

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22

Стр. 1 из
40

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 1

Название ОП: «Общая медицина»

Код дисциплины: ОVP 6301-5

Название дисциплины: Амбулаторно - поликлиническая кардиология

Объем учебных часов/кредитов: 48 часов, 3 кредитов

Курс и семестр изучения: 6 курс, 12 семестр



Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 2 из
40

Составитель: ассистент Шуашева Е.А.

Заведующий кафедрой: к.м.н., доцент Оспанов К.Е. Оспанов

Протокол № 1 Дата 01.09.2023 г.

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 3 из
40

<question>У больного 47 лет 2 недели назад при 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 и выберите тактику ведения:

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

<variant> ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Направить на госпитализацию

<variant> ИБС. Стенокардия напряжения ФК 2. Назначить антиангинальную терапию

<variant> Кардиалгия может быть обусловлена не коронарным заболеванием. Провести обследование

<variant> ИБС. Стенокардия Принцметала. Назначить нитраты

<question>Из нитратов пролонгированного действия по современным представлениям наиболее эффективны как антиангинальные средства:

<variant> изосорбид -5- мононитрат

<variant> нитролонг

<variant> нитросорбид

<variant> нитролонггранулонг

<variant> сустонит

<question>К наиболее эффективному препарату для снижения уровня холестерина и триглицеридов относится:

<variant> ловастатин (мевакор)

<variant> никотиновая кислота (эндурацин)

<variant> холестирамин (квестран)

<variant> гемфиброзил (гевилон)

<variant> пробукол (липомал)

<question>Согласно Канадской классификации стабильной стенокардии напряжения II функциональный класс характеризуется:

<variant> приступы возникают при обычной нагрузке

<variant> приступы возникают только при экстремальных напряжениях

<variant> приступы возникают при незначительной нагрузке

<variant> неспособность к выполнению минимальной нагрузки

<variant> приступы возникают в покое

<question>Приступы стенокардии возникают у больного при ходьбе в среднем темпе на расстояние менее 500 м, при подъеме по лестнице на 1-2 пролета, изредка приступы возникают в покое. Согласно канадской классификации стабильной стенокардии напряжения у больного устанавливается:

<variant> III функциональный класс

<variant> I функциональный класс

<variant> II функциональный класс

<variant> IV функциональный класс

<variant> 0 функциональный класс

<question>К понятию «интервальная терапия» для предотвращения толерантности к нитратам относится:

<variant> перерыв в приеме нитратов на 8-12 часов

<variant> перерыв в приеме нитратов на 4-6 часов

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 4 из
40

<variant> перерыв в приеме нитратов на 24 часа

<variant> перерыв в приеме нитратов на трое суток

<variant> перерыв в приеме нитратов на 1-2 часа

<question>Сжимающие боли за грудиной, возникающие при быстром беге по утрам, проходящие самостоятельно при прекращении физической нагрузки характерны для

<variant> стабильной стенокардии напряжения I ФК

<variant> стабильной стенокардии напряжения II ФК

<variant> стабильной стенокардии напряжения III ФК

<variant> стабильной стенокардии напряжения IV ФК

<variant> нестабильной стенокардии

<question>На приеме больная 55 лет, которая состоит на диспансерном учете с диагнозом ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ХСН ФК II. В анамнезе - приступы стенокардии. На ЭхоКГ обнаружена диастолическая дисфункция левого желудочка. Для улучшения функционального состояния сердца целесообразно использовать

<variant> селективные бета-адреноблокаторы

<variant> сердечные гликозиды

<variant> антагонисты альдостерона

<variant> петлевые диуретики

<variant> негликозидные иноторопные препараты

<question>Патогномичным признаком для стенокардии является:

<variant>загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента ST на 1мм и более

<variant>загрудинная боль вне связи с физической нагрузкой

<variant>желудочковая экстрасистолия после нагрузки

<variant>подъем сегмента ST менее чем на 1мм

<variant>увеличение зубца Q в I стандартном и aVF отведениях

<question>Определите группу диспансерного наблюдения клинически здорового пациента с ожирением и отягощенной наследственностью по ишемической болезни сердца.

<variant>ДII

<variant>ДI

<variant>ДША

<variant>ДШБ

<variant>ДШВ

<question>ЭКГ – критерий положительной пробы с физической нагрузкой:

<variant>горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм и продолжительностью более 80 мс

<variant>косовосходящая депрессия сегмента ST

<variant>косонисходящая депрессия сегмента ST

<variant> умеренная синусовая тахикардия

<variant>горизонтальная депрессия сегмента ST более 0,5 мм

<question>Мужчина 47 лет в течение двух месяцев жалуется на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м, или при подъеме по лестнице на 3-й этаж. Изредка боли появляются и в покое. Данный случай стенокардии можно классифицировать как:

<variant>стабильную стенокардию напряжения II ФК

<variant>стабильную стенокардию напряжения I ФК

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 5 из
40

<variant>стабильную стенокардию напряжения III ФК

<variant>стабильную стенокардию напряжения IV ФК

<variant>нестабильную стенокардию

<question>Достоверным критерием ишемии миокарда при выполнении велоэргометрической пробы считается:

<variant>депрессия сегмента ST на 2 мм и более

<variant>появление зубца Q

<variant>депрессия сегмента ST во всех отведениях менее чем на 1 мм

<variant>инверсия зубца ST

<variant>подъем сегмента ST на 0,5 мм

<question>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:

<variant>суточное мониторирование

<variant>велоэргометрия

<variant>проба с обзиданом

<variant>коронароангиография

<variant>определение уровня кардиоспецифических ферментов крови

<question>Мужчина 62 лет, перенесший инфаркт миокарда, обратился к врачу по поводу головных болей и головокружения. При осмотре: пульс – 86 в минуту, артериальное давление – 200/100 мм рт.ст., признаков сердечной недостаточности нет, имеются проявления облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Больному для коррекции артериальной гипертензии целесообразно назначить:

<variant>верапамил

<variant>анаприлин

<variant>коринфар

<variant>гипотиазид

<variant>капотен

<question>42 летний больной жалуется на интенсивные давящие боли за грудиной, появляющиеся в ранние предутренние часы. Работает водителем, днем болей не испытывает. На коронароангиографии - атеросклеротических изменений не выявлено, проба с эргометрином положительна. Ваш диагноз:

<variant>ИБС. Вазоспастическая стенокардия

<variant>ИБС. Прогрессирующая стенокардия

<variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФК II

<variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФК III

<variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФК IV

<question>У больного со стабильной стенокардией напряжения III ФК появились приступы стенокардии в покое, увеличились частота, интенсивность и длительность приступов, на ЭКГ появились изменения, которых не было, и сохраняются несколько дней, присоединились вегетативные сдвиги (испарина, сердцебиение), удушье, а динамика ЭКГ и исследование активности ферментов позволяют исключить инфаркт миокарда. Ваш диагноз:

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 6 из
40

<variant>нестабильная стенокардия

<variant>стабильная стенокардия напряжения IV ФК

<variant>стенокардия Принцметала

<variant>стабильная стенокардия II ФК

<variant>стабильная стенокардия III ФК

<question>В большей мере продлевают жизнь больного с ишемической болезнью сердца:

<variant>бета-адреноблокаторы

<variant>антагонисты кальция

<variant>статины

<variant>ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

<variant>антиагреганты

<question>Больной выписан из стационара на 21-й день после крупноочагового инфаркта миокарда. Спустя полгода вновь появились боли за грудиной на 5-10 мин, при обычной небольшой физической нагрузке (подъеме на 1-й этаж, ходьбе около 100 м), выполняемой в обычном темпе. Выберите оптимальную лекарственную терапию:

<variant>аспирин, статины, ингибиторы АПФ, антиангинальные препараты

<variant>монотерапия антиангинальными препаратами

<variant>комбинированная терапия антиангинальными препаратами

<variant>статины, антиангинальные препараты

<variant>аспирин, статины, антиангинальные препараты

<question>Пробу с эргометрином используют для диагностики:

<variant>спонтанной стенокардии

<variant>впервые возникшей стенокардии

<variant>прогрессирующей стенокардии

<variant>стабильной стенокардии

<variant>постинфарктной стенокардии

<question>Больной 57 лет, в течение 3 лет страдает стенокардией напряжения, принимает антиангинальные средства (атенолол 50мг/сутки, нитраты). На фоне повышенных физических нагрузок приступы стенокардии участились, со вчерашнего дня беспокоит затяжной приступ, с выраженным болевым синдромом, АД резко снизилось, холодный липкий пот. Выберите правильный вариант тактики ведения данного больного на догоспитальном этапе:

<variant>дать разжевать аспирин, снять ЭКГ, госпитализировать

<variant>госпитализировать больного в отделение экстренной терапии

<variant>наблюдать больного амбулаторно в течение 8-12 часов

<variant>назначить нитроглицерин под язык каждые 10-15 минут

<variant>усилить антиангинальную терапию

<question> У больного с впервые возникшей стенокардией напряжения имеется наименьшая вероятность возникновения инфаркта миокарда:

<variant>если боль возникает постоянно при одной и той же физической нагрузке

<variant>если боль сочетается со смещением сегмента ST и изменением зубца T

<variant>если боль сочетается с экстрасистолией

<variant>если боль сочетается с нарушением проводимости

<variant>если наблюдается серия приступов боли, купирующихся нитроглицерином

<question>Антагонисты кальция являются препаратами выбора при:

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 7 из
40

<variant>стенокардии Принцметала

<variant>стенокардии напряжения ФК II

<variant>стенокардии напряжения ФК I

<variant>инфаркте миокарда

<variant>безболевого ишемии миокарда

<question>Основной признак на основании которого можно поставить диагноз прогрессирующей стенокардии:

<variant>увеличение частоты и усугубление тяжести приступов стенокардии

<variant>типичный болевой приступ впервые возник месяц назад

<variant>типичный болевой приступ сопровождается изменениями конечной части желудочковых комплексов на ЭКГ

<variant>приступы болей возникают ночью в покое

<variant>болевого приступ впервые возник полгода назад

<question>Мужчина 40 лет обратился с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной, возникающие в ночное время и ранние предутренние часы. Днем хорошо переносит большие физические нагрузки. При коронароангиографии выраженных атеросклеротических изменений не выявлено, проба с эргометрином положительна. **НАИБОЛЕЕ** вероятный диагноз:

<variant>ИБС. Вазоспастическая стенокардия

<variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФК II

<variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФК III

<variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФК IV

<variant>ИБС. Прогрессирующая стенокардия

<question>Больной, 48 лет жалуется на приступообразные, сжимающие боли за грудиной длительностью около 2 минут, отдающие в левую половину шеи и ключицу, возникающие при подъеме на 2-ой этаж, проходящие в покое. Первый раз болевой синдром появился 2 недели назад. Лечение не принимал. Объективно: состояние удовлетворительное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Частота сердечных сокращений 68 в минуту, артериальное давление 120/70 мм рт.ст. На электрокардиограмме без патологии. **НАИБОЛЕЕ** вероятный диагноз:

<variant>Впервые возникшая стенокардия

<variant>Вазоспастическая стенокардия

<variant>Стабильная стенокардия напряжения III ФК

<variant>Стабильная стенокардия напряжения II ФК

<variant>Прогрессирующая стенокардия

<question>У больного, страдающего в течение года стабильной стенокардией напряжения II ФК, в последние 5 дней значительно увеличилось количество болевых приступов, резко снизилась толерантность к физическим нагрузкам, появились приступы болей в покое, возросло потребление нитроглицерина. Поставьте правильный диагноз:

<variant>ИБС. Прогрессирующая стенокардия

<variant>ИБС. Впервые возникшая стенокардия

<variant>ИБС. Стабильная стенокардия ФК III

<variant>ИБС. Стенокардия Принцметала

<variant>ИБС. Q-негативный инфаркт миокарда

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 8 из
40

<question>К нестабильной стенокардии не относится следующая форма ишемической болезни сердца:

<variant>стенокардия напряжения (3 ФК)

<variant>впервые возникшая стенокардия

<variant>ранняя постинфарктная стенокардия

<variant>особая форма стенокардии

<variant>прогрессирующая стенокардия

<question>Лицам с высоким кардиоваскулярным риском (5–10 % по шкале SCORE или значительно повышенными уровнями отдельных ФР, например, семейной гиперхолестеринемией или АГ высокой степени тяжести) рекомендуется целевой уровень ХС-ЛПНП:

<variant>ХС-ЛПНП < 1,8 ммоль/л

<variant>ХС-ЛПНП < 3,0 ммоль/л

<variant>ХС-ЛПНП < 3,5 ммоль/л

<variant>ХС-ЛПНП < 4,0 ммоль/л

<variant>ХС-ЛПНП < 4,5 ммоль/л

<question>Лицам с очень высоким кардиоваскулярным риском (больные с установленным диагнозом атеросклероза любой локализации; СД II и I типа с микроальбуминурией; хронической болезнью почек; суммарным риском > 10 % по шкале SCORE)

рекомендуется целевой уровень ХС- ЛПНП:

<variant>ХС-ЛПНП < 1,4 ммоль/л

<variant>ХС-ЛПНП < 2,5 ммоль/л

<variant>ХС-ЛПНП < 2,8 ммоль/л

<variant>ХС-ЛПНП < 3,0 ммоль/л

<variant>ХС-ЛПНП < 3,5 ммоль/л

<question>На стационарное лечение поступил больной с жалобами на тупые, давящие боли в глубине грудной клетки. Проснулся от боли, через несколько часов после сна. Из анамнеза: Приступы идут в виде серий, чередующихся друг за другом в течение 10-15 минут. На ЭКГ отмечается подъем сегмента в момент приступа. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>Стенокардия Принцметала

<variant>Стенокардия напряжения II ФК

<variant>Стенокардия напряжения III ФК

<variant>Стенокардия напряжения IV ФК

<variant>Острый инфаркт миокарда

<question>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 более зарегистрирован подъем сегмента ST в грудных отведениях. Диагноз больного:

<variant>Вариантная стенокардия

<variant>Кардиалгия

<variant>Нейроциркуляторная дистония

<variant>Стенокардия напряжения

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 9 из
40

<variant>Обструктивная кардиопатия

<question>К мужчине, 48 лет, была вызвана бригада скорой помощи, по поводу тяжести в левой половине грудной клетки, чувства нехватки воздуха, кратковременной потери сознания. Объективно: кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, тоны сердца глухие. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 180 ударов в минуту. На мониторе пароксизмальная желудочковая тахикардия с переходом в фибрилляцию желудочков. Ваш диагноз:

<variant>острый инфаркт миокарда

<variant>стенокардия напряжения

<variant>нестабильная стенокардия

<variant>стенокардия покоя

<variant>вариантная стенокардия

<question>К мужчине, 40 лет, была вызвана бригада скорой помощи по поводу впервые возникших резких болей за грудиной, иррадиирующих в левую лопатку, усиливающихся при физической нагрузке (при подъеме по лестнице) и стихающих при покое. При осмотре: АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Другие объективные данные, включая ЭКГ, в пределах нормы. Тактика врача скорой медицинской помощи:

<variant>провести экстренную госпитализацию

<variant>передать активный вызов врачу поликлиники

<variant>рекомендовать прием нитратов

<variant>рекомендовать лечение на дому

<variant>ввести обезболивающее средство

<question>Врачебная тактика при впервые возникшей стенокардии:

<variant>Экстренная госпитализация

<variant>Лечение и наблюдение в амбулаторных условиях посещением больным поликлиники каждые 2-4 дня

<variant>Плановая госпитализация (с предварительным лечением в амбулаторных условиях

<variant>Лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с активным посещением на дому

<variant>Лечение в условиях дневного стационара поликлиники

<question>Если во время оценки пациента с ИБС предполагается клиническая нестабильность или ОКС из основных лабораторных исследований рекомендуется:

<variant>повторное определение сердечных тропонинов для выявления некроза миокарда

<variant>полный анализ крови, включая гемоглобин и подсчет лейкоцитов

<variant>определение уровня глюкозы натощак и гликированного гемоглобина HbA1c

<variant>определение креатинина и почечной функции

<variant>определение липидного профиля натощак (включая ЛПНП)

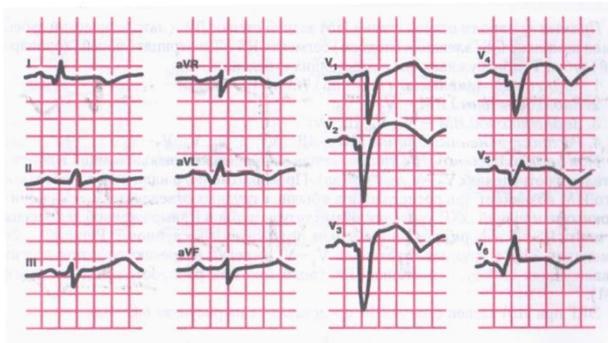
<question>Больной Ж., 56 лет обратился к ВОП с жалобами на загрудинные боли с вечера, связанные с психоэмоциональной нагрузкой, иррадиирующие в левую руку и лопатку. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного.

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22

Стр. 10 из
40



<variant>распространенный передний трансмуральный инфаркт миокарда

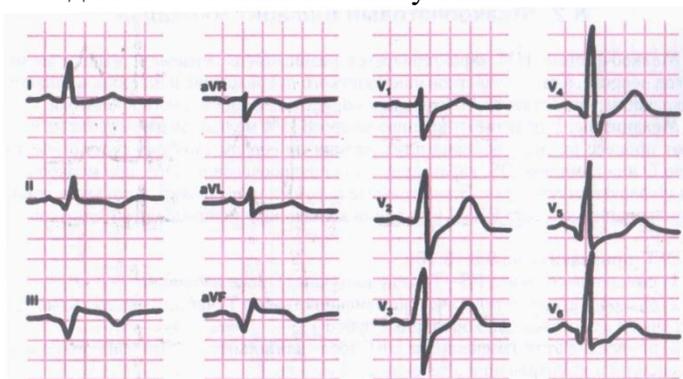
<variant>переднебоковой крупноочаговый инфаркт миокарда

<variant>заднедиафрагмальный трансмуральный инфаркт миокарда

<variant>мелкоочаговый инфаркт миокарда в области верхушки

<variant>заднедиафрагмальный крупноочаговый инфаркт миокарда

<question>Больной 65 лет обратился к ВОП с жалобами на загрудинные боли. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного.



<variant>заднедиафрагмальный крупноочаговый инфаркт миокарда

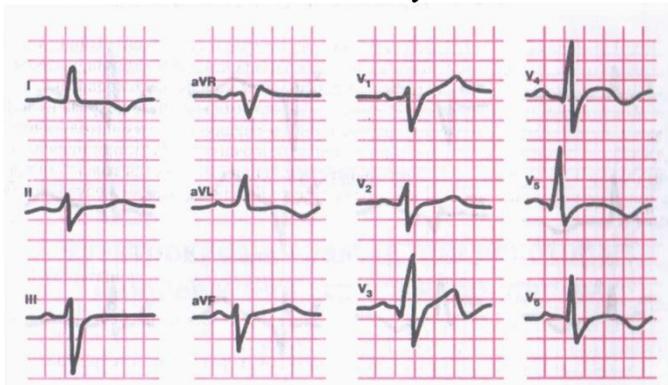
<variant>переднебоковой крупноочаговый инфаркт миокарда

<variant>распространенный передний трансмуральный инфаркт миокарда

<variant>заднедиафрагмальный трансмуральный инфаркт миокарда

<variant>мелкоочаговый инфаркт миокарда в области верхушки

<question>Больной 75 лет обратился к ВОП с жалобами на загрудинные боли. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного.



Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 11 из
40

<variant>мелкоочаговый инфаркт миокарда в области верхушки и переднебоковой стенки левого желудочка

<variant>крупноочаговый инфаркт миокарда переднеперегородочной, верхушечной области левого желудочка

<variant>трансмуральный инфаркт миокарда переднеперегородочной, верхушечной области левого желудочка

<variant>трансмуральный инфаркт миокарда заднедиафрагмальной стенки левого желудочка

<variant>крупноочаговый инфаркт миокарда в области верхушки и переднебоковой стенки левого желудочка

<question>Самый информативный метод для диагностики ИБС:

<variant>Селективная коронарография

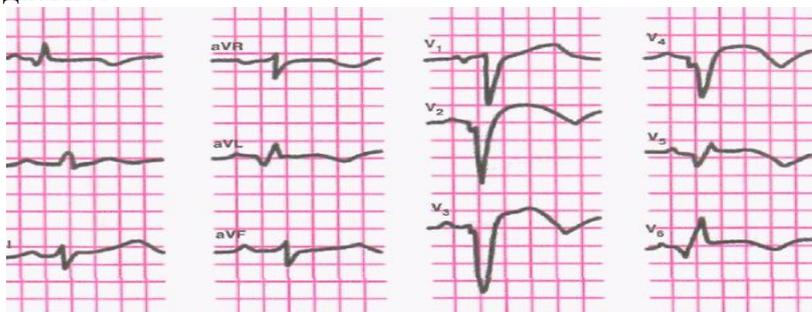
<variant>ЭКГ в покое

<variant>Велоэргометрия

<variant>Медикаментозные нагрузочные тесты

<variant>Эхокардиография

<question>В отделение неотложной терапии доставлен больной с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной и в эпигастрии. На ЭКГ - следующая картина: Ваш диагноз



<variant>ИБС. Инфаркт миокарда передне - распространенный

<variant>ИБС. Инфаркт миокарда заднедиафрагмальной стенки левого желудочка

<variant>ИБС. Инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка

<variant>ИБС. Инфаркт миокарда заднебазальной стенки левого желудочка

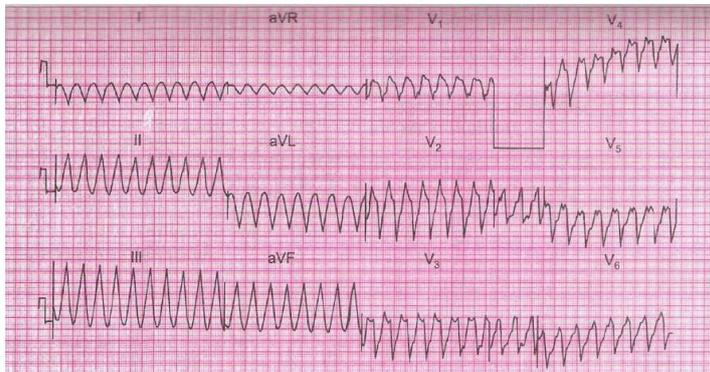
<variant>ИБС. Инфаркт миокарда переднеперегородочной стенки левого желудочка и верхушки сердца

<question>У больного 62 лет с острым инфарктом миокарда передней стенки левого желудочка внезапно появились ощущение сердцебиения, холодный пот. Артериальное давление не определяется. Срочно снята ЭКГ:

Кафедра «Врач общей практики-3»

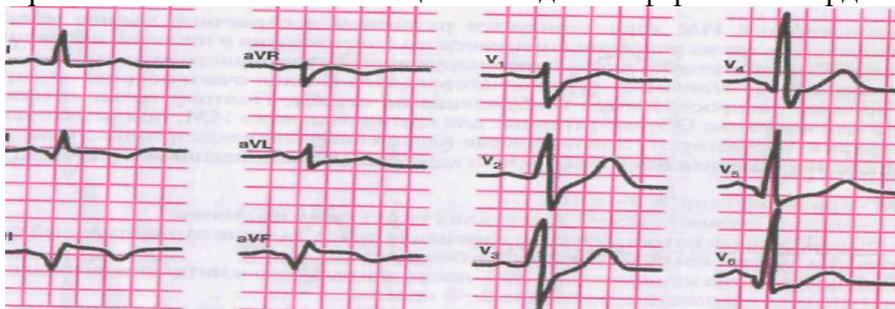
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 12 из
40



Неотложные мероприятия, которые необходимо провести:

- <variant>Электрическая кардиоверсия
- <variant>Электрическая кардиостимуляция
- <variant>Внутривенное введение амиодарона
- <variant> Внутривенное введение лидокаина
- <variant>Внутриаортальная баллонная контрпульсация
- <question>Назовите локализацию и стадию инфаркта миокарда



- <variant>Острая стадия крупноочагового инфаркта миокарда заднедиафрагмальной стенки левого желудочка
- <variant>Острая стадия крупноочагового инфаркта миокарда переднеперегородочной области, верхушки и переднебоковой стенки левого желудочка
- <variant>Подострая стадия трансмурального инфаркта переднебоковой стенки левого желудочка
- <variant>Рубцовая стадия крупноочагового инфаркта миокарда заднебазальной стенки левого желудочка
- <variant>Острая стадия крупноочагового инфаркта миокарда переднеперегородочной стенки левого желудочка
- <question>Мужчина 61 года жалуется на давящие боли в области сердца при физической нагрузке; шум в голове и головные боли. Повышенного питания, в области крупных суставов множественные ксантомы, на коже век - ксантелазмы; сенильная дуга на роговице. Уровень холестерина - 7,2 ммоль/л, уровень холестерина ЛПНП - 3,4 ммоль/л. Ожидаемый измененный лабораторный показатель.
- <variant>Повышения липопротеинов низкой плотности
- <variant>Снижения триглицеридов
- <variant>Повышения хиломикронов
- <variant>Снижения липопротеинов низкой плотности
- <variant>Повышения липопротеинов высокой плотности

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 13 из
40

<question>Мужчина 49 лет лечился по поводу передне-распространенного инфаркта миокарда без зубца Q. На третьей неделе появились лихорадка, артралгии, шум трения плевры и перикарда. **НАИБОЛЕЕ** вероятный диагноз:

<variant>Постинфарктный синдром

<variant>Сепсис

<variant>Инфекционный эндокардит

<variant>Перикардит

<variant>Плеврит

<question>Женщина 62 лет внезапно почувствовала боли в эпигастрии и тошноту, сопровождавшиеся однократной рвотой. Об-но: состояние тяжелое, кожа бледная, покрыта холодным липким потом. Тоны значительно приглушены, ЧСС 118 в мин. АД 80/40 мм рт.ст. Живот напряжен в эпигастральной области. ЭКГ: QsII, III, aVF, STII, III, aVF - в виде монофазной кривой. **НАИБОЛЕЕ** вероятный диагноз:

<variant>Задне-диафрагмальный Q-инфаркт миокарда. Кардиогенный шок

<variant>Неосложненный задне-диафрагмальный Q-инфаркт миокарда

<variant>Передне-перегородочный Q-инфаркт миокарда. Рефлекторная гипотензия

<variant>Задне-диафрагмальный Q-инфаркт миокарда. Гиповолемический шок

<variant>Задне-боковой Q-инфаркт миокарда. Кардиогенный шок

<question>У больного с жалобами на интенсивные боли за грудиной на ЭКГ выявлены увеличение зубца R, депрессия сегмента ST и увеличение зубца T в отведениях V1-V2. **НАИБОЛЕЕ** вероятный диагноз:

<variant>заднебазальный инфаркт миокарда

<variant>нижнедиафрагмальный инфаркт миокарда

<variant>инфаркт миокарда переднеперегородочной области

<variant>верхушечный инфаркт миокарда

<variant>инфаркт миокарда правого желудочка

<question>На ЭКГ выявлены патологический зубец Q, элевация ST в отведениях V1-V4. **НАИБОЛЕЕ** вероятный диагноз:

<variant>инфаркт миокарда переднеперегородочной области

<variant>верхушечный инфаркт миокарда

<variant>заднебазальный инфаркт миокарда

<variant>нижнедиафрагмальный инфаркт миокарда

<variant>инфаркт миокарда правого желудочка

<question>Женщина 75 лет жалуется на давящие боли за грудиной, появившиеся около часа назад. На ЭКГ – элевация ST V1-V6. При поступлении в стационар выставлен диагноз острого коронарного синдрома. Обследование, которое показано больной в первую очередь:

<variant>Коронароангиография

<variant>Холтеровское мониторирование

<variant>Сцинтиграфии

<variant>Велоэргометрии

<variant>Эхокардиографии

<question>Больной, 50 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на интенсивные боли в грудной клетке. При осмотре врачом не обнаружено каких-либо видимых

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 14 из
40

изменений со стороны сердца и легких. АД 120/85 мм рт.ст., ЧСС - 88 ударов в 1 минуту.

Правильная тактика врача предусматривает

<variant>срочное ЭКГ исследование

<variant>направление на стационарное лечение

<variant>оказание помощи и на следующий день

<variant>лечение анальгетиками

<variant>направление на плановое лечение

<question>Больной, 38 лет, жалуется на интенсивные боли в грудной клетке, продолжительностью до 20 минут, возникающие преимущественно на физическую нагрузку, усилившиеся в последние 2 дня, плохо купируются нитроглицерином. На ЭКГ: смещение сегмента ST на 2 мм, отрицательный зубец T. Верифицировать диагноз позволит

<variant>повышение кардиоспецифических ферментов

<variant>общий анализ крови

<variant>повышение холестерина, триглицеридов

<variant>тест с физической нагрузкой

<variant>эхокардиография

<question>Больного, 55 лет, беспокоят боли в правом плече, ранее провоцировавшиеся быстрой ходьбой, исчезающие после остановки, сегодня возникли после ужина и продолжаются уже 20 минут. Болевой синдром характерен для

<variant>острого инфаркта миокарда

<variant>стабильной стенокардии напряжения

<variant>вазоспастической стенокардии

<variant>миокардита

<variant>шейного остеохондроза

<question>Специфичные сывороточные маркеры инфаркта миокарда:

<variant>тропонины

<variant>сиаловые кислоты

<variant>АСТ

<variant>ЛДГ

<variant>МВ фракции КФК

<question>Больной, 35 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на сжимающие боли за грудиной продолжительностью до 3 часов и более, возникшие после психоэмоционального напряжения на работе и сохраняющиеся в течение последних 2 недель. ЧСС – 82 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Следующим шагом в ведении больного является

<variant>снятие электрокардиограммы на месте

<variant>срочная госпитализация в кардиологическое отделение

<variant>направление домой для последующего наблюдения семейным врачом

<variant>направление домой с рекомендацией приема анальгетиков

<variant>исследование общего анализа крови

<question>У больного 50 лет с частыми обострениями бронхита курильщика сегодня ночью впервые жизни возник приступ боли за грудиной сжимающего характера, несвязанные с дыханием и иррадиацией в шею, длившиеся 2-3 часа, резкая слабость и потливость. Ваш диагноз:

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 15 из
40

<variant>инфаркт миокарда

<variant>шейный остеохондроз

<variant>спонтанный пневмоторакс

<variant>легочное сердце

<variant>инфаркт легкого

<question>Основным электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является:

<variant>появление комплекса QS в двух и более отведениях

<variant>подъем сегмента ST в нескольких отведениях

<variant>депрессия сегмента ST в нескольких отведениях

<variant>блокада левой ножки пучка Гиса

<variant>корытообразное смещение сегмента ST

<question>Прямые признаки заднего инфаркта миокарда на ЭКГ регистрируется в следующих отведениях:

<variant> II, III, aVF

<variant> aVL, V1-V4

<variant> I, aVL, V5-V6

<variant> aVL, V1-V2

<variant> V1-V6

<question>Основным ЭКГ- признаком стадии повреждения при инфаркте миокарда является:

<variant>формирование монофазной кривой

<variant>патологический зубец QS

<variant>смещение сегмента ST ниже изолинии

<variant>отрицательный "коронарный" зубец T

<variant>расширение комплекса QRS

<question>Основным ЭКГ- признаком рубцовой стадии крупноочагового инфаркта миокарда является:

<variant>патологический зубец Q

<variant>застывшее смещение сегмента ST ниже изолинии

<variant>расширение комплекса QRS

<variant>увеличение амплитуды зубца R

<variant>отрицательные «коронарные» зубцы T

<question>Инструментальные методы исследования, которые позволяют выявить острую аневризму левого желудочка:

<variant>вентрикулография

<variant>велозергометрия

<variant>холтеровское мониторирование

<variant>рентгенография грудной клетки

<variant>коронарография

<question>Выберите лечебное вмешательство наиболее эффективное для прогноза при инфаркте миокарда с подъемом ST в первые 12 часов:

<variant>фибринолитическая терапия

<variant>внутривенное введение наркотических анальгетиков

<variant>внутривенное введение нитратов

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 16 из
40

<variant>введение антикоагулянтов

<variant>введение бета-блокаторов

<question>Мужчина, 57 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на сжимающие боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, продолжающиеся в течение 30 минут, не купирующиеся нитроглицерином. На ЭКГ отмечается появление зубца Q в II, III, aVF, V5-V6 с монофазной кривой. Ваш диагноз:

<variant>острый инфаркт миокарда с зубцом Q задне-боковой области левого желудочка

<variant>острый инфаркт миокарда с зубцом Q верхушки левого желудочка

<variant>острый инфаркт миокарда с зубцом Q передне-перегородочной и боковой области левого желудочка

<variant>острый инфаркт миокарда с зубцом Q боковой области левого желудочка

<variant>острый инфаркт миокарда с зубцом Q передне-перегородочной области левого желудочка

<question>ЭКГ- признаки, которые наиболее информативны для диагностики инфаркта правого желудочка:

<variant>подъем сегмента ST в отведениях V3R и V4R

<variant>появление r-pulmonale в отведениях II, III, aVF

<variant>признаки перегрузки правого желудочка (глубокие S V5-6)

<variant>резкое отклонение электрической оси сердца вправо

<variant>полная блокада правой ножки пучка Гиса

<question>30 летний больной доставлен в кардиологическое отделение с жалобами на приступы сердцебиения и ощущение давления за грудиной, сопровождающиеся потерей сознания. Объективно: астенического телосложения. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный. ЧСС – 88 ударов/минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ - элевация сегмента ST V₂-V₃. Тропонин Т не изменен. В первую очередь нужно провести больному

<variant>суточное мониторирование ЭКГ

<variant>вентрикулографию

<variant>коронароангиографию

<variant>электроэнцефалографию

<variant>эхокардиографию

<question>Для профилактики ремоделирования сердца после инфаркта миокарда применяют:

<variant>бета-адреноблокаторы

<variant>ингибиторы АПФ

<variant>диуретики

<variant>сердечные гликозиды

<variant>антагонисты кальция

<question>62 летний больной жалуется на сжимающие боли за грудиной, не зависящие от дыхания и приступообразно нарастающие. Прием нитроглицерина не эффективен. Этому больному нужно провести

<variant>ЭКГ и определить тропонин Т

<variant>сцинтиграфию с Tl²⁰¹

<variant>ЭхоКГ с добутамином

<variant>ЭКГ с физической нагрузкой

<variant>суточное мониторирование ЭКГ

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 17 из
40

<question>Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться:

<variant>всем по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда

<variant>больным до 50-летнего возраста

<variant>при отсутствии сопутствующих заболеваний

<variant>только при неосложненном течении

<variant>больным 20-30 - летнего возраста

<question>У больного 38 лет в поликлинике на приеме возникли резкие боли за грудиной.

На ЭКГ- признаки острого инфаркта миокарда. Ваша тактика:

<variant>купировать болевой синдром и экстренно госпитализировать

<variant>экстренно госпитализировать в кардиологическое отделение

<variant>дообследовать больного (анализ крови, холестерин) и госпитализировать

<variant>купировать болевой синдром и продолжить лечение

<variant>экстренно госпитализировать в дневной стационар поликлиники

<question>Появление на ЭКГ зубца Q в V1-V3 в сочетании с монофазной кривой при наличии выраженных болей в груди говорит в пользу:

<variant>острого инфаркта миокарда с зубцом Q передне-перегородочной области левого желудочка

<variant>острого инфаркта миокарда с зубцом Q верхушки левого желудочка

<variant>острого инфаркта миокарда с зубцом Q передне-перегородочной и боковой области левого желудочка

<variant>острого инфаркта миокарда с зубцом Q боковой области левого желудочка

<variant>острого инфаркта миокарда с зубцом Q неясной локализации

<question>Во время систолы желудочков происходит обратный ток крови (регургитация) из левого желудочка в левое предсердие при...

<variant>недостаточности митрального клапана

<variant>аортальном стенозе

<variant>недостаточности аортального клапана

<variant>митральном стенозе

<variant>недостаточности трехстворчатого клапана

<question>Характерна следующая аускультативная картина: громкий, хлопающий 1 тон на верхушке сердца, добавочный тон открытия митрального клапана (ритм перепел), акцент 2 тона над легочным стволом, диастолический шум на верхушке (пресистолический) без иррадиации, лучше выслушиваемый в вертикальном положении при...

<variant>митральном стенозе

<variant>митральной недостаточности

<variant>аортальной недостаточности

<variant>аортальном стенозе

<variant>недостаточности трехстворчатого клапана

<question>Больную 29 лет, беспокоят одышка при физической нагрузке, боли в области сердца, в межлопаточной области. В анамнезе ревматизм. Объективно: акроцианоз, границы сердца смещены вверх и вправо, 1 тон усилен, диастолический шум на верхушке,

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 18 из
40

ритм «перепела», мерцательная аритмия. R-графия: контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса. ЭКГ: P - mitrale , гипертрофия правого желудочка.

Ваш диагноз:

<variant>стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

<variant>недостаточность аортального клапана

<variant>пролапс митрального клапана

<variant>недостаточность митрального клапана

<variant>стеноз устья аорты

<question>У 50 – летней больной при осмотре на дому, отмечались одышка, сердцебиение в покое, усилившиеся при физической нагрузке, кашель, кровохарканье. Страдает ревматизмом. Объективно: акроцианоз. В легких - влажные, незвучные хрипы в задненижних отделах. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС = 110 в минуту. На верхушке выслушивается трехчленная мелодия: хлопающий 1 тон, диастолический шум и щелчок открытия митрального клапана. Край печени выступает на 2 см. Отеки голеней.

Тактика врача:

<variant>госпитализация в ревматологическое отделение

<variant>вызвать скорую помощь

<variant>организовать стационар на дому

<variant>направить на лечение в дневной стационар

<variant>амбулаторное лечение

<question>55 - летняя женщина жалуется на одышку и сердцебиение в покое, усиливающиеся при физической нагрузке, кашель, кровохарканье. Страдает ревматизмом. Объективно: акроцианоз. В легких - влажные, незвучные хрипы в задненижних отделах. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 110 в минуту. На верхушке выслушивается трехчленная мелодия: хлопающий 1 тон, диастолический шум и щелчок открытия митрального клапана. Край печени выступает на 4 см. Отеки голеней. Определите трудовой прогноз у данной больной:

<variant>инвалид II группы

<variant>перевести на работу, не связанную с физическим трудом

<variant>инвалид III группы

<variant>трудоспособна после проведенного лечения

<variant>инвалид I группы

<question>42 - летняя больная предъявляет жалобы на сердцебиение, повышенную утомляемость, у которой выслушивается усиление I тона, дополнительный тон в диастоле, диастолический шум с эпицентром в V-м межреберье по срединно-ключичной линии. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>стеноз митрального отверстия

<variant>пролабирование митрального клапана

<variant>идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз

<variant>недостаточность клапанов аорты

<variant>недостаточность митрального клапана

<question>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

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 19 из
40

аортой ослаблен. Пульс - 64 в минуту, ритмичный. АД плечевой артерии - 95/75 мм рт. ст., на бедренной артерии АД - 110/90 мм рт. ст. Ваш диагноз:

<variant>стеноз устья аорты

<variant>сочетанный порок сердца

<variant>коарктация аорты

<variant>дефект межжелудочковой перегородки

<variant>открытый артериальный проток

<question>Больной 28 лет, на приеме у семейного врача жалуется на одышку при умеренных физических нагрузках, быструю утомляемость, учащенное сердцебиение. В детстве часто болел ангиной. При аускультации: верхушечный толчок усиленный, на верхушке сердца диастолический шум, громкий I тон, над легочным стволом раздвоение II тона, шелчок открытия митрального клапана, III тон (ритм перепела). Ваш диагноз:

<variant>хроническая ревматическая болезнь сердца, стеноз митрального отверстия

<variant>хроническая ревматическая болезнь сердца, недостаточность митрального клапана

<variant>хроническая ревматическая болезнь сердца, стеноз устья аорты

<variant>хроническая ревматическая болезнь сердца, недостаточность аортального клапана

<variant>хроническая ревматическая болезнь сердца, недостаточность трикуспидального клапана

<question>При осмотре у больного выявлены акроцианоз, эпигастральная пульсация и диастолическое дрожание («кошачье мурлыканье») в области верхушки. Зона относительной сердечной тупости расширена вправо и вверх. При аускультации на верхушке сердца выслушивается усиленный хлопающий I тон и шелчок открытия митрального клапана. На ЭКГ мы ожидаем увидеть:

<variant>гипертрофию левого предсердия и правого желудочка

<variant>гипертрофию левого предсердия и правого предсердия

<variant>гипертрофию левого предсердия и левого желудочка

<variant>гипертрофии правого предсердия и правого желудочка

<variant>гипертрофию правого желудочка и левого желудочка

<question>Женщина 65 лет госпитализирована в стационар с диагнозом: ИБС, острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. В приемном покое у больной появилась одышка до 30 в мин, кожные покровы стали бледно-цианотичными, холодными. При аускультации: в легких разнокалиберные влажные хрипы, тоны сердца глухие, ЧСС 90, АД 70/40 мм рт ст. Лечение необходимо назначить с

<variant>введения симпатомиметиков (допамина)

<variant>введения нитратов(нитроглицерин)

<variant>введения петлевых диуретиков(фуросемид)

<variant>проведения инфузионной терапии (реополиглюкина)

<variant>введения глюкокортикоидов(преднизолон)

<question>Больному был назначен препарат из группы непрямых антикоагулянтов. Механизм действия основан на их антагонизме с

<variant>витамином К

<variant>витамином С

<variant>витамином В2

<variant>витамином В6

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 20 из
40

<variant>витамином В1

<question>Больному для лечения артериальной гипертензии, связанной с гиперальдостеронизмом врач назначил препарат. Этим препаратом является:

<variant>спиронолактон

<variant>гидрохлортиазид

<variant>пропранолол

<variant>клонидин

<variant>резерпин

<question>Больному с ФП был назначен препарат тикагрелор. Абсолютным противопоказанием является... .

<variant>внутричерепное кровоизлияние

<variant>подагра

<variant>ангионевротический отек

<variant>гиперкалиемия

<variant>двусторонний стеноз почечных артерий

<question>Больному был назначен препарат из группы бета-адреноблокаторов.

Абсолютным противопоказанием к применению бета-адреноблокаторов является... .

<variant>астма

<variant>беременность

<variant>ангионевротический отек

<variant>гиперкалиемия

<variant>двусторонний стеноз почечных артерий

<question>Большое пульсовое давление, двойной тон Траубе и шум Дюрозье на сосудах, быстрый и высокий пульс, покачивание головы определяются при:

<variant>недостаточности аортального клапана

<variant>митрального порока сердца

<variant>стеноза устья аорты

<variant>порока трехстворчатого клапана

<variant>врожденных пороков сердца

<question>Усиление систолического шума в области нижней трети грудины типично для:

<variant>недостаточности трехстворчатого клапана

<variant>недостаточности митрального клапана

<variant>митрального стеноза

<variant>недостаточности аортального клапана

<variant>стеноза устья аорты

<question>Для синдрома Лютембаше характерно:

<variant>дефект межпредсердной перегородки + митральный стеноз

<variant>дефект межпредсердной перегородки + стеноз легочной артерии

<variant>дефект межжелудочковой перегородки + митральный стеноз

<variant>дефект межжелудочковой перегородки + стеноз аорты

<variant>дефект межпредсердной перегородки + стеноз аорты

<question>Определите порок сердца по следующей аускультативной картине: громкий, хлопающий 1 тон на верхушке сердца, добавочный тон открытия митрального клапана (ритм перепела, акцент 2 тона над легочным стволом, диастолический шум на верхушке (пресистолический) без иррадиации, лучше выслушиваемый в вертикальном положении.

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 21 из
40

<variant>митральный стеноз

<variant>митральная недостаточность

<variant>аортальная недостаточность

<variant>аортальный стеноз

<variant>недостаточность трехстворчатого клапана

<question>На приеме больной 28 лет с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, боли в области сердца колющего характера, перебои в работе сердца. Из анамнеза: страдает заболеванием сердца с детства. Аускультативно 1 тон на верхушке ослаблен, акцент 2 тона над легочным стволом, систолический шум на верхушке сердца, сливающийся с 1 тоном и иррадиирующий в подмышечную область. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС – 76 ударов в минуту. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>митральная недостаточность

<variant>митральный стеноз

<variant>аортальная недостаточность

<variant>аортальный стеноз

<variant>недостаточность трехстворчатого клапана

<question>Жалобы на чувство тяжести и распираия, боли в правом подреберье, часто сопровождающиеся потерей или снижением аппетита, тошнотой, вздутием живота, пастозностью в области голеней, стоп, асцит. Прогрессирующая общая слабость, быстрая утомляемость, ощущение пульсации в области шеи, одышка. Эти симптомы наиболее характерны для ...

<variant>недостаточности трехстворчатого клапана

<variant>митрального стеноза

<variant>стеноза трехстворчатого отверстия

<variant>стеноза устья аорты

<variant>недостаточности клапана аорты

<question>Больной 52 лет с ревматическим пороком сердца, с клиникой левожелудочковой недостаточности. При осмотре выявлено: систолический и диастолический шум в точке Боткина и 2 межреберье справа. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонные артерии. Пальпаторно определяется систолическое дрожание во 2 межреберье справа от грудины. 2 тон ослаблен. Выставлен диагноз сочетанного порока. Признак свидетельствующий о недостаточности аортального клапана...

<variant>диастолический шум

<variant>систолический шум

<variant>систолическое дрожание во 2 межреберье

<variant>ослабление 2 тона

<variant>систолический и диастолический шум

<question>Молодой возраст, хронический тонзиллит, периодические артралгии, субфебрилитет, одышка при физической нагрузке, а при аускультации: трехчленный ритм на верхушке, громкий первый тон, диастолический шум на верхушке характерен для:

<variant>митрального стеноза

<variant>аортального стеноза

<variant>аортальной недостаточности

<variant>сочетанного митрального порока

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 22 из
40

<variant>митральной недостаточности

<question>Больной 34 лет жалуется на головную боль, головокружение, обмороки.

Объективно: грубый систолический шум с максимальным звучанием в середине систолы на основании сердца, справа от грудины, проводится на сосуды шеи. При пробе Вальсальвы шум уменьшается и остается без изменений на вдохе. ЭКГ: гипертрофия левого желудочка. Рентгенологически: конфигурация сердца в виде «плавающей утки».

Наиболее целесообразная тактика:

<variant>Протезирование аортального клапана

<variant>Медикаментозное лечение

<variant>Митральная комиссуротомия

<variant>Пластика трикуспидального клапана

<variant>Протезирование митрального клапана

<question>Высокочастотный, дующий диастолический шум, чаще выслушивающийся по левому краю грудины, лучше в положении больного сидя с небольшим наклоном вперед наиболее характерны для:

<variant>Недостаточности аортального клапана

<variant>Стеноза устья аорты

<variant>Недостаточности митрального клапана

<variant>Стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

<variant>Стеноза правого атриовентрикулярного отверстия

<question>Больной 19 лет жалуется на одышку, головные боли, мелькание "мушек" перед глазами, онемение ног, быструю утомляемость. Объективно: пульс на лучевых артериях напряжен, быстрый, на бедренных артериях слабый, малого напряжения. АД на руках 170/90 мм рт.ст., на ногах 100/70 мм рт.ст. При аускультации сердца: слабый систолический шум в точке Боткина-Эрба и на верхушке, проводящийся в паравертебральную область. Рентгенологически: узурация ребер. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>Коарктация аорты

<variant>Триада Фалло

<variant>Стеноз устья аорты

<variant>Пролапс митрального клапана

<variant>Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

<question>Юноша 19 лет жалуется на одышку, сильные головные боли, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение онемения ног, быструю утомляемость. Объективно: пульс на лучевых артериях напряжен, быстрый, на бедренных артериях слабый, малого напряжения. АД на руках 170/90 мм рт.ст., на ногах 100/70 мм рт.ст. Слабый систолический шум в т. Боткина-Эрба и на верхушке, проводящийся в паравертебральную область. Из перечисленных методов обследования НАИБОЛЕЕ информативно для уточнения диагноза:

<variant>Рентгенография грудной клетки

<variant>Рентгенография черепа

<variant>Электрокардиограмма

<variant>Магнитный резонанс

<variant>Фонокардиография

<question>Систолическое дрожание над верхушкой сердца характерно для:

<variant>Недостаточности митрального клапана;

<variant>Недостаточности аортального клапана;

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 23 из
40

<variant>Митрального стеноза;

<variant>Стеноза устья аорты;

<variant>Недостаточности трехстворчатого клапана

<question>У девушки 17 лет на профосмотре выявлены усиление верхушечного толчка и «кошачье мурлыканье». Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в Vточке, ритм правильный. ЧСС-84 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. При проведении селективной вентрикулографии обнаружен сброс контрастного вещества в полость правого желудочка в проекции мембранозной части межжелудочковой перегородки, гипертрофия левого желудочка. Вероятный диагноз:

<variant>Стеноз устья аорты

<variant>Тетрадо Фалло

<variant>Открытый артериальный проток

<variant>Открытый атриовентрикулярный канал

<variant>Дефект межжелудочковой перегородки

<question>У больного с подозрением на врожденный порок сердца при осмотре во II, III м/р пальпируется систолическое дрожание. II тон над легочной артерией ослаблен; вдоль левого края грудины систолический шум с максимумом звучания во II м/р. На ЭКГ - признаки гипертрофии правого желудочка. При рентгенологическом исследовании - умеренное увеличение правого желудочка, дуга легочной артерии выбухает, обеднение легочного рисунка. Укажите возможный порок:

<variant>Стеноз легочной артерии

<variant>Незаращение артериального протока

<variant>Дефект межпредсердной перегородки

<variant>Общий артериальный ствол

<variant>Стеноз аорты

<question>Больной 16 лет предъявляет жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение после физической нагрузки. При осмотре - диффузный цианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти - «часовых стекол». Граница сердца расширена вправо. При аускультации сердца - грубый систолический шум во II межреберье слева от грудины. Укажите вероятный порок сердца:

<variant>Тетрада Фалло

<variant>Дефект легочной артерии

<variant>Стеноз легочной артерии

<variant>Пролапс митрального клапана

<variant>Коарктация аорты

<question>Юноша, 18 лет, поступил с жалобами на одышку, учащенное сердцебиение при быстрой ходьбе, периодические головные боли и головокружение. При осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски, выраженная пульсация сонных артерий, увеличение границы относительной сердечной тупости влево, тоны сердца ритмичные, ослабление II тона во II межреберье у правого края грудины, диастолический шум в точке Боткина-Эрба и у правого края грудины., пульс 92 в минуту, артериальное давление 150/40 мм.рт.ст. Ваш вероятный диагноз:

<variant>Аортальная недостаточность

<variant>Аортальный стеноз

<variant>Сочетанный митральный порок

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 24 из
40

<variant>Митральная недостаточность

<variant>Митральный стеноз

<question>Больную 29 лет, беспокоят одышка при физической нагрузке, боли в области сердца, в межлопаточной области. В анамнезе ревматизм. Объективно: акроцианоз, границы сердца смещены вверх и вправо, 1 тон усилен, диастолический шум на верхушке, ритм «перепела», мерцательная аритмия. Р-графия: контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса. ЭКГ: P - mitrale , гипертрофия правого желудочка.

Ваш диагноз:

<variant>стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

<variant>недостаточность аортального клапана

<variant>пролапс митрального клапана

<variant>недостаточность митрального клапана

<variant>стеноз устья аорты

<question>У пациента 40 лет, перенесшего две недели назад пневмонию, резко ухудшилось состояние: появились лихорадка до 38-39С, озноб, выраженный интоксикационный синдром, одышка, нарушение ритма сердца. Выявлены кардиомегалия, глухость тонов сердца, ослабление I тона и систолический шум на верхушке, ослабление II тона и диастолический шум на аорте, мерцательная аритмия, гепатоспленомегалия. Ожидаемые изменения на ЭхоКГ:

<variant>Недостаточность митрального и аортального клапанов с вегетациями на створках клапанов

<variant>Недостаточность митрального клапана

<variant>Митральный стеноз с вегетациями на створках клапана

<variant>Трикуспидальная недостаточность

<variant>Аортальный стеноз и митральная недостаточность с вегетациями на створках клапанов

<question>Больной, 27 лет, доставлен в кардиологическое отделение с жалобами на приступы сердцебиения и ощущение давления за грудиной, накануне дважды терял сознание. Из анамнеза: родной брат умер от заболевания сердца в возрасте 25 лет. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, в легких везикулярное дыхание, тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, систолический шум во II межреберье у правого края грудины, пульс 65 в минуту, артериальное давление – 90/60 мм рт.ст. Общий анализ крови и мочи без патологии. Биохимический анализ крови: миоглобин, тропонины в норме, С-реактивный белок отрицательный. На электрокардиограмме – выраженная гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Обследование, которое необходимо для уточнения диагноза:

<variant>Эхокардиография

<variant>Холтеровское мониторирование электрокардиограммы

<variant>Чрезпищеводная электрическая стимуляция сердца

<variant>Велоэргометрия

<variant>Коронароангиография

<question>Больной 20 лет. Жалобы на боли в прекардиальной области стенокардитического характера, периодически ощущения перебоев, обморочные состояния. В анамнезе- случаи внезапной смерти у родственников. Метод диагностики, наиболее показанный для уточнения диагноза:

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 25 из
40

<variant>ЭхоКГ

<variant>Рентгенологическое обследование органов грудной клетки

<variant>Велоэргометрия

<variant>Тредмил

<variant>Стресс- ЭхоКГ

<question>Больной, 20 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на колющие боли в области сердца, сердцебиение, слабость, недомогание. Из анамнеза: 3 недели назад перенес грипп. При осмотре границы сердца расширены влево, над всей областью сердца выслушивается систолический шум, без иррадиации, ЧСС - 90 ударов в 1 минуту. Температура 37,7 С. При лабораторном исследовании выявляются лейкоцитоз, увеличение СОЭ (+), С реактивный белок. На ЭКГ: нарушение реполяризации и замедление внутрижелудочковой проводимости. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>миокардит

<variant>перикардит

<variant>кардиомиопатия

<variant>миокардиодистрофия

<variant>нейроциркулярная дистония

<question>В основе генеза кардиалгии при гипертрофической кардиомиопатии лежит:

<variant>относительная коронарная недостаточность

<variant>неспецифический коронарит

<variant>спазм коронарных артерий

<variant>пониженный уровень в крови эндорфинов

<variant>атеросклероз коронарных артерий

<question>Женщину 50 лет, беспокоят жгучие боли за грудиной. Частота пульса в норме. Приливы жара несколько раз в день. Анаприлиновая проба – положительная. Ваш диагноз:

<variant>Климактерическая кардиомиопатия

<variant>Миокардит

<variant>Тиреотоксикоз

<variant>Острый инфаркт миокарда

<variant>НЦД, кардиальный тип

<question>Больной 17 лет жалуется на боли ноющего и давящего характера в области сердца, перебои в работе сердца. Неделю назад отметил повышение температуры тела до 37,7 градусов, появились боли в области сердца. При аускультации сердца после I тона выслушивается шум в IV межреберье слева от грудины, тоны приглушены. Пульс 90 в мин., единичные экстрасистолы. АД 110/70 мм рт.ст. Реакция на С-реактивный белок положительная. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ** диагноз:

<variant>острый неревматический миокардит

<variant>мелкоочаговый инфаркт миокарда

<variant>острый перикардит

<variant>острая нижнедолевая левосторонняя пневмония

<variant>левосторонний плеврит

<question>Больная, 45 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку, учащенное сердцебиение, потливость, раздражительность, субфебрильную температуру. Из анамнеза: данные симптомы в течение 3-х месяцев. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ангины. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2С,

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 26 из
40

эмоционально лабильна, пониженного питания, кожные покровы влажные на ощупь; определяется диффузное увеличение щитовидной железы; тоны сердца ритмичные, громкие, тахикардия, пульс 100 в минуту, артериальное давление 150/70 мм рт.ст. В анализе крови снижение уровня тиреотропного гормона, повышение трийодтиронина, тироксина; На электрокардиограмме – синусовая тахикардия с числом сердечных сокращений 100 в минуту; метаболические изменения в миокарде. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ** диагноз:

<variant>Гипертиреоидная кардиомиопатия

<variant>Климактерическая кардиомиопатия

<variant>Неревматический миокардит

<variant>Эндемический зоб

<variant>Гипотиреоидная кардиомиопатия

<question>Кардиомегалия, нарушения ритма и проводимости сердца, внезапная тромбоэмболия, застойная сердечная недостаточность наиболее характерны для:

<variant>Дилатационной кардиомиопатии

<variant>Климактерической кардиомиопатии

<variant>Неревматического миокардита

<variant>Гипертиреоидной кардиомиопатии

<variant>Гипертрофической кардиомиопатии

<question>При рестриктивной кардиомиопатии нехарактерно наличие:

<variant>Кардиомегалии

<variant>Сердечной недостаточности по левожелудочковому типу

<variant>Тромбоэмболических осложнений

<variant>Нарушений ритма сердца

<variant>Признаков гипертрофии правого предсердия

<question>Женщина 32 лет, пришла осмотр. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, к вечеру появляются отеки на тыльной поверхности стоп. В анамнезе — в 14 лет первая ревматическая атака, протекающая с поражением суставов и эндокардитом. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, тоны сердца приглушены, выслушивается довольно грубый пансистолический шум. Голени чуть пастозны. Ваша тактика:

<variant>Направление на УЗИ сердца с доплерографией

<variant>Направление на консультацию к ревматологу

<variant>Направление на консультацию к кардиохирургу

<variant>Назначение антибиотиков и фуросемида

<variant>Наблюдение в динамике

<question>Женщине 42 лет, перенесшей туберкулез легких, диагностировали констриктивный перикардит. Назначение комбинированной противотуберкулезной терапии не улучшило состояния больной. Наиболее целесообразное лечение в данном случае:

<variant>Субтотальная перикардэктомия

<variant>Усиление диуретической терапии

<variant>Назначение глюкокортикостероидов

<variant>Пункция перикарда с промыванием полости

<variant>Ведение антибиотиков в полость перикарда

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 27 из
40

<question>Женщина, 48 лет, поступила в стационар. Из анамнеза: в течение 1,5 месяцев - периодическое повышение температуры тела до 38 – 39 0С, озноб, слабость, одышка при небольшой физической нагрузке; самостоятельно принимала аспирин, оксациллин. При осмотре : температура тела – 38,50С, бледность кожных покровов, единичные экзантемы петехиального характера на лице и ладонях. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, тахикардия, диастолический шум в III – IV межреберье по левому краю грудины, артериальное давление 150/30 мм рт.ст., умеренная гепатоспленомегалия. В анализе крови: лейкоцитоз, значительное увеличение СОЭ, повышение альфа2- и гамма-глобулинов, С –реактивного белка, сиаловых кислот. В анализе мочи – без патологии. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ** диагноз:

<variant>Инфекционный эндокардит и аортальная недостаточность

<variant>Острая ревматическая лихорадка и митральный стеноз

<variant>Острая ревматическая лихорадка и аортальная недостаточность

<variant>Геморрагический васкулит

<variant>Неревматический миокардит

<question>У больного 39 лет, в прошлом перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после аорто-коронарного шунтирования на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличились размеры сердца и сгладились дуги контуров. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ** причины:

<variant>постперикардитомный экссудативный перикардит

<variant>гидроперикард

<variant>экссудативный перикардит

<variant>повторный инфаркт миокарда

<variant>тромбоэмболические осложнения

<question>Больной 26 лет через 2 недели после ангины появились жалобы на одышку, боли в области сердца, повышение температуры тела. При осмотре: ортопноэ, отеки в ногах. В легких влажные хрипы, ЧД-32 раза в минуту. Кардиомегалия. Сердечные тоны приглушены, слышно III тон, на верхушке систолический шум, мерцательная аритмия. ЧСС -110 раз в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Печень увеличена на 3 см. В крови: лейкоцитоз, СОЭ повышена, повышение кардиоспецифических ферментов. На ЭКГ: АВ-блокада I степени, множественные желудочковые экстрасистолы. ЭхоКГ: увеличение левого желудочка, фракция выброса - 40%. Наиболее верная тактика:

<variant>Нестероидные противовоспалительные препараты

<variant>Антибиотики

<variant>Глюкокортикоиды

<variant>Антикоагулянты

<variant>Анаболики

<question>Больная, 30 лет жалуется на быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, отеки на стопах. В детстве перенесла ревматическую атаку. Объективно: сердечные тоны приглушенные, ритм правильный, систолический шум на верхушке, отеки на стопах. Наиболее целесообразно назначение:

<variant>Доплерэхокардиографии

<variant>Коронарографии

<variant>Электрокардиографии

<variant>Электромиографии

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 28 из
40

<variant>Компьютерной томографии

<question>Больному 34 года, 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- 700г водки 2-3 раза в неделю. Особенно злоупотреблял алкоголем в течение последнего года. При обследовании обнаружены изменения со стороны сердца. Расширение границ сердца влево, на ЭКГ - электрическая ось не изменена, замедление атриовентрикулярной проводимости (PQ - 0,28, снижение сегмента ST в грудных отведениях, двухфазный зубец T в отведениях V4-V6. На ЭхоКГ – снижение сократительной способности миокарда левого желудочка. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>Алкогольная кардиомиопатия

<variant>Миокардит

<variant>Идиопатическая гипертрофическая кардиомиопатия

<variant>Ишемическая болезнь сердца

<variant>Порок сердца

<question>Молодой человек 22 лет жалуется на длительные однообразные боли тупого характера в области сердца с иррадиацией в обе руки и эпигастральную область, усиливающиеся в положении лежа на спине и ослабевающие после приема анальгетиков, в положении сидя. За неделю до появления болей пациента беспокоили познабливание, субфебрильная температура, боли и тяжесть в скелетных мышцах. При осмотре: вынужденное сидячее положение больного. При аускультации сердца выявляется шум, напоминающий скрип снега под ногами. Вероятный диагноз:

<variant>Сухой перикардит

<variant>Миокардит

<variant>Эндокардит

<variant>Стенокардия

<variant>Адгезивный перикардит

<question>Мужчина 35 лет через 3 недели после перенесенной тяжелой ОРВИ поступил с жалобами на ноющие боли в области сердца, одышку в покое, тяжесть в правом подреберье, отеки голеней и стоп. При аускультации: тоны глухие, протодиастолический ритм галопа. В крови: умеренный лейкоцитоз, тропонины I - 1,926 нг/мл. На ЭКГ: АВ блокада II степени Мобиц II. НАИБОЛЕЕ информативный метод исследования:

<variant>Эндомиокардиальная биопсия

<variant>ЭхоКГ

<variant>Сцинтиграфия

<variant>Коронароангиография

<variant>Суточное мониторирование по Холтеру

<question>Больная, 21 год, обратилась к врачу ВОП с жалобами на учащенное сердцебиение, ноющие боли в сердце, головокружение. Из анамнеза: данные симптомы беспокоят в течение месяца. Объективно: состояние удовлетворительное. Щитовидная железа не увеличена. Тоны сердца громкие, на верхушке систолический шум, усиливается в вертикальном положении, пульс 78 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. В анализах крови без патологии. ЭКГ – ритм синусовый, правильный, 80 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца. Следующим шагом в обследование будет:

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 29 из
40

<variant>Эхокардиография

<variant>Реоэнцефалография

<variant>Велоэргометрия

<variant>Черезпищеводная электростимуляция сердца

<variant>Электроэнцефалография

<question>Больной, 30 лет, жалобы на боли в прекардиальной области сжимающего характера, продолжительностью до 5-7 мин., без иррадиации, возникающие при быстрой ходьбе, проходят самостоятельно, периодические обморочные состояния, проходящие самостоятельно. При осмотре: грубый систолический шум вдоль левого края грудины, ЧСС 80 в мин. АД 115/70 мм рт.ст. На ЭКГ: глубокий зубец Q во II, III, AVF, V3- V6. При эхокардиоскопии у больного: межжелудочковая перегородка 3см, экскурсия 0,3см, задняя стенка 1см, экскурсия 1см, сердечный выброс 80%. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ** диагноз:

<variant>гипертрофическая кардиомиопатия

<variant>рестриктивная кардиомиопатия

<variant>ревматический митральный стеноз

<variant>дилатационная кардиомиопатия

<variant>ИБС, инфаркт миокарда нижней стенки

<question>У больной 55 лет после перенесенного миокардита появились ощущение перебоев, замирания в области сердца, легкое головокружение. Проведено холтеровское мониторирование. При снятии монитора внезапно потеряла сознание, пульс и АД не определялось. Проведенные реанимационные мероприятия оказались эффективными. При расшифровке мониторирования во время синкопального состояния зарегистрированы зубцы P, комплексы QRS отсутствовали. Тактика ведения пациентки.

<variant>Постоянная кардиостимуляция

<variant>Медикаментозная терапия

<variant>Установка кардиовертера дефибриллятора

<variant>Применение чрезпищеводной электрокардиостимуляции

<variant>Временная кардиостимуляция

<question>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°C. Кроме перенесенного в прошлом месяце простудного заболевания, больше ничем не болел. Анализ крови без особенностей, анализ мочи нормальный. Над сердцем выслушивается систолический шум, ЧСС 100 в 1 мин. На ЭКГ: PQ 0,26 с. Внутривенное нарушение проводимости.

Вероятный диагноз:

<variant>Миокардит

<variant>Нестабильная стенокардия

<variant>Пароксизмальное нарушение сердечного ритма

<variant>Туберкулез легких

<variant>Перикардит

<question>Основным методом диагностики боли в груди, связанной с пролапсом митрального клапана, является:

<variant>эхокардиография

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 30 из
40

<variant>электрокардиография

<variant>коронарография

<variant>рентгенография

<variant>томография

<question>При перикардитах боль имеет следующие характеристики:

<variant>Боль уменьшается в положении сидя и увеличивается в положении лежа на спине

<variant>Загрудинные боли кратковременные

<variant>Боль усиливается в покое

<variant>Боль появляется при физической нагрузке

<variant>Боль появляется в момент стресса

<question>Мужчина 38 лет жалуется на чувство жжения за грудиной, усиливающееся после еды, при наклоне туловища вперед и в положении лежа. Укажите НАИБОЛЕЕ информативный метод исследования:

<variant>Эзофагоскопия

<variant>Рентгенография органов грудной клетки

<variant>Эзофагоманометрия

<variant>Электрокардиография с нагрузочными пробами

<variant>Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

<question>Мгновенное нарастание интенсивности болевых ощущений в области сердца до максимальной характерно для:

<variant>расслоения аорты

<variant>спонтанной стенокардии

<variant>инфаркта миокарда

<variant>тромбоэмболии легочной артерии

<variant>острого перикардита

<question>Изменения на ЭКГ, которые не характерны для миокардитов:

<variant>подъем ST в отведениях I, II, aVL

<variant>уменьшение амплитуды QRS

<variant>тахикардия

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>АВ-блокада

<question>У больной с дилатационной кардиомиопатией предполагается трансплантация сердца. Какой предполагаемый препарат можно назначить для улучшения гемодинамики перед операционным вмешательством:

<variant>.Допамин

<variant>Циклоспорин

<variant>Дигоксин

<variant>Строфантин

<variant>Рибоксин

<question>У пациента с гипертрофической кардиомиопатией, выявленной несколько лет назад, появились обмороки. На ЭКГ не появилось динамики, по сравнению с ЭКГ шестимесячной давности. Следующий необходимый метод диагностики:

<variant>суточное мониторирование ЭКГ

<variant>эхокардиография

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 31 из
40

- <variant>компьютерная томография головного мозга
- <variant>коронароангиография
- <variant>исследование ферментов крови
- <question>Бета-адреноблокаторы являются препаратами выбора при:
- <variant>Гипертрофической кардиомиопатии
- <variant>Миокардите
- <variant>Феохромоцитоме
- <variant>Вазоренальной артериальной гипертензии
- <variant>Хроническом легочном сердце
- <question>Больного 38 лет в течение 1,5 лет беспокоят выраженная одышка, приступы удушья, отеки на ногах, ощущение давления в правом подреберье. Объективно: ортопноэ, акроцианоз. В легких влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, систолический шум в 1 точке, ЧСС-120 в минуту, край печени выступает на 3 см. На голенях отеки. ЭхоКГ: увеличение полостей обоих желудочков. Фракция изгнания - 21%. Относительная недостаточность митрального клапана. Диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Наиболее вероятная стадия недостаточности кровообращения:
- <variant>НКИБ 3 ФК
- <variant>НК отсутствует
- <variant> НКI 1 ФК
- <variant>НКII А 2 ФК
- <variant>НКIII 4 ФК
- <question>Мужчина 42 лет, год назад стал отмечать одышку, тяжесть в правом подреберье. Затем присоединились приступы удушья в ночное время, отеки на голенях. В последние месяцы появлялись эпизоды кровохарканья. Об-но: в нижних отделах легких - незвучные мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца расширены влево, тоны сердца глухие. ЧСС – 90/мин. На верхушке сердца систолический шум. ЭКГ: мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ЭхоКГ: левое предсердие – 4,4; КДР левого желудочка - 8,2. Правый желудочек – 3,2. Фракция выброса-21%. Диффузная гипокинезия. Вероятный диагноз:
- <variant>Дилатационная кардиомиопатия
- <variant>Неревматический миокардит
- <variant>Алкогольная кардиомиопатия
- <variant>Ишемическая кардиомиопатия
- <variant>Рестриктивная кардиомиопатия
- <question>При гипертрофической кардиомиопатии наиболее часто встречается синдром:
- <variant>кардиалгический
- <variant>хронической недостаточности кровообращения
- <variant>кардиомегалии
- <variant>обморочных состояний
- <variant>мышечной слабости
- <question>Основной лечебный эффект нитроглицерина у больных с левожелудочковой недостаточностью кровообращения связан со следующими явлениями:
- <variant>расширение периферической венозной системы
- <variant>расширение коронарных артерий
- <variant>расширение периферических артерий

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 32 из
40

<variant>увеличение коронарного кровотока вследствие увеличения частоты сердечных сокращений

<variant>замедление ЧСС и снижение потребности миокарда в кислороде

<question>Следующее состояние: выраженное ограничение физических нагрузок, больной чувствует комфортно только в состоянии покоя, но меньшие, чем обычно, физические нагрузки приводят к развитию слабости, сердцебиения, одышки или ангинозных болей, согласно Нью-Йоркской функциональной классификации ХСН соответствует:

<variant>ФК III

<variant>ФК I

<variant>ФК II

<variant>ФК IV

<variant>ФК 0

<question>Наиболее предпочтительным темпом дигитализации является:

<variant>медленный - за 7-10 дней

<variant>быстрый за 12-24 часов

<variant>быстрый - за 24-36 часов

<variant>умеренно быстрый - за 3-4 дня

<variant>очень медленный – 20-30 дней

<question>Препаратом выбора для лечения острой левожелудочковой недостаточности при гипертрофической кардиомиопатии являются:

<variant>бета-блокаторы

<variant>диуретики

<variant>вазодилататоры

<variant>сердечные гликозиды

<variant>антагонисты кальция

<question>Следующее состояние: незначительное ограничение физической активности – в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением, согласно Нью-Йоркской функциональной классификации ХСН соответствует:

<variant>ФК II

<variant>ФК I

<variant>ФК III

<variant>ФК IV

<variant>ФК 0

<question>Следующее состояние: невозможность выполнять какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта – симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности, согласно Нью-Йоркской функциональной классификации ХСН соответствует:

<variant>ФК IV

<variant>ФК I

<variant>ФК II

<variant>ФК III

<variant>ФК 0

<question>Пациент работает в школе преподавателем истории, в анамнезе ОИМ, есть

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 33 из
40

признаки сердечной недостаточности I степени. Решение вопроса о степени нетрудоспособности:

<variant>трудоспособен

<variant>инвалидность I гр

<variant>инвалидность II гр

<variant>инвалидность III гр

<variant>нетрудоспособен в течение 2-3 дней

<question>Препаратами выбора при сердечной недостаточности являются:

<variant>ингибиторы АПФ

<variant>диуретики

<variant>нитраты

<variant>антагонисты кальция

<variant>бета-адреноблокаторы

<question>При сердечной недостаточности противопоказанием к назначению спиронолактона является:

<variant>уровень калия более 5 ммоль/л

<variant>уровень калия менее 5 ммоль/л

<variant>уровень креатинина менее 200 ммоль/л

<variant>уровень натрия менее 130 ммоль/л

<variant>уровень натрия более 130 ммоль/л

<question>К мужчине, 65 лет, вызвана бригада скорой помощи, по поводу приступа удушья и чувства сдавления грудной клетки. Из анамнеза: в последние годы страдал стенокардией и хроническим обструктивным бронхитом. При осмотре: ритм галопа, рассеянные сухие хрипы, влажные в нижних сегментах легких. АД 85/50 мм рт.ст. Прием нитроглицерина не улучшил состояние. Ваш предварительный диагноз:

<variant>инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком

<variant>инфаркт миокарда, неосложненный

<variant>тромбоэмболия легочной артерии

<variant>бронхиальная астма

<variant>двухсторонняя пневмония

<question>Больной Р., 73 лет поступил в тяжелом состоянии в отделение реанимации. Интенсивные давящие боли за грудиной купированы на догоспитальном этапе. Об-но: кожные покровы серые, покрыты холодным липким потом. В легких – застойные хрипы. Тоны сердца глухие, выраженная тахикардия, АД 30/0 мм рт.ст. ЭКГ: депрессия сегмента STV2-V6. Для купирования признаков острой сердечной недостаточности наиболее целесообразно ввести в первую очередь:

<variant>допамин

<variant>лазикс

<variant>изокет

<variant>промедол

<variant>тромбофлюкс

<question>У больного 65 лет с острым трансмуральным циркулярным инфарктом миокарда развились истинный кардиогенный шок и отек легких. Экстренную терапию начинают с применения:

<variant>Допамина

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 34 из
40

<variant>Дигоксина

<variant>Лазикса

<variant>Преднизолона

<variant>Инфузионной терапии

<question>На приеме 63 –летний больной, который наблюдается с диагнозом: ИБС.

Постинфарктный кардиосклероз. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма.

Артериальная гипертензия III степени, риск IV. НКПБ. Жалобы на ухудшение состояния в течение последних 2-х недель. Лекарства принимает регулярно. АД 150/90 мм рт.ст., ЧСС 54 ударов в 1 минуту. ЭКГ: PQ 0,26 с, QRS деформирован, смещение ST ниже изоэлектрической линии практически во всех отведениях, регистрируются групповые желудочковые экстрасистолы. Причина ухудшения состояния больного:

<variant>гликозидная интоксикация

<variant>гипертонический криз

<variant>повторный инфаркт миокарда

<variant>декомпенсация сердечной недостаточности

<variant>преходящее нарушение мозгового кровообращения

<question>При диагностике хронической сердечной недостаточности и для оценки эффективности лечения в качестве биологических маркеров используют:

<variant>натрийуретические гормоны

<variant>катехоламины

<variant>кортикостероиды

<variant>креатинфосфокиназы

<variant>лактатдегидрогеназы

<question>У пациентов при подозрении на сердечную недостаточность должно быть рассмотрено измерение

<variant>.натрийуретического пептида (BNP/NT-proBNP)

<variant>креатинкиназы

<variant>уровня глюкозы натощак и гликированного гемоглобина HbA1c

<variant>креатинина и почечной функции

<variant>липидного профиля натощак

<question>При недостаточности кровообращения с выраженными периферическими отеками в сочетании с тахисистолической формой мерцательной аритмии прежде всего назначают:

<variant> Сердечные гликозиды

<variant>Диуретики

<variant>Периферические вазодилататоры

<variant>Антиагреганты

<variant>Ингибиторы АПФ

<question>Если основной жалобой больного является резко выраженная одышка (при физической нагрузке, ортопноэ, приступы сердечной астмы) , наибольшего эффекта можно ожидать от назначения:

<variant>Диуретиков

<variant>Антиагрегантов

<variant>Антикоагулянтов

<variant>Сердечных гликозидов

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 35 из
40

<variant>Иммуномодуляторов

<question>67 - летняя больная страдает повышением артериального давления в течение 10 лет, курит в течение 15 лет, страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 4 лет, принимает глюкофаж в дозировке 850 мг в сутки. Индекс массы тела 29 кг/м², уровень холестерина 5,0 ммоль/л. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. На момент осмотра уровень АД 160/110 мм рт.ст. Ваш диагноз:

<variant>АГ 3 степень, риск 4

<variant>АГ 2 степень, риск 3

<variant>. АГ 2 степень, риск 4

<variant>АГ 1 степень, риск 4

<variant>АГ 3 степень, риск 4

<question>Нерациональными комбинациями в лечении артериальной гипертензии считают:

<variant>бета-адреноблокаторы с верапамилом

<variant>ингибиторы АПФ с нифедипином

<variant>бета-адреноблокаторы с диуретиками

<variant>ингибиторы АПФ с диуретиками

<variant>бета-адреноблокаторы с амлодипином

<question>Больному с артериальной гипертензией на фоне АВ-блокады II степени *противопоказано назначение:*

<variant>бета-адреноблокаторов

<variant>ингибиторов ангиотензин превращающего фермента

<variant> антагонистов кальция дигидропиридинового ряда

<variant>диуретиков

<variant>блокаторов ангиотензин II рецепторов

<question>Согласно классификации артериальной гипертонии экспертов ВОЗ-МОГ (2003 г.) гипертонии I степени относят значения:

<variant>140/90-159/99 мм рт.ст.

<variant>135/85 – 139/89 мм рт.ст.

<variant>160/100 – 179/109 мм рт.ст.

<variant>180/110 и более мм рт.ст.

<variant>130/80-135/84 мм рт.ст.

<question>Антигипертензивный препарат первой линии для беременных женщин с артериальной гипертензией:

<variant>допегит

<variant>индапамид

<variant> метопролол

<variant>диован

<variant>эналаприл

<question>Больная 60 лет, длительное время наблюдается по поводу артериальной гипертензии. Рост -165, масса тела 62 кг. Гипотензивные препараты регулярно не принимала. Ухудшение состояние в течение недели. Перкуторно – левая граница сердца увеличена влево. Тоны сердца приглушены, ЧСС 88 в минуту, АД 150/85 мм рт.ст. При Эхо КГ - гипертрофия левого желудочка. Ваш диагноз:

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 36 из
40

<variant>артериальная гипертония I степени, риск 3

<variant>артериальная гипертония II степени, риск 4

<variant>артериальная гипертония I степени, риск 2

<variant>артериальная гипертония II степени, риск 3

<variant>артериальная гипертония III степени, риск 4

<question>Целевой уровень АД при АГ и сахарном диабете:

<variant>130/90

<variant>150/90

<variant>120/80

<variant>125/85

<variant>140/90

<question>Целевой уровень АД при АГ и почечной недостаточности с протеинурией 1 г/л:

<variant>130/90

<variant>150/90

<variant>120/80

<variant>125/85

<variant>140/90

<question>78 - летний больной страдает артериальной гипертензией. Состоит на учете у уролога по поводу аденомы предстательной железы. Больному для снижения АД и уменьшения обструкции мочеиспускательного канала предпочтительно назначить :

<variant>доксазозин

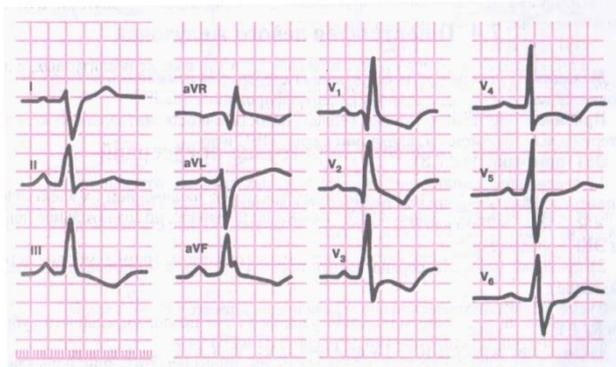
<variant> эсмолол

<variant>урегит

<variant>периндоприл

<variant>верапамил

<question>Больной 30 лет состоит на диспансерном учете у ревматолога по поводу порока сердца. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного:



<variant>гипертрофия правого предсердия и правого желудочка

<variant>.гипертрофия правого предсердия и левого желудочка

<variant>гипертрофия левого предсердия и левого желудочка

<variant>гипертрофия левого предсердия и правого желудочка

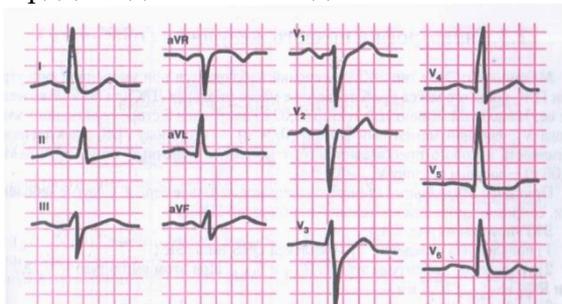
<variant>гипертрофия правого и левого желудочков

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

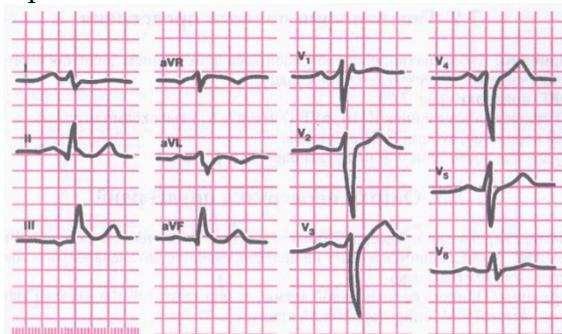
044-79/22
Стр. 37 из
40

<question>Больной 28 лет состоит на диспансерном учете у ревматолога по поводу порока сердца. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного:



- <variant>гипертрофия левого желудочка
- <variant>гипертрофия правого предсердия
- <variant>.гипертрофия левого предсердия
- <variant>гипертрофия правого желудочка
- <variant>гипертрофия межжелудочковой перегородки

<question>Больной 36 лет состоит на диспансерном учете у ревматолога по поводу порока сердца. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного:



- <variant>гипертрофия левого предсердия и правого желудочка
- <variant>гипертрофия правого предсердия и правого желудочка
- <variant>гипертрофия правого предсердия и левого желудочка
- <variant>гипертрофия левого предсердия и левого желудочка
- <variant>гипертрофия правого и левого желудочков

<question> ЭКГ признаки синусовой тахикардии:

- <variant>ритм правильный: частота P- P соответствует R- R
- <variant>частота R- R нерегулярный
- <variant>наличие волн f
- <variant>наличие компенсаторной паузы
- <variant>наличие измененных по форме P/ перед QRS

<question>Больная 25 лет, жалуется на сердцебиение, кратковременную потерю сознания после эмоциональных нагрузок. Из анамнеза – тиреотоксикоз. Объективно: при аускультации тахикардия. ЧСС 102 ударов в мин. На ЭКГ: укорочение интервала T – P, форма предсердного и желудочкового комплекса не изменена. Наиболее вероятное нарушение ритма сердца:

- <variant>Синусовая тахикардия
- <variant>Синусовая аритмия

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 38 из
40

<variant>Синусовая брадикардия

<variant>Синдром слабости синусового узла

<variant>Атриовентрикулярный ритм

<question>Больная 25 л., жалуется на сердцебиение, головокружение после незначительных эмоциональных нагрузок. Из анамнеза – тиреотоксикоз. Объективно: при аускультации тахикардия. ЧСС 102 ударов в мин. На ЭКГ: укорочение интервала Т – Р, форма предсердного и желудочкового комплекса не изменена. Наиболее правильная тактика введения больной:

<variant>Лечение тиреотоксикоза

<variant>Введение атропина

<variant>Введение лидокаина

<variant>Введение изоптина

<variant>Массаж области каротидного синуса

<question>На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более, чем на 0,10 с; зубцы Р (в отведениях I, II, AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Ваше заключение:

<variant>ритм синусовый, регулярный

<variant>ритм синусовый нерегулярный

<variant>мерцательную аритмию

<variant>ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный

<variant>ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный

<question>Больной, 50 лет, вызвал скорую помощь по поводу внезапно развившейся одышки. В анамнезе тромбофлебит нижних конечностей. Объективно: цианоз лица и верхней половине туловища. Шейные вены набухшие, пульсирующие. В легких ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы на ограниченном участке. ЧДД– 26 в мин. Границы сердца расширены вправо. Определяется эпигастральная пульсация, усиливающаяся на вдохе. Аускультативно акцент 2 тона на легочной артерии. АД 90/60 мм рт.ст. ЧСС 100 в мин. Изменения на ЭКГ в данной ситуации:

<variant>признаки перегрузки правых отделов S1, QIII, TIII

<variant>патологические зубцы Q, подъем сегмента ST, инверсия зубца T

<variant>подъем сегмента ST во многих отведениях

<variant>отклонение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка

<variant>снижение сегмента ST

<question>При синусовой тахикардии вследствие хронической сердечной недостаточности проводится лечение:

<variant>ингибиторы АПФ и бета блокаторы

<variant>нитраты в сочетании со статинами

<variant>нифедипин в сочетании с аспирином

<variant>предуктал в сочетании со статинами

<variant>пропранолол в сочетании с аспирином

<question>Наиболее достоверным электрокардиографическим признаком тромбоэмболии легочной артерии являются:

<variant>синдром S1- Q 3 и смещение вверх сегмента ST в отведениях III, V1, V2

<variant>глубокий зубец Q в отведениях V4-V6

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 39 из
40

<variant>депрессия сегмента ST в отведениях I, II и aVL

<variant>депрессия сегмента ST в отведениях II, III и aVF

<variant>инверсия зубца T в грудных отведениях

<question>На ЭКГ при гипертрофии левого предсердия выявляются:

<variant> наличие двугорбого уширенного зубца P в отведениях I, aVL, V5-6

<variant>наличие остроконечного высокого зубца P в отведениях II, III, aVF, V1

<variant>наличие патологического зубца Q в отведениях I, aVL, V5-6

<variant>наличие глубокого зубца S в отведениях II, III, aVF

<variant> наличие глубокого зубца S в отведениях I, aVL

<question>Заболевание, при котором отмечается внезапное появление на ЭКГ глубокого зубца S в I отведении и зубца Q в III отведении (признак Макджин-Уайта), а также смещение переходной зоны влево:

<variant>тромбоэмболия легочной артерии

<variant>нижний инфаркт миокарда

<variant>перикардит

<variant>аневризма левого желудочка

<variant>перегрузка левого желудочка

<question>К ЭКГ –признакам гипертрофии левого желудочка относится:

<variant>увеличение суммы зубцов R в V 5-6 и S в V 1 более 38 мм.

<variant>увеличение вольтажа зубца R в отведениях III, aVF, V 1-2

<variant>увеличение вольтажа зубца P в отведениях I, II, aVL

<variant>смещение переходной зоны вправо

<variant>наличие зазубрины на восходящем колене зубца R

<question>Больной М., 35 л., жалуется на слабость, сонливость, головные боли. Из анамнеза – гипотиреоз. Объективно: при аускультации брадикардия. ЧСС 54 ударов в мин. На ЭКГ: удлинение интервала PQ, снижение вольтажа, уменьшение амплитуды зубца P и T, форма предсердного и желудочкового комплекса не изменена. Наиболее вероятное нарушение ритма сердца:

<variant>Синусовая брадикардия

<variant>Синдром слабости синусового узла

<variant>Синусовая тахикардия

<variant> Синусовая аритмия

<variant>Атриовентрикулярный ритм

<question>На ЭКГ выявлена патология зубца Q, элевация ST в отведениях V₁-V₃. НАИБОЛЕЕ вероятный диагноз.

<variant> инфаркт миокарда переднеперегородочной области

<variant> верхушечный инфаркт миокарда

<variant>заднебазальный инфаркт миокарда

<variant>нижнедиафрагмальный инфаркт миокарда

<variant>инфаркт миокарда переднебоковой области

<question>Больной 57 лет, учитель математики обратился к врачу общей практики с жалобами на тянущие боли в области затылка, тошноту, сердцебиение. Из анамнеза: в течение года его периодически беспокоят головные боли, шум в ушах, плохой сон. К врачам не обращался. При осмотре: рост 164 см, вес 97 кг. Кожные покровы обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22
Стр. 40 из
40

правильный. АД 170/100 мм рт.ст., ЧСС 92 в минуту. На ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, $RV_{5,6} > RV_4$. Интерпретируйте ЭКГ изменения:

- <variant>признаки гипертрофии левого желудочка
- <variant>признаки гипертрофии левого предсердия
- <variant>признаки гипертрофии правого желудочка
- <variant>признаки гипертрофии правого предсердия
- <variant>признаки гипертрофии обоих желудочков

<question>Метод применяемый в основном для диагностики преходящих нарушений ритма сердца, а также для выявления ишемических изменений ЭКГ у больных ИБС в течение 1-2 суток:

- <variant>Мониторирование по Холтеру
- <variant> Тредмилметрия
- <variant>Дозированная ходьба
- <variant>Лестничная проба
- <variant>Велоэргометрия

<question>Электрокардиографические изменения, которые выявляются при остром перикардите:

- <variant>конкордантный подъем сегмента ST во всех отведениях, кроме aVR
- <variant>депрессия сегмента ST в большинстве отведений
- <variant>патологические зубцы Q
- <variant>увеличение амплитуды зубца R в грудных отведениях
- <variant>снижение амплитуды зубца R в грудных отведениях

<question>При проведении велоэргометрической пробы у мужчины 47 лет с периодическими болями в области сердца на второй ступени нагрузки (50 Вт) появилась депрессия интервала ST до 0,5 мм в V_3-V_4 отведениях. Выбрать степень ишемии соответствующий результату велоэргометрии:

- <variant>Ишемия не выявлена
- <variant>Выраженная
- <variant>Незначительная (легкая)
- <variant>Умеренно выраженная
- <variant>Хроническая ишемия



Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая кардиология», 6 курс

044-79/22

Стр. 41 из
40