

- 1 Наиболее частой причиной возникновения систолического шума при остром инфаркте миокарда является:
 - 1) - Дисфункция папиллярных мышц.
 - 2) - Разрыв межжелудочковой перегородки.
 - 3) - Отрыв сухожильных мышц.
 - 4) - Разрыв сухожильных хорд.
2. К факторам риска развития гипертонической болезни не могут быть отнесены:
 - 1) - Большие нервно-эмоциональные нагрузки.
 - 2) - Избыточное потребление жиров и углеводов.
 - 3) - Отягощенная по гипертонии наследственность.
 - 4) - Повышенная масса тела.
 - 5) - Избыточное потребление поваренной соли.
3. Патогенетическими звеньями гипертонической болезни являются все перечисленные, кроме:
 - 1) - Повышения активности симпато-адреналовой системы.
 - 2) - Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
 - 3) - Атеросклероза почечных артерий.
 - 4) - Нарушения трансмембранного транспорта ионов.
 - 5) - Изменения системы простагландинов.
4. Фактором, определяющим уровень АД, не может быть:
 - 1) - Минутный объем сердца.
 - 2) - Общее периферическое сосудистое сопротивление.
 - 3) - Ренин-ангиотензиновая система.
 - 4) - Уровень электролитов крови.
5. Между активностью ренина и магистральным почечным кровотоком существует следующая взаимосвязь:
 - 1) - Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.
 - 2) - Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.
 - 3) - Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.
 - 4) - Все ответы правильные.
 - 5) - Правильного ответа нет.
- 6 При повышенном содержании ренина увеличивается образование:
 - 1) - Ангиотензина II.
 - 2) - Триглицеридов.
 - 3) - Катехоламинов.
 - 4) - Холестерина.
7. Избыточное образование альдостерона сопровождается:
 - 1) - Задержкой натрия и воды.
 - 2) - Повышением активности симпато-адреналовой системы.
 - 3) - Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.
 - 4) - Уменьшением минутного объема сердца.
 - 5) - Всем перечисленным.
8. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:
 - 1) - Поражение артерий сетчатки.
 - 2) - Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
 - 3) - Нарушения ритма сердца.
 - 4) - Появление блокад сердца.
9. Гипертоническая болезнь является фактором риска развития следующих заболеваний:
 - 1) - ИБС.
 - 2) - Инсульта.
 - 3) - И того, и другого.
 - 4) - Ни того, ни другого.

10. При гипертонической болезни на ЭКГ наиболее часто выявляются:
 - 1) - Замедление предсердно-желудочковой проводимости.
 - 2) - Блокада ветвей пучка Гиса.
 - 3) - "Увеличение амплитуды зубца "U"."
 - 4) - Гипертрофия левого желудочка.
 - 5) - Все перечисленное.
11. У больных с гипертонической болезнью при инфаркте миокарда увеличивается риск развития:
 - 1) - Желудочковой пароксизмальной тахикардии.
 - 2) - Разрыва миокарда.
 - 3) - Тромбоэмболии.
 - 4) - Пневмонии.
12. Для гипертонической болезни I стадии характерно:
 - 1) - Транзиторное повышение АД.
 - 2) - Электрокардиографические признаки гипертрофии миокарда.
 - 3) - Нарушение функции почек.
 - 4) - Геморрагии в сетчатке.
 - 5) - Все перечисленное.
13. Злокачественное течение артериальной гипертонии чаще встречается при:
 - 1) - Гипертонической болезни.
 - 2) - Симптоматических гипертензиях.
 - 3) - Одинаково часто при эссенциальной гипертонии и вторичных артериальных гипертензиях.
14. При синдроме злокачественной артериальной гипертонии могут иметь место следующие симптомы:
 - 1) - Высокое артериальное давление (более 220/130 мм. рт. ст.).
 - 2) - Тяжелое поражение глазного дна.
 - 3) - Нарушение функции почек.
 - 4) - Гипертоническая энцефалопатия.
 - 5) - Все перечисленное.
15. Заболеваниями, наиболее часто приводящими к развитию вторичных артериальных гипертензий, являются:
 - 1) - Коарктация аорты.
 - 2) - Диффузный гломерулонефрит и хронический пиелонефрит.
 - 3) - Гипоплазия почечных артерий.
 - 4) - Феохромоцитома.
 - 5) - Первичный гиперальдостеронизм.
16. При коарктации аорты АД повышается:
 - 1) - В артериях верхних конечностей.
 - 2) - На нижних конечностях.
 - 3) - В почечных артериях.
 - 4) - Все ответы правильные.
 - 5) - Правильного ответа нет.
17. При вазоренальных артериальных гипертензиях АД повышается в результате:
 - 1) - Повышения активности симпатoadреналовой системы.
 - 2) - Увеличения объема циркулирующей крови.
 - 3) - Повышения активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
 - 4) - Увеличения минутного объема сердца.
 - 5) - Всего перечисленного.
18. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:
 - 1) - Гипергликемия.
 - 2) - Гипогликемия.

- 3) - Лейкопения.
 - 4) - Лимфоцитоз.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
19. Феохромоцитома является опухолью:
- 1) - Кортикального слоя надпочечников.
 - 2) - Паренхимы почек.
 - 3) - Мозгового слоя надпочечников.
20. Наиболее часто феохромоцитома локализуется:
- 1) - В одном надпочечнике.
 - 2) - В обоих надпочечниках.
 - 3) - В надпочечнике и вне надпочечника.
21. Альдостерома является опухолью:
- 1) - Сетчатой зоны коркового слоя надпочечников.
 - 2) - Пучковой зоны коркового слоя надпочечников.
 - 3) - Клубочковой зоны коркового слоя надпочечников.
22. Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) характерно:
- 1) - Кризовое течение артериальной гипертонии.
 - 2) - Стабильное повышение АД без кризов.
 - 3) - Нормальное АД.
23. Фибромышечная дисплазия почечных артерий встречается чаще:
- 1) - У мужчин.
 - 2) - У женщин.
 - 3) - Одинаково часто у мужчин и женщин.
24. Неспецифический аортоартериит встречается чаще:
- 1) - У женщин.
 - 2) - У мужчин.
 - 3) - Одинаково часто у женщин и мужчин.
25. Кардиомиопатией называют:
- 1) - Поражения миокарда известной этиологии.
 - 2) - Поражения миокарда, связанные с каким-либо системным заболеванием.
 - 3) - Поражения миокарда неизвестной этиологии.
 - 4) - Специфические заболевания миокарда.
 - 5) - Все перечисленное.
26. Идиопатические формы поражения миокарда включают:
- 1) - Гипертрофическую форму кардиомиопатии.
 - 2) - Дилатационную форму кардиомиопатии.
 - 3) - Рестриктивную форму кардиомиопатии.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Правильно: гипертрофическую форму кардиомиопатии и дилатационную форму кардиомиопатии.
27. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:
- 1) - Левожелудочковая недостаточность.
 - 2) - Правожелудочковая недостаточность.
 - 3) - Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.
28. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается:
- 1) - Дующий пансистолический шум.
 - 2) - Поздний систолический шум.
 - 3) - Четвертый тон.
 - 4) - Диастолический шум.
29. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:
- 1) - Одышка.
 - 2) - Стенокардия напряжения.

- 3) - Обмороки.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Правильно Одышка и Обмороки.
30. Для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:
- 1) - Нормального пульса на сонных артериях.
 - 2) - "Медленного, анакротического, ""плато"" пульса на сонных артериях."
 - 3) - Отрывистого (быстрого, укороченного) пульса на сонных артериях.
31. На ЭКГ у больных гипертрофической кардиомиопатией :
- 1) - Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии левого желудочка.
 - 2) - Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии правого желудочка.
 - 3) - Обычно ЭКГ в пределах нормы.
 - 4) - На ЭКГ обычно регистрируются признаки блокады левой ножки пучка Гиса.
 - 5) - На ЭКГ обычно регистрируется неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
32. "Для больных с ""верхушечной"" гипертрофической кардиомиопатией характерна регистрация на ЭКГ:"
- 1) - Гигантских отрицательных зубцов Т в левых грудных отведениях (V4-V6) - глубиной до 10 мм и более."
 - 2) - Патологических зубцов Q.
 - 3) - Признаков гипертрофии правого желудочка.
 - 4) - Блокады левой ножки пучка Гиса.
33. Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием:
- 1) - Поражения миокарда возбудителем инфекции.
 - 2) - Воздействия токсинов.
 - 3) - Возникновения иммунопатологических реакций.
 - 4) - Всего перечисленного.
34. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:
- 1) - Вирусные.
 - 2) - Бактериальные.
 - 3) - Паразитарные.
 - 4) - Грибковые.
35. Неинфекционные миокардиты возникают вследствие:
- 1) - Аллергических реакций.
 - 2) - Токсических воздействий.
 - 3) - Химических воздействий.
 - 4) - Воздействий физических факторов.
 - 5) - Всего перечисленного.
36. На фоне воздействия инфекции или неинфекционного этиологи-ческого фактора специфическими признаками миокардита являются:
- 1) - Повышение температуры.
 - 2) - Слабость.
 - 3) - Артралгии.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
37. На фоне инфекционного заболевания или воздействия неинфек-ционного этиологического фактора наиболее вероятными типичными признаками миокардита являются:
- 1) - Лейкоцитоз.
 - 2) - Ускорение СОЭ.
 - 3) - Изменения ЭКГ.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Правильного ответа нет.

38. В научных исследованиях для верификации диагноза миокардита используют биопсию миокарда, при этом:
- 1) - Положительные результаты биопсии миокарда подтверждают диагноз.
 - 2) - Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита.
 - 3) - Оба ответа правильные.
39. Для выявления воспалительных изменений миокарда подтверждение может быть получено с помощью:
- 1) - Сцинтиграфии миокарда с таллием-201.
 - 2) - Биопсии миокарда.
 - 3) - Сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.
 - 4) - Радионуклидной вентрикулографии.
 - 5) - Всего перечисленного.
40. При установлении диагноза миокардита:
- 1) - "Обязательно назначение ""противовоспалительных препаратов""."
 - 2) - Лечение в большинстве случаев симптоматическое.
 - 3) - Обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов.
 - 4) - "Обязательно назначение препаратов, ""улучшающих метаболические процессы в миокарде""."
 - 5) - Правильного ответа нет.
41. Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах:
- 1) - Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции.
 - 2) - Вообще противопоказано при вирусных миокардитах.
 - 3) - Оба ответа правильные.
 - 4) - Правильного ответа нет.
42. Снижение сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:
- 1) - Гипертрофической кардиомиопатии.
 - 2) - Дилатационной кардиомиопатии.
 - 3) - Рестриктивной кардиомиопатии.
 - 4) - Всего перечисленного.
43. Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для:
- 1) - Гипертрофической кардиомиопатии.
 - 2) - Дилатационной кардиомиопатии.
 - 3) - Рестриктивной кардиомиопатии.
 - 4) - Встречается с одинаковой частотой при всех формах.
44. Синдром стенокардии напряжения наиболее характерен для больных с:
- 1) - Гипертрофической кардиомиопатией.
 - 2) - Дилатационной кардиомиопатией.
 - 3) - Рестриктивной кардиомиопатией.
 - 4) - Встречается с одинаковой частотой при всех формах.
45. В патогенезе так называемого ""пивного"" сердца основное значение имеет:"
- 1) - Избыточное потребление алкоголя.
 - 2) - Избыточное потребление жидкости.
 - 3) - Наличие кобальта в пиве.
46. Концентрическая симметричная гипертрофия левого желудочка:
- 1) - Часто встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
 - 2) - Редко встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
 - 3) - Не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
47. Гигантские отрицательные зубцы ""Т"" в прекардиальных отведениях характерны для:"
- 1) - Рестриктивной кардиомиопатии.
 - 2) - Дилатационной кардиомиопатии.
 - 3) - Особого варианта гипертрофической кардиомиопатии.
 - 4) - Любых вариантов гипертрофической кардиомиопатии.

48. Сужение выносящего тракта левого желудочка:
- 1) - Всегда имеет место при гипертрофической кардиомиопатии.
 - 2) - Никогда не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
 - 3) - Встречается в части случаев гипертрофической кардиомиопатии.
49. В норме полость перикарда содержит:
- 1) - Около 5 мл жидкости.
 - 2) - До 50 мл жидкости.
 - 3) - 100-200 мл жидкости.
 - 4) - 300-500 мл жидкости.
50. Основными функциями перикарда являются:
- 1) - Предохранение сердца от чрезмерного растяжения.
 - 2) - Фиксация сердца.
 - 3) - Обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме.
 - 4) - Защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения.
 - 5) - Все перечисленное.
51. Наиболее частой причиной сдавливающего (констриктивного) перикардита у лиц молодого возраста является:
- 1) - Туберкулез.
 - 2) - Сифилис.
 - 3) - Ревматизм.
 - 4) - Ранения перикарда.
 - 5) - Системные заболевания соединительной ткани.
52. К асептическим поражениям перикарда следует отнести:
- 1) - Перикардиты при заболеваниях крови.
 - 2) - Перикардиты при злокачественных опухолях.
 - 3) - Аллергическое или аутоиммунное поражение миокарда.
 - 4) - Все перечисленные формы.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
53. К асептическим перикардитам следует отнести:
- 1) - Постинфарктный перикардит.
 - 2) - Посткомиссуротомный перикардит.
 - 3) - Уремический.
 - 4) - Все перечисленные.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
54. В острой стадии перикардита происходит:
- 1) - Выпадение нитей фибрина.
 - 2) - Накопление экссудата.
 - 3) - Ничего из перечисленного.
 - 4) - Все перечисленное.
55. При хроническом перикардите:
- 1) - Происходит разрастание грануляционной ткани.
 - 2) - Формируются спайки между листками перикарда.
 - 3) - Происходит облитерация полости перикарда.
 - 4) - Имеет место все перечисленное.
56. "Парадоксальный пульс" - это:
- 1) - Исчезновение пульса или уменьшение его наполнения при вдохе.
 - 2) - Низкая амплитуда пульсовой волны на периферических артериях при высокой амплитуде его на магистральных сосудах.
 - 3) - И то, и другое.
 - 4) - Ни то, ни другое.
57. Причиной "парадоксального пульса" при перикардите является:
- 1) - Резкое снижение сердечного выброса на вдохе.

- 2) - Повышение сердечного выброса на выдохе.
 - 3) - Нарушения ритма.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Правильного ответа нет.
58. Центральное венозное давление при накоплении в перикарде жидкости:
- 1) - Повышается.
 - 2) - Снижается.
 - 3) - Не изменяется.
 - 4) - Изменения не закономерны.
59. Нарушения гемодинамики при спаечном процессе в перикарде обусловлены:
- 1) - Ограничением диастолического растяжения миокарда.
 - 2) - Снижением эффекта присасывающей способности грудной клетки.
 - 3) - Сдавлением крупных вен.
 - 4) - Всем перечисленным.
 - 5) - Правильно ограничением диастолического растяжения миокарда и сдавлением крупных вен.
60. Для острого фибринозного перикардита не характерны:
- 1) - Брадикардия.
 - 2) - Повышение температуры тела.
 - 3) - Боль за грудиной.
 - 4) - Шум трения перикарда.
 - 5) - Дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.
61. При остром фибринозном перикардите может наблюдаться:
- 1) - Тахикардия.
 - 2) - Шум трения перикарда.
 - 3) - Боль за грудиной.
 - 4) - Снижение АД.
 - 5) - Все перечисленное.
62. Для диагностики острого фибринозного перикардита наиболее важным симптомом является:
- 1) - Тахикардия.
 - 2) - Шум трения перикарда.
 - 3) - Боль за грудиной.
 - 4) - Дисфагия.
 - 5) - Снижение АД.
63. Шум трения перикарда при фибринозном перикардите:
- 1) - Лучше выслушивается в положении сидя.
 - 2) - Не связан с дыханием.
 - 3) - Усиливается при надавливании стетоскопа.
 - 4) - Выслушивается в систолу и диастолу.
 - 5) - Все ответы правильные.
64. Для возникновения шума трения перикарда необходимо:
- 1) - Нарушение нормального состояния серозной поверхности.
 - 2) - Сохранение взаимной подвижности и соприкосновения висцерального и париетального листков перикарда.
 - 3) - И то, и другое.
 - 4) - Ни то, ни другое.
65. Шум трения перикарда можно выслушать:
- 1) - В межлопаточном пространстве.
 - 2) - Над всей зоной абсолютной тупости сердца.
 - 3) - На небольшом участке в IV межреберье слева.
 - 4) - Все ответы правильные.

- 5) - Правильного ответа нет.
66. Наиболее информативным для диагностики фибринозного перикардита без выпота следует считать метод:
- 1) - Рентгенографии.
 - 2) - Эхокардиографии.
 - 3) - Аускультации.
 - 4) - Электрокардиографии.
67. Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:
- 1) - Аускультации.
 - 2) - Рентгенографии.
 - 3) - Электрокардиографии.
 - 4) - Эхокардиографии.
68. При фибринозном перикардите на ЭКГ обычно не бывает:
- 1) - Конкордантного смещения сегмента ST во всех грудных отведениях.
 - 2) - Отрицательного зубца T.
 - 3) - Отклонения электрической оси влево.
69. При тампонаде сердца наблюдается:
- 1) - Резкая одышка.
 - 2) - Цианоз.
 - 3) - Тахикардия.
 - 4) - Нитевидный пульс.
 - 5) - Все перечисленное.
70. При экссудативном перикардите на ЭКГ часто наблюдается:
- 1) - Отклонение электрической оси вправо.
 - 2) - Депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях.
 - 3) - Низкий вольтаж зубцов.
71. При туберкулезном перикардите инфекция распространяется:
- 1) - Гематогенно из различных органов.
 - 2) - Лимфогенным путем из медиастинальных и трахеобронхиальных лимфоузлов.
 - 3) - Контактным путем.
72. Наиболее часто вызывают поражение эндокарда:
- 1) - Лактобактерии.
 - 2) - Синегнойная палочка.
 - 3) - Зеленыя стрептококки.
 - 4) - Золотистые стафилококки.
 - 5) - Менингококки.
73. Эндокардит могут вызывать:
- 1) - Вирусы.
 - 2) - Бациллы лихорадки Ку.
 - 3) - Сальмонеллы.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
74. Предрасполагающими к инфекционному эндокардиту факторами следует считать:
- 1) - Преходящую бактеремию.
 - 2) - Проведение гемодиализа.
 - 3) - Наличие искусственных клапанов сердца.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
75. Инфекционный эндокардит чаще возникает:
- 1) - У больных, имеющих поражение клапанного аппарата.
 - 2) - При интактных клапанах.

- 3) - Частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение клапанного аппарата и не имеющих его.
76. Из перечисленного наиболее частым клиническим проявлением подострого инфекционного эндокардита является:
- 1) - Лихорадка.
 - 2) - Артралгии.
 - 3) - Петехии на коже и слизистых.
 - 4) - Изменения формы ногтей.
77. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
- 1) - Миокардит.
 - 2) - Васкулиты мелких сосудов.
 - 3) - Эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
78. Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:
- 1) - Митрального клапана.
 - 2) - Аортального клапана.
 - 3) - Трехстворчатого клапана.
 - 4) - Правильно: Митрального клапана и Трехстворчатого клапана.
79. Инфаркт миокарда при инфекционном эндокардите может быть обусловлен:
- 1) - Эмболией сосудов бактериальными или тромботическими массами.
 - 2) - Поражением *vasa vasorum*.
 - 3) - И тем, и другим.
 - 4) - Ни тем, и ни другим.
80. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
- 1) - Диффузный гломерулонефрит.
 - 2) - Инфаркт почки.
 - 3) - Очаговый нефрит.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
81. Признаком инфаркта почки при остром инфекционном эндокардите является:
- 1) - Боль в поясничной области.
 - 2) - Гематурия.
 - 3) - Дизурические явления.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Правильного ответа нет.
82. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается:
- 1) - У большинства больных.
 - 2) - Редко.
 - 3) - Не встречается.
83. Для острого инфекционного эндокардита характерно:
- 1) - Наличие лихорадки, озноба.
 - 2) - Наличие лейкоцитоза.
 - 3) - Быстрое формирование порока сердца.
 - 4) - Быстрое появление признаков сердечной недостаточности.
 - 5) - Все перечисленное.
84. Для больного с острым инфекционным эндокардитом характерно наличие:
- 1) - Бактеремии.
 - 2) - Лейкоцитоза.
 - 3) - Увеличение СОЭ.
 - 4) - Все ответы правильные.

- 5) - Правильно Бактеремии и Увеличение СОЭ.
85. При остром инфекционном эндокардите могут наблюдаться:
- 1) - Поражение ЦНС.
 - 2) - Поражение клапанов сердца.
 - 3) - Эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов.
 - 4) - Почечная недостаточность.
 - 5) - Все перечисленное.
86. При остром инфекционном эндокардите аортальный порок сердца чаще формируется:
- 1) - К 2-й неделе от начала заболевания.
 - 2) - К концу 1-го месяца от начала заболевания.
 - 3) - К концу 3-4-го месяца заболевания.
 - 4) - К концу 1-го полугодия.
87. Наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается:
- 1) - Митральный клапан.
 - 2) - Аортальный клапан.
 - 3) - Трехстворчатый клапан.
88. Для аускультативной картины поражения аортального клапана при подостром инфекционном эндокардите характерно наличие:
- 1) - Систолического шума с максимумом во II межреберье справа.
 - 2) - Диастолического шума в точке Боткина.
 - 3) - Диастолического шума на верхушке.
89. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
- 1) - Экстрасистолия.
 - 2) - Мерцательная аритмия.
 - 3) - Нарушения AV проводимости.
 - 4) - Синусовая брадикардия или тахикардия.
 - 5) - Все перечисленное.
90. При подостром инфекционном эндокардите инфаркт миокарда вследствие тромбоэмболии коронарной артерии развивается:
- 1) - Редко.
 - 2) - Примерно в половине случаев.
 - 3) - У большинства больных.
91. Инфекционный эндокардит может осложняться развитием:
- 1) - Перикардита.
 - 2) - Миокардита.
 - 3) - Того, и другого.
 - 4) - Ни одного из них.
92. Наиболее специфичными для подострого инфекционного эндокардита является:
- 1) - Увеличение СОЭ.
 - 2) - Анемия.
 - 3) - Лейкоцитопения.
 - 4) - Бактеремия.
93. Для абактериальной стадии подострого инфекционного эндокардита не характерно наличие:
- 1) - Тромбоэмболии в различные органы.
 - 2) - Артралгии.
 - 3) - Анемии, лейкоцитопении, тромбоцитопении.
 - 4) - Развитие порока сердца.
 - 5) - Положительного результата посева крови.
94. При подостром инфекционном эндокардите наблюдается:
- 1) - Умеренная лихорадка.
 - 2) - Боль в груди.

- 3) - Одышка.
 - 4) - Слабость.
 - 5) - Все перечисленное.
95. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
- 1) - Гломерулонефрит с явлениями почечной недостаточности.
 - 2) - Артриты.
 - 3) - Синовиит.
 - 4) - Васкулиты.
 - 5) - Все перечисленное.
96. Причиной сердечной недостаточности при подостром инфекцион-ном эндокардите может быть:
- 1) - Формирование порока митрального клапана.
 - 2) - Формирование порока аортального клапана.
 - 3) - Формирование порока трикуспидального клапана.
 - 4) - Сопутствующий миокардит.
 - 5) - Все перечисленное.
97. При подостром инфекционном эндокардите порок сердца чаще формируется:
- 1) - В течение 2-3 недель от начала заболевания.
 - 2) - В течение 1-6 месяцев от начала заболевания.
 - 3) - К концу 1-го года заболевания.
98. Острый инфекционный эндокардит может осложниться:
- 1) - Разрывом хорды.
 - 2) - Образованием аневризмы аорты.
 - 3) - Разрывом межжелудочковой перегородки.
 - 4) - Развитием пиогемоперикарда.
 - 5) - Всем перечисленным.
99. При инфекционном эндокардите эмболии возможны в:
- 1) - Артерии почек.
 - 2) - Коронарные артерии.
 - 3) - Артерии селезенки.
 - 4) - Артерии мозга.
 - 5) - Во все перечисленные.
100. При инфекционном эндокардите возможно возникновение:
- 1) - Инфаркта почки.
 - 2) - Абсцесса почки.
 - 3) - Диффузного гломерулонефрита.
 - 4) - Всего перечисленного.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
101. Для острого инфекционного эндокардита не характерно:
- 1) - Увеличение СОЭ.
 - 2) - Анемия.
 - 3) - Тромбоцитопения.
 - 4) - Лейкопения.
 - 5) - Правильного ответа нет.
102. Причиной недостаточности митрального клапана может быть:
- 1) - Ревматизм.
 - 2) - Атеросклероз.
 - 3) - Инфекционный эндокардит.
 - 4) - Правильно: ревматизм и инфекционный эндокардит.
 - 5) - Все перечисленное.
103. Митральный стеноз чаще всего является следствием:
- 1) - Ревматизма.

- 2) - Инфекционного эндокардита.
 - 3) - Системной красной волчанки.
 - 4) - Атеросклероза.
104. При появлении мерцательной аритмии у больных с митральным стенозом пресистолический шум:
- 1) - Не изменяется.
 - 2) - Усиливается.
 - 3) - Исчезает.
 - 4) - Ослабевает.
105. Причиной возникновения органической недостаточности митрального клапана может быть:
- 1) - Ревматизм.
 - 2) - Склеродермия.
 - 3) - Ревматоидный полиартрит.
 - 4) - Септический эндокардит.
 - 5) - Все перечисленное.
106. При недостаточности митрального клапана I-й тон:
- 1) - Усилен.
 - 2) - Не изменен.
 - 3) - Ослаблен.
107. У больных с выраженной недостаточностью митрального клапана 3-й тон выслушивается на верхушке сердца:
- 1) - Довольно часто.
 - 2) - Очень редко.
 - 3) - Всегда.
108. Синдром митральной регургитации при органической недостаточности митрального клапана включает:
- 1) - Систолический шум на верхушке.
 - 2) - Ослабление 1-го тона.
 - 3) - Наличие 3-го тона сердца.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Все ответы неправильные.
109. Отек легких у больных с недостаточностью митрального клапана развивается:
- 1) - Более часто, чем у больных с митральным стенозом.
 - 2) - Менее часто, чем у больных с митральным стенозом.
 - 3) - Нет различий в частоте развития отека легких при митральном стенозе и митральной недостаточности.
110. У больных с пролапсом митрального клапана могут быть:
- 1) - Недостаточность кровообращения.
 - 2) - Инфекционный эндокардит.
 - 3) - Нарушения ритма сердца.
 - 4) - Все ответы правильные.
 - 5) - Все ответы неправильные.
111. Для синдрома пролабирования митрального клапана характерно все перечисленное, кроме:
- 1) - Болей в грудной клетке.
 - 2) - Экстрасистолии.
 - 3) - Синусовой тахикардии.
 - 4) - Синусовой брадикардии.
112. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:
- 1) - Ревматизм.
 - 2) - Атеросклероз.

- 3) - Врожденная патология клапана.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
113. При стенозе устья аорты продолжительность систолы левого желудочка:
- 1) - Увеличивается.
 - 2) - Уменьшается.
 - 3) - Не изменяется.
114. Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при:
- 1) - Митральном стенозе.
 - 2) - Недостаточности митрального клапана.
 - 3) - Недостаточности аортального клапана.
 - 4) - Стенозе устья аорты.
115. При стенозе устья аорты ревматической этиологии 2-ой тон:
- 1) - Усилен.
 - 2) - Ослаблен.
 - 3) - Не изменен.
116. Характерными изменениями ЭКГ у больных со стенозом устья аорты являются все перечисленные, кроме:
- 1) - Блокады правой ножки пучка Гиса.
 - 2) - Блокады левой ножки пучка Гиса.
 - 3) - Гипертрофии левого желудочка.
117. Первичной клинической формой нарушения ритма сердца не является:
- 1) - Экстрасистолия.
 - 2) - Атриовентрикулярная диссоциация.
 - 3) - Ускоренные эктопические ритмы сердца.
 - 4) - Атриовентрикулярная блокада.
 - 5) - Ни одно из перечисленных.
118. Экстрасистолией называют:
- 1) - Преждевременные импульсы.
 - 2) - Импульсы, появляющиеся после паузы.
 - 3) - И то, и другое.
 - 4) - Ни то, ни другое.
119. К выскальзывающим сокращениям относят:
- 1) - Эктопические импульсы.
 - 2) - Преждевременные импульсы.
 - 3) - Импульсы, появляющиеся после паузы.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Правильно: эктопические импульсы и преждевременные импульсы.
120. У больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта наиболее часто возникает:
- 1) - Мерцательная аритмия.
 - 2) - Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
 - 3) - Желудочковая тахикардия.
 - 4) - Атриовентрикулярная блокада.
 - 5) - Правильно: пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия и атриовентрикулярная блокада.
121. Дополнительные пути проведения импульсов часто сочетаются с:
- 1) - Другими врожденными заболеваниями сердца.
 - 2) - Семейной отягощенностью в плане наличия дополнительных путей.
 - 3) - И то, и другое.
 - 4) - Правильного ответа нет.
122. Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ является:
- 1) - Укорочение интервала PR.

- 2) - Дельта-волна
 - 3) - Уширение комплекса QRS.
 - 4) - Дискордантное смещение сегмента ST.
123. Наиболее опасным вариантом тахикардии у больных с синдромом Вольф-Паркинсон-Уайта является:
- 1) - Мерцательная аритмия.
 - 2) - Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
 - 3) - Правильного ответа нет.
 - 4) - И то, и другое.
124. Основным показанием для назначения длительного мониторирования ЭКГ у больных с заболеваниями сердца является:
- 1) - Выявление бессимптомных аритмий.
 - 2) - Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ.
 - 3) - Оба ответа правильные.
 - 4) - Правильного ответа нет.
125. Желудочковая экстрасистолия:
- 1) - Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца.
 - 2) - Может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом.
 - 3) - И то, и другое.
 - 4) - Ни то, ни другое.
126. Антиаритмические препараты могут вызвать аритмогенный эффект - учащение аритмии или появление нового вида нарушения ритма. В этом случае:
- 1) - Вероятность возникновения аритмогенного эффекта составляет примерно 10% при назначении любого антиаритмического препарата.
 - 2) - Чем тяжелее аритмия - тем выше вероятность аритмогенного эффекта.
 - 3) - Вследствие аритмогенного эффекта может быть даже развитие фибрилляции желудочков и внезапная смерть больного.
 - 4) - Все ответы правильные.
 - 5) - Правильного ответа нет.
127. Во время мерцания предсердий возможно все перечисленное ниже, кроме:
- 1) - Полной нерегулярности сердечных сокращений.
 - 2) - "Волн ""f""."
 - 3) - Зубцов P, отличающихся по форме от "синусовых".
 - 4) - Правильного ответа нет.
128. Признаком дисфункции синусового узла является:
- 1) - Выраженная синусовая брадикардия.
 - 2) - Мерцательная аритмия.
 - 3) - Предсердная экстрасистолия.
 - 4) - Атриовентрикулярная блокада I степени.
 - 5) - Все перечисленное.
129. При атриовентрикулярной блокаде 1-й степени на ЭКГ отмечается:
- 1) - Выпадение комплексов QRS.
 - 2) - Удлинение интервала PR.
 - 3) - Атриовентрикулярная диссоциация.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
130. Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:
- 1) - Выпадение комплексов QRS.
 - 2) - Удлинение интервала PR.
 - 3) - Уширение комплексов QRS.

- 4) - Все перечисленное.
131. При атриовентрикулярной блокаде 3 степени на ЭКГ отмечается:
- 1) - Выпадение комплексов QRS.
 - 2) - Резкое удлинение интервала PR.
 - 3) - Выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков.
 - 4) - Правильно Выпадение комплексов QRS и Резкое удлинение интервала PR.
 - 5) - Все ответы правильные.
132. "Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа I ("Мобитц-I") характерно:"
- 1) - Постоянство интервала PR.
 - 2) - Прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS.
 - 3) - Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
 - 4) - Правильно: постоянство интервала PR и частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
 - 5) - Все перечисленное.
133. "Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа 2 ("Мобитц-2") характерно:"
- 1) - Прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов.
 - 2) - Постоянство интервала PR.
 - 3) - Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
 - 4) - Правильно: постоянство интервала PR и частое наличие одновременной блокады ветвей.
 - 5) - Все перечисленное.
134. Абсолютным показанием для имплантации искусственного водителя ритма сердца является:
- 1) - Наличие признаков дисфункции синусового узла на ЭКГ.
 - 2) - Атриовентрикулярные блокады 2-3-й степени (даже без симптомов).
 - 3) - Возникновение предобморочных состояний или эпизодов потери сознания (приступов Морганьи-Эдемса-Стокса) у больных с дисфункцией синусового узла или АВ-блокадой 2-3-й степени.
 - 4) - Все перечисленное.
135. Причиной выскальзывающих импульсов являются:
- 1) - Повышение частоты сердечных сокращений.
 - 2) - Возникновение пауз (эпизодов асистолии).
 - 3) - И то, и другое.
 - 4) - Ни то, и ни другое.
136. Эктопическим ритмом называют:
- 1) - Любой ритм, кроме синусового.
 - 2) - Ритмы с частотой менее 60 в мин.
 - 3) - Ритмы с частотой более 100 в мин.
 - 4) - Все ответы правильные.
 - 5) - Правильного ответа нет.
137. Уширение комплексов QRS на ЭКГ может наблюдаться при:
- 1) - Эктопическом образовании импульса в желудочках.
 - 2) - Нарушении внутрижелудочковой проводимости.
 - 3) - Синдроме предвозбуждения желудочков.
 - 4) - При всех перечисленных состояниях.
 - 5) - Правильно: нарушении внутрижелудочковой проводимости и синдроме предвозбуждения желудочков.
138. Причинами сердечной недостаточности являются:
- 1) - Повреждение миокарда.
 - 2) - Перегрузка сердца давлением или объемом.
 - 3) - Нарушение диастолической функции.

- 4) - Все перечисленное.
5) - Правильно: повреждение миокарда и перегрузка сердца давлением или объемом.
139. На величину сердечного выброса влияют:
- 1) - Частота сердечных сокращений.
 - 2) - Сократимость миокарда.
 - 3) - Преднагрузка.
 - 4) - Постнагрузка.
 - 5) - Все перечисленное.
140. На величину преднагрузки влияют:
- 1) - Величина венозного притока к сердцу.
 - 2) - Тонус артериол.
 - 3) - И то, и другое.
 - 4) - Ни то, и ни другое.
141. Постнагрузка больше всего зависит от:
- 1) - Величины венозного возврата к сердцу.
 - 2) - Эластичности миокарда.
 - 3) - Общего периферического сопротивления сосудов.
 - 4) - Всего перечисленного.
 - 5) - Правильного ответа нет.
142. Повышению сердечного выброса способствует:
- 1) - Увеличение преднагрузки.
 - 2) - Увеличение постнагрузки.
 - 3) - Оба ответа правильные.
 - 4) - Правильного ответа нет.
143. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:
- 1) - Слабость.
 - 2) - Приступы сердечной астмы.
 - 3) - Отеки ног.
 - 4) - Венозный застой в большом круге кровообращения.
 - 5) - Все перечисленное.
144. Основным признаком правожелудочковой сердечной недостаточности является:
- 1) - Слабость.
 - 2) - Одышка.
 - 3) - Приступы сердечной астмы.
 - 4) - Венозный застой в большом круге кровообращения.
 - 5) - Все перечисленное.
145. При физикальном обследовании у больных с сердечной недостаточностью могут отмечаться:
- 1) - Альтернирующий пульс.
 - 2) - 3-й тон сердца.
 - 3) - Смещение верхушечного толчка влево и вниз.
 - 4) - Повышение уровня пульсации внутренней яремной вены.
 - 5) - Все перечисленное.
146. Появление приступов сердечной астмы является признаком недостаточности кровообращения:
- 1) - I стадии.
 - 2) - II стадии.
 - 3) - III стадии.
 - 4) - Любой из стадий.
 - 5) - Правильно: II стадии и III стадии.
147. Появление ортопноэ является признаком недостаточности кровообращения:
- 1) - I стадии.

- 2) - II стадии.
 - 3) - III стадии.
 - 4) - Любой из стадий.
 - 5) - Правильно: II стадии и III стадии.
148. При недостаточности кровообращения с выраженными периферическими отеками в сочетании с тахисистолической формой мерцательной аритмии прежде всего назначают:
- 1) - Сердечные гликозиды.
 - 2) - Диуретики.
 - 3) - Периферические вазодилататоры.
149. Причиной хронического легочного сердца могут быть:
- 1) - Хроническое неспецифическое заболевание легких.
 - 2) - Интерстициальные заболевания легких.
 - 3) - Сосудистые заболевания легких.
 - 4) - Деформации грудной клетки и нарушения нейро-мышечного аппарата
 - 5) - Все перечисленное.
150. В подавляющем большинстве случаев причиной хронического легочного сердца являются:
- 1) - Хронические неспецифические заболевания легких.
 - 2) - Интерстициальные заболевания легких.
 - 3) - Сосудистые заболевания легких.
 - 4) - Деформация грудной клетки, ожирение, нарушения нейро-мышечного аппарата
 - 5) - Легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.
151. Самый мощный стимул для вазоконстрикции в легких:
- 1) - Гипоксия.
 - 2) - Ацидоз.
 - 3) - Гиперкапния.
 - 4) - Все перечисленные факторы примерно в равной степени вызывают вазоконстрикцию в легких.
152. Наиболее важным фактором, способствующим развитию легочного сердца, является:
- 1) - Уменьшение количества функционирующих шунтов.
 - 2) - Легочная гипертензия.
 - 3) - Гиперкапния и ацидоз.
 - 4) - Ишемия миокарда правого желудочка.
 - 5) - Все перечисленное.
153. Для больных эмфиземой характерно все перечисленное, кроме:
- 1) - Набухания вен шеи.
 - 2) - Уменьшения экскурсии грудной клетки и легочных краев.
 - 3) - Ослабления дыхания.
 - 4) - Ослабления голосового дрожания.
 - 5) - Усиления верхушечного толчка.
154. Для больных легочным сердцем характерно все нижеперечисленное, кроме:
- 1) - Увеличения количества эритроцитов.
 - 2) - Анемии.
 - 3) - Повышения содержания гемоглобина.
 - 4) - Гипоксемии.
 - 5) - Гиперкапнии.
155. На ЭКГ у больных первичной легочной гипертензией крайне редко наблюдается:
- 1) - Отклонение электрической оси вправо.
 - 2) - Отклонение электрической оси влево.
 - 3) - Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
 - 4) - Увеличение зубца R в V1.

- 5) - Увеличение зубца S в V6.
156. Экстракардиальными причинами острой недостаточности кровообращения с клинической картиной шока могут быть:
- 1) - Кровотечение.
 - 2) - Сепсис, вызванный грамм-отрицательными бактериями
 - 3) - Анафилаксия.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Правильного ответа нет.
157. У больных с кардиогенным шоком, как правило, отмечается некроз миокарда, массой не менее, чем:
- 1) - 10% миокарда.
 - 2) - 20% миокарда.
 - 3) - 40% миокарда.
 - 4) - 60% миокарда.
 - 5) - 90% миокарда.
158. К аритмиям, при которых может наблюдаться кардиогенный шок, относятся:
- 1) - Устойчивая желудочковая тахикардия.
 - 2) - Мерцание предсердий у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
 - 3) - Брадиаритмия у больных с нарушением функции левого желудочка.
 - 4) - Мерцание предсердий у больных с выраженным аортальным стенозом.
 - 5) - Все перечисленное.
159. Частой причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда являются все нижеперечисленные осложнения, за исключением:
- 1) - Разрыва головки папиллярной мышцы.
 - 2) - Разрыва межжелудочковой перегородки.
 - 3) - Перикардита.
 - 4) - Инфаркта миокарда правого желудочка.
 - 5) - Разрыва левого желудочка.
160. Тяжелый миокардит с развитием артериальной гипотонии могут вызывать:
- 1) - Коксаки-вирусы.
 - 2) - Эхо-вирусы.
 - 3) - Вирусы гриппа.
 - 4) - Все перечисленные вирусы.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
161. Причиной острой тампонады сердца может быть:
- 1) - Вирусный перикардит.
 - 2) - Выпот в перикард при злокачественных опухолях.
 - 3) - Уремия.
 - 4) - Разрыв левого желудочка.
 - 5) - Правильно: вирусный перикардит и разрыв левого желудочка.
162. Контроль лечения больных с кардиогенным шоком наиболее эффективно обеспечивается:
- 1) - Физикальным обследованием.
 - 2) - Эхокардиографией.
 - 3) - Исследованием гемодинамики с помощью катетеров Свана-Ганса.
 - 4) - Электрокардиографией.
 - 5) - Всем перечисленным.
163. "У больных с диагнозом ""Мелкоочаговый инфаркт миокарда"":"
- 1) - Частота повторных инфарктов миокарда выше, чем после крупноочагового.
 - 2) - Реже, чем после крупноочагового.
 - 3) - Такая же, как при крупноочаговом.

164. Электрокардиографическим признаком мелкоочагового инфаркта миокарда может являться:
- 1) - Депрессия сегмента ST.
 - 2) - Инверсия зубца T.
 - 3) - Подъем сегмента ST.
 - 4) - Депрессия сегмента ST в сочетании с инверсией зубца T.
 - 5) - Все перечисленное.
165. При мелкоочаговом инфаркте миокарда по сравнению с крупноочаговым инфарктом:
- 1) - Реже наблюдается недостаточность кровообращения.
 - 2) - Меньше объем поражения миокарда.
 - 3) - Оба ответа правильные.
 - 4) - Правильного ответа нет.
166. Рецидивирование ишемии миокарда у больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:
- 1) - Наблюдается также часто, как и при крупноочаговом инфаркте.
 - 2) - Наблюдается чаще, чем при крупноочаговом инфаркте.
 - 3) - Наблюдается реже, чем при крупноочаговом инфаркте.
 - 4) - Не бывает бессимптомным.
 - 5) - Никогда не приводит к внезапной смерти.
167. Отдаленная летальность при мелкоочаговом инфаркте миокарда в сравнении с госпитальной:
- 1) - Выше.
 - 2) - Ниже.
 - 3) - Существенно не различается.
168. Наиболее частыми состояниями, при которых возникает тромбоэмболия легочной артерии, являются все перечисленные, кроме:
- 1) - Травмы костей таза и нижних конечностей.
 - 2) - Злокачественных новообразований.
 - 3) - Заболеваний венозной системы.
 - 4) - Оперативных вмешательств.
 - 5) - Острых вирусных инфекций.
169. К развитию тромбоэмболии легочной артерии предрасполагает:
- 1) - Длительный постельный режим.
 - 2) - Истошающие заболевания.
 - 3) - Избыточный вес.
 - 4) - Сердечная недостаточность.
 - 5) - Все перечисленное.
170. Тромбоэмболия считается массивной при обтурации просвета сосуда в пределах:
- 1) - 15-45%.
 - 2) - 45-75%.
 - 3) - 75-100%.
171. Развитию тромбоэмболии легочной артерии у больных с тяжелой недостаточностью кровообращения способствует все перечисленное, кроме:
- 1) - Использования периферических вазодилататоров.
 - 2) - Форсированного диуреза.
 - 3) - Гиподинамии.
 - 4) - Нарушений ритма сердца.
172. Тромбоэмболия легочной артерии возникает при флеботромбозе или тромбозе вен нижних конечностей чаще всего на:
- 1) - 1-ой неделе заболевания.
 - 2) - 2-3-ей неделе заболевания.
 - 3) - Спустя месяц и более от начала заболевания.

173. Возможными изменениями ЭКГ при тромбоэмболии легочной артерии являются:
- 1) - Изменение комплексов QRS в V1-V2 по типу RSR.
 - 2) - Подъем сегмента ST в III, AVF, V1-V2.
 - 3) - Депрессия сегмента ST в I, II, AVL, V5-V6.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Ничего из перечисленного.
174. Нехарактерным рентгенологическим признаком тромбоэмболии легочной артерии в 1-ые сутки от начала заболевания является:
- 1) - Отсутствие или обеднение сосудистого рисунка.
 - 2) - Высокое стояние купола диафрагмы.
 - 3) - Признаки экссудативного плеврита.
 - 4) - Все перечисленное.
175. При молниеносной форме тромбоэмболии легочной артерии эмбол закрывает:
- 1) - Основной ствол легочной артерии.
 - 2) - Крупные ветви легочной артерии.
 - 3) - Множественные мелкие периферические ветви легочной артерии.
176. Что из перечисленного не характерно для аускультативной картины острого легочного сердца:
- 1) - Систолический шум на легочной артерии.
 - 2) - Диастолический шум на легочной артерии.
 - 3) - Акцент II тона на легочной артерии.
 - 4) - Тахикардия.
 - 5) - Раздвоение II тона на легочной артерии.
177. При тромбоэмболии легочной артерии эмбол может:
- 1) - Спонтанно и быстро подвергаться лизису и исчезать в течение нескольких дней.
 - 2) - Рассасываться медленно.
 - 3) - Остаться на месте и подвергаться организации.
 - 4) - Все перечисленные исходы.
 - 5) - Правильного ответа нет.
178. При острой тромбоэмболии легочной артерии давление в легочной артерии:
- 1) - Резко возрастает.
 - 2) - Остается нормальным.
 - 3) - Понижается.
179. При острой тромбоэмболии легочной артерии центральное венозное давление:
- 1) - Повышается.
 - 2) - Остается неизменным.
 - 3) - Понижается.
180. Укажите, какой из перечисленных методов является наиболее информативным для диагностики тромбоэмболии легочной артерии:
- 1) - ЭКГ.
 - 2) - ЭХО-кардиография.
 - 3) - Рентгенологическое исследование.
 - 4) - Селективная ангиопульмонография.
 - 5) - Сцинтиграфия легких.
181. Объектом исследования по первичной профилактике ИБС является:
- 1) - Здоровая часть населения с факторами риска, при уменьшении которых можно рассчитывать на предупреждение ИБС.
 - 2) - Часть популяции с симптомами ИБС.
 - 3) - Больные после перенесенного инфаркта миокарда.
182. Объектом исследования по вторичной профилактике ИБС являются все перечисленные ниже группы, кроме:
- 1) - Здоровой части населения, у которой выявляются факторы риска.

- 2) - Части популяции с симптомами ИБС.
 - 3) - Больных, перенесших инфаркт миокарда.
183. Врач должен проводить регистрацию АД:
- 1) - С точностью до 5 мм. рт.ст.
 - 2) - Точность устанавливается произвольно каждым исследователем.
 - 3) - С точностью до 1 мм. рт.ст.
 - 4) - С точностью, соответствующей цене деления сфигмоманометра.
184. К первичной профилактике ИБС относятся следующие мероприятия:
- 1) - Медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена.
 - 2) - Пропаганда здорового образа жизни.
 - 3) - Диетическая коррекция нарушений липидного обмена.
 - 4) - Все перечисленное.
 - 5) - Только: медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена и пропаганда здорового образа жизни.
185. Одновременно к первичной и вторичной профилактике ИБС относятся следующие мероприятия:
- 1) - Диетические мероприятия.
 - 2) - Медикаментозная коррекция гиперхолестеринемии.
 - 3) - Нормализация уровня АД.
 - 4) - Мероприятия, направленные на отказ от курения.
 - 5) - Все перечисленное.
186. Вторичная профилактика ИБС проводится среди:
- 1) - Здоровых лиц с одним или несколькими факторами риска ИБС.
 - 2) - Здоровых лиц с совокупностью факторов риска ИБС.
 - 3) - Больных артериальной гипертензией, не имеющих ИБС.
 - 4) - Все ответы правильные.
 - 5) - Правильного ответа нет.
187. К наиболее доказанным факторам риска ИБС относятся все нижеперечисленные, кроме:
- 1) - Малоактивного образа жизни, потребления высококалорийной пищи.
 - 2) - Психоэмоционального стресса.
 - 3) - Курения.
 - 4) - Дислипотеидемии.
188. К основным факторам риска ИБС относятся все нижеперечисленные, кроме:
- 1) - Артериальной гипертензии.
 - 2) - Гиперхолестеринемии.
 - 3) - Курения.
 - 4) - Возраста.
 - 5) - Правильного ответа нет.
189. В выявлении лиц с повышенным и пограничным уровнем АД принимают участие:
- 1) - Участковые терапевты.
 - 2) - Сотрудники кабинета доврачебного приема (кабинет профилактики).
 - 3) - Врачи-кардиологи.
 - 4) - Врачи любой специальности.
 - 5) - Все перечисленные.
190. Уровень артериального давления в основном зависит от величины сосудистого сопротивления:
- 1) - В аорте и ее ветвях.
 - 2) - В капиллярах.
 - 3) - В артериолах.
 - 4) - В венах.
191. Содержание ренина в крови при гипертонической болезни может быть:

- 1) - Нормальным.
 - 2) - Пониженным.
 - 3) - Повышенным.
 - 4) - Все ответы правильные.
192. Высокая активность ренина в плазме крови у больного с артериальной гипертензией позволяет исключить наличие:
- 1) - Стеноза устья почечных артерий.
 - 2) - Синдрома Конна.
 - 3) - Гипертонической болезни.
 - 4) - Феохромоцитомы.
 - 5) - Пиелонефрита.
193. Механизмами повышения АД могут быть:
- 1) - Повышение общего периферического сосудистого сопротивления.
 - 2) - Увеличение массы циркулирующей крови.
 - 3) - Увеличение минутного объема сердца.
 - 4) - Все перечисленное.
194. Синтез ренина осуществляется в:
- 1) - Клетках юстагломерулярного аппарата.
 - 2) - Клетках коркового слоя надпочечников.
 - 3) - Клетках мозгового слоя надпочечников.
 - 4) - Все ответы правильные.
195. Из перечисленных субстанций вазопрессором является:
- 1) - Ангиотензин- II.
 - 2) - Ангиотензин- I.
 - 3) - Ренин.
 - 4) - Простаглицлин.
 - 5) - Все ответы правильные.
196. Значительное повышение содержания альдостерона сочетается с:
- 1) - Гипокалиемией.
 - 2) - Гиперкалиемией.
 - 3) - Не влияет на содержание калия.
197. Повышение систолического и понижение диастолического АД свойственно:
- 1) - Аортальной недостаточности.
 - 2) - Незаращению артериального (Боталлова) протока.
 - 3) - Артериовенозным шунтам.
 - 4) - Всему перечисленному.
 - 5) - Ни одному из перечисленных.
198. К ослаблению звучности I тона может привести:
- 1) - Разрушение атриовентрикулярных клапанов.
 - 2) - Снижение сократительной функции левого желудочка.
 - 3) - Резкое ограничение подвижности створок атриовентрикулярных клапанов.
 - 4) - Все перечисленное.
199. Выявление линий Керли при рентгенографии грудной клетки свидетельствует о:
- 1) - Гипертензии в системе легочной артерии.
 - 2) - Гиповолемии малого круга кровообращения.
 - 3) - Воспалительных изменениях в легких.
 - 4) - Венозном застое в малом круге кровообращения.
200. Ложноотрицательные результаты теста с дозированной физической нагрузкой могут быть обусловлены:
- 1) - Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
 - 2) - Гипокалиемией.
 - 3) - Пролапсом митрального клапана.

- 4) - Всем перечисленным.
 - 5) - Ничем из перечисленного.
201. При проведении проб с дозированной физической нагрузкой расчетная величина частоты сердечных сокращений, соответствующая субмаксимальному уровню нагрузки:
- 1) - Увеличивается с возрастом пациента.
 - 2) - Уменьшается с возрастом пациента.
 - 3) - Не зависит от возраста пациента.
202. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает:
- 1) - Холодовая проба.
 - 2) - Дипиридамоловая проба.
 - 3) - Проба с нагрузкой на велоэргометре.
 - 4) - Проба со статической физической нагрузкой.
203. Не является противопоказанием для проведения теста с физической нагрузкой:
- 1) - Эпилепсия.
 - 2) - Синдром слабости синусового узла.
 - 3) - АВ-блокада II-III степени.
 - 4) - Стеноз устья аорты.
204. Тест с физической нагрузкой должен быть немедленно прекращен при:
- 1) - Появлении дискомфорта в грудной клетке.
 - 2) - Повышении систолического АД до 180 мм рт. ст.
 - 3) - Возникновении редкой монотопной желудочковой экстрасистолии.
 - 4) - Всех вышеперечисленных состояний.
 - 5) - Ни при одном из перечисленных состояний.
205. Сочетание болей в грудной клетке с гипотензией наименее характерно для
- 1) - тромбоэмболии легочной артерии
 - 2) - острого сухого перикардита
 - 3) - напряженного пневмоторакса
 - 4) - гемотампонады сердца
 - 5) - острого инфаркта миокарда
206. Сочетание болей в грудной клетке с набуханием шейных вен характерно для всего перечисленного, кроме
- 1) - тромбоэмболии легочной артерии
 - 2) - разрыва межжелудочковой перегородки
 - 3) - инфаркта правого желудочка
 - 4) - гемотампонады сердца
 - 5) - расслаивающей аневризмы аорты
207. Зависимость болей в грудной клетке от положения больного наиболее характерна для одного из следующих заболеваний
- 1) - пролапс митрального клапана
 - 2) - тромбоэмболия легочной артерии
 - 3) - инфаркт миокарда
 - 4) - расслаивающая аневризма аорты
 - 5) - острый перикардит
208. Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на
- 1) - расслаивающую аневризму аорты
 - 2) - тромбоэмболию легочной артерии
 - 3) - синдром Титце
 - 4) - кардиоспазм
 - 5) - инфаркт миокарда
209. Возникновение болей за грудиной после еды при принятии горизонтального положения наиболее характерно для

- 1) - кардиоспазма
 - 2) - грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - 3) - обострения хронического холецистита
 - 4) - вариантной стенокардии
 - 5) - язвенной болезни желудка
210. Эффективность нитроглицерина в купировании приступа загрудинных болей помимо стенокардии отмечается также при кардиоспазме
- 1) - нейроциркуляторной дистонии
 - 2) - грыже пищеводного отверстия диафрагмы
 - 3) - остром перикардите
 - 4) - пролапсе митрального клапана
211. Сочетание интенсивных разлитых болей в верхних отделах живота с иррадиацией в спину и элевацией сегмента ST на ЭКГ кроме гастралгической формы инфаркта миокарда требует исключить в первую очередь
- 1) - обострение язвенной болезни желудка
 - 2) - расслаивающую аневризму аорты
 - 3) - синдром Хилаидити
 - 4) - острый гастродуоденит
 - 5) - острый панкреатит
212. Элевация сегмента ST на ЭКГ при интенсивных загрудинных болях помимо острой коронарной недостаточности типична также для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 1) - острого перикардита
 - 2) - нейроциркуляторной дистонии
 - 3) - кардиоспазма
 - 4) - спонтанного пневмоторакса
213. Подъем сегмента ST у больных без ИБС на ЭКГ может встречаться при
- 1) - гипотермии
 - 2) - нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях V1-2 с глубокими зубцами S
 - 3) - тромбоэмболии легочной артерии
 - 4) - синдроме ранней реполяризации
 - 5) - во всех перечисленных случаях
214. Подъем сегмента ST в большинстве отведений характерен для
- 1) - тромбоэмболии легочной артерии
 - 2) - гипокалиемии
 - 3) - гиперкалиемии
 - 4) - всего перечисленного
 - 5) - острого перикардита
215. Причиной появления отрицательных зубцов T на ЭКГ может быть все перечисленное, за исключением
- 1) - гипервентиляции
 - 2) - гиперкалиемии
 - 3) - мелкоочагового инфаркта миокарда
 - 4) - нарушения мозгового кровообращения
 - 5) - дисгормональных нарушений
216. Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для
- 1) - острого перикардита
 - 2) - расслаивающей аневризмы аорты
 - 3) - грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - 4) - тромбоэмболии легочной артерии

- 5) - разрыва пищевода
217. Наиболее характерным изменением ЭКГ во время приступа стенокардии является
- 1) - инверсия зубца Т
 - 2) - горизонтальная депрессия ST > 1 мм
 - 3) - все перечисленное неверно
 - 4) - снижение амплитуды зубца R
 - 5) - подъем сегмента ST >1 мм
218. Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для
- 1) - недостаточности клапанов аорты
 - 2) - вариантной стенокардии
 - 3) - недостаточности митрального клапана
 - 4) - стеноза устья аорты
 - 5) - митрального стеноза
219. Для прогрессирующей стенокардии верны следующие утверждения, кроме
- 1) - характерно учащение приступов
 - 2) - необходима срочная госпитализация
 - 3) - характерно возникновение болей по мере нарастания нагрузки
 - 4) - характерно горизонтальное смещение сегмента ST
 - 5) - характерны боли в покое
220. Для стенокардии напряжения характерно все, кроме
- 1) - внезапного появления болей
 - 2) - болей до 10 мин
 - 3) - связи с нагрузкой
 - 4) - проявления чаще ночью
 - 5) - эффективного действия нитратов
221. Прием нитропрепаратов может сопровождаться
- 1) - бронхоспазмом
 - 2) - брадикардией
 - 3) - диареей
 - 4) - брадипноэ
 - 5) - артериальной гипотонией
222. Нежелательно сочетание В-блокаторов со всеми препаратами, кроме
- 1) - верапамила (изоптина)
 - 2) - дилтиазема (кардила)
 - 3) - кордарона
 - 4) - нитратов
 - 5) - дигоксина
223. Относительными противопоказаниями к введению нитроглицерина являются
- 1) - повышение внутричерепного давления
 - 2) - гипотензия
 - 3) - все перечисленное
 - 4) - тяжелый аортальный стеноз
 - 5) - гиповолемия
224. Монофазная кривая при остром инфаркте миокарда обычно удерживается
- 1) - до 24 ч
 - 2) - возможны все варианты
 - 3) - до 1 мес
 - 4) - до 3 мес
 - 5) - до 1 нед
225. Подъем сегмента ST, отрицательный зубец Т в I, aVL, V3-V6, а также уменьшение амплитуды зубца R в этих отведениях характерны для
- 1) - мелкоочагового переднего инфаркта

- 2) - интрамурального заднебокового инфаркта
 - 3) - крупноочагового бокового инфаркта
 - 4) - мелкоочагового бокового инфаркта
 - 5) - интрамурального переднебокового инфаркта
226. Появление комплексов QS в V1-V3 наиболее характерно для инфаркта миокарда
- 1) - переднеперегородочной локализации
 - 2) - правого желудочка
 - 3) - боковой локализации
 - 4) - задней стенки
 - 5) - нижней локализации
227. Первые часы острого инфаркта миокарда часто осложняются
- 1) - тромбоэмболическими осложнениями
 - 2) - фибрилляцией желудочков
 - 3) - аневризмой
 - 4) - плевритом
 - 5) - перикардитом
228. Летальность от острого инфаркта миокарда наиболее высока
- 1) - в первые часы
 - 2) - возможны все перечисленные варианты
 - 3) - одинакова на всех стадиях болезни
 - 4) - нарастает постепенно
 - 5) - на вторые сутки
229. Наиболее частой причиной смерти больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является
- 1) - кардиогенный шок
 - 2) - отек легких
 - 3) - полная атриовентрикулярная блокада
 - 4) - гемотампонада сердца
 - 5) - фибрилляция желудочков
230. В первые три дня острого инфаркта миокарда возможны все осложнения, кроме
- 1) - кардиогенного шока
 - 2) - нарушения ритма
 - 3) - разрывов миокарда
 - 4) - отека легких
 - 5) - синдрома Дресслера
231. Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно
- 1) - сегмент ST на изолинии
 - 2) - возможны все варианты
 - 3) - положительный (всегда) зубец T
 - 4) - сужение зубца Q до 0,02 с
 - 5) - исчезновение патологического зубца Q
232. К побочным эффектам внутривенного введения морфина относится все перечисленное, кроме
- 1) - угнетения дыхательного центра
 - 2) - угнетения моторики кишечника
 - 3) - тошноты, рвоты
 - 4) - периферической вазоконстрикции
 - 5) - брадикардии
233. Наиболее подходящим препаратом для купирования отека легких при остром инфаркте миокарда с нормальным АД является
- 1) - строфантин
 - 2) - пентамин

- 3) - маннитол
 - 4) - преднизолон
 - 5) - нитроглицерин
234. Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является
- 1) - кортикостероиды
 - 2) - мезатон
 - 3) - все перечисленное
 - 4) - допамин
 - 5) - сердечные гликозиды
235. Массаж каротидного синуса для купирования пароксизма показан только при
- 1) - трепетании предсердий
 - 2) - фибрилляции предсердий
 - 3) - наджелудочковой тахикардии
 - 4) - трепетании желудочков
 - 5) - желудочковой тахикардии
236. Для гликозидной интоксикации характерно
- 1) - инверсия зубца Т
 - 2) - аллоритмия
 - 3) - горизонтальное снижение сегмента ST
 - 4) - ЭКГ не меняется
 - 5) - подъем сегмента ST
237. Препаратом выбора при суправентрикулярной тахикардии является
- 1) - панангин
 - 2) - верапамил
 - 3) - лидокаин
 - 4) - новокаинамид
 - 5) - кордарон
238. Повторное болюсное введение 5-10 мг изоптина при некупированном пароксизме суправентрикулярной тахикардии возможно
- 1) - через 5 мин
 - 2) -- через 30-40 мин
 - 3) - через 4 ч
 - 4) - через 2 ч
 - 5) - повторное введение недопустимо
239. Противопоказаниями к введению верапамила являются
- 1) - атриовентрикулярная блокада
 - 2) - все перечисленное
 - 3) - синдром слабости синусового узла
 - 4) - гипотензия
 - 5) - миграция водителя ритма
240. Атриовентрикулярную проводимость замедляют
- 1) - В-блокаторы
 - 2) - верапамил (изоптин)
 - 3) - все перечисленные препараты
 - 4) - амлодипин (норваск)
 - 5) - дилтиазем (кардил)
241. Трепетание предсердий 1:1 на фоне синдрома WPW купируют
- 1) - изоптином
 - 2) - кардиоверсией
 - 3) - дигоксином
 - 4) - лидокаином
 - 5) - обзиданом

242. Угол между осями стандартных (I, II, III) отведений ЭКГ составляет
- 1) - 90 градусов
 - 2) - 30 градусов
 - 3) - 60 градусов
 - 4) - 15 градусов
243. Ось отведения aVF перпендикулярна оси
- 1) - I отведения
 - 2) - II отведения
 - 3) - Отведения aVL
 - 4) - III отведения
244. Ось отведения aVR перпендикулярна оси
- 1) - I отведения
 - 2) - Отведения aVF
 - 3) - III отведения
 - 4) - II отведения
245. Зубец P в норме всегда отрицателен в
- 1) - aVF отведении
 - 2) - III отведении
 - 3) - aVR отведении
 - 4) - aVL отведении
246. Соотношение амплитуд зубцов P в стандартных отведениях при нормальном положении электрической оси сердца чаще всего бывает
- 1) - $PI > PII > PIII$
 - 2) - $PIII > PII > PI$
 - 3) - $PII > PI > PIII$
247. Двухфазный зубец P чаще всего регистрируется в норме
- 1) - В отведении aVF
 - 2) - В отведении III
 - 3) - В отведении aVR
 - 4) - В отведении V1
248. Если в I отведении амплитуда $R=S$, а в aVF амплитуда R наибольшая, угол альфа равен
- 1) - +90 градусов
 - 2) - 0 градусов
 - 3) - -90 градусов
 - 4) - +30 градусов
249. Если в отведении aVF амплитуда $R=S$, а в I отведении амплитуда R наибольшая, угол альфа равен
- 1) - +90 градусов
 - 2) - -90 градусов
 - 3) - +30 градусов
 - 4) - 0 градусов
250. Если в отведении aVL амплитуда R наибольшая, а во II отведении амплитуда $R=S$, угол альфа равен
- 1) - -60 градусов
 - 2) - +90 градусов
 - 3) - -30 градусов
 - 4) - 0 градусов
251. Если в отведениях aVL $R=S$, а во II отведении зубец R наибольший, угол альфа равен
- 1) - +30 градусов
 - 2) - +60 градусов
 - 3) - 0 градусов

- 4) - +90 градусов
252. Наличие отрицательного зубца Т в отведениях V1 и V2
- 1) - Всегда свидетельствует об ишемии межжелудочковой перегородки
 - 2) - Всегда бывает при нарушениях проводимости по правой ножке пучка Гиса
 - 3) - Может быть вариантом нормы
253. Отрицательная фаза зубца Р в отведении V1 обусловлена
- 1) - Возбуждением правого предсердия
 - 2) - Проведением импульса по пучку Бахмана
 - 3) - Возбуждением левого предсердия
254. Зубец S в правых грудных отведениях отражает обычно
- 1) - Потенциалы левого желудочка
 - 2) - Потенциалы правого желудочка
 - 3) - Правильного ответа нет
 - 4) - Потенциалы базальной части левого желудочка
255. Для ускоренного идиовентрикулярного ритма характерно
- 1) - Наличие ретроградного зубца Р перед комплексом QRS
 - 2) - Уширение комплекса QRS
 - 3) - Правильно: уширение комплекса QRS и частота сердечных сокращений > 60 в минуту
 - 4) - Все перечисленное
 - 5) - Частота сердечных сокращений > 60 в минуту
256. При АВ-диссоциации у больных с желудочковой тахикардией
- 1) - Интервал RR меньше, чем интервал PP
 - 2) - Правильного ответа нет
 - 3) - Периодически могут появляться синусовые комплексы
 - 4) - Наблюдается все перечисленное
 - 5) - Можно обнаружить сливные комплексы QRS
257. При экстрасистолии
- 1) - Ни то, и ни другое
 - 2) - Всегда наблюдается расширение и деформация комплекса QRS
 - 3) - И то, и другое
 - 4) - Продолжительность предэкстрасистолического интервала меньше нормального расстояния RR
258. Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать с
- 1) - Всем перечисленным
 - 2) - Пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW
 - 3) - Узловой пароксизмальной тахикардией
 - 4) - Предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени
 - 5) - Трепетанием желудочков
259. При трепетании предсердия возбуждаются с частотой
- 1) - 100 в мин
 - 2) - 150 в мин
 - 3) - 250 в мин
 - 4) - 200 в мин
260. Волны F при мерцании предсердий чаще можно наблюдать в
- 1) - II, III и aVF отведениях
 - 2) - V1-2 отведениях
 - 3) - I, aVL отведениях
 - 4) - V4-6 отведениях
261. При тахикардии с частотой возбуждения желудочков 160 в мин и уширенными комплексами QRS следует предполагать наличие
- 1) - Пароксизма желудочковой тахикардии

- 2) - Пароксизма антидромной тахикардии при синдроме WPW
 - 3) - Ничего из перечисленного
 - 4) - Всего перечисленного
 - 5) - Пароксизма суправентрикулярной тахикардии с аберацией внутрижелудочковой проводимости
262. Отрицательный зубец Р при узловой пароксизмальной тахикардии чаще расположен
- 1) - За комплексом QRS
 - 2) - Совпадает с комплексом QRS
 - 3) - Перед комплексом QRS
263. Признаками феномена WPW являются
- 1) - Укороченный интервал PQ
 - 2) - Наличие волны дельта
 - 3) - Все перечисленное
 - 4) - Расширение комплекса QRS
264. У больного в отведениях I, aVL, V5-6 отмечается укорочение PQ, имеется дельта-волна и уширенный комплекс QRS с высоким зубцом R. Зубец QS в III и aVL отведениях у этого больного отражает
- 1) - Наличие феномена WPW и очаговых изменений нижней локализации
 - 2) - Наличие одного из вариантов феномена WPW
 - 3) - Наличие феномена WPW и замедление внутрижелудочковой проводимости
 - 4) - Наличие очаговых изменений нижней локализации с нарушением атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости
265. При экстрасистолии из левого желудочка
- 1) - Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса
 - 2) - Правильного ответа нет
 - 3) - Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса
266. При экстрасистолии из правого желудочка
- 1) - Форма комплекса QRS экстрасистолы напоминает в отведениях V1-6 блокаду правой ножки пучка Гиса
 - 2) - Правильного ответа нет
 - 3) - Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса
267. Наиболее характерным признаком политопной экстрасистолии является
- 1) - Изменение продолжительности интервала сцепления
 - 2) - Меняющаяся форма комплекса QRS
 - 3) - Правильного ответа нет
268. АВ-блокаду с проведением 2:1 при трепетании предсердий
- 1) - Можно рассматривать как физиологическую
 - 2) - Правильного ответа нет
 - 3) - Следует рассматривать как проявление скрытого нарушения АВ-проводимости