КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля-1

Название образовательной программы	«Общая врачебная практика»
Код дисциплины	OVP 7301-4
Дисциплина	«Гериатрия в практике ВОП»
Объем учебных часов кредитов	90 час/3 кред
Курс	7
Семестр	13,1 4

Шымкент 2024 уч.г.

Составитель: доцент Сартаева.К.А.

Зав.кафедрой, д.м.н., профессор
_____ Досыбаева Г.Н.
Протокол № 10 от « 24 » 05 2024 г.

<question> Мужчина 65 лет, жалобы на кашель в течение дня с мокротой, одышку, возникающую при быстрой ходьбе, небольшом подъеме. В анамнезе - курит в течение 25 лет по 1 пачке (20 сигарет) в день. Отмечает усиление одышки при простудных заболеваниях в течение последних 5 лет. Какова степень выраженности одышки по шкале MedicalResearchCouncilDyspneaScale (MRS)?
<variant> степень 1
<variant> степень 0
<variant> степень 2
<variant> степень 3
<variant> степень 4
<question> Мужчина 64 лет, жалобы на кашель в течение дня, по утрам - с мокротой, одышку, возникающую при ходьбе на 100 м, приходится останавливаться. В анамнезе - курит в течение 25 лет по 1 пачке (20 сигарет) в день. Какова степень выраженности одышки по шкале Medical Research Council Dyspnea Scale (MRS)?
<variant> степень 3
<variant> степень 0
<variant> степень 1
<variant> степень 2
<variant> степень 4
<question> Мужчина 65 лет вызвал врача на дом с жалобами на повышение температуры, головную боль, сухой кашель. Объективно: температура 39,20С, сосуды склер инъецированы, в зеве слизистая ярко гиперемирована, в легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС- 124 уд/мин, АД-110/70 мм.рт.ст., ЧДД – 18. В ОАК: эр.-3,4х1012 /л, гем. - 135 г/л, Л. -4,2х109 /л, э. – 5%, п\я – 7%, с\я – 63%, м – 5%, л – 20%, СОЭ - 18мм/ч. В городе объявлена эпидемия гриппа. Ваша тактика.
<variant> Осельтамивир
<variant> Анаферон
<variant> Ремантадин
<variant> Интерферон рекомбинантный альфа-2b
<variant> Имидазолилэтанамидпептан-дионовой кислоты
<question> Мужчина 68 лет, обратился к врачу с жалобами на кашель с выделением слизистой мокроты, чаще по утрам. Кашель беспокоит в течение 25 лет. Вредные привычки - курит с 25 лет по 1 пачке в день. Ежегодно вакцинируется противогриппозной вакциной, обострений не отмечает. Постбронходилатационный тест: ОФВ1<30% от прогнозируемого. Оценка CAT=18 баллов. По шкале mMRC 4. К какой категории групп GOLD (2019 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) относится пациент?
<variant> GOLD 3, категория B
<variant> GOLD 1, категория A
<variant> GOLD 2, категория B
<variant> GOLD 4, категория B
<variant> GOLD 4, категория D
<question> Мужчина 64 лет, обратился к врачу с жалобами на кашель с выделением гнойно-слизистой мокроты, чаще по утрам. Кашель беспокоит в течение 15 лет. Вредные привычки - курит с 20 лет по 1 пачке в день. Отмечает обострения заболевания около 3 раз в год. Постбронходилатационный тест: ОФВ1<30% от прогнозируемого. Оценка CAT=18 баллов. По шкале mMRC 4. К какой категории групп GOLD (2019 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) относится пациент?
<variant> GOLD 4, категория D

<variant> GOLD 1, категория А
<variant> GOLD 2, категория В
<variant> GOLD 3, категория В
<variant> GOLD 4, категория В
<question> Женщина 69 лет. После посещения поликлиники через несколько часов появилось недомогание, лихорадка, заложенность носа, слезотечение, кашель, боль во всем теле. Больная состоит на учете во поводу ХОБЛ. Какой препарат необходимо ей назначить, чтобы предупредить развитие осложнений начинающегося заболевания?
<variant> осельтамавир
<variant> моксифлоксацин
<variant> беродуал
<variant> метронидазол
<variant> азитромицин
<question> 80-летний мужчина из дома престарелых с жалобами на усиливающийся кашель, лихорадки и одышки в течение 2 дней. В анамнезе – СД 2 типа, АГ, деменция. Принимает инсулин, эналаприл, донепезил. Т тела 38,1^{O}С, PS 112 в мин, ЧДД 35 в мин. АД 78/60 мм рт ст. Пульсоксиметрия 77%. На рентгене – инфильтраты верхней и средней доли правого легкого.
Что из перечисленного вероятнее всего будет обнаружено при исследовании мокроты пациента?
<variant> Грамположительные диплококки
<variant> Грамположительные кокки
<variant> Грамотрицательные коккобациллы
<variant> Грамотрицательные палочки
<variant> Грамположительные ветвящиеся бактерии
<question> Женщина 62 лет, обратилась с жалобами на лихорадку до 38,5°С, кашель со скудной слизисто-гнойной мокротой, небольшую одышку. Больная около 10 дней, заболевание началось остро с лихорадки, боли в горле и сухого кашля, три дня назад состояние ухудшилось, появилась одышка. Объективно: АД 110/70 мм рт.ст, ЧСС 95 в мин, ЧДД - 18 в мин, в нижних отделах правого легкого выслушивается крепитация на фоне немного ослабленного дыхания, в средних и верхних отделах - бронхиальное дыхание. Пульсоксиметрия - 95%. В ОАК - Л 11х109/л, Эр - 3,2х09/л, Нв - 123 г/л, СОЭ - 24 мм рт.ст. Р-графия легких - инфильтративная тень средней интенсивности в нижней доле правого легкого. Ваша тактика.
<variant> лечение амбулаторно амоксициллином
<variant> лечение амбулаторно пефлоксацином
<variant> лечение в условиях дневного стационара цефтриаксоном
<variant> госпитализировать в терапевтическое отделение, ровамицин
<variant> госпитализировать в ОРИТ, ципрофлоксацин
<question> Женщину 67 лет в течение 2 недель беспокоит кашель со скудной слизисто-гнойной мокротой и приступообразный сухой кашель по ночам, повышение температуры тела до 38°С. При осмотре: ЧДД- 22 в мин, в легких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Рентгенологически определяется усиление легочного рисунка. Какая тактика наиболее целесообразна?
<variant> лечение амбулаторно рокситромицином
<variant> лечение амбулаторно пефлоксацином
<variant> лечение в условиях дневного стационара цефтриаксоном
<variant> госпитализировать в терапевтическое отделение, ровамицин
<variant> госпитализировать в терапевтическое отделение, левофлоксацин

<question> 72-летняя женщина обратилась по поводу лихорадки, миалгии, кашля в течение 3 дней. Живет во времянке, у соседей были похожие симптомы. В анамнезе – АГ, принимает лизиноприл. Температура тела 38,9^{O}C, пульс 105/мин, ЧДД 22/мин, АД 110/60 мм рт ст., SaO2 89%. В крови – лейкоцитов 10 500/мм3, креатинин – 0,9 мг/дл, прокальцитонин 0,05 мкг/л (норма<0,06). На R легких – двустороннее потемнение в нижних долях. Начато лечение цефтриаксоном и азитромицином. Через два дня - температура тела 37,6^{O}C, прокальцитонин 0,04 мкг/л, SaO2 96%. Что является подходящим шагом в управлении заболеванием?
<variant> Продолжать цефтриаксон и азитромицин до 7 дней
<variant> Прекратить цефтриаксон и азитромицин
<variant> Повторная рентгенография легких
<variant> Прекратить цефтриаксон и продолжить азитромицин
<variant> Посев мокроты
<question> Женщина 65 лет. При прохождении скрининга было выявлено: ИМТ 26, АД 120/80 мм рт.ст., ЧСС - 75 в мин, уровень глюкозы - 5.4 ммоль/л, холестерин - 4.7 ммоль/л. ЭКГ - нормальное положение ЭОС, ритм синусовый, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Гинекологический осмотр патологии не выявил. PAP-тест - "цитограмма без особенностей". Маммография - без особенностей. К какой группе диспансерного наблюдения ее следует отнести?
<variant> Группа 1
<variant> Группа 1А
<variant> Группа 1Б
<variant> Группа 2
<variant> Группа 3
<question> Мужчина 65 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на преходящие боли за грудиной, которые появились 2 недели назад, длительностью 1-2 мин, проходят спонтанно, возникают при физической нагрузке. Курит 1 пачку в день. Объективно: ИМТ-32, АД 135/65ммрт.ст. ЧСС 75 в мин,тоны сердца ясные ритмичные. Какое обследование показано на первом этапе диагностического поиска?
<variant> Коронароангиография
<variant> Р-графия органов грудной клетки
<variant> Эхокардиография
<variant> Электрокардиография
<variant> Доплер-сонография сонной артерии
<question> Женщина 69 лет. После посещения поликлиники через несколько часов появилось недомогание, лихорадка, заложенность носа, слезотечение, кашель, боль во всем теле. Больная состоит на учете по поводу ХОБЛ. Какой препарат необходимо ей назначить, чтобы предупредить развитие осложнений начинающегося заболевания?
<variant> осельтамавир
<variant> моксифлоксацин
<variant> беродуал
<variant> метронидазол
<variant> азитромицин
<question> Определите диагноз, применяя рекомендации GINA. Больную 64 лет, в течение ряда лет страдающую бронхиальной астмой, беспокоили приступы удушья, возникающие несколько раз в неделю, после инъекции дипроспана (без назначения врача) приступы удушья не беспокоили около месяца. Накануне обращения появились кашель и одышка, не купировавшиеся беротеком. Ночью состояние ухудшилось. Об-но: больная в вынужденном положении, выражена одышка, слышны дистанционные хрипы.

<variant> Бронхиальная астма, среднетяжелое персистирующее течение, гормонозависимый вариант, обострение среднетяжелой степени, ДН2
<variant> Бронхиальная астма, легкое персистирующее течение, обострение среднетяжелой степени, ДН2
<variant> Бронхиальная астма, тяжелое персистирующее течение, гормонозависимый вариант, обострение тяжелой степени, астматический статус, относительной компенсации, ДН3
<variant> Бронхиальная астма, интермиттирующее течение, обострение легкой степени, ДН1
<variant> Бронхиальная астма, тяжелое персистирующее течение, гормонозависимый вариант, обострение тяжелой степени, астматический статус, гипоксическая, гиперкапническая кома
<question> Выберите правильную тактику лечения обострения. Больную 66 лет, в течение ряда лет страдающую бронхиальной астмой, беспокоили приступы удушья, возникающие несколько раз в неделю, после инъекции дипроспана (без назначения врача) приступы удушья не беспокоили около месяца. Накануне обращения появились кашель и одышка, не купировавшиеся беротеком. Ночью состояние ухудшилось. Об-но: больная в вынужденном положении, выражена одышка, слышны дистанционные хрипы.
<variant> Преднизолон в/в в дозе 30-60 мг, ингаляции сальбутамола, кислород
<variant> Ингаляции фенотерола,раствор эуфиллина, в/в кислород
<variant> Вентолин через небулайзер, кислород
<variant> Преднизолон в/в в дозе 30-60 мг, кислород
<variant> Метилпреднизолон 120 мг в/в, фенотерол, кислород
<question> Укажите наиболее вероятные изменения на ЭКГ в данной ситуации. Больная 65 лет с жалобами на внезапно развившийся приступ удушья В анамнезе тромбофлебит нижних конечностей. При осмотре цианоз лица и верхней половины туловища. Шейные вены набухшие. В легких ослабленное везикулярное дыхание. ЧД35 в мин. Определяется эпигастральная пульсация, усиливающаяся на вдохе. Границы сердца расширены вправо. Аускультативно акцент 2 тона на легочной артерии. АД 90/60 мм рт.ст. ЧСС 100 в мин.
<variant> Признаки перегрузки правых отделов сердца,S_1, Q_{III}, T_{III}.
<variant> Патологические зубцы Q, подъем сегмента ST, инверсия зубца Т
<variant> Подъем сегмента ST во многих отведениях
<variant> Отклонение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка
<variant> Снижение сегмента ST
<question> Выберите правильную лечебную тактику. Больной 72 лет, пасечник, заболел после того, как укрывал ульи сеном на зиму. Был выставлен диагноз пневмонии, однако лечение пенициллином привело к ухудшению состояния: прогрессивно нарастала одышка; покашливание усиливалось на высоте вдоха; прогрессивно нарастала слабость и утомляемость. Об-но: в легких выслушивается крепитации на высоте вдоха, которые не меняются при покашливании. Назначен преднизолон в дозе 40 мг/сут. с постепенным снижением дозы до 10 мг, на фоне которай состояние стало улучшаться.
<variant> Продолжить прием преднизолона в той же дозе
<variant> Назначить делагил
<variant> Отменить преднизолон
<variant> Назначить физиолечение
<variant> Увеличить дозу преднизолона до 90 мг
<question> Определите осложнение. У больного с ХОБЛ, преимущественно эмфизематозный тип, категрия С, фаза ремиссии, после сильного кашля внезапно появились боли в грудной клетке слева и одышка. При осмотре выявлены отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания и выбухание межреберных промежутков; перкуторно - тимпанит.
<variant> Пневмоторакс

<variant> Ателектаз легкого
<variant> Инфаркт легкого
<variant> Эмфизема легких
<variant> Экссудативный плеврит
<question> Выберите правильную тактику лечения. Больной 64 лет, страдающий ХОБЛ, преимущественно бронхитический тип, категория В в течение многих лет, жалуется на повышение температуры тела, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку, слабость, потливость появившиеся после переохлаждения. Рентгенологически выявлена инфильтрация легочной ткани справа в нижней доле.
<variant> Кларитромицин + амброксол + ипратропиума бромид
<variant> Тетрациклин + метрогил + лазолван
<variant> Амоксиклав + гентамицин + бромгексин
<variant> Цефазолин + преднизолон + бромгексин
<variant> Пенициллин + амброксол + сальбутамол
<question> Найдите самую частую причину хронического легочного сердца:
<variant> хроническая обструктивная болезнь легких
<variant> рак легкого
<variant> деформация грудной клетки
<variant> первичная легочная гипертензия
<variant> рецидивирующая эмболия легочной артерии
<question> У мужчины 74 лет экспираторная одышка. Вредных привычек нет. Об-но: «розовый пыхтельщик», астеник. Пульсация в эпигастральной области, акцент II тона в третьей точке аускультации. Печень увеличена, отеки на ногах. На ЭКГ: гипертрофия правых отделов сердца. Выберите ведущие синдромы:
<variant> синдром повышенной воздушности легких, легочная гипертензия, легочное сердце декомпенсированное, сердечная недостаточность
<variant> нарушение бронхиальной проходимости, легочная гипертензия, легочное сердце, сердечная недостаточность
<variant> нарушение бронхиальной проходимости, ДН, недостаточность трехстворчатого клапана, кардиомегалия
<variant> синдром повышенной воздушности легких, ДН, легочная гипертензия, легочное сердце, компенсированное
<variant> нарушение бронхиальной проходимости, синдром повышенной воздушности легких, легочная гипертензия
<question> Мужчине 67 лет, злостный курильщик, жалуется на одышку смешанного характера, приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой, колющие боли в области сердца, без иррадиации. Об-но: выдох удлинен, рассеянные сухие хрипы, правая граница сердца увеличена, в III точке аускультации акцент и расщепление II тона. Определите ведущие синдромы:
<variant> нарушение бронхиальной проходимости, стабильное, прогрессирующее; вторичная ЛГ
<variant> первичная легочная гипертензия, ХЛС
<variant> нарушение бронхиальной проходимости, стабильное, не прогрессирующее
<variant> нарушение бронхиальной проходимости, преходящее
<variant> синдром приобретенного порока сердца, ЛГ, сердечная недостаточность
<question> Мужчине 67 лет, злостный курильщик, жалуется на одышку смешанного характера, приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой, колющие боли в области сердца, без иррадиации. Об-но: выдох удлинен, рассеянные сухие хрипы, правая граница сердца увеличена, в III точке аускультации акцент и расщепление II тона. Печень увеличена. Определите диагноз:

<variant> ХОБЛ, бронхитический тип, категория D в фазе обострения тяжелой ст. Осл.: ХЛС декомпенсированная
<variant> ХОБЛ, бронхитический тип, категория С в фазе обострения легкой ст. Осл.: ХЛС компенсированная
<variant> ХОБЛ, эмфизематозный тип, категория С в фазе обострения тяжелой ст. Осл.: ХЛС компенсированная
<variant> Бронхиальная астма атопическая, неконтролируемая, фаза обострения тяжелой ст.
<variant> ТЭЛА, острая правожелудочковая недостаточность
<question> Больная 63 лет жалуется на приступы удушья, с затруднением выдоха с небольшим количеством вязкой стекловидной мокроты. Симптомы возникают ежегодно в июне, а в июле все симптомы исчезают. Во время обострения, в июне: больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа с цианотичным оттенком. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 вмин, перкуторно коробочный звук. Аускультативно сухие свистящие хрипы по всем полям. Ведущий синдром и вероятный диагноз:
<variant> синдром нарушения бронхиальной проходимости, атопическая бронхиальная астма
<variant> синдром уплотнения легочной ткани, внебольничнаяпневмония
<variant> легочная диссеминация, фиброзирующий альвеолит
<variant> синдром нарушения бронхиальной проходимости, хроническая обструктивная болезнь легких
<variant> синдром нарушения бронхиальной проходимости, инфекционно-зависимая бронхиальная астма
<question> Отметьте правильное суждение. У больных с ХОБЛ решающую роль в возникновении тромбоэмболии легочной артерии играет:
<variant> полицитемия (вторичный эритроцитоз) и повышение свертываемости крови
<variant> дыхательная недостаточность и гипоксия
<variant> нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения
<variant> нарушение гемодинамики в большом круге кровообращения
<variant> варикозное расширение вен нижних конечностей ЛГ – 2
<question> Проанализируйте клинику: пожилой пациент отдыхал в пансионате, жил в гостинице с кондиционерами, жалуется на кашель, диарею; имеется тяжелая интоксикация, фебрильная лихорадка, лейкоцитоз с лимфоцитопенией, синдром уплотнения легочной ткани. Предположите этиологию пневмонии:
<variant> легионелла
<variant> хламидий
<variant> микоплазма
<variant> пневмококк
<variant> стафиллококк
<question> Выберите ведущие синдромы. У мужчины 70 лет, без вредных привычек, экспираторная одышка. Об-но: «розовый пыхтельщик», астеник. Пульсация в эпигастральной области, акцент II тона в третьей точке аускультации. Печень увеличена, отеки на ногах. На ЭКГ: гипертрофия правых отделов сердца.
<variant> синдром повышенной воздушности легких, легочная гипертензия, декомпенсированное легочное сердце, сердечная недостаточность
<variant> нарушение бронхиальной проходимости, легочная гипертензия, легочное сердце, сердечная недостаточность
<variant> нарушение бронхиальной проходимости, ДН, недостаточность трехстворчатого клапана, кардиомегалия

<variant> синдром повышенной воздушности легких, ДН, легочная гипертензия, легочное сердце, компенсированное
<variant> нарушение бронхиальной проходимости, синдром повышенной воздушности легких, легочная гипертензия
<question> 66- летний алкоголик был найден в состоянии опьянения с высокой лихорадкой и кашлем с выделением вязкой темно-коричневой мокроты. На рентгенографии обнаружено уплотнение в области верхней доли справа.
Предположительный диагноз:
<variant> Пневмония Фридлендера
<variant> Пневмококковая пневмония
<variant> Стафилококковая пневмония
<variant> Аспирационная пневмония
<variant> Острый респираторный синдром
<question> 66-летний алкоголик был найден в состоянии опьянения с высокой лихорадкой и кашлем с выделением вязкой темно-коричневой мокроты. На рентгенографии обнаружено уплотнение в области верхней доли справа.
Окрашенная по Грамму мокрота будет содержать в большом количестве:
<variant> грамм (-) бактерии в виде небольших групп
<variant> скопление Грамм (+) кокков
<variant> грамм (+) кокки в виде цепочек
<variant> длинные и тонкие Грамм (-) бактерии
<variant> и грамм(-), и грамм (+) бактерии большими группами
<question> 66- летний алкоголик был найден в состоянии опьянения с высокой лихорадкой и кашлем с выделением вязкой темно-коричневой мокроты. На рентгенографии обнаружено уплотнение в области верхней доли справа.
Главным признаком болезни будет:
<variant> Озноб, лихорадка, плевральные боли
<variant> Очень высокая стойкая лихорадка
<variant> Большой лейкоцитоз
<variant> Клинические проявления уплотнения легкого
<variant> Изменения в легких, локализованные в одной доле
<question> 72-летняя женщина впервыеобратилась с тяжелым приступом бронхиальной астмы. На учете не состоит, не лечится. Объективно: выраженная одышка с удлиненным выдохом, кожные покровы диффузно цианотичные, аускультативно выслушиваются масса сухих, свистящих хрипов. Выберите лечение.
<variant> ингаляция сальбутамола, при отсутствии эффекта эуфиллин 2,4%-5-7 мл в/в, при отсутствии эффекта дексаметазон 8 мг в/м
<variant> эуфиллин 2,4%-5-7 мл в/в, ингаляция симбикорта 80/4,5
<variant> эуфиллин 2,4%-5-7 мл в/в, ингаляция симбикорта 160/4,5
<variant> эуфиллин 2,4%-5-7 мл в/в + дексаметазон 8 мг в/м
<variant> ингаляция сальбутамола+эуфиллин 2,4%5-7 мл в/в + преднизолон 30мг в/м
<question> 67-летний мужчина остро заболел, обратился с лихорадкой и кашлем, с выделением вязкой темно-коричневой мокроты. АД 110/70 мм рт. ст., чсс 108 в мин.Рентгенологические признаки уплотнения верхней доли правого легкого. Предварительный диагноз:
<variant> Пневмония Фридлендера
<variant> Пневмококковая пневмония
<variant> Стафилококковая пневмония
<variant> Аспирационная пневмония

<variant> Паракарциноидная пневмония
<question> 67-летний мужчина остро заболел, обратился с лихорадкой и кашлем, с выделением вязкой темно-коричневой мокроты. АД 110/70 мм рт. ст., чсс 108 в мин. Рентгенологические признаки уплотнения верхней доли правого легкого. Предварительный диагноз:Пневмония Фридлендера. Ваша тактика.
<variant> госпитализация в отделение пульмонологии
<variant> госпитализация в ОАИР
<variant> лечение в дневном стационаре, препаратами в иньекциях
<variant> лечение амбулаторное таблетированными препаратами
<variant> направить на консультацию фтизиатра
<question> 67-летний мужчина остро заболел, обратился с лихорадкой и кашлем, с выделением вязкой темно-коричневой мокроты. АД 80/55 мм рт. ст., чсс 128 в мин. Рентгенологические признаки уплотнения верхней доли правого легкого. Предварительный диагноз:Пневмония Фридлендера, ИТШ. Ваша тактика.
<variant> начать лечение ИТШ, госпитализация в ОАИР
<variant> госпитализация в отделение пульмонологии
<variant> лечение в дневном стационаре, препаратами в иньекциях
<variant> лечение амбулаторное таблетированными препаратами
<variant> направить на консультацию фтизиатра
<question> Больному хроническим бронхитом участковый врач назначил отхаркивающую микстуру по 1 ст/л. 3 раза в день после еды, запивая молоком, следующего состава: эуфиллин 3.0; эфедрин 0.4; калия йодид 6.0; дистиллированная вода 200.0. Через 7 дней у больного появились насморк, слезотечение, угревидная сыпь на лице. С чем это связано:
<variant> С побочным действием калия йодида
<variant> С присоединением ОРЗ
<variant> С побочным действием эуфиллина
<variant> С побочным действием эфедрина
<variant> С присоединением поллиноза
<question> Мужчина пожилого возраста поступил с жалобами на кашель с вязкой тягучей трудноотделяемой мокротой, имеющая запах подгоревшего мяса, желеобразной консистенции, темно коричневого цвета. Клинически скудные влажные хрипы, крепитация, выраженная дыхательная недостаточность. Рентгенологически феномен " распадающегося сотового легкого". Затяжное течение с развитием пневмофиброза, многочисленные вторичные бронхоэктазы и остаточные полости. Какой наиболее вероятный возбудитель вызвал пневмонию:
<variant> Клебсиелла
<variant> Вирус гриппа
<variant> Хламидии
<variant> Микоплазмы
<variant> Пневмококки
<question> У мужчины пожилого возраста на 13 день стационарного лечения поводу ИБС, прогрессирующая стенокардия диагностирована нозокомиальная пневмония. Какие антибиотики рекомендуется назначить эмпирически
<variant> Гентамицин + цефтриаксон
<variant> Пенициллин + азитромицин
<variant> Гентамицин + лефлокс
<variant> Азитромицин + лефлокс
<variant> Амоксициллин + гентамицин

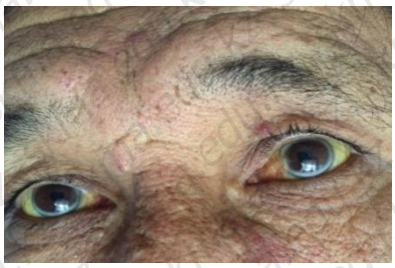
<question> В терапевтическое отделение поступил больной 80 лет с жалобами на повышение температуры тела до 39,3? С, головные боли и слабость. Заболел остро, за день до поступления сильно закашлялся после поперхивания пищей. Консультирован лор врачом: патологии не обнаружено. На рентгенограмме органов грудной клетки: инфильтрация в нижней доле правого легкого. Какая разновидность пневмонии у больного:
<variant> Пневмония аспирационная
<variant> Пневмония внебольничная
<variant> Пневмония госпитальная
<variant> Пневмония лобарная
<variant> Пневмония алкоголика
<question> Геронтология – это
<variant> наука о старении организма
<variant> наука, изучающая особенности течения заболеваний и их лечение в пожилом и старческом возрасте
<variant> наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте
<variant> наука, изучающая особенности течения заболеваний в детском возрасте
<variant> наука, изучающая особенности течения заболеваний у новорожденных
<question> Гериатрия - это
<variant> наука, изучающая особенности течения заболеваний и их лечение в пожилом и старческом возрасте
<variant> наука о старении организма
<variant> наука, изучающая особенности сочетанной патологии у женщин фертильного возраста
<variant> наука, изучающая особенности течения заболеваний в детском возрасте
<variant> наука, изучающая особенности течения заболеваний у новорожденных
<question> Показатели, прогрессивно снижающиеся в пожилом и старческом возрасте:
<variant> сократительная способность миокарда
<variant> уровень глюкозы в крови
<variant> количество форменных элементов крови
<variant> синтез гормонов гипофиза
<variant> кислотно-основное равновесие
<question> Показатели, прогрессивно возрастающие в пожилом и старческом возрасте:
<variant> синтез гормонов гипофиза
<variant> уровень глюкозы в крови
<variant> сократительная способность миокарда
<variant> количество форменных элементов крови
<variant> кислотно-основное равновесие
<question> Увеличение ночного диуреза в пожилом и старческом возрасте связано:
<variant> с улучшением кровообращения в почках в горизонтальном положении
<variant> с первичным сморщиванием почек
<variant> с двустороннеим нефроптозом
<variant> с амилоидозом почек
<variant> со вторичным сморщиванием почек
<question> С возрастом не повышается артериальное давление
<variant> диастолическое
<variant> систолическое
<variant> пульсовое

<variant> средне динамическое
<variant> боковое
<question> С возрастом в миокарде развивается: a) прогрессирующий склероз в) атрофия мышечных волокон c) гнездная гипертрофия мышечных волокон миокардad) образование ишемического некроза e) дилятация всех камер сердца
<variant> a,в,c
<variant> d,e
<variant> a,d
<variant> e
<variant> c,d,e
<question> С возрастом на ЭКГ происходят следующие изменения зубца Р: a) расширение, в) уплощение, c) деформация, d) формирование двугорбого зубца, e) образование заостренного зубца
<variant> a,в,c
<variant> a,d
<variant> d,e
<variant> c,d,e
<variant> a,e
<question> Дренажная функция бронхов снижается с возрастом в результате: a) атрофии бронхиального эпителия, в)снижения перистальтики бронхов, c) снижения кашлевого рефлекса, d) олитрерацией бронхиол, e) деформацией бронхиального дерева
<variant> a,в,c
<variant> a,d
<variant> d,e
<variant> c,d,e
<variant> a,e
<question> Возрастные рентгенологические изменения – это: a) повышение прозрачности легочной ткани, в) усиление бронхолегочного рисунка, c) нодулярная диссеминация, d) уменьшение подвижности диафрагмы, e) ретикулярная диссеминация
<variant> a,в,d
<variant> c,e
<variant> a,c,d
<variant> в,d,e
<variant> a,e
<question> Дыхание при эмфиземе легких:
<variant> ослабленное везикулярное
<variant> везикулярное
<variant> жесткое
<variant> с удлиненным выдохом
<variant> амфорическое
<question> Бронхообструктивный синдром при ХОБЛ:
<variant> постоянный, прогрессирующий
<variant> спонтанный, сопровождается падением АД, ОЛС
<variant> приступообразный, преходящий и/или снимается сальбутамолом
<variant> сопровождается кашлем с мокротой до 3-х мес за последние два года
<variant> приступ удушья более 4-8 часов, не снимается бета-миметиками
<question> Бронхообструктивный синдром при БА:
<variant> приступообразный, преходящий и/или снимается сальбутамолом

<variant> постоянный, прогрессирующий
<variant> спонтанный, сопровождается падением АД, ОЛС
<variant> сопровождается кашлем с мокротой до 3-х мес. за последние два года
<variant> приступ удушья более 4-8 часов, не снимается бета-миметиками
<question> Бронхообструктивный синдром при ТЭЛА:
<variant> спонтанный, сопровождается падением АД, ОЛС
<variant> приступообразный, преходящий и/или снимается сальбутамолом
<variant> постоянный, прогрессирующий
<variant> сопровождается кашлем с мокротой до 3-х мес за последние два года
<variant> приступ удушья более 4-8 часов, не снимается бета-миметиками
<question> Бронхообструктивный синдром при астматическом статусе:
<variant> приступ удушья более 4-8 часов, не снимается бета-миметиками
<variant> спонтанный, сопровождается падением АД, ОЛС
<variant> приступообразный, преходящий и/или снимается сальбутамолом
<variant> постоянный, прогрессирующий
<variant> сопровождается кашлем с мокротой до 3-х мес за последние два года
<question> Диагностический критерий хронического бронхита:
<variant> сопровождается кашлем с мокротой более 3-х мес за последние два года
<variant> в анамнезе профессиональные вредности
<variant> в анамнезе пневмоний
<variant> в анамнезе синуситы
<variant> эффективность ИГКС
<question> Для лечения воспалительного процесса бронхов при БА применяют:
<variant> ИГКС
<variant> иммуномодуляторы
<variant> бронхолитики
<variant> бронхоскопическую санацию
<variant> антибиотики
<question> Для предупреждения повторноготромбоза ветвей легочной артерии приТЭЛА используют:
<variant> гепарин
<variant> варфарин
<variant> стрептокиназу
<variant> альтеплазу
<variant> эуфиллин
<question> Для контроля бронхиальной астмы применяют:
<variant> ИГКС
<variant> бета-миметики пролонгированного действия в ингаляциях
<variant> эуфиллин
<variant> теопек
<variant> интал
<question> Для контроля бронхиальной проходимости при бронхиальной астме применяют:
<variant> бета-миметики пролонгированного действия в ингаляциях
<variant> ИГКС
<variant> эуфиллин
<variant> теопек
<variant> интал

<question> Женщина 56 лет. Обратилась с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, сухой кашель. Одышка носит смешанный характер. Состоит на Д учете с диагнозом ХОБЛ в течение 5 лет. Курит более 30 лет по 1-1,5 пачки в день. Больная отмечала появление прожилок крови при приступах надсадного малопродуктивного кашля. Отмечает, что и раньше была одышка, но теперь она сильнее и стало более трудно вдохнуть, нежели выдохнуть. Р-грамма ОГК не выявила существеннных различий с ренген-снимками прошлого года. В анализе крови - СОЭ 54 мм/ч. Какое обследование необходимо провести в первую очередь?
<variant> Бронхоскопию с биопсией
<variant> КТ органов грудной клетки
<variant> Спирографию
<variant> Определение онкомаркера SYFRA
<variant> GenExpert
<question> Женщина 63 лет, приехала из страны категории 1b в страну с карантином по COVID. В самолете сидела на расстоянии 2 сидений от пассажира, у которого выявили COVID-2019. Жалоб не предъявляет, симптомов нет. Предварительный результат тестирования на COVID-2019 отрицательный. В течение какого времени рассматривается наличие эпидемиологической связи?
<variant> в течение 14 суток
<variant> в течение 10 суток
<variant> в течение 12 суток
<variant> в течение 16 суток
<variant> в течение 18 суток
<question> Мужчина 64 лет, приехал из страны категории 1b в страну с карантином по COVID. Жалоб не предъявляет, симптомов нет. Результат тестирования на COVID-2019 отрицательный. После проведенных карантинных мероприятий врач посоветовал ему придерживаться режима самоизоляции дома. Во сколько раз эффективность карантинных мероприятий при коронаровирусной инфекции способствует снижению распространения инфекции согласно моделированию с использованием «дерева решения»?
<variant> в 9 раз
<variant> в 2 раза
<variant> в 4 раза
<variant> в 7 раз
<variant> в 10 раз
<question> Мужчина 65 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на преходящие боли за грудиной, которые появились 2 недели назад, длительностью 1-2 мин, проходят спонтанно, возникают при физической нагрузке. Курит 1 пачку в день. Объективно: ИМТ - 32, АД 145/65 мм рт.ст. ЧСС 75 в мин., тоны сердца ясные ритмичные. Какое обследование показано на первом этапе диагностического поиска?
<variant> Электрокардиография
<variant> Р-графия органов грудной клетки
<variant> Эхокардиография
<variant> Допплер-сонография сонной артерии
<variant> Проба с эргометрином
<question> Женщина 63 лет обратилась с жалобами на головные боли, которые появились несколько недель назад, возникают к концу рабочего дня. При измерении АД в кабинете доврачебного осмотра медсестрой - 145/95 мм рт.ст. Женщина с ИМТ 30, вредных привычек нет, наследственность не отягощена. Какое обследование показано на следующем этапе?
<variant> Повторное измерение АД не менее чем через 6 часов

<variant> Р-графия органов грудной клетки
<variant> Эхокардиография
<variant> Электрокардиография
<variant> Допплер-сонография сонной артерии
<question> Мужчина 63 лет. Жалобы на боли в левой половине грудной клетки, которые появляются при физической нагрузке, повышение АД. Боли беспокоят в течение нескольких месяцев. При осмотре (фото). АД – 160/90 мм рт.ст. При аускультации акцент 2 тона на аорте. Какой результат липидограммы следует ожидать у больного?



<variant> повышение липопротеидов низкой плотности
<variant> снижение триглицеридов
<variant> повышение альфа-липопротеидов
<variant> снижение липопротеидов высокой плотности
<variant> снижение липопротеидов низкой плотности
<question> Мужчина 63 лет, отмечает повышения АД 175-190/95-110 мм рт.ст. Лечится не регулярно. Вес-100 кг, рост- 165см., объем талии-105см. Объективно: левая граница сердца на 1 см влево от левой средне ключичной линии, по 5 межреберью. На ЭКГ: ритм синусовый, индекс Соколова-Лайона – 40мм. МАУ – 300 мг/сутки. Комплекс интима-медиа сонной артерии - 1мм. Какова вероятность развития кардио-васкулярных катастроф в ближайшие 10 лет?
<variant> выше 30%
<variant> до 10%
<variant> 10-15%
<variant> 16-20%
<variant> 21-30%
<question> Мужчина 65 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на повышение АД до 145/95 мм.рт.ст . Повышенное АД было выявлено при профосмотре однократно. Не курит, вредных привычек нет, наследственность не отягощена. Объективно: ИМТ-32, АД 135/65. Глюкоза-4,8 ммоль/л, холестерин-4,8 ммоль/л. Какая рекомендация должна быть дана пациенту?
<variant> пациент должен быть направлен в школу здоровья по АГ
<variant> дать рекомендации по ЗОЖ и рекомендовать осмотр через 2 года
<variant> дать рекомендации соблюдать ЗОЖ и повторно обследоваться через 6 месяцев
<variant> направить на консультацию к эндокринологу
<variant> направить на консультацию к кардиологу
<question> Женщина 65 лет, на фоне повышения АД до 195/110 мм рт.ст. появилось нарушение речи - везапно перестала говорить. В неврологическом статусе: сознание ясное, зрачки D=S, сглажена правая носогубная складка, моторная афазия, правосторонний гемипарез с высоким мышечным тонусом и высокими сухожильными рефлексами, с симптомом Бабинского. Предварительный диагноз:
<variant> ишемический инсульт
<variant> острая гипертоническая энцефалопатия

<variant> транзиторная ишемическая атака
<variant> серозный менингит
<variant> геморрагический инсульт
<question> Выберите группу антигипертензивных препаратов. Мужчина 64 лет, АД поднимается до 150-160/90-95 мм рт.ст. в течение 5 лет. Сахарный диабет 2 типа. Принимает диабетон. Объективно: левая граница по левой средне-ключичной линии. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС80 в мин. АД160/94 ммрт.ст. Холестерин сыворотки 6,0 ммоль/л, креатинин сыворотки75 мкмоль/л. Сахар крови5,4 ммоль/л. МАУ – 100 мкг в сутки.
<variant> сартаны
<variant> ИАПФ
<variant> БАБ
<variant> диуретики
<variant> центрального действия
<question> Выберите антигипертензивный препарат. Мужчина 64 лет, АД поднимается до 150-160/90-95 мм рт.ст. в течение 5 лет. Сахарный диабет 2 типа. Принимает диабетон. Объективно: левая граница по левой средне-ключичной линии. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС80 в мин. АД160/94 ммрт.ст. Холестерин сыворотки6,0 ммоль/л, креатинин сыворотки75 мкмоль/л. Сахар крови5,4 ммоль/л. МАУ – 100 мкг в сутки.
<variant> телмисартан
<variant> кандесартан
<variant> бисопролол
<variant> гидрохлортиазид
<variant> метилдопа
<question> Выберите правильное заключение. Которое из следующих утверждений относительно результатов лечения АГ является верным:
<variant> лечение АГ уменьшает частоту инсультов и ИБС
<variant> лечение АГ уменьшает частоту инсультов, но незначительно уменьшает частоту ИБС
<variant> лечение АГ уменьшает частоту ИБС, но незначительно уменьшает частоту инсультов
<variant> лечение АГ уменьшает частоту инсультов, но повышает частоту ИБС
<variant> лечение АГ не останавливает поражение почек, как органа мишени
<question> Определите правильный диагноз. У больного 67 лет, с резким повышением АД до 220/100 мм рт.ст., на фоне сильных головных болей возникли симптомы выраженной одышки, нехватки воздуха, стесненного дыхания. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, появились мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах обеих легких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 100 в мин.
<variant> Артериальная гипертензия 3 ст. Группа риска очень высокая (возраст, ГЛЖ, ХНМК). Осл.: Гипертензивный криз осложненный: ОЛЖН, отек легких.
<variant> Артериальная гипертензия 2 ст. Группа риска очень высокая (возраст, ГЛЖ, ХНМК). Осл.: Гипертензивный криз осложненный: ОЛЖН, сердечная астма.
<variant> Артериальная гипертензия 1 ст. Группа риска очень высокая (возраст, ГЛЖ, ХНМК). Осл.: Гипертензивный криз осложненный: ОЛЖН, сердечная астма.
<variant> Артериальная гипертензия 3 ст. Группа риска высокая (возраст, ГЛЖ, ХНМК). Осл.: Гипертензивный криз неосложненный.
<variant> Артериальная гипертензия 3 ст. Группа риска средняя (возраст, ГЛЖ, ХНМК). Гипертензивное сердце компенсированное.
<question> Проанализируйте ситуацию. У больного 67 лет, с резким повышением АД до 220/100 мм рт.ст. на фоне сильных головных болей возникли симптомы выраженной одышки,

нехватки воздуха, стесненного дыхания. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах обеих легких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 100 в мин. Нужно ли более активное снижение артериального давления?
<variant> Да, так как данное состояние опасно для жизни
<variant> Нет, так как это пациент пожилого возраста
<variant> Нет, так как это состояние не угрожает больному
<variant> Нет, так как это скорее симптомы легочной патологии
<variant> Да, так как пожилым больным важно быстрое снижение АД
<question> Определите диагноз пациента. Больной 64 лет предъявляет жалобы на периодические головные боли, головокружение в течение последнего года. Неоднократно отмечал повышение АД до 170/100 мм рт. ст., особенно в периоды возникновения головных болей. При опросе выяснено, что у матери было высокое АД, умерла в 57 лет после инсульта. Больной повышенного питания, много курит, любит жирную пищу и пиво. Об-но выявлено смещение левой границы относительной тупости сердца до СКЛ.
<variant> Артериальная гипертензия, II степени, риск III (вредные привычки, изб. вес, ГЛЖ)
<variant> Артериальная гипертензия, I степени, риск II (вредные привычки, изб. вес)
<variant> Артериальная гипертензия, II степени, риск IV (вредные привычки, изб. вес, ГЛЖ, ИБС)
<variant> Артериальная гипертензия, III степени, риск III (вредные привычки, изб. вес, ГЛЖ)
<variant> Артериальная гипертензия, III степени, риск IV (вредные привычки, изб. вес, ГЛЖ, сахарный диабет)
<question> Больной 69 лет, перенес инфаркт миокарда, имеет клинику облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Об-но: пульс 76 в мин, АД 170/100 мм рт.ст., признаков сердечной недостаточности нет.
Выберите АГП:
<variant> амлодипин
<variant> бисопролол
<variant> коринфар
<variant> гипотиазид
<variant> индапамид
<question> Больной 69 лет, перенес инфаркт миокарда, имеет клинику облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Об-но: пульс 76 в мин, АД 170/100 ммрт.ст., признаков сердечной недостаточности нет.
Определите группу АГП, который противопоказан больному
<variant> бета-блокаторы
<variant> антагонисты кальция
<variant> центрального действия
<variant> диуретики
<variant> ингибиторы АПФ
<question> Больной 69 лет, перенесший инфаркт миокарда, обратился к врачу по поводу головных болей и головокружения. Пульс 86 в минуту, АД 200/100 мм рт. ст., признаков сердечной недостаточности нет, имеются проявления облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.
Выберите группу АГП:
<variant> антагонисты кальция пролонгированного действия
<variant> бета-адреноблокаторы кортокого действия
<variant> антагонисты кальция короткого действия

<variant> сартаны комбинированные с диуретиками
<variant> препараты центрального действия
<question> У больного 65 лет,страдающего эссенциальной артериальной гипертензией, на фоне монотерапии коринфаром (самолечение) несколько часов назад АД повысилось до 225/115 мм рт. ст. Появились головная боль,головокружение, слабость в правой верхней конечности, рвота. Оцените причину ухудшения состояния:
<variant> проишемическое действие препарата – инсульт
<variant> недостаточная антигипертензивная терапия
<variant> особенности гипертензии у лиц пожилого возраста
<variant> венозная недостаточность головного мозга
<variant> острый крупноочаговый инфаркт миокарда
<question> Мужчина 66 лет доставлен с жалобами на головные боли в затылочной области, тошноту, “мушки” перед глазами. Из амбулаторной карты: болен 7 лет, в моче протеинурия, холестерин 8,6 ммоль/л. Об-но: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, АД 240/100 мм рт. ст. ЧСС 78 в мин. На ЭКГ: ГЛЖ, систолическая перегрузка.
Ваш предварительный диагноз:
<variant> артериальная гипертензия III ст., группа риска 4 (ГХЕ, протеинурия, ГЛЖ, дисциркуляторная энцефалопатия); неосложненный гипертензивный криз
<variant> артериальная гипертензия II ст., группа риска 3 (ГХЕ, протеинурия, ГЛЖ); гипертензивный криз, I типа, неосложненный
<variant> артериальная гипертензия II ст., группа риска 2 (избыт. вес, протеинурия, ГХЕ, ГЛЖ); гипертензивный криз, I типа, неосложненный
<variant> артериальная гипертензия III ст., группа риска 4 (избыт. вес, ГХЕ, протеинурия, ГЛЖ, ДЭП); гипертензивный криз, II типа, неосложненный
<variant> артериальная гипертензия II ст., группа риска 3 (избыт вес, ГХЕ, протеинурия, ГЛЖ). Осл: Гипертензивный криз, I типа, осложненный
<question> У мужчины имеющий в анамнезе сифилис, во втором м/р справа ослабление II тона и диастолический шум; АД 170/50 мм рт. ст. На ЭКГ: ГЛЖ. Определите приобретенный порок:
<variant> недостаточность аортального клапана
<variant> недостаточностьмитрального клапана
<variant> недостаточностьтрикуспидального клапана
<variant> стеноз левого а/вотверстия
<variant> стеноз устья аорты
<question> Больной 70 лет. В течение 20 лет наблюдается врачом по поводу артериальной гипертензии. На фоне поднятия тяжести внезапно возникли сильные режущие боли в грудной клетке, в спине с отдачей в оба плеча, в шею, затылок, по ходу позвоночника. Через 5 минут кратковременная потеря сознания. Кожные покровы бледные, холодный липкий пот. Пульсация на левой сонной и лучевой артерии почти отсутствует. АД 140/80 мм.рт.ст. Наиболее вероятный диагноз.
<variant> Расслаивающая аневризма аорты
<variant> Тромбоэмболия в систему легочной артерии
<variant> ИБС. Острый инфаркт миокарда
<variant> Кардиогенный шок
<variant> ИБС. Быстропрогрессирующая стенокардия
<question> Признаки острого легочного сердца не наблюдаются при:
<variant> гипертензивном кризе
<variant> тотальной пневмонии

<variant> ТЭЛА или тромбозе ветвей легочной артерии
<variant> астматическом статусе
<variant> спонтанном пневмотораксе
<question> Мужчина, 60 лет, при осмотре на дому, жалуется на затруднение речи, слабость, в правой руке и ноге. Из анамнеза: заболел остро, утром после сна обнаружил вышеуказанные жалобы. Два дня назад, отмечались эти же симптомы, прошли самостоятельно через час. АД=110/70 мм.рт.ст. ,ЧСС=110 уд/мин. При осмотре: сознание ясное, ориентирован, зрачки OD=OS, краевое недоведение глазных яблок с двух сторон (2 мм.). Язык девиирует вправо, сухожильные рефлексы D>S, рефлекс Бабинского справа, мышечная сила в правых конечностях-3балла, менингиальных знаков нет. Какая тактика лечения показана больному?
<variant> срочная госпитализация в нейрососудистое отделение
<variant> оставить больного на дому, под наблюдением семейного врача.
<variant> госпитализация в нейрососудистое отделение на следующий день, с целью нейропротекции
<variant> госпитализация в нейрососудистое отделение через неделю, с целью нейропротекции
<variant> срочная госпитализация в нейрохирургию, для проведения операции
<question> Мужчина 72 лет был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правой руке и затруднение речи – произносил отдельные слова, из которых можно понять, что у него внезапно возникло головокружение. Рвоты не отмечалось. Доставлен в приемное отделение. При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой неудовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 150/100 мм рт.ст. Правый угол рта опущен. Правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. Справа рефлекс Бабинского. Какое обследование должно быть проведено на следующем диагностическом этапе?
<variant> магнитно-резонансная томография головного мозга
<variant> электроэнцефалография
<variant> общий анализ крови
<variant> биохимический анализ крови
<variant> электрокардиография
<question> Мужчина 68 лет. В последние 2 года отмечает появление перебоев в работе сердца, учащенное сердцебиение, отеки на ногах. Артериальная гипертензия 2 степени и ИБС в течение 15 лет. При аускультации сердца: ритм неправильный, периодически «пушечный тон», число сердечных сокращении 100 в мин, пульс-86 в мин., нерегулярный. Что Вы, ожидаете увидеть на ЭКГ больного?
<variant> зубцы Р отсутствуют, расстояния R-R разные, волны f во II, III. avF
<variant> наличие внеочередных QRS и компенсаторных пауз
<variant> периодическое выпадение QRS после зубца Р
<variant> расстояния R-R одинаковые, зубец Р перед QRS, Т отрицательный
<variant> внеочередные QRS комплексы, полная компенсаторная пауза
<question> Мужчина 67 лет, предъявляет жалобы на частые головные боли при перемене погоды, к концу рабочего дня, отеки на стопах. 7 лет назад обнаружена артериальная гипертензия, лечился не регулярно. 2 года назад перенес ишемический инсульт, курит 20 сигарет в день. При осмотре тоны сердца ясные, акцент 2 тона на аорте. АД 165/100 мм рт. ст. Левая граница сердца смещена влево на 1 см. На ЭхоКГ: индекс массы миокарда левого желудочка 140 г/м2, УЗДГ сонной артерии: комплекс интима-медиа-1,1 мм, в области бифуркации сонной артерии -1,5 мм. Лечебная тактика?

<variant> фозиноприл и карведилол
<variant> монотерапиябисопрололом
<variant> монотерапия лизиноприлом
<variant> лизиноприл и валсартан
<variant> амлодипин и каптоприл
<question> Выберите правильное заключение. Что из перечисленного является показанием к установлению постоянной ЭКС:
<variant> полная атриовентрикулярная блокада
<variant> мерцание предсердий
<variant> атриовентрикулярная блокада 1 степени
<variant> желудочковая экстрасистолия
<variant> синусовая брадикардия менее 50 в минуту
<question> Выберите правильное суждение. Более 90% случаев внезапной коронарной смерти связано с:
<variant> фибрилляцией желудочков
<variant> экстрасистолией
<variant> пароксизмальной желудочковой тахикардией
<variant> пароксизмом мерцательной аритмии
<variant> синусовой брадикардией
<question> Выберите правильное суждение. При купировании ангинозного статуса у больного ИМ были применены морфин и дроперидол. Какое их побочное действие наиболее серьезно:
<variant> угнетение дыхательного центра
<variant> сонливость
<variant> вздутие живота
<variant> тошнота
<variant> эйфория
<question> Выберите правильные суждения. При инфаркте миокарда задней стенки на ЭКГ изменения регистрируются в следующих отведениях:
<variant> II, III, AVF
<variant> I, aVL, V1-V4
<variant> I, aVL, V5-V6
<variant> aVL, V1-V2
<variant> V1-V6
<question> Выберите правильное суждение. Что является наиболее значимым фактором риска ИБС?
<variant> артериальная гипертензия
<variant> употребление алкоголя
<variant> курение
<variant> гиподинамия
<variant> умеренное ожирение
<question> Выберите правильное суждение. Диагноз пациента 65 лет: ИБС, стенокардия напряжения ФК II и АГ II степени. Лечение следует начать с:
<variant> бета-адреноблокаторов
<variant> тиазидных диуретиков
<variant> ингибиторов АПФ
<variant> антагонистов кальция
<variant> сартанов

<question> Выберите правильное суждение. У больного 72 лет жалобы на интенсивные давящие боли за грудиной и в эпигастрии более 2-х часов. На ЭКГ: низкий вольтаж зубца $R_{II,III,AVF}$, депрессия интервала $ST_{II,III,AVF}$. Из диагностических тестов в постановке диагноза поможет –
<variant> Кардиоспецифические ферменты (или тропонин МВ-КФК)
<variant> Общий анализ крови (с определением свертываемости)
<variant> Холестерин, триглицериды в крови
<variant> Холтеровское мониторирование ЭКГ
<variant> ЭхоКГ, УЗ допплер исследования сосудов шеи
<question> Выберите исследования,определяющие диагноз пациента. Больной 74 лет жалуется на сжимающие боли за грудиной, не зависящие от дыхания и приступообразно нарастающие. Прием нитроглицерина не эффективен.
<variant> ЭКГ, тропонин Т
<variant> Сцинтиграфия с Tl^{201}
<variant> ЭхоКГ с добутамином
<variant> ЭКГ с физической нагрузкой
<variant> Суточное мониторирование ЭКГ
<question> Определите наиболее оптимальную тактику ведения пациента. Больному 63 года, жалуется на внезапные приступы сильного головокружения с потерей сознания, которые появились после перенесенного 3 года назад инфекционного миокардита. В последнее время отмечает учащение приступов до 2-3 раз в месяц. АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС 57 уд. в мин., на ЭКГ удлинение интервала PQ, регулярные периоды Самойлова-Венкебаха.
<variant> Введение искусственного водителя ритма
<variant> Постоянный прием антагонистов кальция
<variant> Постоянный прием бета-адреноблокаторов
<variant> Регулярный прием М-холиноблокаторов
<variant> Проведение аортокоронарного шунтирования
<question> Выясните осложнение: у 68 летнего мужчины, на 4 неделе острого инфаркта миокарда появились жалобы на боли в грудной клетке, лихорадка, шум трения перикарда, повышение СОЭ (“застывшая” ЭКГ). ЭКГ без динамики.
<variant> аутоиммунный синдром Дресслера
<variant> разрыв миокарда
<variant> расширение зоны некроза миокарда
<variant> идиопатический перикардит
<variant> отрыв хорд желудочков
<question> Мужчина 64 лет, заболел после стрессовых ситуации на работе, за грудиной появились интенсивные, давящие боли, к вечеру вызвал скорую помощь. На ЭКГ: отсутствие зубца R V_1-V_3, смещение сегмента ST на 6 мм.
Определите диагноз:
<variant> ишемическая болезнь сердца, острый передно-перегородочный инфаркт, Killip I
<variant> ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия
<variant> ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, впервые выявленная
<variant> ишемическая болезнь сердца, вазоспастическая стенокардия
<variant> ишемическая болезнь сердца, острый задне-диафрагмальный инфаркт, Killip I
<question> Определите осложнение: у больного с инфарктом миокарда интенсивный ангинозный синдром, тахикардия, резкое снижение АД, нитевидный пульс, бледность кожных покровов, холодный пот.
<variant> кардиогенный шок
<variant> отек легких

<variant> аневризма сердца
<variant> синдром: Дресслера
<variant> рецидив инфаркта миокарда
<question> Определите ведущий синдром и тактику врача: больной 74 лет жалуется на сжимающие боли за грудиной, не зависящие от дыхания и приступообразно нарастающие. Прием нитроглицерина не эффективен.
<variant> коронарогенная кардиалгия, ЭКГ каждые 15 минут,тропонин Т
<variant> синдром поражения миокарда, сцинтиграфия с Tl^{201}
<variant> коронарогенная кардиалгия, нагрузочные проба – ВЭМ
<variant> некоронарогенная кардиалгия, ЭхоКГ
<variant> коронарогенная кардиалгия, суточное мониторирование ЭКГ
<question> Определите форму стенокардии, выберите тактику ведения: больной 67 лет 2 месяца назад взят на Д учет, в связи с болями за нижней третью грудины, возникающие на 4 этаже, которые снимаются 1 тб нитроглицерина. Назначено лечение БАБ. Несколько дней назад боли стали появляться при быстрой ходьбе, снимались 2 тб нитроглицерина.
<variant> прогрессирующая стенокардия напряжения (ОКС), направить на госпитализацию
<variant> стабильная стенокардия напряжения ФК 2, назначитьантиангинальную терапию
<variant> кардиалгия может быть обусловлена не коронарным заболеванием, провести обследование
<variant> впервые возникшая стенокардия, направить на госпитализацию
<variant> стенокардия Принцметала, назначить нитраты
<question> Выберите патогномный симптом стенокардии:
<variant> загрудинная сжимающая боль, на ЭКГ депрессия сегмента ST на 2 мм и более
<variant> загрудинная колющая боль после еды, без изменений ЭКГ
<variant> боли в области сердца, желудочковая экстрасистолия после нагрузки
<variant> боли в области сердца, подъем сегмента ST менее, чем на 2 мм
<variant> загрудинная боль, увеличение зубца Q в III стандартном и aVF отведениях
<question> Выделите ведущие синдромы: 78 летний пациент жалуется на загрудинные боли, возникающие после первого этажа, одышку. Перенес инфаркт миокарда. Об-но: тоны сердца приглушены, частые ЭС. АД 170/100 мм рт. ст. ЧСС 106 в мин . Тропонин Т отр. Печень увеличена. На ЭКГ: рубцовые изменения передне-боковой области ЛЖ.
<variant> ангинальный, рубцовое поражение миокарда, нарушение ритма, артериальная гипертензия, ХСН
<variant> ангинальный, воспалительное поражение миокарда, артериальная гипертензия, ХСН
<variant> ангинальный, дислипидемический, артериальная гипертензия, ХСН
<variant> ангинозный статус, рубцовое поражение миокарда, артериальная гипертензия, ХСН
<variant> ангинальный, метаболическое поражение миокарда, артериальная гипертензия, ХСН
<question> 78 летний пациент жалуется на загрудинные боли, возникающие после первого этажа, одышку. Перенес инфаркт миокарда. Об-но: тоны сердца приглушены, частые ЭС. АД 170/100 мм рт. ст. ЧСС 106 в мин Тропонин Т отр. Печень увеличена. На ЭКГ: рубцовые изменения передне-боковой области ЛЖ, желудочковы ЭС. Основные синдромы: ангинальный, рубцовое поражение миокарда, нарушение ритма, артериальная гипертензия, СН.
Определите диагноз на основании ведущих синдромов:
<variant> ИБС, стенокардия напряжения ФК III. ПИМ, желудочковые ЭС. Артериальная гипертензия II ст. Группа риска очень высокая. ХСН III
<variant> ИБС, стенокардия напряжения ФК III. Постмиокардитический кардиосклероз. Артериальная гипертензия II ст. ХСН II

<variant> ИБС, стабильная стенокардия напряжения ФК III. Артериальная гипертензия II ст.ХСН II
<variant> ИБС, повторный инфаркт миокарда. Артериальная гипертензия II ст. Острая левожелудочковая недостаточность
<variant> ИБС, стенокардия напряжения ФК II. Миокардиодистрофия II ст. Артериальная гипертензия II ст. ХСН I
<question> Выберите признаки, характерные для миокардита с СН:
<variant> боли в области сердца, сердцебиение, развитие в фазе ранней реконволесценции инфекционного заболевания (конец первой или начало второй недели)
<variant> боли в области сердца, сердцебиение, развитие в первые дни, на высоте лихорадки инфекционного заболевания
<variant> боли в области сердца, обмороки, развитие в фазе поздней реконволесценции инфекционного заболевания (третья неделя и позже)
<variant> боли в области сердца, асцит, развитие через год после инфекционного заболевания
<variant> боли в области сердца, сухой кашель, шум в области сердца, развитие в первые дни, на высоте лихорадки инфекционного заболевания
<question> Определите возможное осложнение больного с инфарктом миокарда при длительном обездвиживании:
<variant> тромбоэмболические осложнения
<variant> брадикардия
<variant> артериальная гипертензия
<variant> сердечная недостаточность
<variant> снижение систолического объема сердца
<question> Выберите врачебную тактику: у больного 65 лет при возвращении с рынка впервые возникли боли за грудиной, иррадиируюшие в левую лопатку. Боли проходили, когда он останавливался, усиливались при подъеме по лестнице и полностью прошли дома. АД 135/80 мм рт. ст. Пульс 90 в мин, ритмичный. Другие объективные данные, включая ЭКГ, в пределах нормы.
<variant> организоватьэкстренную госпитализацию
<variant> ввести обезболивающие средства
<variant> рекомендовать консультацию кардиолога
<variant> рекомендовать прием нитратов и b-адреноблокаторов
<variant> рекомендовать плановую госпитализацию
<question> При ангинозном статусе у больных ОИМ в первую очередь показаны:
<variant> нитроглицерин, наркотические анальгетики
<variant> нитроглицерин, лидокаин
<variant> нитроглицерин, нифедипин
<variant> нитроглицерин, гепарин
<variant> нитроглицерин, аспирин
<question> Для инфаркта миокарда правого желудочка характерны:
<variant> снижение АД, одышка, набухание шейных вен
<variant> одышка, влажные хрипы в легких, увеличение печени
<variant> снижение АД, уменьшение диуреза
<variant> нарушение ритма сердца, влажные хрипы в легких
<variant> одышка, периферические отеки
<question> Для экстренного снижения АД при остром инфаркте миокарда препаратом выбора является:
<variant> нитроглицерин

<variant> каптоприл
<variant> нифедипин (коринфар)
<variant> фуросемид
<variant> диазоксид
<question> Выберите правильное определение компенсированного хронического легочного сердца:
<variant> легочная гипертензия и гипертрофия правого желудочка (тоногенная)
<variant> легочная гипертензия и гипертрофияправого предсердия
<variant> легочная гипертензия и гипертрофия правого желудочка (миогенная) + правожелудочковая недостаточность
<variant> дилятация правого желудочка и портальная гипертензия
<variant> гипертрофия левого предсердия илегочная гипертензия
<question> Выберите правильное суждение. Декомпенсированное хроническое легочное сердце приводит к следующим изменениям печени:
<variant> фиброз печени, гипертензия в системе портальной вены
<variant> цитолиз гепатоцитов, мелкоузловой цирроз печени
<variant> хронический агрессивный гепатит
<variant> жировой гепатоз
<variant> фульминантный гепатит
<question> Выберите правильное суждение. При декомпенсированном хроническом легочном сердце определяют:
<variant> отеки на ногах и увеличение печени, тахикардию, эритроцитоз
<variant> отеки на ногах, шум трения плевры, анемию
<variant> увеличение печени, шум трения перикарда, лейкоцитоз
<variant> отеки лица, поясничной области, анемию
<variant> застой в малом круге кровообращения, застойные пневмонии
<question> Выберите периферические вазодилятаторы, применяемые в лечении легочной гипертензии:
<variant> антагонисты кальция, нитраты, ингибиторы АПФ/сартаны
<variant> антагонисты кальция, нитраты пролонгированного действия, бета-адреноблокаторы
<variant> антагонисты кальция, нитраты пролонгированного действия, альфа-адреноблокаторы
<variant> антагонисты кальция, нитраты пролонгированного действия, ганглиоблокаторы
<variant> антагонисты кальция, нитраты пролонгированного действия, миотропные вазодилятаторы
<question> Отметьте правильное суждение. План лечения ХЛС:
<variant> лечение причинного заболевания, кислородотерапия, периферические вазодилятаторы, антикоагулянтные препараты, диуретики, сердечные гликозиды, лечение вторичного эритроцитоза
<variant> лечение причинного заболевания, кислородотерапия, периферические вазодилятаторы, антиаггрегантные препараты, диуретики, сердечные гликозиды
<variant> кислородотерапия, периферические вазодилятаторы, антикоагулянтные препараты, диуретики, сердечные гликозиды, лечение вторичного эритроцитоза
<variant> периферические вазодилятаторы,кислородотерапия, сердечные гликозиды, диуретики
<variant> после постановки диагноза приступить к трансплантации легочно-сердечного комплекса
<question> В амбулаторию к врачу ОВП обратился больной 74 лет с периодическими приступами наджелудочковой тахикардии. В анамнезе ИБС, ишемическая КМП. В данном случае препаратом выбора для поддерживающей терапии является:

<variant> кордарон
<variant> новокаинамид
<variant> эналаприл
<variant> панангин
<variant> атропин
<question> У больного находящегося на ЭКГ-мониторном наблюдении развилась внезапная потеря сознания. Зрачки расширены. Кожные покровы бледно – серой окраски. Пульс на сонных артериях и дыхание отсутствуют. На ЭКГ хаотичные, нерегулярные, резко деформированные, различной высоты, ширины и формы волнс частотой около 600 в минуту. Укажите наиболее вероятную причину данного состояния пациента:
<variant> фибрилляция желудочков
<variant> трепетание желудочков
<variant> желудочковые аритмии
<variant> желудочковая тахикардия
<variant> мерцательная аритмия
<question> Выберите электрокардиографическиепризнакиАВ-блокады II степени,Мобитц-1:
<variant> постепенное удлинение интервала Pq с выпадениями комплекса qRS
<variant> удлинение интервала Pq до 0,21 секунды и более при нормальной ЧСС
<variant> стабильное удлинение Pq с выпадением комплекса qRS
<variant> отсутствие синхронной взаимосвязи между P и последующим комплексом qRS
<variant> постепенное удлинение интервала Pq при каждом сердечном цикле
<question> К врачу ОВП обратился больной 78 лет, на ЭКГ мониторинге приступы наджелудочковой тахикардии. Состоит на Д учете с диагнозом: ИБС, ишемическая КМП. Препаратом выбора для поддерживающей терапии является:
<variant> амиодарон
<variant> новокаинамид
<variant> лидокаин
<variant> милдронат
<variant> эсмолол
<question> К врачу обратился больной, 77 лет, страдающий ХОБЛ, преимущественно эмфизематозный тип; с жалобами на одышку, приступы перебоев в области сердца, отеки на нижних конечностях. На ЭКГ: фибрилляция предсердий. Выберите препарат, назначение которого целесообразно в данной ситуации:
<variant> новокаинамид
<variant> нифедипин
<variant> конкор
<variant> пропранолол
<variant> дигоксин
<question> Мужчина 63 лет, жалуется на внезапные приступы сильного головокружения с периодической потерей сознания, 3 года назад перенес неревматический миокардит. В последнее время отмечает учащение приступов до 2-3 раз в месяц. АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС 57 в мин., на ЭКГ удлинение интервала Pq, регулярные периоды Самойлова-Венкебаха. Выберите наиболее оптимальное лечение для данного больного:
<variant> имплантировать искусственный водитель ритма
<variant> постоянный прием антагонистов кальция
<variant> постоянный прием бета-адреноблокаторов
<variant> регулярный прием метаболических препаратов
<variant> проведение аортокоронарного шунтирования

<question> Женщина 65 лет 1,5 месяца назад перенесла инфаркт миокарда. Последние 2 недели появились жалобы на чувство замирания сердца, головокружение. ЭКГ: ритм синусовый, 78 в мин, регистрированы желудочковые комплексы неправильной формы, шириной 0,14 сек., компенсаторная пауза – полная. Выберите правильное суждение:
<variant> желудочковые ЭС
<variant> полная АВБ
<variant> предсердные ЭС
<variant> желудочковая тахикардия
<variant> наджелудочковая тахикардия
<question> Отметьте объективный признак фибрилляций предсердий, который дает основу для диагностики без ЭКГ:
<variant> неправильный ритм при постоянной форме, наличие дефицита пульса
<variant> наличие застоя в малом круге кровообращения
<variant> увеличение печени
<variant> отеки на ногах
<variant> правильный ритм с выпадениями очередного цикла
<question> Для контроля тромбоэмболических осложнений при постоянных формах ФП применяют следующие антикоагулянты и дезагреганты –
<variant> варфарин (МНО- 2-2,5); ацетилсалициловая кислота 300 мг/сут; клопидогрель 75 мг/сут.
<variant> альтеплаза, стрептокиназа
<variant> гепарин, фраксипарин
<variant> курантил до 300 мг/сут., пентоксифиллин в/в капельно
<variant> натрия цитрат, пиявит (порошок)
<question> Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном этапе, для диагностики нарушений ритма и проводимости:
<variant> электрокардиография, Холтеровское мониторирование, ЭхоКГ
<variant> рентгенографиячерепа, в двух проекциях
<variant> рентгенография органов грудной клеткиобзорная, в боковой проекции
<variant> ультразвуковое исследование щитовидной железы, тиреоидный статус
<variant> ультразвуковая допплерография (при подозрении на патологию экстра - и интракраниальных сосудов)
<question> Выберите определение синкопе, это –
<variant> это синдром, определяющим клиническим признаком которого является транзиторная потеря сознания, обычно ведущая к падению
<variant> синдром, при котором САД повышается до 140 и выше; ДАД до 90 и выше мм рт. ст
<variant> синдром, при котором после предвестников возникают судороги и потеря сознания
<variant> состояние гипогликемии, при котором пациенты теряют сознание
<variant> приступы острой атаксии
<question> Больной 66 лет с диагнозом: ИБС, ПИМ, внезапно потерял сознание. Состояние сопровождалось эпилептиформными судорогами, непроизвольным актом мочеиспускания. На ЭКГ зарегистрирована АВБ II степени, Мобитц2. Выберите правильное суждение:
<variant> синдром Морганьи-Адамс-Стокса
<variant> синдром Фредерика
<variant> синдром Лютембаше
<variant> эпилепсия
<variant> болезнь Толочинова-Роже

<question> У больного 72 лет, перенесшего 2 года назад инфаркт миокарда, во время физической нагрузки внезапно появилось сердцебиение, сопровождающееся ощущением нехватки воздуха, общей слабостью. На ЭКГ зарегистрирована пароксизмальная тахикардия из AV-узла. Выберите правильное суждение:
<variant> аритмогенное синкопе
<variant> вазодепрессивное синкопе
<variant> ортостатическое синкопе
<variant> синкопе при аортальной недостаточности
<variant> эпилепсия
<question> У больного 70 лет, порок Менкеберга (изолированный “известковый эктенген” аортальный стеноз).Последние 2 месяца несколько раз терял сознание на короткое время, синкопе развивалось при физической нагрузке. Выясните причину синкопе:
<variant> синкопе при аортальных пороках
<variant> ортостатическое синкопе
<variant> вазодепрессивное синкопе
<variant> аритмогенное синкопе
<variant> эпилепсия
<question> Женщина 67 лет, теряет сознание при покашливании, потуживании, иногда при глотании. Больной себя считает последние 7-8 лет. Прошла исследования и консультации у психолога, кардиолога, назначенное лечение эффекта не дало. При холтеровском ЭКГ-мониторинге (от 72 часов до недели) обнаружены кратковременные полные АВБ и асистолии при вышеперечисленных физиологических состояниях. Требует радикального лечения. Консилиумом выставлен синкопе, выберите, с каким рефлексом связано синкопе у данной больной:
<variant> вагусными рефлексами
<variant> ортостатическими рефлексами
<variant> шейно-вегетативными рефлексами Абрамса
<variant> клиностатическими (clinostaticus) рефлексамиДаниелополу
<variant> рефлексами Ортнера
<question> Мужчину 67 лет, последние 2-3 месяца беспокоят потеря сознания при вставании с постели, после сна; в это время возникает цианоз, в горизонтальном положении – приходит в себя. Несколько раз снимали ЭКГ. Выберите ведущие синдромы:
<variant> синдром приобретенного порока сердца, тромб в левом предсердии, синкопе
<variant> синдром врожденного порока сердца, қарыншалық экстрасистолия, синкопе
<variant> дилятационная кардиомегалия, фибрилляция предсердий, синкопе
<variant> ортостатическое синкопе
<variant> вазодепрессивное синкопе
<question> Мужчину 67 лет, последние 2-3 месяца беспокоят потеря сознания при вставании с постели, после сна; в это время возникает цианоз, в горизонтальном положении – приходит в себя. Несколько раз снимали ЭКГ. Определите механизм синкопе:
<variant> тромб левого предсердия, временно закрывает левое а/в отверстие при подъеме с места
<variant> фибрилляция предсердий, дефицит пульса
<variant> критический митральный стеноз
<variant> кратковременная асистолия синусового узла
<variant> преходящая полная АВБ

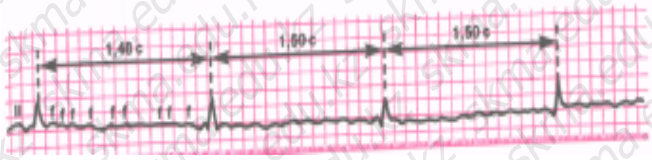
<question> Мужчину 67 лет, последние 2-3 месяца беспокоят потеря сознания при вставании с постели, после сна; в это время возникает цианоз, в горизонтальном положении – приходит в себя. Несколько раз снимали ЭКГ. Выберите рещающий метод исследования:
<variant> допплер-ЭхоКГ
<variant> холтер ЭКГ
<variant> обзорная рентгенография ОГК
<variant> ревмопробы
<variant> фонокардиография
<question> Мужчина 70 лет, при завязывании галстука на шею, потерял сознание.Об-но: состояние средней тяжести, бледный. АД 80/50 мм рт. ст. ЧСС 40 в мин. На срочно снятой ЭКГ: ЧСС 36 в мин., очаговых изменений нет. Через минуты две больной пришел в себя. На повторной ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 68 в мин. Ваш предварительный диагноз:
<variant> синдром каротидного синуса, синкопе
<variant> аритмогенное синкопе
<variant> ортостатическое синкопе
<variant> эпилепсия
<variant> обструктивная ГКМП, синкопе
<question> Мужчину 69 лет, за последние 1,5 месяца беспокоят потери сознания, судороги. Невропатологи обследовав пациента, исключили неврологическую патологию. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичны, ЧСС 34 в мин. АД 150/90 мм рт. ст. На руках ЭКГ 2 месячной давности: АВБ II ст., Мобитц-2, рубцовые изменения передне-перегородочно-верхушечной стенок. Снята ЭКГ: Зубцы Р в своем ритме – 76 в мин., комплексы QRS – в своем (34 в мин), признаки передне-распространенных рубцовых изменений. Выберите ведущие синдромы:
<variant> синдром нарушения проводимости (полная АВБ); синдром ишемических изменений миокарда (стадия рубцевания); АГ; гепатомегалия, синкопе
<variant> синдром нарушения проводимости; синдром удлининеияqT интервала; синкопе
<variant> синдром нарушения проводимости, полная блокада ЛНПГ , синкопе
<variant> синдром сложного нарушения ритма и проводимости –синдромФредерика, синкопе
<variant> избыточный вес (алиментарное ожирение); синдром поражения миокарда (КМП при ожирении); легочная гипертензия; кардиомегалия (гипертрофия обоих желудочков)
<question> Мужчину 69 лет, за последние 1,5 месяца беспокоят потери сознания, судороги. Невропатологи обследовав пациента, исключили неврологическую патологию. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичны, ЧСС 34 в мин. АД 150/90 мм рт. ст. На руках ЭКГ 2 месячной давности: АВБ II ст., Мобитц-2, рубцовые изменения передне-перегородочно-верхушечной стенок. Снята ЭКГ: Зубцы Р в своем ритме – 76 в мин., комплексы QRS – в своем (34 в мин), признаки передне-распространенных рубцовых изменений. Выберите предварительный диагноз:
<variant> ишемическая болезн сердца, ПИМ. Осл.: полная АВБ, синдром МАС. Конк: Артериальная гипертензия II ст., группа очень высокого риска (ГЛЖ, ИБС)
<variant> ишемическая болезн сердца, ПИМ. Осл.: Синкопе. Конк: Артериальная гипертензия II ст., группа очень высокого риска (ГЛЖ, ИБС)
<variant> синдром врожденного удлинения – qT интервала; синкопе
<variant> метаболическая кардиомиопатия. СНФК$_{II}$. Фон: Алиментарное ожирение. Осл.: ТЭЛА (средних ветвей). Инфарктная пневмония. Синкопе
<variant> эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими судорогами
<question> Мужчину 69 лет, за последние 1,5 месяца беспокоят потери сознания, судороги. Невропатологи обследовав пациента, исключили неврологическую патологию. Тоны сердца

умеренно приглушены, ритмичны, ЧСС 34 в мин. АД 150/90 мм рт. ст. На руках ЭКГ 2 месячной давности: АВБ II ст., Мобитц-2, рубцовые изменения передне-перегородочно-верхушечной стенок. Снята ЭКГ: Зубцы Р в своем ритме – 76 в мин., комплексы QRS – в своем (34 в мин), признаки передне-распространенных рубцовых изменений. Выберите правильную врачебную тактику профилактики синкопе:
<variant> установка постоянного электрокардиостимулятора
<variant> установка электрокардиостимулятора de mand
<variant> постоянное лечение антиангинальными препаратами
<variant> постоянное лечение антигипертензивными препаратами
<variant> систематическое лечение антиаггрегантами
<question> Женщину 64 лет последние 2 недели беспокоят потери сознания. Из анамнеза: варикозное расширение глубоких вен н/конечностей с 37 лет. С 45-46 лет ХСН, принимает несколько препаратов (периндоприл, гипотиазид, кардиомагнил). Об-но: периферические отеки до лодыжек. Рост 168 см; вес 96 кг. В легких везикулярное дыхание, над средней долей правого легкого дыхание ослаблено, крепитации. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 102 в мин, акцент II тона во II м/р слева. АД 135/85 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову 14х11х9см. На ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС – влево. Низкий вольтаж зубцов, Признаки гипертрофии обоих желудочков. Определите ведущие синдромы:
<variant> избыточный вес (алиментарное ожирение); синдром поражения миокарда (КМП при ожирении); легочная гипертензия; кардиомегалия, уплотнение легочной ткани, варикозное расширение вен н/конечностей
<variant> синдром нарушения проводимости (полная АВБ); синдром ишемических изменений миокарда (стадия рубцевания); АГ; гепатомегалия, синкопе
<variant> синдром нарушения проводимости; синдром удлининеия qT интервала; синкопе
<variant> артериальная гипертензия,синдром поражения миокарда, избыточный вес, синкопе
<variant> избыточный вес,варикозное расширение вен н/конечностей; синкопе, уплотнение легочной ткани
<question> Женщину 64 лет последние 2 недели беспокоят потери сознания. Из анамнеза: варикозное расширение глубоких вен н/конечностей с 37 лет. С 45-46 лет ХСН, принимает несколько препаратов (периндоприл, гипотиазид, кардиомагнил). Об-но: периферические отеки до лодыжек. Рост 168 см; вес 96 кг. В легких везикулярное дыхание, над средней долей правого легкого дыхание ослаблено, крепитации. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 102 в мин, акцент II тона во II м/р слева. АД 135/85 мм рт. ст. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: расширение корней с двух сторон, признаки периинфарктной пневмоний средней доли справа. Определите предварительный диагноз:
<variant> метаболическая кардиомиопатия. СНФК$_{II}$. Фон: Алиментарное ожирение. Осл.: ТЭЛА (средних вветвей). Инфарктная пневмония. Синкопе
<variant> метаболическая кардиомиопатия. СНФК$_{II}$. Фон: Алиментарное ожирение III ст. Осл.: Синкопе
<variant> метаболическая кардиомиопатия. СНФК$_{II}$. Фон: Алиментарное ожирение III ст. Осл.: Лекарственнон синкопе
<variant> системный атеросклероз. Атеросклероз аорты. Недостаточность аортальных клапанов. Синкопе. Фон: Алиментарное ожирение III степени
<variant> внебольничная пневмония, средней доли правого легкого. Осл.: инфекционно-токсический шок
<question> Определите причину ХСН: у больного 67 лет с ХОБЛ отмечаются одышка в покое, диффузный цианоз, увеличение печени, отёки на ногах.
<variant> декомпенсированное лёгочное сердце

<variant> бронхиальная астма, дыхательная недостаточность I степени
<variant> бронхиальная астма, дыхательная недостаточность II степени
<variant> ишемическая болезнь сердца, ишемическая КМП
<variant> компенсированное лёгочное сердце
<question> У 68 летней женщины страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, клиника острой правожелудочковой недостаточности. Из анамнеза: внезапно появились боли за грудиной, приступ удушья, свистящие хрипы справа больше над средними полями. На ЭКГ: в I стандартном отведении глубокий зубец S, в III глубокия зубец Q (S_I; Q_{III}). Выберите ведущий симптом и синдром, предварительный диагноз:
<variant> удушье, боли в прекардиальной области; ТЭЛА; острая правожелудочковая недостаточность
<variant> коронарогенная кардиалгия (ангинозный статус);острый инфаркт миокарда; острая правожелудочковая недостаточность
<variant> накопление воздуха в плевральной полости, спонтанный пневмоторакс; острая правожелудочковая недостаточность
<variant> синдром нарушения бронхиальной проходимости, бронхиальная астма, острая правожелудочковая недостаточность
<variant> синдром инфильтрата в легком, тотальная пневмония, острая правожелудочковая недостаточность
<question> Мужчина 64 лет, в 49 лечился по поводу сифилиса. В течение последнего года появились головные боли, одышка при физической нагрузке. Об-но: во втором м/р справа ослабление II тона и диастолический шум; АД 160/40 мм рт. ст. На ЭКГ: ГЛЖ. Определите приобретенный порок, ставший причиной СН:
<variant> недостаточность аортального клапана
<variant> недостаточностьмитрального клапана
<variant> недостаточностьтрикуспидального клапана
<variant> стеноз левого а/в отверстия
<variant> стеноз устья аорты
<question> 70 летний больной с острым инфарктом миокарда, лечится в кардиологическом отделении. Внезапное появление голосистолического шума над верхушкой сердца одновременно с острой левожелудочковой недостаточностью характерно для:
<variant> отрыва сосочковой мышцы
<variant> разрыва межжелудочковой перегородки
<variant> расслаивающей аневризмы аорты
<variant> аневризмы левого желудочка
<variant> эмболии легочной артерии
<question> У больного71 лет жалобы на нехватку воздуха, переходящую в удушье, кашель с пенистой мокротой. При осмотре: ортопноэ, клокочущее дыхание. ЧДД 30 в мин. В легких влажные разнокалиберные хрипы над всеми полями. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 100 в мин., АД 110/80 мм рт. ст. На ЭКГ в V1-V4 QR, дугообразный подъем ST, сливающийся с зубцом Т. Предположите диагноз:
<variant> крупноочаговый инфаркт миокарда передне-верхушечной области левого желудочка, острый период, осложненный ОЛЖН, отеком легких
<variant> острый крупноочаговый инфаркт миокарда задне-диафрагмальной стенки левого желудочка
<variant> острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, кардиогенный шок
<variant> острый мелкоочаговый инфаркт миокарда

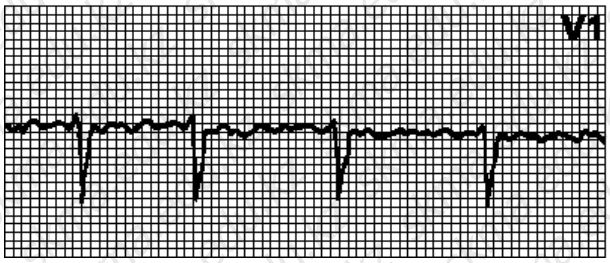
<variant> тромбоэмболия легочной артерии
<question> При локализации ЭКГизменений, характерных для ИМ в отведениях II, III, AVF, принято говорить о/об:
<variant> нижнем инфаркте миокарда (заднем инфаркте миокарда)
<variant> переднем инфаркте миокарда
<variant> инфаркте межжелудочковой перегородки
<variant> инфаркте верхушки
<variant> заднебазальном (собственно заднем) инфаркте миокарда
<question> При локализации ЭКГизменений, характерных для ИМ в отведениях I, AVL, V_1, V_2, принято говорить о/об:
<variant> переднем инфаркте миокарда
<variant> нижнем инфаркте миокарда (заднем инфаркте миокарда)
<variant> инфаркте межжелудочковой перегородки
<variant> инфаркте верхушки
<variant> инфарктебоковой стенки левого желудочка
<question> При локализации ЭКГ-изменений, характерных для ИМ вотведении V_3, принято говорить о/об:
<variant> инфаркте межжелудочковой перегородки
<variant> инфаркте верхушки
<variant> заднебазальном (собственно заднем) инфаркте миокарда
<variant> переднем инфаркте миокарда
<variant> нижнем инфаркте миокарда (заднем инфаркте миокарда)
<question> При локализации ЭКГизменений, характерных для ИМ в отведенииV_4, принято говорить о/об:
<variant> инфаркте верхушки
<variant> инфарктебоковой стенки левого желудочка
<variant> переднем инфаркте миокарда
<variant> нижнем инфаркте миокарда (заднем инфаркте миокарда)
<variant> инфаркте межжелудочковой перегородки
<question> При локализации ЭКГизменений, характерных для ИМ вотведении V_5 и V_6 , принято говорить о/об:
<variant> инфаркте боковой стенки левого желудочка
<variant> переднем инфаркте миокарда
<variant> нижнем инфаркте миокарда (заднем инфаркте миокарда)
<variant> инфаркте межжелудочковой перегородки
<variant> инфаркте верхушки
<question> Выберите правильные утверждения относительно безболевой ишемии миокарда:
<variant> выявляется 48-часовым ЭКГ-мониторированием
<variant> не бывает у лиц без инфаркта миокарда и стенокардии
<variant> менее опасна, чем болевая ишемия миокарда
<variant> лечится только нитратами
<variant> не требует терапии до появления стенокардии
<question> Мужчина 72 лет жалуется на боли в эпигастральной области, слабость. Ранее боли в животе не беспокоили, сердце не беспокоило. На ЭКГ зубец Q отведелениях III, AVF; сегмент ST в отведелениях III, AVF приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в высокий зубец Т; сегмент ST в отведениях V_1-V_3 ниже изолинии. Ваше заключение:
<variant> инфаркт нижней стенки левого желудочка
<variant> инфаркт передней стенки левого желудочка

<variant> остро возникшее ущемление грыжи пищеварительного отверстия диафрагмы
<variant> гипертрофическая КМП
<variant> перенесенный инфаркт миокарда
<question> Выберите правильный вывод. Основным электрокардиографическим признаком острого 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 почка Гиса
<variant> нарушение сердечного ритма
<question> Исключите ошибку. Электрокардиографическим признаками синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта являются –
<variant> наличие комплекса QS в нескольких отведениях
<variant> ширина комплекса qRS, превышающая 0,10с
<variant> интервал Pq не более 0,11с
<variant> наличие дельта-волны в начале желудочкового комплекса
<variant> сегмент ST отклонен от изолинии
<question> Выберите правильный вывод. Электрокардиографическими признаками синдрома Фредерика являются:
<variant> мерцание и терпетание предсердий+ полная атриовентрикулярная блокада
<variant> нерегулярный ритм желудочков
<variant> мерцание и терпетание предсердий+левожелудочковые ЭС
<variant> мерцание и терпетание предсердий+полная блокада ЛНПГ
<variant> мерцание и терпетание предсердий+ правожелудочковые ЭС
<question> Выберите правильные суждения. Наиболее характерными признаками синдрома слабости синусового узла (СССУ) являются: 1) миграция источника ритма 2) синдром тахикардии-брадикардии 3) отсутствие зубца Р4) наличие АВБ II степени
<variant> верно 1,2
<variant> верно1,3
<variant> верно1,4
<variant> верно2,4
<variant> верно 3,4
<question> Расшифруйте ЭКГ, выберите правильную интерпретацию:

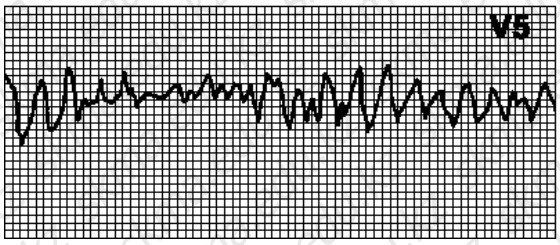


<variant> синдром Фредерика
<variant> синдром WPW
<variant> синдром CLC
<variant> синдром Велленса
<variant> синдром ССУ
<question> Выберите правильные суждения. К признакам синдрома Фредерика на ЭКГ НЕ относится:
<variant> интервалы R-R постоянны, ЧСС 150 и более
<variant> отсутствуют зубцы Р и вместо них регистрируются волны мерцания (f) или трепетания (F) предсердий

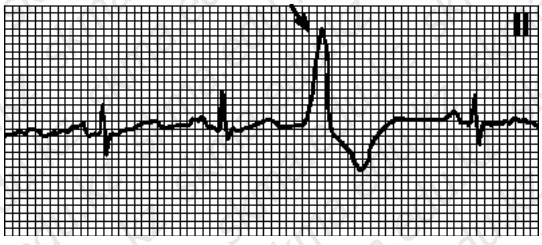
<variant> ритм желудочков несинусового происхождения (эктопический: узловой или идиовентрикулярный)
<variant> интервалы R-R постоянны (правильный ритм)
<variant> число желудочковых сокращений не превышает 40-60 в мин
<question> Интерпретация ЭКГ:



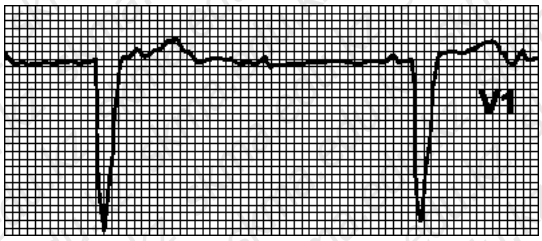
<variant> фибрилляция предсердий
<variant> ускоренный идиовентрикулярный ритм
<variant> фибрилляция желудочков
<variant> наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
<variant> синусовый ритм
<question> Расшифруйте ЭКГ, выберите правильную интерпретацию:



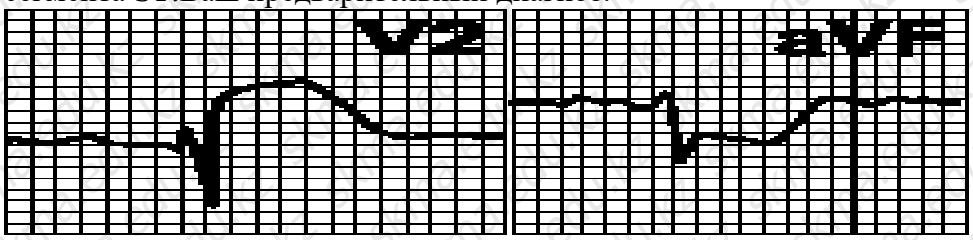
<variant> фибрилляция желудочков
<variant> фибрилляция предсердий
<variant> ускоренный идиовентрикулярный ритм
<variant> наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
<variant> желудочковые экстрасистолы
<question> Расшифруйте ЭКГ, выберите правильную интерпретацию:



<variant> желудочковая экстрасистола
<variant> фибрилляция желудочков
<variant> фибрилляция предсердий
<variant> ускоренный идиовентрикулярный ритм
<variant> наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
<question> Расшифруйте ЭКГ, выберите правильную интерпретацию:



<variant> атрио-вентрикулярная-блокада3 степени (полная АВБ)
<variant> атрио-вентрикулярная-блокада 2 степени Мобитц II
<variant> атрио-вентрикулярная-блокада 2 степени Мобитц I
<variant> синоаурикулярная блокада
<variant> атрио-вентрикулярная-блокада 1 степени
<question> У пациента 65 лет загрудинные боли интенсивные, сжимающего характера в течение 45 мин, с иррадиацией в левую руку, прием нитроглицерина эффекта не дал. На ЭКГ: подъем сегмента ST выпуклостью вверх с переходом в зубец Т; в реципрокных отведениях – депрессия сегмента ST.Ваш предварительный диагноз:



<variant> ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, острейший период
<variant> ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, острый период
<variant> ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, подострый период
<variant> синдром ранней реполяризации желудочков
<variant> гипертрофическая кардиомиопатия, синдром стенокардии
<question> Оцените врачебную тактику по отношению к фибрилляции предсердий (постоянной в течение 4 лет) у больного68 лет, после перенесенного инфарктамиокарда и с сердечной недостаточностью I-II ФК:
<variant> поддержание нормосистолической формы мерцательной аритмии с помощью бета-адреноблокаторов
<variant> перевод мерцательной аритмии в синусовый ритм в стационаре (с помощью хинидина или ЭИТ)
<variant> профилактическое лечение ритмиленом или изоптином (или аналогичными препаратами) с целью восстановления синусового ритма
<variant> целесообразен перевод на постоянную электрокардиостимуляцию
<variant> постоянная терапия такому больному не требуется
<question> Примите решение: у больного внезапно возник приступ сердцебиения (160 в минуту), который врач купировал массажем каротидного синуса. Приступ сердцебиения скорее всего был обусловлен:
<variant> пароксизмальной наджелудочковой тахикардией
<variant> синусовой тахикардией
<variant> пароксизмальной мерцательной аритмией
<variant> пароксизмальным трепетанием предсердий
<variant> пароксизмальной желудочковой тахикардией

<question> Оцените клиническую ситуацию и предположите диагноз: к участковому терапевту пришел мужчина 68 лет с жалобами на сердцебиение, чувство «замирания» сердца, одышку, головокружение, слабость. В анамнезе 2 года назад перенес инфаркт миокарда. При аускультации: тоны сердца глухие, брадикардия, пульс 40-42 уд.в мин., АД 160/80 мм рт.ст. На ЭКГ резко выраженная синусовая брадикардия 40 уд. в минуту. Брадикардия сохраняется и после введения раствора атропина. При ортостатической пробе также отсутствует учащение ритма. Какое осложнение вероятнее всего развилось у пациента?
<variant> атриовентрикулярная блокада3 степени
<variant> синусовая аритмия
<variant> атриовентрикулярная блокада 1 степени
<variant> атриовентрикулярная блокада 2 степени
<variant> экстрасистолия
<question> Анализируйте состояние больного: мужчина 65 лет пришел на прием с жалобами на сжимающие боли за грудиной иррадирующие в левую руку, купирующиеся нитроглицерином, которые появляются при физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца. В анамнезе артериальная гипертензия в течение 20 лет с максимальным подъемом до 200/100 мм рт.ст. Последний год принимал верапамил 240 мг в сутки. На ЭКГ увеличение интервала PQ более 0,24 сек. У данного больного вероятнее всего развилось осложнение:
<variant> атриовентрикулярная блокада I степени
<variant> полная блокада левой ножки пучка Гиса
<variant> неполная блокада правой ножки пучка Гиса
<variant> полная блокада правой ножки пучка Гиса
<variant> синоатриальная блокада
<question> Выберите наиболее оптимальную тактику лечения. У больного атриовентрикулярная блокада Ш степени с приступами потери сознания:
<variant> направить на хирургическое лечение – имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС)
<variant> назначить 1 антиаритмический препарат
<variant> назначить комбинацию антиаритмических препаратов
<variant> назначить препараты, улучшающие обменные процессы в сердечной мышце
<variant> назначить физиотерапию
<question> Определите, показание для проведения постоянной электрокардиостимуляции:
<variant> синусовая брадикардия 44-42 удара в 1 мин
<variant> приступы Морганьи-Адамс-Стокса
<variant> атриовентрикулярная блокада I степени
<variant> полная блокада левой ножки пучка Гиса
<variant> полная блокада правой ножки пучка Гиса
<question> Выберите правильное суждение: редкий ритм (ЧСС 40 ударов в минуту и меньше) с приступами Морганьи - Эдемс – Стокса.
<variant> полная атриовентрикулярная блокада
<variant> атриовентрикулярная блокадаI степени
<variant> при блокаде левой ножки пучка Гиса
<variant> желудочковая экстрасистолия
<variant> межпредсердная блокада
<question> Выберите препарат для лечения частой желудочковой экстрасистолии в остром периоде инфаркта миокарда:
<variant> лидокаин
<variant> кордарон
<variant> новокаинамид

<variant> β-блокаторы
<variant> сердечные гликозиды
<question> Организуйте вариант лечебной тактики: больная, 73 года, обратилась к участковому терапевту с жалобами на одышку, периодически дискомфорт в области сердца, перебои, эпизоды сердцебиения. АД на уровне 154\80 мм рт. ст. ЧСС82 уд. мин. На ЭКГ- гипертрофия левого желудочка. При суточном мониторировании ЭКГ: средняя ЧСС - 78 уд\мин, (минимальная- 58, максимальная- 147). Достоверных ишемических изменений сегмента ST не выявлено. В течение всего периода мониторирования регистрировались наджелудочковые экстрасистолы, периодически частые, групповые. На этом фоне отмечены 4 эпизода коротких пароксизмов фибрилляции предсердий.
<variant> к эналаприлу 5 мг и гипотиазиду 25 мг добавлен дилтиазем
<variant> доза эналаприла увеличена до 10 мг + гипотиазид 25 мг
<variant> к эналаприлу 5 мг и гипотиазиду 25 мг добавлен бисопролол 5 мг\сут
<variant> терапия эналаприлом 5 мг и гипотиазидом 25 мг оставлена без изменений
<variant> к эналаприлу 5 мг и гипотиазиду 25 мг добавлены седативные средства (назепам)
<question> Больной 70 лет, жалуется на необъяснимый дискомфорт в грудной клетке, чувство недостатка воздуха и боли в нижней челюсти слева, перебои. Из анамнеза: в возрасте 60 лет, впервые стали беспокоит боли в сердце сжимающего характера с иррадиацией в левое плечо и левую лопатку. Вначале заболевания приступы загрудинных болей были редкими (1-2 раза в год), но последние 2 года значительно участились. За медицинской помощью практически не обращался. Объективно: границы сердца расширены влево на 2 см, ширина сосудистого пучка 9 см, тоны сердца глухие, ЧСС 90 в минуту, прерывается через 20-25 ударов экстрасистолами. АД 150/90 ммрт.ст., температура тела $37,2^0$. В ОАК умеренный лейкоцитоз с небольшим сдвигом влево, СОЭ 26 мм/ч. На ЭКГ: ST в отведениях I, AVL,V4, 5, 6, смещено выше изолинии. Т в отведениях AVL, V4,5,6 отрицательный. Ваш диагноз:
<variant> Острый коронарный синдром
<variant> ИБС. Стабильная стенокардия
<variant> ИБС. Крупноочаговый инфаркт миокарда
<variant> ИБС. Прогрессирующая стенокардия
<variant> ТЭЛА
<question> У больного 70 лет тотальная сердечная недостаточность II-Б стадии (по Мясникову), преимущественно по правожелудочковому типу (отеки ног, увеличенная печень, застой в легких). Границы сердца расширены в поперечнике. Первый тон на верхушке сохранен, трехчленный ритм на верхушке, акцент и раздвоение второго тона на легочной артерий, систолический шум преимущественно на верхушке.Наиболее вероятный диагноз:
<variant> Ревматический порок сердца
<variant> ИБС
<variant> Легочное сердце
<variant> Миокардиодистрофия
<variant> Кардиомиопатия
<question> У больного 70 лет тотальная сердечная недостаточность II-Б стадии, преимущественно по правожелудочковому типу (отеки ног, увеличенная печень, застой в легких). Границы сердца расширены в поперечнике. Первый тон на верхушке сохранен, трехчленный ритм на верхушке, акцент и раздвоение второго тона на легочной артерий, систолический шум преимущественно на верхушке.Какой из дополнительных методов исследования необходимо для подтверждения диагноза?
<variant> ЭхоКГ
<variant> Рентгенография

<variant> ЭКГ
<variant> Аортография
<variant> Коронарография
<question> 72 летний мужчина обратился к врачу с жалобами на сердцебиение, дискомфорт в области сердца, слабость, чувство страха. Объективно: пульс 180 в минуту, АД 100/70 ммрт.ст. Тоны сердца не изменены. Сдавление каротидного синуса привело к снижению сердечных сокращений до 90.
Наиболее вероятный диагноз:
<variant> Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
<variant> Трепетание предсердия
<variant> Синусовая аритмия
<variant> Мерцание предсердий
<variant> Желудочковая пароксизмальная тахикардия
<question> 72 летний мужчина обратился к врачу с жалобами на сердцебиение, дискомфорт в области сердца, слабость, чувство страха. Объективно: пульс 180 в минуту, АД 100/70 ммрт.ст. Тоны сердца не изменены. Сдавление каротидного синуса привело к снижению сердечных сокращений до 90. К вагусным пробам НЕ относится:
<variant> Проба Геймлиха
<variant> Сдавление каротидного синуса
<variant> Вызывание рвоты
<variant> Проба Вальсальвы
<variant> Надавливание на глазные яблоки
<question> 72 летний мужчина обратился к врачу с жалобами на сердцебиение, дискомфорт в области сердца, слабость, чувство страха. Объективно: пульс 180 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца не изменены. Сдавление каротидного синуса привело к снижению сердечных сокращений до 90.
К применяемым медикаментам следует отнести:
<variant> АТФ
<variant> Дигиталис
<variant> Аминофиллин
<variant> Эфедрин
<variant> Атропин
<question> 72 летний мужчина обратился к врачу с жалобами на сердцебиение, дискомфорт в области сердца, слабость, чувство страха. Болеет ХОБЛ, принимает серетид. Объективно: пульс 180 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца не изменены. Сдавление каротидного синуса не привело к снижению сердечных сокращений. Выберите препараты, которые рекомендованы для экстренной помощи:
<variant> верапамил или кордарон
<variant> пропранолол, атенолол, верапамил
<variant> лидокаин, соталол, аймалин
<variant> верапамил, дильтиазем, метопролол
<variant> дигоксин, верапамил, надолол
<question> Больная 63 года. Из анамнеза: ухудшение состояния в течении года - постепенно нарастали общая слабость, одышка, тупые ноющие боли в области сердца. Перед обращением за месяц головокружение при нагрузке, 3 раза - синкопе. Из объективных данных обращает внимание: бледность, набухшие шейные вены, изменения цвета лица в горизонтальном положении, кардиомегалия, глухие тоны сердца, частый мягкий пульс, гепатомегалия. Низковольтажная ЭКГ. Над легкими везикулярное дыхание. Предварительный диагноз:

<variant> Экссудативный перикардит с угрозой тампонады сердца
<variant> ИБС. Стенокардия напряжени ФК III
<variant> Инфаркт миокарда
<variant> Экссудативный плеврит
<variant> Опухоль мозга
<question> У мужчины 65 лет, страдающего много лет артериальной гипертонией, стенокардией, хроническим обструктивным бронхитом, внезапно появились давящая боль в области верхней трети грудины с иррадиацией в плечи, межлопаточную область, кратковременная потеря сознания (секунды) , стеснения в груди. При обследовании ритм сердца правильный, тоны сохранены. АД 120/70 мм рт. ст. над легкими сухие рассеянные хрипы. Прием нитроглицерина не улучшил состояние. Наиболее вероятный диагноз:
<variant> Расслаивающая аневризма
<variant> Бронхиальная астма
<variant> Инфаркт миокарда, осложненный отеком легкого
<variant> Инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком
<variant> ТЭЛА
<question> Больной 81 года, обратился с явлениями выраженной декомпенсацией кровообращения (СН ФК IIINYHA) на фоне мерцательной тахиаритмии. Какой из препаратов выберете для лечения больного:
<variant> дигоксин
<variant> анаприлин
<variant> верапамил
<variant> новокаинамид
<variant> этмозин
<question> Больную 76 лет беспокоят пароксизмы мерцательной аритмии на высоте приступа стенокардии. Больная перенесла ИМ несколько лет назад. Выберите плановое лечение.
<variant> БАБ пролонгированные, нитраты пролонгированные
<variant> дигоксин, нитраты пролонгированные
<variant> новокаинамид, нитраты пролонгированные
<variant> электрокардиостимуляция
<variant> БАБ короткого действия, нитраты пролонгированные