Тесты по кардиологии. 2022г. 2 курс. Июнь.

1. Для лечения АГ у женщин в климактерическом периоде, с признаками остеопороза, наиболее целесообразно назначение:
2. препаратов центрального действия
3. Ингибиторов АПФ
4. Тиазидовых диуретиков
5. бета -блокаторов
6. a -адреноблокаторов
7. Патогномоничным для стенокардии является
8. загрудинная боль при физической нагрузке без изменений ЭКГ
9. желудочковая экстрасистолия после нагрузки
10. загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента ST на 1 мм и более
11. подъем сегмента ST менее, чем на 1 мм
12. увеличение зубца Q в III стандартном и аVF отведениях
13. К ранним осложнениям инфаркта миокарда относятся
14. отек легких
15. остановка кровообращения
16. разрыв миокарда
17. блокада ножек пучка Гиса
18. все перечисленные осложнения
19. Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является
20. изменение комплекса QRS
21. инверсия зубца Т
22. нарушение сердечного ритма
23. подъем сегмента ST
24. появление зубца Q
25. Положительное действие нитроглицерина заключается
26. в увеличении притока венозной крови к сердцу
27. в увеличении периферического сопротивления и снижении артериального давления
28. в увеличении конечного диастолического давления
29. в уменьшении преднагрузки
30. в увеличении работы сердца

6.Больной 68 лет, перенес инфаркт миокарда 2 года назад. Последние 6 месяцев стали беспокоить загрудинные боли, перебои в сердце, появляющиеся при умеренной физической нагрузке, усилилась одышка, к вечеру на ногах бывают отеки. Ад на уровне 140/90 мм.рт.ст. На ЭКГ- трансмуральный инфаркт на передней стенке, в стадии рубца, политопная наджелудочковая экстрасистолия. Больной получает аспирин(100 мг), коринфар ретар (20 мг), эналаприл (5 мг), периодически фуросемид. Проведите коррекцию лечения:

1. к проводимой терапии добавить дигоксин
2. отменить коринфар, назначить пролонгированные нитраты
3. увеличить дозу эналаприла до 20 мг
4. отменить коринфар, назначить бета-блокаторы, увеличить дозу эналаприла до 20 мг. При необходимости пролонгированные нитраты
5. заменить коринфар ретард на бета-блокатор

7.У больного 65 лет, страдающего эссенциальной гипертензией, на фоне успешной монотерапии клофелином несколько часов назад возникло повышение АД до 225/115 мм.рт.ст., головная боль, рвота, головокружение, слабость правой верхней конечности. Причина ухудшения состояния - это:

1. следствие недостаточной терапии (не назначен диуретик) - повысилась реабсорбция натрия
2. особенности течения гипертензии у лиц пожилого возраста
3. инсульт
4. венозная недостаточность головного мозга
5. острый инфаркт миокарда

8.Пациент 45 лет поступил в палату интенсивного наблюдения с острым передним инфарктом миокарда. АД 150/100 мм.рт.ст., ЧСС 100 в мин. Спустя 2 дня пожаловался на короткий приступ одышки, АД 100/70мм.рт.ст, ЧСС 120 в мин., ЧД 32 в мин. В нижних отделах легких появились влажные хрипы. Над нижней частью грудины выслушивается голосистолический шум в сочетании с ритмом галопа. Выберите наиболее достоверный способ исследования для подтверждения диагноза.

1. электрокардиограмма в 12 отведениях
2. рентгенография легких
3. измерение давления заклинивания в легочной артерии
4. эхокардиография
5. измерение газов артериальной крови

9.Женщина 35 лет, курящая, индекс массы тела 32, принимающая оральные контрацептивы более года, жалуется на одышку, повышение температуры тела до 37,5 градусов С, мокроту при кашле с прожилками крови, слабость, боль в левой половине грудной клетки. Болеет третий день.Скорее всего, у нее:

1. обострение хронического бронхита
2. аденокарцинома бронха
3. бронхоэктатическая болезнь
4. нестабильная стенокардия
5. тромбоэмболия легочной артерии

10.Больной 50 лет обратился для обычного медицинского осмотра. Жалоб нет. При осмотре: АД 160100 мм. рт. ст., ЧСС 72 в 1 минуту, ритмичный, температура тела нормальная. Исследование сосудов глазного дна выявляет сужение артериол и извитость сосудистого рисунка. Грудная клетка без особенностей. Усиление верхушечного толчка. Остальные физикальные признаки без особенностей. На ЭКГ: гипертрофия левого желудочка. В анализах электролитов и креатинина нет изменений. Ваша тактика

1. Направление в стационар для обследования
2. Экстренное введение гипотензивных препаратов.
3. Установить диагноз " гипертоническая болезнь" и назначить гипотензивную терапию.
4. Повторить измерение АД в течение трех дней и затем наблюдать пациента
5. Назначить гипотензивную терапию и продолжить обследование для исключения 0симптоматической гипертензии.

11.Пациент поступает по скорой помощи с жалобами на сильные головные боли, АД 240140 мм. рт. ст. Исследование сосудов глазного дна: отек дисков зрительных нервов. Анализ мочи: микрогематурия. АД и раньше было повышенным. Гипертонический криз, скорее всего вызван:

1. Головной болью.
2. Обструкцией легочных артерий.
3. Отказом от приема гипотензивных средств.
4. Синдромом Иценко-Кушинга.
5. Сужением церебральных сосудов.

12.У пациентки 55 лет возникают боли в области сердца сжимающего характера, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, но проходящие после приема нитроглицерина. Она страдает также варикозным расширением вен нижних конечностей. У нее бывают повышения АД до 160/90 мм рт.ст. На ЭКГ в 12 стандартных отведениях нет специфических изменений. Следующим диагностическим обследованием будет:

1. суточное мониторирование
2. коронароангиография
3. определение уровня ферментов крови
4. велоэргометрия
5. проба с обзиданом

13.У больного К., 60 лет выявляется следующая симптоматика: высокая устойчивая систолическая гипертензия, утренние головные боли, локализующиеся в затылочной области, сердцебиение, ухудшение зрения - на глазном дне ангиоретинопатия IV степени, систолический шум, выслушиваемый в эпигастрии. Речь идет о:

1. первичном альдостеронизме
2. феохромацитоме
3. атеросклерозе брюшной аорты
4. хроническом гломерулонефрите
5. хроническом пиелонефрите

14.Bыберите признаки, характерные для дилятационной кардиомиопатии: А. - асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки, Б. - хроническая сердечная недостаточность, В. -тромбоэмболия в большом и малом кругах кровообращения, Г. - нарушение ритма сердца, Д-. одним из начальных и ведущих симптомов является приступ стенокардии

1. А, Б, В
2. Б, Д, Г
3. В, Д, Г
4. А, Д, Г
5. Б, В, Г

15.У больного 45 лет, приступы давящих болей за грудиной при ходьбе прогулочным шагом возникают на расстоянии 400 м. Речь идет о:

1. стабильной стенокардии напряжения, ФК I.
2. стабильной стенокардии напряжения, ФК II.
3. стабильной стенокардии напряжения, ФК III.
4. стабильной стенокардии напряжения, ФК IV.
5. стенокардии Принцметала.

16.Выберите врачебную тактику по отношению к мерцательной аритмии (постоянной в течение 4 лет) у больного 68 лет с постинфарктным кардиосклерозом и сердечной недостаточностью I-II стадии:

1. Профилактическое лечение ритмиленом или изоптином с целью восстановления ритма
2. Перевод мерцательной аритмии в синусовый ритм в стационаре (с помощью хинидина или ЭИТ)
3. Поддержание нормосистолической формы мерцательной аритмии с помощью сердечных гликозидов, а при недостаточном эффекте- в сочетании с бета-блокаторами
4. Целесообразен перевод на постоянную электрокардиостимуляцию
5. Постоянная терапия такому больному не требуется

17.Больной 57 лет, в течение 3 лет страдает стенокардией напряжения, принимает антиангинальные средства (бета-блокаторы, нитраты). На фоне повышенных физических нагрузок приступы стенокардии участились, с вечера развился затяжной приступ, с выраженным болевым синдромом, АД резко снизилось, холодный липкий пот. Выберите правильный вариант тактики ведения данного больного на догоспитальном этапе:

1. госпитализировать больного в отделение экстренной терапии
2. наблюдать больного амбулаторно в течение 8-12 часов
3. назначить нитроглицерин под язык каждые 10-15 минут
4. усилить антиангинальную терапию
5. дать разжевать аспирин, снять ЭКГ, госпитализировать

18.Больной 64 года, перенес трансмуральный инфаркт миокарда месяц назад. Получает лекарственную терапию (бета-блокаторы, аспирин, ингибиторы АПФ, нитраты). На этом фоне, через месяц вновь появились приступы стенокардии, пациент увеличил дозу нитратов (кардикет до 60 мг/сутки), однако эффект был кратковременный и незначительный. Какова правильная тактика ведения данного больного?

1. усилить антиангинальную терапию назначением антагонистов кальция
2. временно отменить нитраты (возможно развитие толерантности)
3. добавить к лечению препараты с антиоксидантным действием
4. направить больного на коронарографию для решения вопроса о методах реваскуляризации
5. госпитализировать больного для проведения курса лечения ( в/в вливания глюкозы, антиоксиданты)

19.У больного И.,20 лет, выявлена АГ-160/100мм.рт.ст на обеих руках, пульс на стопах, берцовой и бедренной артериях ослаблен. Ваше предположение:

1. синдром Лериша
2. фибромускулярная дисплазия
3. неспецифический аортоартериит
4. коарктация аорты
5. облитерирующий эндартериит

20.У больного К. 40 лет при выполнении тяжелой физической работы внезапно появились сильные боли в грудной клетке. На ЭКГ изменений не выявлено. КФК - 0,14 ммоль/л. Наиболее вероятно у больного:

1. стенокардия напряжения
2. ОИМ
3. вертеброгенная торакалгия
4. стенокардия Принцметала
5. прогрессирующая стенокардия

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

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

22.У больного 46 лет, страдающего варикозным расширением вен нижних конечностей, внезапно развилась одышка смешанного характера, загрудинная боль, свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа. На ЭКГ регистрируются S в I и Q в III стандартных отведениях. Какое из перечисленных ниже заболеваний могло обусловить приведенную выше клиническую картину?

1. острый инфаркт миокарда
2. спонтанный пневмоторакс
3. бронхиальная астма
4. тромбоэмболия легочной артерии
5. очаговая пневмония

23. Больной 35 лет страдает гипертонической болезнью 2-й степени, имеет место гиперкинетический тип гемодинамики. Какому из перечисленных препаратов следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии?

1. гидрохлортиазид
2. бисопролол
3. нифедипин
4. спиронолактон
5. каптоприл

24.У 60 – летнего больного, страдающего хроническим обструктивным бронхитом, в последнее время стали возникать пароксизмы мерцания предсердий, проходящие самостоятельно или под влиянием сердечных гликозидов. Какой из антиаритмических препаратов не должен использоваться для предупреждения пароксизмов?

1. амиодарон
2. верапамил
3. пропроналол
4. дигоксин

25У больного 50 лет - стенокардия 3 ФК. На ЭКГ определяется синусовый ритм, постепенной удлинение интервала РQ с последующим выпадением комплекса QRS. В качестве антиангинального средства могут быть использованы все, кроме:

1. Дилтиазем
2. Нифедипин
3. Пропранолол
4. Изосирбидадинитрат

26.Вас вызвали в приемное отделение к больному 32 лет, у которого во время утренней пробежки случился обморок. Ранее у пациента были аналогичные обмороки. На ЭКГ имеет место глубокая инверсия зубца Т в отведениях I ,AVL, V2-V6. В анамнезе отсутствуют указания на боль в груди и одышку. О каком заболевании можно подумать:

1. дилатационнаякардиомиопатия
2. миокардит
3. стабильная стенокардия
4. гипертрофическая кардиомиопатия
5. инфаркт миокарда

27.Вас вызвали в приемное отделение к больному 32 лет, у которого во время утренней пробежки случился обморок. Ранее у пациента были аналогичные обмороки. На ЭКГ имеет место глубокая инверсия зубца Т в отведениях I ,AVL, V2-V6. В анамнезе отсутствуют указания на боль в груди и одышку. Вы подозреваете гипертрофическую кардиопатию. Какое дополнительное обследование у вышеописанного пациента Вы должны рекомендовать:

1. холтеровскоемониторирование
2. доплеровская эхокардиография
3. стресс-эхокардиография
4. коронарография
5. велоэргометрия

28.Больному А.,52 лет, с впервые выявленной АГ (АД на уровне 15090 мм.рт.ст.) проведено диагностическое обследование. Какие из перечисленных признаков указывают на поражение органов мишеней:

1. диффузный спазм артерий сетчатки
2. сахар крови натощак 5,5 ммольл
3. холестерин крови 5,9 ммольл
4. ЛПВП > 1,2 ммольл
5. креатинин -120 ммольл

29. Пациент С.50 лет, длительно страдает бронхиальной астмой. В течение 3-х лет отмечает повышение АД, в связи с чем принимает каптоприл -150 мг в сутки. Последний год АД сохраняется на уровне 130\90-140\90 мм.рт.ст. Кроме этого появились загрудинные боли, которые оценены как стенокардия. Какой лекарственный препарат целесообразней назначить в качестве дополнительной терапии

ди0уретик

антагонист кальция

бета -адреноблокатор

нитраты

альфа - адреноблокатор

Пациенту 56 лет, который 2 месяца назад перенес неосложненный инфаркт миокарда, был назначен тест с физической нагрузкой. Исходные показатели гемодинамики были следующие: АД-115\80 мм.рт.ст., ЧСС-74 удара в минуту. Во время проведения теста появились признаки, которые явились показанием для прекращения проведения последнего. Укажите один из этих признаков:

повышение АД до 140\95 мм.рт.ст.

повышение ЧСС до 115 ударов в минуту

единичные наджелудочковые экстрасистолы

депрессия сегмента ST> 2 мм

уплощение з.Т

У больной А. 34 лет после перенесенной тяжелой вирусной инфекции (грипп) через 2 недели появились слабость, одышка, боли в области сердца, сердцебиение. При осмотре АД 11070 мм.рт.ст.,чсс-80 ударов в минуту в покое, I тон ослаблен. На ЭКГ - з.Т(-) в отведениях V1-V4. О какой патологии можно думать:

пневмония

ишемическая болезнь сердца

миокардит

дилатационнаякардиомиопатия

кардионевроз

Через 10 дней после начала терапии ингибиторами АПФ, 71-летний пациент с ишемической болезнью сердца в анамнезе пожаловался на недомогание, прогрессирующие отеки, уменьшение количества выделяемой мочи и прирост массы тела на 5,5 кг. Уровень креатинина в сыворотке крови повысился до 480 ммольл. Что произошло у пациента:

развилась декомпенсация сердечной недостаточности

развилась острая почечная недостаточность на фоне стеноза почечных артерий

присоединилась инфекция мочевыводящих путей

развился амилоидоз

у пациента прогрессирует хроническая почечная недостаточность

У пациента с ишемической болезнью сердца начата терапия ингибиторами АПФ, Через 10 дней у него появились недомогание, прогрессирующие отеки, уменьшение количества выделяемой мочи и прирост массы тела на 5,5 кг. Уровень креатинина в сыворотке крови повысился до 480 ммольл. Состояние было расценено как острая почечная недостаточность на фоне стеноза почечных артерий. Какое лечение нужно использовать в данном случае:

заменить ингибитор АПФ на блокатор рецепторов А II

назначить антагонист кальция

назначить большую дозу нитратов

назначить гидралазин в комбинации с изосорбидомдинитрата

провести гемодиализ

Пациент, имеющий синдром WPW, поступил в отделение с фибрилляцией предсердий и частым ритмом желудочков. При наличии стабильной гемодинамики, какой из перечисленных препаратов следует выбрать для экстренного введения:

антагонист кальция

АТФ

прокаинамид

дигоксин

бета- блокатор

52-летняя пациентка перенесла трансмуральный инфаркт миокарда. Через 2 недели у нее появились субфебрильная температура, одышка, боли в суставах. При осмотре выявлен выпот в плевральной полости. Аускультативно определяется шум трения перикарда. Что явилось причиной ухудшения самочувствия:

развитие хронической сердечной недостаточности

синдром Дресслера

пневмония, осложненная плевритом

системная красная волчанка

бактериальный эндокардит

У 52-летней пациентки через 2 недели после перенесенного трансмурального инфаркт миокарда появились субфебрильная температура, одышка, боли в суставах. При осмотре выявлен выпот в плевральной полости. Аускультативно определяется шум трения перикарда. Было диагностировано постинфарктное осложнение- синдром Дресслера. Какое лечение будет наиболее эффективным:

ингибиторы АПФ

антибиотики

аспирин в больших дозах или преднизалон

диуретики

сердечные гликозиды в сочетании с диуретиками

Пациентке 27 лет, было проведено хирургическое вмешательство по поводу сочетанного митрального порока сердца ревматической этиологии (протезирование митрального клапана). При выписке в удовлетворительном состоянии была назначена терапия непрямыми антикоагулянтами (варфарин). Контроль какого показателя нужно проводить для правильного подбора дозы препарата:

активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)

уровень протромбина

уровень фибриногена

активность фактора Ха

международное нормализованное соотношение (МНО)

Пациентке 27 лет, после хирургического вмешательства по поводу сочетанного митрального порока сердца ревматической этиологии (протезирование митрального клапана) был назначен варфарин в дозе 5 мгсутки. Какого уровня МНО (международное нормализованное отношение) нужно достичь и поддерживать, для подбора адекватной дозы варфарина:

менее 1,0

в пределах 1,0-2,0

в пределах 2,0-3,0

в пределах 3,5-4,5

более 4,5

У больной 34 лет во время эпидемии гриппа повысилась температура до 39 градусов и держалась в течение суток, появились небольшие катаральные явления. Через неделю от начала заболевания присоединились боли в области сердца, сердцебиение, выраженная одышка, отеки голеней. На ЭКГ блокада левой ветви пучка Гиса. Госпитализирована в тяжелом состоянии с нарушением кровообращения в большом и малом круге, увеличением сердца. В крови лейкоциты 8200, СОЭ 9мм час. Ваш диагноз

Миокардит

Дилятационнаякардиомиопатия

Гипертрофическая кардиомиопатия

Рестриктивнаякардиомиопатия

Ишемическая болезнь сердца

Больной 34 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, одышку, перебои в области сердца, отеки на нижних конечностях. В анамнезе длительное злоупотребление алкоголем. Выпивает 500-700 г. водки 2 - 3 раза в неделю. Особенно злоупотреблял алкоголем в течении последнего года. При обследовании обнаружены изменения со стороны сердца. Расширение границ сердца влево, на ЭКГ - электрическая ось сердца не изменена, замедление атриовентрикулярной проводимости (РQ - 0,28) , снижение сегмента SТ в грудных отведениях, двухфазный зубец Т в отведениях V4- V6.На Эхо-КГ- снижение сократительной способности миокарда левого желудочка.Ваш диагноз

Миокардит

идиопатическая гипертропическаякардиомиопатия

алкогольная кардиомиопатия

ишемическаябрлезнь сердца

порок сердца

У больной 26 лет после двух родов наблюдается появление лабильной АГ. Ухудшение самочувствия провоцируется длительной ходьбой и пребыванием в вертикальном положении. После непродолжительного отдыха в горизонтальном положении АД может нормализоваться. При планировании диагностических мероприятий в первую очередь следует думать, что у больной:

Хронический пиелонефрит

Нефроптоз

Феохромоцитома

Эссенциальная гипертония

Нейроциркуляторная дистония

Пациент 45 лет с уровнем АД 140/90 мм.рт.ст. страдает сахарным диабетом 2 типа. К какой категории риска относится этот пациент:

Низкая группа

Средняя группа

Высокая группа

Очень высокая группа

Не относится к группе риска

К вам обратилась женщин в климактерическом периоде с жалобами на повышение АД и с признаками остеопороза. Антигипертензийный препарат из какой группы наиболее целесообразно для данного пациента:

препаратов центрального действия

Ингибиторов АПФ

Тиазидовых диуретиков

бета -блокаторов

a -адреноблокаторов

Больной 23 лет, жалуется на сердцебиение, частые приступы которого беспокоят 5 лет. Объективно: выявлено учащение ритма до 120 в мин., что зарегистрировано на ЭКГ, ритм правильный, с нормальными зубцами Р, интервал R-R -0,09",перед многими комплексами QRS присутствует дельта волна, QRS -0,14сек. Наиболее вероятно что у больного:

синусовый ритм

ускоренный идиовентрикулярный ритм

синдром WPW

феномен Венкебаха

Больной 50 лет, гипертоник, поступил по поводу внезапного появления тяжелых болей в груди с иррадиацией в поясницу и руки. АД — 180/100 мм рт. ст. справа, слева не определяется. На аорте диастолический шум. Наиболее вероятный диагноз:

острая расслаивающая аневризма аорты

инфаркт миокарда

эмболия правой подключичной артерии

ТЭЛА

спонтанный пневмоторакс.

Мужчина 52 лет поступил по “скорой помощи” в связи с повторными эпизодами обмороков с судорогами. Последний эпизод 2 часа назад, продолжался 2 минуты. При обследовании: сознание ясное, неврологическое исследование без особенностей, пульс - 40 уд/мин, АД - 160/60 мм рт. ст. Наиболее вероятные нарушения во время обморока:

тахикарция

фибрилляция желудочков

временная асистолия

мерцание предсердий

брадикардия.

У женщины 62 лет в течение 2 месяцев периодические загрудинные боли в разное время суток продолжительностью 5-10 минут. Физикальное обследование и ЭКГ без особенностей. Следующий этап обследования:

рентгенография-грудной клетки

ЭхоКГ

нагрузочная ЭКГ проба

ЭГДС

24-часовое мониторирование ритма сердца

Больной 45 лет, гипертоник, доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального передне-перегородочного инфаркта миокарда. Вскоре появилась одышка до 32 в минуту, снижение АД со 160/100 до 100/70 мм рт. ст., тахикардия до 120 уд/мин. В нижних отделах легких появились влажные хрипы, в 3-4-м межреберье по левому краю грудины интенсивный систолический шум в сочетании с ритмом галопа. Какой наиболее вероятный диагноз?

разрыв наружной стенки желудочка

разрыв сосочковой мышцы

эмболия легочной артерии

перфорация межжелудочковой перегородки

развитие острой аневризмы сердца

Больной, 63 года, с повторным инфарктом миокарда давностью б часов. Мерцание предсердий и недостаточность кровообращения постоянны уже на протяжении 2 лет. Пульс - 120 уд/мин, АД - 110/75 мм рт. ст. Признаки застоя по большому и малому кругам. Стенокардия не рецидивирует. С чего следует начинать оказание мед. помощи в БИТ?

электрическая дефибрилляция

лидокаин внутривенно

строфантин внутривенно

электрокардиостимуляция

нитроглицерин внутривенно

54-летний больной жалуется на тупые боли в области сердца, одышку и ортопноэ в последние недели. Выявлены глухие тоны сердца, а также снижение пульсового давления до 20 мм рт.ст. Наиболее вероятная причина данного состояния:

острый инфаркт миокарда

массивный выпот в полости перикарда

декомпенсированное легочное сердце

проявление мерцательной тахиаритмии

массивный выпот в плевральную полость

Мужчина 55 лет поступил в БИТ с типичной клинической картиной и ЭКГ острого переднего трансмурального инфаркта миокарда левого желудочка, течение которого осложнилось развитием полной атриовентрикулярной блокады с частотой желудочкового ритма 40 в минуту. Наиболее эффективно в этой ситуации применение:

адреномиметиков

атропина

лазикса

эуфиллина

установление эндокардиального электрода и проведение временной кардиостимуляции

У больного 62 лет с острым инфарктом миокарда давностью 10 часов возникло мерцание предсердий с частотой желудочкового ритма около 130 в мин. АД 105/70 мм рт. ст. Небольшая одышка в покое. Болей нет. С чего следует начинать неотложную помощь в блоке интенсивной терапии?

электрическая дефибрилляция

лидокаин внутривенно

строфантин внутривенно

электрокардиостимуляция

нитроглицерин внутривенно

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 SТ в отведениях V2-V5 = 8 мм. На следующий день SТ на изолинии. Какая патология у больного?

стабильная стенокардия IV ФК

инфаркт миокарда

ишемическая дистрофия миокарда

вариантная стенокардия

прогрессирующая стенокардия

Женщина 35 лет поступила в БИТ по поводу болей в груди. Боли эпиэодические, по 5-10 мин., иногда связаны с нагрузкой, но бывают и в покое, не иррадиируют. При обследовании: АД – 120/70 мм рт ст., верхушечный толчок усилен, по левому краю грудины систолический шум изгнания. Шум усиливается при вставании. На ЭКГ – неспецифические изменения ST. Какое исследование имеет главное значение для диагноза?

рентгенография грудной клетки

катетеризация сердца

сцинтиграфия миокарда с Талием

ЭхоКГ

Биопсия миокарда

Мужчина 45 лет поступил в БИТ по поводу сдавливающих болей в груди и одышки. Боли начались 2 часа назад. Объективно: влажная кожа, в лёгких сзади внизу влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. АД -110/70 мм рт. ст., пульс - 72 уд/мин, аритмичный. На ЭКГ: подъем ST в V1-V4 отведениях и депрессия SТ во II, III, AV Наиболее показанная начальная терапия

наблюдение в общем отделении

стрептокиназа (если нет противопоказаний)

атропин

морфий внутривенно

эуфиллин

Мужчина 45 лет поступил в БИТ по поводу сдавливающих болей в груди и одышки. Боли начались 2 часа назад. Объективно: влажная кожа, в лёгких сзади внизу влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. АД -110/70 мм рт. ст., пульс - 72 уд/мин, аритмичный. На ЭКГ: подъем ST в V1-V4 отведениях и депрессия SТ во II, III, AVF. Наиболее вероятный диагноз:

задний (нижний) инфаркт миокарда

передний инфаркт миокарда

ТЭЛА

перикардит

нестабильная стенокардия

У больного 52 лет с острым передним инфарктом миокарда возник приступ удушья. При осмотре: диффузный цианоз, в легких большое количество влажных разнокалиберных хрипов. Пульс - 110 уд/мии, АД 120\100 мм рт ст. Какое осложнение наиболее вероятно:

кардиогенный шок

тромбоэмболия легочной артерии

отёк лёгкого

разрыв межжелудочковой перегородки

ничего из перечисленного

52-летний мужчина повышенного питания со стрессовыми ситуациями на работе и дома замечает в течение трех недель учащающиеся колющие боли в 5-м межреберье по левой среднеключичной линии. Эти боли усиливаются вечером и ночью. Он боится инфаркта. Какие диагностические мероприятия следует провести при нормальной ЭКГ покоя:

ЭКГ-мониторирование 24 часа

ЭхоКГ

ЭКГ с нагрузкой

сциитиграфия миокарда с талием

коронароангиография

Женщина 35 лет поступила в БИТ по поводу болей в груди. Боли эпиэодические, по 5-10 мин., иногда связаны с нагрузкой, но бывают и в покое, не иррадиируют. При обследовании: АД – 120/70 мм рт ст., верхушечный толчок усилен, по левому краю грудины систолический шум изгнания. Шум усиливается при вставании. На ЭКГ – неспецифические изменения ST. Наиболее показанная терапия:

срочная операция

бета-блокаторы

вазодилататоры

дигоксин

Больной 40 лет, жалобы на длительные ноющие боли в прекардиальной области, нечетко связанные с волнениями, ощущения "проколов" в левой половине грудной клетки. При осмотре патологий не выявлено, ЭКГ без особенностей. С какого исследования следует начать обследование пациента?

с исследования крови на сахар и холестерин

с исследования крови на липопротеиды

с эхокардиографии

с велоэргометрии

с фонокардиографии

У пациента 75 лет, перенесшего инфаркт миокарда несколько месяцев назад, появилась одышка, отеки голеней и стоп, слабость. В легких выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах. В анализе крови НЬ 155 г/л. На ЭКГ синусовая тахикардия и очаговые изменения в области передней стенки и перегородки. Скорее всего, у больного:

Очаговая пневмония.

Застойная сердечная недостаточность.

Обострение хронического обструктивного бронхита.

Тромбоэмболия легочной артерии.

Миокардиодистрофия.

Пациент 29 лет жалуется на боли неопределенного характера в области сердца, постоянную слабость, сонливость, перебои в сердце, потливость при физической нагрузке. По вечерам бывает повышенная температура тела до 37,3 °С. Кроме перенесенного в прошлом месяце простудного заболевания, больше ничем не болел. В квартире проживает пожилой безработный, страдающий туберкулезом. Анализ крови без особенностей, анализ мочи нормальный. Над сердцем выслушивается систолический шум, ЧСС 100 в 1 мин. На ЭКГ: РQ 0,26с. Внутрижелудочковое нарушение проводимости. Предположительный наиболее вероятный диагноз:

Туберкулез легких

Нестабильная стенокардия

Пароксизмальное нарушение сердечного ритма

Миокардит

Мужчина 46 лет жалуется на боли в левой половине грудной клетки, возникшие на даче при физической нагрузке (занимался строительством дома), никаких лекарственных препаратов не принимал. Боль была тянуще-ноющего характера с «прокалыванием» грудной клетки, прошла самостоятельно через 30 минут отдыха. Больше пациент не работал и сразу поехал в город к врачу, так как его отец в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда. При осмотре - состоя­ние удовлетворительное, левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Тоны сердца ясные, расщепление II тона на основании. Несколько чувствительна пальпация 2-5 межреберных промежутков с обеих сторон. Для уточнения диагноза необходимо назначить:

ЭКГ и ФЛГ

Анализ крови и ЭКГ

ФЛГ и анализ крови

ЭКГ с нагрузочным тестом и ФЛГ

35-летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на эпизодически возникающие боли в грудной клетке длительностью 5-10 мин. Боли появляются как в покое, так и при физической нагрузке; боль никуда не иррадиирует. Больше не курит, АД раньше не повышалось. Двое членов семьи 50 и 56 лет умерли от заболевания сердца. При осмотре - состояние больной удовлетворительное, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 70 в 1 мин. Определяется усиление верхушечного толчка, выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины, причем интенсивность шума увеличивается в положении стоя. На ЭКГ: неспецифические изменения SТ и Т. Предварительный диагноз:

Функциональный шум, вегетососудистая дистония

Аортальный стеноз

Гипертрофическая кардиомиопатия

Митральный стеноз

35-летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на эпизодически возникающие боли в грудной клетке длительностью 5-10 мин. Боли появляются как в покое, так и при физической нагрузке; боль никуда не иррадиирует. Больше не курит, АД раньше не повышалось. Двое членов семьи 50 и 56 лет умерли от заболевания сердца. При осмотре - состояние больной удовлетворительное, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 70 в 1 мин. Определяется усиление верхушечного толчка, выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины, причем интенсивность шума увеличивается в положении стоя. На ЭКГ: неспецифические изменения SТ и Т. Что из перечисленного наилучшим образом поможет в постановке диагноза?

Рентгенография грудной клетки

Катетеризация сердца

Сканирование с таллием

Эхокардиография

Биопсия миокарда

35-летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на эпизодически возникающие боли в грудной клетке длительностью 5-10 мин. Боли появляются как в покое, так и при физической нагрузке; боль никуда не иррадиирует. Больше не курит, АД раньше не повышалось. Двое членов семьи 50 и 56 лет умерли от заболевания сердца. При осмотре состояние больной удовлетворительное, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 70 в 1 мин. Определяется усиление верхушечного толчка, выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины, причем интенсивность шума увеличивается в положении стоя. На ЭКГ неспецифические изменения SТ и Т. Наиболее подходящей терапией для больной является:

Неотложное хирургическое вмешательство

Пропранолол

Вазодилататор

Сердечные гликозиды

Фуросемид

У мужчины 52 лет при проведении велоэргометрической пробы (непрерывно возрастающий ступенеобразный характер нагрузки, длительность каждой ступени 3 мин) мощностью 150 Вт (900 кгм/мин) появилась горизонтальная депрессия сегмента SТ в отведениях А, D на 1,5 мм. Оцените результаты пробы:

Проба сомнительная в плане диагностики ишемической болезни сердца, толерантность к физической нагрузке высока.

Проба положительная (ишемическая реакция на физическую нагрузку), толерантность к физической нагрузке высока

Проба положительная (ишемическая реакция на нагрузку), толерантность к физической нагрузке снижена

Проба отрицательная (ишемических изменений не выявлено), толерантность к физической нагрузке высока

Проба отрицательная (не ишемическая), толерантность к физической нагрузке снижена

65-летний мужчина вызвал врача по поводу внезапно появившейся боли и парестезии в правой ноге. При объективном осмотре правая стопа и голень бледная, бледность нарастает при подъеме ноги. Пульсация на тыльной артерии правой стопы отсутствует. Эти симптомы связаны с:

Поверхностным тромбофлебитом

Грыжей диска поясничного отдела позвоночника

Артериальной окклюзией

Венозной недостаточностью глубоких вен голени

Периферической нейропатией

58-летний пациент доставлен в отделение интенсивной терапии с острым инфарктом миокарда, начавшимся 4 ч назад. На ЭКГ - нарастающая частота коротких пробежек желудочковой тахикардии. Наиболее целесообразно назначить:

Амиодарон

Флекаинид

Лидокаин

Хинидин

Верапамил

У больного 46 лет, страдающего варикозным расширением вен нижних конечностей, внезапно развилась одышка смешанного характера, загрудинная боль, свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа. На ЭКГ регистрируются S в I и Q в III стандартных отведениях. Какое из перечисленных ниже заболеваний могло обусловить приведенную выше клиническую картину?

острый инфаркт миокарда

спонтанный пневмоторакс

бронхиальная астма

тромбоэмболия легочной артерии

очаговая пневмония

Больной 35 лет страдает гипертонической болезнью 2-й степени, имеет место гиперкинетический тип гемодинамики. Какому из перечисленных препаратов следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии?

гидрохлортиазид

бисопролол

нифедипин

спиронолактон

каптоприл

У 60 – летнего больного, страдающего хроническим обструктивным бронхитом, в последнее время стали возникать пароксизмы мерцания предсердий, проходящие самостоятельно или под влиянием сердечных гликозидов. Какой из антиаритмических препаратов не должен использоваться для предупреждения пароксизмов?

амиодарон

верапамил

пропроналол

дигоксин

У больного внезапно возник приступ сердцебиения (160 в минуту), который врач купировал массажем каротидного синуса. Приступ сердцебиения скорее всего был обусловлен:

синусовой тахикардией

пароксизмальной мерцательной аритмией

пароксизмальным трепетанием предсердий

пароксизмальной желудочковой тахикардией

пароксизмальной наджелудочковой тахикардией

У больного К. 40 лет при выполнении тяжелой физической работы внезапно появились сильные боли в грудной клетке. На ЭКГ изменений не выявлено. КФК - 0,14 ммоль/л. Наиболее вероятно у больного:

стенокардия напряжения

ОИМ

вертеброгеннаяторакалгия

стенокардия Принцметала

прогрессирующая стенокардия

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

ОИМ

торакоалгиявертеброгенного генеза

тромбоэмболия легочной артерии

стенокардия Принцметала

истерия

У больного И.,20 лет, выявлена АГ-160/100мм.рт.ст на обеих руках, пульс на стопах, берцовой и бедренной артериях ослаблен. Ваше предположение:

синдром Лериша

фибромускулярная дисплазия

неспецифический аортоартериит

коарктация аорты

облитерирующий эндартериит

Больная 50 лет обратилась с жалобами на одышку и перебои в работе сердца. При объективном исследовании выявлены большое пульсовое давление, двойной тон Траубе и шум Дюрозье на сосудах, быстрый и высокий пульс, покачивание головы. Какой порок сердца вы можете заподозрить у данного пациента?

для недостаточности аортального клапана

для стеноза устья аорты

для порока трехстворчатого клапана

для врожденных пороков сердца

для митрального порока сердца

У новорожденного в род доме при аускультации выслушивается систолодиастолический шум во II-III межреберье слева. Какой порок сердца вы можете заподозрить у данного ребенка?

для митрального порока сердца

для дефекта межжелудочковой

для открытого артериального протока

для коарктации аорты

для функциональных состояний гемодинамики детского возраста

В кардиореанимационное отделение поступил мужчина 60 лет с ОИМ. На 3е сутки у него появилсяголосистолический шума над верхушкой сердца одновременно с острой левожелудочковой недостаточностью. Для какого осложнения ОИМэто характерно?

для отрыва сосочковой мышцы

для расслаивающей аневризмы аорты

для разрыва межжелудочковой перегородки

для аневризмы левого желудочка

для эмболии легочной артерии

Из туберкулезной больницы кардиологу был направлен пациент 50 лет, с подозрением на острый перикардит. Каковы физикальные признаки острого перикардита

появление 3 тона

пансистолический шум

появление 4 тона

шум трения перикарда, выслушиваемый в прекордиальной области

ослабление 1 тона

В поликлинику обратился пациент 35 лет с жалобами на боли в грудной клетке без связи с физической нагрузкой, после психоэмоционального стресса. На ЭХОКГ был выявлен пролапс митрального клапана. Каковы аускультативные симптомы пролапса митрального клапана:

систолический шум на верхушке

ослабление 1 тона

мезосистолический щелчок

щелчок открытия митрального клапана

диастолическое дрожание

В реанимационное отделение был доставлен мужчина 55 лет с кинжальными болями с грудной клетке в течении 1 часа. На ЭКГ были ранние признаки трансмурального инфаркта миокарда. Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является

появление зубца Q

изменение комплекса QRS

инверсия зубца Т

нарушение сердечного ритма

подъем сегмента ST более 1 мм

В поликлинику по месту жительства обратилась женщина 50 лет с жалобами на ангинозные боли. Ангинозные боли впервые возникли 5 лет назад. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Пациенту было снято ЭКГ, где на фоне блокады левой ножки пучка Гиса были признаки ОИМ. Подозрение на инфаркт миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса возникает, если

длительность комплекса QRS превышает 0.12 с

отсутствует зубец Q в отведениях V5-V6

имеется комплекс QS в отведениях V1-V2

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

имеется смещение ST интервала вниз более чем на 3 мм

В поликлинику обратилась женщина 43 лет с жалобами на одышку, боли в грудной клетке, кровохарканье и отеки в нижних конечностях. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет и варикозное расширение вен нижних конечностей. Пациенту рекомендовано снять ЭКГ. Наиболее достоверными электрокардиографическими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:

глубокий зубец Q в отведениях V4-V6

депрессия сегмента ST в I, II и aVL отведениях

депрессия сегмента ST во II, III и aVF отведениях

синдром S1-Q3 и смещение вверх сегмента ST в отведениях III, V1, V2

инверсия зубца Т в грудных отведениях

В поликлинику по месту жительства обратилась женщина 80 лет с жалобами на перебои в работе сердца, головокружение и обмороки. С подозрением на брадиаритмию больной рекомендовано снять ЭКГ, где выявлена АВ блокада II степени, II типа (по Мобитцу). Электрокардиографическим признаком неполной атриовентрикулярной блокады II степени, II типа (по Мобитцу) является:

соответствие числа желудочковых комплексов числу предсердных комплексов

отсутствие "фиксированного" интервала P-Q и отдельных комплексов QRST

выпадение отдельных комплексов QRST при сохранности зубца Р и фиксированного удлиненного интервала PQ

наличие отрицательных зубцов Р после QRS

наличие d-волны и укорочение интервала PQ

В поликлинику по месту жительства обратился мужчина 62 лет с жалобами на загрудинные боли при незначительной физической нагрузке, длительностью около 3х минут. Боли купируются в покое или после приема НТГ. Объективные данные в пределах нормы. Был решено провезти подтверждение стенокардии по ЭКГ в покое и при необходимости после нагрузки. Наиболее характерным для стенокардии является

загрудинная боль при физической нагрузке без изменений ЭКГ с нагрузкой

желудочковая экстрасистолия после нагрузки

загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента ST на 1 мм и более при нагрузке

подъем сегмента ST менее, чем на 1 мм

увеличение зубца Q в III стандартном и AVFотведениях

В реанимационное отделение был доставлен пациент 64х лет с ангинозными болями в покое более 2 часов. На ЭКГ выявлен отрицательный зубец Т в отведениях V1-V4. Было рекомендовано лабораторное подтверждение инфаркта миокарда. Наиболее достоверным серологическим маркером инфаркта миокарда является

повышение уровня АЛТ в первые сутки

положительный С-реактивный белок

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

повышение уровня ЛДГ в первые 3-4 часа

повышение уровня АСТ в первые 3 суток

К кардиологу обратился мужчина 66 лет с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, при горизонтальном положении тела, ночные приступы удушья. Из анамнеза год назад перенес ОИМ передне-перегородочной стенки ЛЖ. На ЭХОКГ: гипокинез передне-перегородочной стенки левого желудочка, ФВ 30%. Какой из перечисленных симптомов или физикальных признаков наиболее характерен для левожелудочковой недостаточности:

Набухание шейных вен

Асцит

Анорексия

Ортопное

Увеличение размеров печени

К кардиологу обратился мужчина 53 лет с жалобами на ангинозные боли при умеренной физической нагрузке. По поводу стенокардии пациент получает антиагреганты, Бета-блокаторы, нитраты и статины. Пациенту рекомендованы ЭКГ, ЭХОКГ, Лабораторное обследование. Какие результаты лабораторного исследования можно ожидать при стенокардии напряженияс

лейкоцитоз

ускорение СОЭ

повышенный уровень ферментов в крови

отсутствие гиперферментемии и изменений в общем анализе крови.

В поликлинику обратилась женщина 58 лет с жалобами на перебои в работе сердца, обмороки. На Суточноммониторировании ЭКГ не было выявлено брадиаритмия. На Эхокардиографии выявлена ассиметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки с сужением выходного отдела левого желудочка (систолический градиент 80 мм.рт.ст.). Систолический шум при гипертрофическойобструктивнойкардиомиопатии похож на шум, возникающий

при стенозе устья аорты

при коарктации аорты

при недостаточности трехстворчатого клапана

при дефекте межжелудочковой перегородки

при открытом артериальном (Боталловом) протоке

К кардиологу обратилась женщина 30 лет с установленным диагнозом дилятационнаякардиомиопатия. Жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке, ночные приступы удушья. Больной рекомендовано эхокардиография. Какие признаки отмечаются на эхокардиографии при дилатационнойкардиомиопатии?

диффузное снижение сократительной способности миокарда

локальное снижение сократительной способности миокарда

повышение сократительной способности миокарда

утолщение межжелудочковой перегородки

утолщение листков перикарда.

К кардиологу обратился мужчина 64 лет с жалобами на ангинозные боли при умеренной физической нагрузке. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь, сахарный диабет, Ожирение, Гиперхолестеринемия. По поводу стенокардии пациент получает антиагреганты, Бета-блокаторы, нитраты и статины. Какой эффект оказывают Бета-блокаторы при ишемической болезни сердца:

снижают потребность миокарда в кислороде

расширяют коронарные сосуды

вызывают спазм периферических сосудов

увеличивают потребность миокарда в кислороде

увеличивают сократительную способность миокарда

Женщина 50 лет обратилась к кардиологу с жалобами на повышение АД и кашель. Повышение АД отмечает в течении 2х лет, максимально до 180/110 мм.рт.ст., по поводу чего принимает комбинацию иАПФ и тиазидоподобные диуретика. Врач отменил иАПФ и назначил блокаторы АР-II. Которые из нижеследующих побочных действий снижается при переходе пациента с иАПФ на иАР-II?

гиперкалиемия

почечная дисфункция

кашель

ангиоотеки

ни один из вышеуказанных побочных эффектов

К кардиологу обратился мужчина 60 лет с жалобами на отеки в нижних конечностях с обеих сторон. При объективном осмотре определяется положительный венозный пульс. Какое поражение клапана можно заподозрить у данного пациента?

недостаточности трикуспидального клапана

митральном стенозе

недостаточности аортального клапана

стенозе устья аорты

стенозе устья легочной артерии

К вам обратился пациент с повышением АД. На выписке из стационара ему был выставлен диагноз ГБ 3-степени очень высокого риска. Какой уровень АД соответствует ГБ 3-й степени?

140/90 мм рт. ст.

180/110 мм рт ст.

160/100 мм рт ст.

150/99 мм рт ст.

К вам обратилсяпациент с повышением АД. На выписке из стационара ему был выставлен диагноз ГБ 3-степени очень высокого риска. Какой уровень АД соответствует ГБ 3-й степени?

140/90 мм рт. ст.

180/110 мм рт ст.

160/100 мм рт ст.

150/99 мм рт ст.

К вам обратился мужчина 75 лет с жалобами на ангинозные боли. Со слов пациента 3 месяца назад перенес острый инфаркт миокарда и находился на стационарном лечении.По поводу КБС пациент получает аспирин (ацетилсалициловую кислоту), Бета-блокаторы, нитраты и статины. Для какого эффектадлительно назначают аспирин (ацетилсалициловую кислоту) больным, перенесшим инфаркт миокарда?

снижает протромбиновый индекс

препятствует агрегации тромбоцитов

лизирует образовавшиеся тромбы

ингибирует внутренний механизм свертывания крови

механизм положительного действия аспирина неизвестен

Что из перечисленного указывает на тампонаду сердца:

Парадоксальный пульс ( pulsus paradoxus )

Высокое пульсовое давление

Симптом Куссмауля

Усиленный сердечный толчок

Инспираторная одышка.

Все перечисленные нарушения ритма опасны развитием фибрилляции желудочков, кроме:

пароксизмальной наджелудочковой тахикардии

желудочковой тахикардии

частой желудочковой экстрасистолии (более 10 экстрасистол в 1 мин)

политопных и залповых желудочковых экстрасистол

желудочковых экстрасистол типа R на Т

Электрокардиографическими признаками синдрома Вольфа - Паркинсона - Уайта являются:

ширина комплекса QRS, превышающая 0.10 с

интервал P-Q < 0.11 с

наличие дельта-волны

все перечисленные

верно а) и c)

Электрокардиографическими признаками синдрома Фридерика являются

нерегулярный ритм желудочков

мерцание или трепетание предсердий

полная атриовентрикулярная блокада

все вышеперечисленное

верно 1 и 3

Для полной атриовентрикулярной блокады проксимального уровня характерно

уменьшение частоты сокращений желудочков (менее 40 в минуту)

широкий комплекс QRS, равные по продолжительности интервалы R-R, разные интервалы P-Q

нормальный по ширине комплекс QRS, равные интервалы R-R, изменение положения зубца Р по отношению к QRS

блокада левой ножки пучка Гиса

различные по продолжительности интервалы R-R

Электрокардиографическими признаками миокардитов являются

снижение амплитуды зубца Т

инверсия зубца Т

нарушение проводимости

нарушение возбудимости

все перечисленные

Атриовентрикулярная блокада II степени, I типа (по Мобитцу) с периодами Венкебаха - Самойлова характеризуется:

увеличением интервала P-Q (более 0.2 с)

постепенным увеличением интервала Р-Р в последующих циклах и периодическим исчезновением зубца Р и комплекса QRST

нормальным интервалом P-Q и периодическим исчезновением зубца Р

постепенным увеличением интервала P-Q в последующих циклах и периодическим исчезновением комплекса QRST при сохранении в паузе зубца Р

выпадение отдельных комплексов QRST при сохранности зубца Р и фиксированного удлиненного интервала PQ

Что из перечисленного является показанием к проведению кардиостимуляции

мерцание предсердий

полная атриовентрикулярная блокада

атриовентрикулярная блокада 1 степени

желудочковая эктрасистолия

синусовая брадикардия менее 50 в минуту

Которое из следующих утверждений относительно результатов лечения АГ является верным:

лечение АГ уменьшает частоту инсультов, но не значительно уменьшает частоту ИБС

лечение АГ уменьшает частоту ИБС, но не значительно уменьшает частоту инсультов

лечение АГ уменьшает частоту инсультов и ИБС

лечение АГ уменьшает частоту инсультов, но повышает частоту ИБС

ни один из вышеперечисленных ответов

При развитии АГ происходит

активация ренин-ангиотензиноой системы

повышение активности симпато-адреналовой системы

повышение выработки А II

стимуляция выработки альдостерона

все вышеперечисленное

Патологическое действие А II на гладкомышечные клетки сосудов и кардиомиоциты опосредуется через

рецепторы АТ1

рецепторы АТ2

рецепторы АТ3

альфа-адренорецепторы

бета-адренорецепторы

Какой из перечисленных факторов не учитывается при стратификации групп риска у больных АГ:

возраст - Ж >65 лет, М >55 лет

уровень С-реактивного белка более 1 мгл

употребление алкоголя более 30мг этанола в сутки

курение

абдоминальное ожирение

Какое поражение головного мозга в качестве осложнения не характерно для АГ

ишемический инсульт

геморрагический инсульт

дисциркуляторная энцефалопатия

амилоидоз мозга

транзиторные ишемические атаки

Поражение почек при АГ ведет к формированию

первично-сморщенной почки

вторично-сморщенной почки

поликистоза

гидронефроза

амилоидоза

Какая из нижеследующих стратегий не является полезной для предотвращения прогрессии почечной недостаточности у пациентов с АГ и диабетом

начало терапии иАР-II

снижение АД до < 120/75 мм.рт.ст.

начало терапии иАПФ

начало терапии бета- блокаторами

Какое из перечисленных заболеваний не относится к ассоциированным состояниям:

острое нарушение мозгового кровообращения по типу транзиторных ишемических атак

ИБС. Стабильная стенокардия ФК II

хронический пиелонефрит

диабетическая нефропатия

ИБС. Инфаркт миокарда

Для стенокардии Принцметала характерны все перечисленные признаки, кроме

циклического характера

возникновения болей в покое ночью

подъема сегмента ST выше изолинии во время приступа

появления болей при нагрузке

равенства периода нарастания боли периоду ее исчезновения

Непосредственной причиной возникновения приступа стенокардии может быть

волнение

выход на холод

физическая нагрузка

повышение артериального давления

все перечисленное

Острый коронарный синдром включает в себя все, кроме

инфаркт миокарда с патологическим зубцом Q

инфаркт миокарда без патологического зубца Q

нестабильная стенокардия

инфаркт миокарда, диагностируемый по ферментам крови

стабильная стенокардия

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

фибринолитическая терапия

введение антикоагулянтов

введение бета-блокаторов

внутривенное введение наркотических аналгетиков

внутривенное введение нитратов

К ранним осложнениям инфаркта миокарда относятся

отек легких

остановка кровообращения

разрыв миокарда

блокада ножек пучка Гиса

все перечисленные осложнения

Возникновение кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда

не зависит от массы поврежденного миокарда

связано с повреждением 20% массы миокарда

связано с повреждением 40% и более массы миокарда

зависит от локализации инфаркта миокарда

все перечисленное неверно

Какие ЭКГ-признаки наиболее информативны для диагностики инфаркта правого желудочка

подъем сегмента ST в отведениях V3R и V4R

резкое отклонение эос вправо

полная блокада правой ножки пучка Гиса

появление Р-pulmonale в отведениях II III AVF

признаки перегрузки правого желудочка ( глубокие S V5-6)

Синдром реперфузии - это

повреждение миокарда свободными радикалами

атриовентрикулярное проведение по дополнительному пути

симптомокомплекс, сопровождающий восстановление кровотока по тромбированной коронарной артерии

дестабилизация стенокардии после отмены в-блокаторов

разновидность электромеханической диссоциации

Какие виды лечения позволяют восстановить кровоток в бассейне пораженной артерии:

раннее введение тромболитика

аортокоронарное шунтирование

раннее введение гепарина

верно 1 и 2

верно 1 и 3

Что из перечисленного является противопоказанием к тромболитической терапии при ИМ:

АД 160100 мм.рт.ст.

подозрение на расслаивающую аневризму аорты

трансмуральный ИМ

впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса

время с момента некроза менее 3 часов

Что может быть причиной появления пансистолического шума при ИМ:

разрыв левой сосочковой мышцы

разрыв межжелудочковой перегородки

инфаркт правого желудочка

разрыв наружной стенки

все перечисленное

Наличие каких из перечисленных факторов к моменту поступления больного в стационар может прогнозировать кардиогенный шок:

ФВ левого желудочка менее 35%

возраст до 50 лет

мужской пол

мелкоочаговый ИМ

ФВ левого желудочка более 45%

Наиболее значимый признак сердечной недостаточности у больных старше 40 лет:

III тон сердца

IV тон сердца

Хрипы в легких

Асцит

Отеки

Какие из перечисленных заболеваний могут приводить к развитию диастолической дисфункции:

выраженная гипертрофия левого желудочка при АГ

рестриктивная кардиомиопатия

дилатационная кардиомиопатия

верно 1 и 2

верно 1 и 3

В возникновении отеков сердечного происхождения играют роль все перечисленные факторы, кроме

повышения гидростатического давления в капиллярах и замедления кровотока

вторичного альдостеронизма с задержкой внеклеточного натрия

повышения проницаемости сосудистой стенки

нарушения белкового обмена со сдвигом в сторону мелкодисперсных белков

снижения онкотического давления плазмы

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

для недостаточности митрального клапана

для идиопатической кардиомиопатии

для артериальной гипертензии

для констриктивного перикардита

для аневризмы аорты

Систолический шум при гипертрофической кардиомиопатии уменьшается, когда пациент:

проводит пробу Вальсальвы

ложится

вдыхает амилнитрит

встает

принимает сердечные гликозиды

Клиническими проявлениями дилатационной (застойной) кардиомиопатии являются

одышка

сердцебиение

пароксизмальная тахикардия и мерцательная аритмия

нарушение сердечной проводимости

все перечисленные

Чаще всего возбудителем бактериального эндокардита у лиц, употребляющих внутривенно наркотики, является:

Staphilococ. aureus

Streptococ. viridans

Enterococc.

Candida

гемолитический Strept.

Выберите правильные рекомендации AHAACC 1997 г. по применению антибиотиков для профилактики инфекционного эндокрдита при инвазивных вмешательствах:

Однократное введение бициллина 5

Экстенциллин 1 раз в 3 недели

однократный прием амоксациллина (2 г) за 1 час до вмешательства

эритромицин в течение 5 дней

пенициллин 4 млн. в сутки однократно

Какой Эхо-КГ признак является критерием диагностики бактериального эндокардита:

вегетации на клапанах

митральная регургитация

дилатация левого желудочка

перфорация створок

кальциноз створок клапана

Эндокардит Либмана - Сакса - это

бактериальный эндокардит

ревматический эндокардит

эндокардит при системной красной волчанке

терминальный эндокардит

подострый септический эндокардит

После имплантации митрального протеза терапия антикоагулянтами непрямого действия проводится

в течение 1 мес после операции

в течение 2 мес после операции

в течение 10 лет после операции

пожизненно

не проводится вовсе

Основной лечебный эффект нитроглицерина у больных с левожелудочковой недостаточностью кровообращения связан со следующими явлениями:

Расширение коронарных артерий

Расширение периферических артерий

Увеличение коронарного кровотока вследствие увеличения частоты сердечных сокращений

Расширение периферической венозной системы

Замедление ЧСС и снижение потребности миокарда в кислороде

При лечении гепарином контрольным тестом является

уровень протромбина

уровень фибриногена

АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время)

время кровотечения

количество тромбоцитов

Выберите вариант лечения для вторичной профилактики ИМ:

Аспирин, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, статины

Нитраты, аспирин, ингибиторы АПФ, статины

Бета-блокаторы, аспирин, ингибиторы АПФ, статины

Бета-блокаторы, аспирин, ингибиторы АПФ, рибоксин

Гепарин, аспирин, ингибиторы АПФ, статины

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

менее 1,0

1,0-2,0

2,0-3,0

3,0-4,0

4,0- 5,0

При какой форме ИБС антагонисты кальция являются препаратами выбора:

Инфаркт миокарда

Стенокардия напряжения ФК II

Стенокардия Принцметала

Стенокардия напряжения ФК I

Безболевая ишемия миокарда

Каков механизм действия бета-блокаторов при лечении ХСН (хронической сердечной недостаточности):

уменьшают эффекты хронической катехоламиновой стимуляции

вызывают отрицательное хронотропное действие

уменьшают преднагрузку

уменьшают постнагрузку

увеличивают время диастолического наполнения

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

дигоксин

бета –блокаторы

ингибиторы АПФ

нитропруссид натрия

лазикс

Какие из перечисленных препаратов необходимо осторожно применять при лечении застойной сердечной недостаточности у больного с варикозным расширением вен нижних конечностей:

бета -блокаторы

верошпирон

нитраты

сердечные гликозиды

гидралазин

Противопоказанием для назначения спиронолактона при СН является:

уровень К менее 5 ммольл

уровень К более 5 ммольл

уровень креатинина менее 200 ммольл

уровень натрия менее 130 ммольл

уровень натрия более 130 ммольл

При диастолической дисфункции левого желудочка не следует применять:

диуретики петлевые

ингибиторы АПФ

диуретики калийсберегающие

сердечные гликозиды

бета-блокаторы

Риск системных тромбоэмболий при мерцательной аритмии в большей степени снижает терапия:

аспирин в низких дозах

клопидогрель

монотерапия варфарином

фраксипарин

комбинация в низких дозах аспирина и варфарина

Как купируется желудочковая тахикардия при стабильной гемодинамике:

внутривенное введение лидокаина

внутривенное введение АТФ

вагусные пробы

внутривенное введение бета-блокаторов

внутривенное введение дигоксина

Выберите оптимальный комплекс препаратов для лечения сердечной недостаточности 1 стадии (ФК 1):

диуретики и ингибиторы АПФ

диуретики, сердечные гликозиды и милринон

бета -блокаторы и добутамин

бета --блокаторы, сердечные гликозиды и лидокаин

кордарон, антагонисты кальция и сердечные гликозиды

Аускультативной особенностью идиопатического гипертрофического субаортального стеноза является:

наличие систолического ромбовидного шума в III-IV межреберье по левому краю грудины

отсутствие проведения данного шума на сонную артерию

динамический характер интенсивности шума

наличие в части случаев систолического шума митральной регургитации над митральным клапаном

все перечисленное

Для органической недостаточности трехстворчатого клапана характерно все перечисленное, кроме

систолического шума над мечевидным отростком

ритма "перепела"

положительного венного пульса

гипертрофии правых отделов сердца

симптома Плеша

Один из физикальных признаков тяжелого аортального стеноза:

Грубый систолический шум.

Громкий аортальный компонент II тона.

Запаздывание каротидной пульсации

Диастолический шум.

Щелчок открытия

У женщины 30 лет при осмотре повышено АД до 160/90 мм.рт.ст. Жалобы на периодическую головную боль. В анализах мочи: уд.вес- 1022, белок - отр., лейкоциты - до 8 в поле зрения. В течение 10 лет принимает регивидон (оральный контрацептивный препарат). АГ носит характер:

Эссенциальной АГ

симптоматический, обусловлена хроническим пиелонефритом

связана с приемом оральных контрацептивов

вторичной, обусловленной первичным гиперальдостеронизмом

вторичной, обусловленной феохромоцитомой

Выберите вариант тактики лечения для пациента 57 лет, с уровнем АД 140/90 мм.рт.ст., с наличием гипертрофии левого желудочка, с наследственной отягощенностью по АГ:

Изменение образа жизни

Изменение образа жизни + немедикаментозная терапия в течение 6 месяцев

Изменение образа жизни + немедикаментозная терапия в течение 12 месяцев

Изменение образа жизни + медикаментозная терапия

медика0ментозная терапия

У больного, перенесшего острый инфаркт миокарда, появились боли в грудной клетке, лихорадка, шум трения перикарда, увеличение СОЭ, динамика изменений ЭКГ при этом без особенностей. Ваше заключение:

распространение зоны поражения миокарда

идиопатический перикардит

постинфарктный синдром (синдром Дресслера)

разрыв миокарда

разрыв сердечных хорд

У больного 50 лет после перенесенного обширного инфаркта миокарда на ЭКГ: блокада левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярная блокада I степени, периодическая блокада II степени (I тип нарушения по Мобитцу) в некоторых циклах. Необходимость имплантации искусственного водителя ритма подтверждает следующий клинический симптом:

значительная одышка при физической нагрузке

кратковременные эпизоды потери сознания

приступы стенокардии через каждые 50 м ходьбы

все перечисленные симптомы

ни один из перечисленных симптомов

Мужчина 47 лет в течение последних нескольких месяцев жалуется на сжимающие боли за грудиной, возникающие при быстрой ходьбе в среднем темпе через 500 м, или при подъеме по лестнице на 2-й этаж. Изредка боли появляются и в покое. Данный случай стенокардии можно классифицировать как

нестабильная стенокардия

прогрессирующая стенокардия

стабильная стенокардия напряжения

вариантная стенокардия

впервые возникшая стенокардия

Больной 50 лет в последний год отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 мин, проходят самостоятельно или после приема нитроглицерина, АД - 120/80 мм рт. ст., пульс 62 удара в минуту, ЭКГ покоя без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. На ЭКГ во время приступа болей зарегистрирован подъем сегмента ST в грудных отведениях. Наиболее вероятный диагноз

кардиалгия

нейроциркуляторная дистония

стенокардия напряжения

вариантная стенокардия

обструктивная кардиопатия

Больной 50 лет отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 мин, проходят самостоятельно или после приема нитроглицерина, АД - 120/80 мм рт. ст., пульс 62 удара в минуту, ЭКГ покоя без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. На ЭКГ во время приступа болей зарегистрирован подъем сегмента ST в грудных отведениях. У больного диагностирована вариантная стенокардия. Больному следует назначить:

нитраты

бета -адреноблокаторы

ингибиторы АПФ

антагонисты кальция

все перечисленное

Женщина 30 лет страдает митральным стенозом. В период беременности при сроке 8 месяцев появились рецидивирующие отеки легких. Наиболее рациональное вмешательство:

терапия сердечными гликозидами

прерывание беременности

неотложная комиссуротомия

кровопускания

назначение постельного режима до родов

Мужчина 55 лет на протяжении двух недель жалуется на тупую боль в области сердца, одышку, ортопноэ. При обследовании выявляются приглушенность сердечных тонов, снижение на вдохе на 25 мм рт. ст. пульсового давления. Наиболее вероятный диагноз:

инфаркт миокарда

экссудативный (выпотной) перикардит

эмфизема легких с правожелудочковой недостаточностью

фибрилляция предсердия

синдром верхней полой вены

Больной выписан из стационара на 36-й день после крупноочагового инфаркта миокарда. Спустя полгода вновь появились боли за грудиной на 5 - 10 мин, при обычной небольшой физической нагрузке (подъёме на 1-й этаж, ходьбе около 100 м), выполняемой в обычном темпе. Выберите оптимальную лекарственную терапию.

монотерапия терапия антиангинальными препаратами

комбинированная терапия антиангинальными препаратами

аспирин, статины, ингибиторы АПФ, антиангинальные препараты

статины, антиангинальные препараты

аспирин, статины, антиангинальные препараты

У больного, госпитализированного с впервые возникшей стенокардией напряжения, появились сильные распирающие головные боли, в связи с чем больной отказывается принимать все лекарства. Вероятнее всего, данные жалобы могут быть вызваны приемом:

бета -блокаторов

Нитратов

Антагонистов кальция

Ацетилсалициловой кислоты

Стрептокиназы

44-летняя женщина поступает в клинику с жалобами на остро возникшее затрудненное дыхание. Страдает заболеванием сердца и эмфиземой. До 3 часов ночи чувствовала себя неплохо, проснулась от выраженной одышки. Болей в грудной клетке не было, но появился кашель с розовой мокротой. При осмотре: ЧДД- 36 в минуту, АД- 200/110 мм.рт.ст. Пульс 110 в минуту. Температура тела -38 С. В легких с обеих сторон влажные хрипы до уровня лопаток. Со стороны сердца - ритм галопа. На ЭКГ - тахикардия. Рентгенологически - увеличение сердца и двустороннее усиление альвеолярного рисунка. Ваш диагноз:

Эмфизема, осложнившаяся пневмоний

Эмболия легочной артерии

Респираторный дистресс-синдром взрослых

Острая левожелудочковая недостаточность

Гипертонический криз

У пациента 15 лет АД 180/110 мм.рт.ст. Жалуется на онемение ног. При объективном осмотре отмечается хорошо сложенная грудная клетка, узкий таз, худые ноги. При R- графии грудной клетки выявлены узуры на ребрах. Возможный диагноз:

Неспецифический аортоартериит

Коарктация аорты.

Болезнь Иценко-Кушинга

Саркоидоз

Болезнь Такаясу

Больного 53 лет в течение 3 месяцев беспокоят приступы болей за грудиной длительностью 10-15 минут, возникают чаще ночью в предутренние часы. Физическую нагрузку переносит хорошо. Какая форма стенокардии имеется у данного больного?

Стабильная стенокардия Ф K II

Стабильная стенокардия ФК III

Стабильная стенокардия ФК IV

вазоспастическая стенокардия

впервые возникшая стенокардия

У больного 63 лет в течение года боли в области сердца при физической нагрузке средней интенсивности, 2 недели назад боли стали возникать при небольшой нагрузке. Сегодня болевой приступ развился в покое и продолжался 1,5 часа. Не купировался нитроглицерином, сопровождался холодным потом, слабостью. Через 4 часа после начала приступа осмотрен семейным врачом на дому.
Поставьте предварительный диагноз:

инфаркт миокарда

Стабильная стенокардия Ф K II

Стабильная стенокардия ФК III

впервые возникшая стенокардия

кардиалгия

У больного 45 лет появились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, длительностью 30 минут, купированы после повторного приема нитроглицерина. Объективно: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс - 82 в минуту, АД - 130/80 мм рт ст. На ЭКГ: ритм синусовый. Подъем сегмента SТ в отведениях аVL, V3-5, на следующий день SТ на изолинии. Общий анализ крови: лейкоциты - 6,8.109/л, СОЭ-12мм/час, АСТ-0,28, АЛТ-0,35 ммоль/л. Какой вид ангинозного приступа можно предположить?

Стабильная стенокардия Ф K II

Стабильная стенокардия ФК III

Стенокардия Принцметалла

Постинфарктная стенокардия

Впервые возникшая стенокардия

19- летний мужчина доставлен в приемное отделение с диагнозом " тупая травма грудной клетки", полученная от удара о рулевое колесо автомобиля. На догоспитальном этапе отмечались нестабильная гемодинамика с гипотензией, боль в грудной клетке и одышка. Состояние крайне тяжелое, имеется артериальная гипертензия, похолодание конечностей, тахикардия. У данного больного могут быть все осложнения, кроме:

инфаркт миокарда

тампонада сердца

ушиб сердца

гематома перикарда

расслоение стенки аорты

34-летний мужчина обратился в связи с приступами сердцебиений. Холтеровское мониторирование документировало пароксизмальную тахикардию, переходящую в фибрилляцию предсердий. Эхокардиограмма показала нормальную функцию и размеры ЛЖ и ПЖ и отсутствие клапанного порока сердца. При последующем расспросе удалось выяснить, что пациент злоупотребляет алкоголем. Каковы наиболее целесообразные рекомендации:

отказ от алкоголя, наблюдение в динамике

назначение верапамила

назначение бета-блокаторов

назначение амиодорона

отказ от алкоголя, кофе, шоколада, назначение флекаинида или пропафенона

У 34-летнего мужчины, злоупотребляющего алкоголем, выявлена пароксизмальная тахикардия, переходящая в фибрилляцию предсердий. Эхокардиограмма показала нормальную функцию и размеры ЛЖ и ПЖ и отсутствие клапанного порока сердца. Пациенту было рекомендовано отказаться от алкоголя, принимать флеканид. В течение 5 лет чувствовал себя хорошо. Затем возник рецидив фибрилляции предсердий, несмотря на воздержание от алкоголя. АД было нормальным. Доза флеканида была увеличена до 200 мг 2 раза в день. Пациент стал ощущать парастезии. Какой альтернативный антиаритмический препарат можно назначить:

пропранолол

соталол

дигоксин

амиодарон

хинидин

49- летний мужчина с АГ поступил в отделение экстренной терапии с жалобами на сдавливание груди в покое и подъемом сегмента ST на 4 мм в нижних отведениях ЭКГ. Эти явления уменьшались после приема нитроглицерина. Катетеризация сердца показала нормальные коронарные артерии, а при последующей пробе с эргоновином спровоцирован спазм правой коронарной артерии. В настоящее время пациент принимает надолол и диуретик по поводу АГ. Как следует изменить схему лечения:

добавить пролонгированные нитраты

отменить бета-блокатор и назначить блокатор кальциевых каналов

увеличить дозу бета-блокатора

отменить бета-блокатор и назначить нитраты

оставить терапию без изменений, при приступах принимать нитроглицерин

У 43-летнего мужчины, обратившегося за лечением тяжелой АГ, при начальном осмотре обнаружены АД- 190/120 мм.рт.ст. и тахикардия. В течение нескольких лет он наблюдался у психиатра по поводу эпизодов беспокойства с рецидивирующими приступами страха, потливости, тошноты и головной боли. Была начата гипотензивная терапия бета- блокаторами. Через несколько дней он поступил с отеком легких, спутанным сознанием и АД-260/140 мм.рт.ст. Какой диагноз наиболее вероятен:

эссенциальная гипертония тяжелой степени тяжести

феохромоцитома

Синдром кона

Реноваскулярная гипертония

Коарктация аорты

Женщина среднего возраста с длительной АГ в настоящее время получает антигипертензивную терапию клонидином и пропранололом. Она предъявляет жалобы, связанные с побочными эффектами клонидина. Выберите правильную тактику ведения:

отменить клонидин и заменить его на блокатор кальциевых каналов

медленное снижение дозы клонидина или прекращение терапии бета-блокаторами перед его постепенной отменой

постепенная отмена клонидина на фоне увеличения дозы бета-блокатора

заменить клонидин на диуретик

отменить клонидин

Пациент с застойной сердечной недостаточностью вследствие дилатационной кардиомиопатии повторно обратился через месяц после начала терапии ингибитором АПФ с жалобами на постоянный сухой кашель. Какова тактика:

отменить ингибитор АПФ

заменить на другой ингибитор АПФ

назначить противокашлевую терапию

продолжать применять ингибитор АПФ

заменить ингибитор АПФ на блокатор рецепторов А II

64-летний мужчина со стабильной стенокардией напряжения чувствовал себя хорошо, принимая изосорбида динитрат в дозе 20 мг дважды в день. Недавно он увеличил дозу до 4 -х раз в день. Вскоре он отметил усиление стенокардии. Врач подумал о развитии толерантности к нитратам. Какова в данном случае должна быть тактика:

замена нитратов на блокаторы кальциевых каналов

отменить нитраты и назначить бета-блокаторы

соблюдать свободный от нитратов период длительностью 10-12 часов в сутки

увеличить дозу нитратов

добавить к нитратам бета-блокатор

Пациент с гипертензией поступил с острым расслоением аорты. Какое экстренное лечение было бы наиболее адекватным?

введение нитропруссида натрия

введение ганглиоблокатора

в/в введение бета-блокатора

введение сердечных гликозидов

в/в введение клонидина

У больного 50 лет - стенокардия 3 ФК. На ЭКГ определяется синусовый ритм, постепенной удлинение интервала РQ с последующим выпадением комплекса QRS. В качестве антиангинального средства могут быть использованы все, кроме:

Дилтиазем

Нифедипин

Пропранолол

Изосирбида динитрат

Вас вызвали в приемное отделение к больному 32 лет, у которого во время утренней пробежки случился обморок. Ранее у пациента были аналогичные обмороки. На ЭКГ имеет место глубокая инверсия зубца Т в отведениях I ,AVL, V2-V6. В анамнезе отсутствуют указания на боль в груди и одышку. О каком заболевании можно подумать:

дилатационная кардиомиопатия

миокардит

стабильная стенокардия

гипертрофическая кардиомиопатия

инфаркт миокарда

Вас вызвали в приемное отделение к больному 32 лет, у которого во время утренней пробежки случился обморок. Ранее у пациента были аналогичные обмороки. На ЭКГ имеет место глубокая инверсия зубца Т в отведениях I ,AVL, V2-V6. В анамнезе отсутствуют указания на боль в груди и одышку. Вы подозреваете гипертрофическую кардиопатию. Какое дополнительное обследование у вышеописанного пациента Вы должны рекомендовать:

холтеровское мониторирование

доплеровская эхокардиография

стресс-эхокардиография

коронарография

велоэргометрия

Больному А.,52 лет, с впервые выявленной АГ (АД на уровне 15090 мм.рт.ст.) проведено диагностическое обследование. Какие из перечисленных признаков указывают на поражение органов мишеней:

диффузный спазм артерий сетчатки

сахар крови натощак 5,5 ммольл

холестерин крови 5,9 ммольл

ЛПВП > 1,2 ммольл

креатинин -120 ммольл

Пациент С.50 лет, длительно страдает бронхиальной астмой. В течение 3-х лет отмечает повышение АД, в связи с чем принимает каптоприл -150 мг в сутки. Последний год АД сохраняется на уровне 130\90-140\90 мм.рт.ст. Кроме этого появились загрудинные боли, которые оценены как стенокардия. Какой лекарственный препарат целесообразней назначить в качестве дополнительной терапии

ди0уретик

антагонист кальция

бета -адреноблокатор

нитраты

альфа - адреноблокатор

Пациенту 56 лет, который 2 месяца назад перенес неосложненный инфаркт миокарда, был назначен тест с физической нагрузкой. Исходные показатели гемодинамики были следующие: АД-115\80 мм.рт.ст., ЧСС-74 удара в минуту. Во время проведения теста появились признаки, которые явились показанием для прекращения проведения последнего. Укажите один из этих признаков:

повышение АД до 140\95 мм.рт.ст.

повышение ЧСС до 115 ударов в минуту

единичные наджелудочковые экстрасистолы

депрессия сегмента ST> 2 мм

уплощение з.Т

У больной А. 34 лет после перенесенной тяжелой вирусной инфекции (грипп) через 2 недели появились слабость, одышка, боли в области сердца, сердцебиение. При осмотре АД 11070 мм.рт.ст.,чсс-80 ударов в минуту в покое, I тон ослаблен. На ЭКГ - з.Т(-) в отведениях V1-V4. О какой патологии можно думать:

пневмония

ишемическая болезнь сердца

миокардит

дилатационная кардиомиопатия

кардионевроз

Через 10 дней после начала терапии ингибиторами АПФ, 71-летний пациент с ишемической болезнью сердца в анамнезе пожаловался на недомогание, прогрессирующие отеки, уменьшение количества выделяемой мочи и прирост массы тела на 5,5 кг. Уровень креатинина в сыворотке крови повысился до 480 ммольл. Что произошло у пациента:

развилась декомпенсация сердечной недостаточности

развилась острая почечная недостаточность на фоне стеноза почечных артерий

присоединилась инфекция мочевыводящих путей

развился амилоидоз

у пациента прогрессирует хроническая почечная недостаточность

У пациента с ишемической болезнью сердца начата терапия ингибиторами АПФ, Через 10 дней у него появились недомогание, прогрессирующие отеки, уменьшение количества выделяемой мочи и прирост массы тела на 5,5 кг. Уровень креатинина в сыворотке крови повысился до 480 ммольл. Состояние было расценено как острая почечная недостаточность на фоне стеноза почечных артерий. Какое лечение нужно использовать в данном случае:

заменить ингибитор АПФ на блокатор рецепторов А II

назначить антагонист кальция

назначить большую дозу нитратов

назначить гидралазин в комбинации с изосорбидом динитрата

провести гемодиализ

Пациент, имеющий синдром WPW, поступил в отделение с фибрилляцией предсердий и частым ритмом желудочков. При наличии стабильной гемодинамики, какой из перечисленных препаратов следует выбрать для экстренного введения:

антагонист кальция

АТФ

прокаинамид

дигоксин

бета- блокатор

52-летняя пациентка перенесла трансмуральный инфаркт миокарда. Через 2 недели у нее появились субфебрильная температура, одышка, боли в суставах. При осмотре выявлен выпот в плевральной полости. Аускультативно определяется шум трения перикарда. Что явилось причиной ухудшения самочувствия:

развитие хронической сердечной недостаточности

синдром Дресслера

пневмония, осложненная плевритом

системная красная волчанка

бактериальный эндокардит

У 52-летней пациентки через 2 недели после перенесенного трансмурального инфаркт миокарда появились субфебрильная температура, одышка, боли в суставах. При осмотре выявлен выпот в плевральной полости. Аускультативно определяется шум трения перикарда. Было диагностировано постинфарктное осложнение- синдром Дресслера. Какое лечение будет наиболее эффективным:

ингибиторы АПФ

антибиотики

аспирин в больших дозах или преднизалон

диуретики

сердечные гликозиды в сочетании с диуретиками

Пациентке 27 лет, было проведено хирургическое вмешательство по поводу сочетанного митрального порока сердца ревматической этиологии (протезирование митрального клапана). При выписке в удовлетворительном состоянии была назначена терапия непрямыми антикоагулянтами (варфарин). Контроль какого показателя нужно проводить для правильного подбора дозы препарата:

активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)

уровень протромбина

уровень фибриногена

активность фактора Ха

международное нормализованное соотношение (МНО)

Пациентке 27 лет, после хирургического вмешательства по поводу сочетанного митрального порока сердца ревматической этиологии (протезирование митрального клапана) был назначен варфарин в дозе 5 мгсутки. Какого уровня МНО (международное нормализованное отношение) нужно достичь и поддерживать, для подбора адекватной дозы варфарина:

менее 1,0

в пределах 1,0-2,0

в пределах 2,0-3,0

в пределах 3,5-4,5

более 4,5

У больной 34 лет во время эпидемии гриппа повысилась температура до 39 градусов и держалась в течение суток, появились небольшие катаральные явления. Через неделю от начала заболевания присоединились боли в области сердца, сердцебиение, выраженная одышка, отеки голеней. На ЭКГ блокада левой ветви пучка Гиса. Госпитализирована в тяжелом состоянии с нарушением кровообращения в большом и малом круге, увеличением сердца. В крови лейкоциты 8200, СОЭ 9мм час. Ваш диагноз

Миокардит

Дилятационная кардиомиопатия

Гипертрофическая кардиомиопатия

Рестриктивная кардиомиопатия

Ишемическая болезнь сердца

Больной 34 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, одышку, перебои в области сердца, отеки на нижних конечностях. В анамнезе длительное злоупотребление алкоголем. Выпивает 500-700 г. водки 2 - 3 раза в неделю. Особенно злоупотреблял алкоголем в течении последнего года. При обследовании обнаружены изменения со стороны сердца. Расширение границ сердца влево, на ЭКГ - электрическая ось сердца не изменена, замедление атриовентрикулярной проводимости (РQ - 0,28) , снижение сегмента SТ в грудных отведениях, двухфазный зубец Т в отведениях V4- V6.На Эхо-КГ- снижение сократительной способности миокарда левого желудочка.Ваш диагноз

Миокардит

идиопатическая гипертропическая кардиомиопатия

алкогольная кардиомиопатия

ишемическая брлезнь сердца

порок сердца

У больной 26 лет после двух родов наблюдается появление лабильной АГ. Ухудшение самочувствия провоцируется длительной ходьбой и пребыванием в вертикальном положении. После непродолжительного отдыха в горизонтальном положении АД может нормализоваться. При планировании диагностических мероприятий в первую очередь следует думать, что у больной:

Хронический пиелонефрит

Нефроптоз

Феохромоцитома

Эссенциальная гипертония

Нейроциркуляторная дистония

Пациент с уровнем АД 140/90 мм.рт.ст. и страдающий сахарным диабетом 2 типа относится к следующей категории риска:

Низкая группа

Средняя группа

Высокая группа

Очень высокая группа

Не относится к группе риска

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

препаратов центрального действия

Ингибиторов АПФ

Тиазидовых диуретиков

бета -блокаторов

a -адреноблокаторов

Патогномоничным для стенокардии является

загрудинная боль при физической нагрузке без изменений ЭКГ

желудочковая экстрасистолия после нагрузки

загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента ST на 1 мм и более

подъем сегмента ST менее, чем на 1 мм

увеличение зубца Q в III стандартном и аVF отведениях

К ранним осложнениям инфаркта миокарда относятся

отек легких

остановка кровообращения

разрыв миокарда

блокада ножек пучка Гиса

все перечисленные осложнения

Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является

изменение комплекса QRS

инверсия зубца Т

нарушение сердечного ритма

подъем сегмента ST

появление зубца Q

Положительное действие нитроглицерина заключается

в увеличении притока венозной крови к сердцу

в увеличении периферического сопротивления и снижении артериального давления

в увеличении конечного диастолического давления

в уменьшении преднагрузки

в увеличении работы сердца

Для какого порока характерна симптоматика: смещение границ сердца влево за счет гипертрофированного правого желудочка, эпигастральная пульсация, истинная пульсация печени и положительный венный пульс, приглушение I тона, систолический шум у основания мечевидного отростка (симптом Ривьеро-Корвалло):

аортальной недостаточности

дефекта межжелудочковой перегородки

дефекта межпредсердной перегородки

митральной недостаточности

трикуспидальной недостаточности

К гипертрофической кардиомиопатии относятся следующие признаки: А. больные жалуются на стенокардитические боли, Б. диастолический шум с эпицентром над аортой, проводится на шейные сосуды, В. систолический шум на верхушке и в точке Боткина, Г. на ЭхоКГ выявляется изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки, Д. наиболее частыми осложнениями являются тромбозы и тромбоэмболии

А, Б, В

Б, В, Г

А, В, Г

А, Г, Д

В, Г, Д

B отношении рецидивирующего инфаркта миокарда (ИМ) справедливо: А. новые участки некроза миокарда появляются в сроки от 72 часов до 2-х месяцев после развития ИМ, Б. рецидивирующее течение имеет место при обширных и повторных инфарктах миокарда, В. новые участки некроза миокарда появляются в сроки до 72 часов, Г чаще развивается у лиц молодого возраста Д. не регистрируются изменения на ЭКГ

А, В

А, Б

Б, В

В, Г

Г, Д

У больного 47 лет 2 недели назад при очень быстром подъеме на 4 этаж возникла боль в нижней трети грудины, прошедшая в покое. Подобные боли возникли впервые. В дальнейшем они стали появляться при быстрой ходьбе, подъеме на 2 этаж. Определите форму стенокардии. Выберите тактику ведения:

ИБС, Прогрессирующая стенокардия. Направить на госпитализацию

ИБС. Стенокардия напряжения ФК 2. Назначить антиангинальную терапию.

Кардиалгия может быть обусловлена не коронарным заболеванием. Провести обследование

ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Направить на госпитализацию,назначить антиангинальную терапию.

ИБС. Стенокардия Принцметалла

У больного 72 лет, после перенесенного 7 месяцев назад инфаркта миокарда появились признаки сердечной недостаточности: одышка при минимальной физической нагрузке, слабость, постоянная тахикардия, неделю назад присоединились отеки на ногах, вздутие живота. После приема фуросемида в течение 3 дней отеки уменьшились, одышка также стала меньше, но тахикардия сохраняется. После выписки из стационара больной получает аспирин и бета-блокатор. На ЭКГ- трансмуральный инфаркт миокарда на передней стенке, в стадии рубцевания, мерцательная тахиаритмия. Укажите правильный вариант лечения:

дигоксин+ аспирин

бета-блокатор +аспирин + ингибитор АПФ

дигоксин+ бета-блокатор +диуретик

дигоксин+ бета-блокатор +аспирин + ингибитор АПФ + диуретик

бета-блокатор +аспирин + ингибитор АПФ + диуретик