальметерола 25-50 мкг по 1ингаляции 2 раза в сутки

462.Больная 32 лет с диагнозом : Бронхиальная астма, атопическая форма, средне-тяжелое течение, неконтролируемая. Ваши рекомендации по лечению:

1. Ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе ( бекламетазон 250-500 мкг/сут.
2. Ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе (бекламетазон 500 – 1000 мкг/сут.
3. Нет необходимости в базисной терапии ингаляционнымиглюкокортикостероидами
4. Ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе + β2 агонисты длительного действия
5. Фиксированная комбинация флютиказонапропионата 250мкг+сальметерола 25-50 мкг по 1ингаляции 2 раза в сутки

463.Больная 39 лет с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое течение. Ваши рекомендации по лечению:

1. Ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе ( бекламетазон 250-500 мкг/сут.
2. Ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе (бекламетазон 500 – 1000 мкг/сут.
3. Нет необходимости в базисной терапии ингаляционнымиглюкокортикостероидами
4. Ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе + β2 агонисты длительного действия
5. Фиксированная комбинация флютиказонапропионата 125мкг+сальметерола 25-50 мкг по 1ингаляции 2 раза в сутки

464.Больная 39 лет с диагнозом: Бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое течение получает лечение фиксированной комбинацией флютиказонапропионата 250мкг+сальметерола 25-50 мкг по 1ингаляции 2 раза в сутки, однако контроля достичь не удается. Ваши рекомендации по лечению:

1. Рекомендовать высокогорную климатотерапию
2. Рекомендовать гипоаллергенную диету
3. Добавить антибиотикотерапию
4. Добавить к терапии Преднизолон 2.5-5 мг/сут
5. Добавить оксигенотерапию

465.С помощью пикфлоуметрии оценивают:

1. Максимальную скорость выдоха
2. Жизненную емкость легких
3. Форсированную жизненную емкость легких
4. Индекс Тиффно
5. ОФВ1

466. Какое количество баллов, согласно АСТ-тесту, будет соответствовать полному контролю Бронхиальной астмы:

1. Менее 10 баллов
2. 10-15 баллов
3. Менее 20 баллов
4. 25 баллов
5. 20-24 балла

467.Какое количество баллов, согласно АСТ-тесту, будет соответствовать частичному контролю Бронхиальной астмы:

1. Менее 10 баллов
2. 10-15 баллов
3. Менее 20 баллов
4. 25 баллов
5. 20-24 балла

468.Какое количество баллов, согласно АСТ-тесту, будет соответствовать неконтролируем Бронхиальной астме:

1. 30 баллов
2. 26-30 баллов
3. Менее 20 баллов
4. 25 баллов
5. 20-24 балла

469.Базисной терапией Бронхиальной астмы являются:

1. Антибиотики
2. Ингаляционные глюкокортикостероиды
3. Метилксантины
4. β2-агонисты короткого действия
5. β2-агонисты длительного действия

470.Больной 25 лет обратился к врачу с жалобами на приступы удушья, с затрудненным выдохом, сопровождающиеся свистом в груди. Приступы возникают в то время, когда больной приходит на работу (работает маляром на стройке.. Вне работы чувствует себя удовлетворительно. Ваш предварительный диагноз:

1. Бронхиальная астма, атопическая форма
2. Бронхиальная астма, простагландиновая форма
3. Бронхиальная астма физического усилия
4. Бронхиальная астма, профессиональная
5. Бронхиальная астма, смешанная форма (атопическая+простагландиновая.

471. Больная 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на выраженный приступ удушья, который сопровождался дистантными сухими хрипами, ринорреей. Из анамнеза: Больная перенесла вирусную инфекцию, отмечалось повышение температуры тела до 39 градусов. Больная выпила ибупрофен, после чего через 1ч появились вышеперечисленные жалобы. Объективно в легких единичные сухие хрипы, возникающие при форсированном дыхании. Ваш предварительный диагноз.

1. Бронхиальная астма, атопическая форма
2. Бронхиальная астма, простагландиновая форма
3. Бронхиальная астма физического усилия
4. Бронхиальная астма, профессиональная
5. Бронхиальная астма, смешанная форма (атопическая+простагландиновая.

472.Основной фактор риска ХОБЛ:

1. бактерии
2. переохлаждение
3. отягощенная наследственность
4. табачный дым
5. аллергены

473.Больной 40 лет обратился к семейному врачу с жалобами на кашель по утрам с отделением слизистой скудной мокроты. Курильщик со стажем 15 лет. Вышеназванные симптомы беспокоят около 4 лет. При проведении спирометрии выявлено: Индекс Тиффно˂70%, ОФВ1≥80% от должного. Какой диагноз можно заподозрить у больного:

1. нет заболевания. Показатели спирометрии в норме.
2. ХОБЛ средне-тяжелого течения
3. ХОБЛ тяжелого течения
4. ХОБЛ легкого течения
5. Острый бронхит

474. Больной 40 лет обратился к семейному врачу с жалобами на кашель по утрам с отделением слизистой скудной мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке. Курильщик со стажем 15 лет. Вышеназванные симптомы беспокоят около 4 лет. При проведении спирометрии выявлено: Индекс Тиффно˂70%, ОФВ1-60% от должного. Какой диагноз можно заподозрить у больного:

1. ХОБЛ очень тяжелого течения
2. ХОБЛ средне-тяжелого течения
3. ХОБЛ тяжелого течения
4. ХОБЛ легкого течения
5. Острый бронхит

475. Больной 40 лет обратился к семейному врачу с жалобами на кашель по утрам с отделением слизистой скудной мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке. Курильщик со стажем 15 лет. Вышеназванные симптомы беспокоят около 4 лет. При проведении спирометрии выявлено: Индекс Тиффно˂70%, ОФВ1-60% от должного. Какой диагноз можно заподозрить у больного:

1. ХОБЛ очень тяжелого течения
2. ХОБЛ средне-тяжелого течения
3. ХОБЛ тяжелого течения
4. ХОБЛ легкого течения
5. Острый бронхит

476. Больной 40 лет обратился к семейному врачу с жалобами на кашель по утрам с отделением слизистой скудной мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке. Курильщик со стажем 20 лет. Вышеназванные симптомы беспокоят около 8 лет. При проведении спирометрии выявлено: Индекс Тиффно˂70%, ОФВ1-48% от должного. Какой диагноз можно заподозрить у больного:

1. ХОБЛ очень тяжелого течения
2. ХОБЛ средне-тяжелого течения
3. ХОБЛ тяжелого течения
4. ХОБЛ легкого течения
5. Острый бронхит

477. Больной 40 лет обратился к семейному врачу с жалобами на кашель по утрам с отделением слизистой скудной мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке. Курильщик со стажем 25 лет. Вышеназванные симптомы беспокоят около 10 лет. При проведении спирометрии выявлено: Индекс Тиффно˂70%, ОФВ1-25% от должного. Какой диагноз можно заподозрить у больного:

1. ХОБЛ очень тяжелого течения
2. ХОБЛ средне-тяжелого течения
3. ХОБЛ тяжелого течения
4. ХОБЛ легкого течения
5. Острый бронхит

478. Показанием для оксигенотерапии у больного с ХОБЛ является:

1. SatO2˂88%
2. PaO2≥60%
3. SatO2≥88%
4. PaO2≥70%
5. SatO2˂100%

479. Скорость подачи кислорода при оксигенотерапии у больного с ХОБЛ:

1. 5-6 л/мин
2. 7-8 л/мин
3. 2-3л/мин
4. 4-5 л/мин
5. 8-9 л/мин

480. Какой из нижеперечисленных состояний является противопоказанием для неинвазивной вентиляции легких при ХОБЛ:

1. Остановка дыхания
2. ЧД˃25 в мин
3. Умеренная или тяжелая одышка с вовлечением дополнительной мускулатуры и парадоксальные движения брюшной стенки
4. Гиперкапния PaO2˃45 mm Hg
5. Умеренный и тяжелый ацидоз pH˂7,35

481. Какой из нижеперечисленных состояний является показанием для неинвазивной вентиляции легких при ХОБЛ:

1. Умеренная или тяжелая одышка с вовлечением дополнительной мускулатуры и парадоксальные движения брюшной стенки
2. Остановка дыхания
3. Сердечно-сосудистая недостаточность
4. Крайняя степень ожирения
5. Изменения сознания, трудности в общении с пациентом

482. Какой препарат относится к β2 – агонистам короткого действия:

1. Теофиллин
2. Сальбутамол
3. Беклометазон
4. Флутиказон
5. Ипратропия бромид

483. Какой из нижеперечисленных антибиотиков обладает антисинегнойной активностью:

1. Амоксициллин
2. Цефтриаксон
3. Цефтазидим
4. Гентамицин
5. Цефуроксимаксетил

484. Легочная гипертензия – это гемодинамическое и патофизиологическое состояние, определяемое как повышение среднего легочного артериального давления ˃:

1. 25 мм рт.ст. в покое

2. 30 мм рт.ст. в покое

3. 25 мм рт.ст. в покое, измеренное при катетеризации правых отделов сердца

4. 20 мм рт.ст. в покое, измеренное при катетеризации правых отделов сердца

5. 20 мм рт.ст. в покое

485. Для диагностики легочной артериальной гипертензии наиболее информативным методом является:

1. ЭХОКГ
2. ЭКГ
3. ФВД
4. Катетеризация правых отделов сердца
5. Контрастная КТ-ангиография легочных артерий

486. Выберите специфический препарат для лечения легочной артериальной гипертензии:

1. Изосорбиддинатрат
2. Нифедипин
3. Дилтиазем
4. Бозентан
5. Верапамил

487. Женщине 72 лет была проведена операция по протезированию тазобедренного сустава 2 недели назад. Внезапно появилась выраженная одышка, кашель, кровохарканье. На ЭКГ: QIII-SI.Ваш предположительный диагноз:

1. Острый инфаркт миокарда
2. Тромбоэмболия легочной артерии
3. Нестабильная стенокардия
4. Расслоение аорты
5. Спонтанный пневмоторакс

488. Основной лабораторный метод диагностики тромбоэмболии легочной артерии:

1. ТропонинI
2. Тропонин Т
3. Лейкоцитоз
4. КФК
5. D-димер

489. Основное лечение Тромбоэмболии легочной артерии:

1. Антиагрегантная терапия
2. Антиангинальная терапия
3. Антибактериальная терапия
4. Антикоагулянтная терапия
5. Антигипертензивная терапия

490. Хронический вирусный гепатит В - хроническое инфекционное заболевание, связанное с персистенцией поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg. после острой инфекции, вызванной ВГВ, более:

1. 6 месяцев
2. 3 месяцев
3. 12 месяцев
4. 9 месяцев
5. 1 месяца

491. О низком уровне активности Хронического вирусного гепатита Вв зависимости от уровня АЛТ можно говорить, если:

1. повышение АЛТ менее 3 норм
2. повышение АЛТ менее 2 норм
3. повышение АЛТ менее 4 норм
4. повышение АЛТ менее 5 норм
5. повышение АЛТ менее 6 норм

492. Об умеренном уровне активности Хронического вирусного гепатита Вв зависимости от уровня АЛТ можно говорить, если:

1. повышение АЛТ менее 3 норм

2. повышение АЛТ 4-10 норм

3. повышение АЛТ более 10 норм

4. повышение АЛТ 4-7 норм

5. повышение АЛТ 5-8 норм

493. Выберите признак, который встречается при синдроме портальной гипертензии:

1. кожный зуд
2. петехиальная сыпь на коже
3. варикозное расширение вен пищевода
4. слабость
5. быстрая утомляемость

494. Выберите противовирусный препарат для лечения цирроза печени как исход вирусного гепатита В:

1. Энтекавир
2. Даклатасвир
3. Софосбувир
4. Ледипасвир
5. Рибавирин

495.Выберите противовирусный препарат для лечения цирроза печени как исход вирусного гепатита С:

1. Даклатасвир / Софосбувир
2. Энтекавир
3. Тенофовир
4. Телбивудин
5. Пегилированный интерферон-альфа-2a

496. "Сосудистые звездочки" на верхней части туловища характерны для

1. панкреатита
2. холецистита
3. цирроза печени
4. язвенной болезни желудка
5. хронического гастрита

497. Отеки на лице, гипертония, моча цвета "мясных помоев" наблюдаются при:

* + - 1. мочекаменной болезни
      2. остромгломерулонефрите
      3. остром цистите
      4. хроническом пиелонефрите
      5. остром пиелонефрите

498. При каком уровне сахара натощак мы можем думать о сахарном диабете:

1. ≥5,6 ммоль/л
2. ≥6,0 ммоль/л
3. ≥7,0 ммоль/л
4. ≥11,1 ммоль/л
5. ≥6,5 ммоль/л

499. Выберите пероральный сахароснижающий препарат, относящийся к бигуанидам:

1. Пиоглитазон
2. Гликлазид
3. Глимепирид
4. Метформин
5. Репаглинид

500. К терапевту обратился больная 45 лет с жалобами на зуд в промежности. В анамнезе частые инфекции мочевыводящих путей. Объективно – избыточный вес.

В анализах: общий анализ мочи – без особенностей, сахар сыворотки крови натощак 7,8 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз:

1. Хронический цистит
2. Сахарный диабет 1 типа
3. Сахарный диабет 2 типа
4. Нарушенная гликемия натощак
5. Нарушенная толерантность к глюкозе