

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра кардиологии, функциональной и клинико-лабораторной
диагностики ИПО

КАРДИОЛОГИЯ

Сборник тестовых заданий с эталонами ответов для
ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.36 Кардиология

Красноярск
2018

УДК 616.12(076.1)
ББК 54.10
К21

Составители: канд. мед.наук, доц. О. О. Кузнецова; д-р мед. наук, проф. Г. В. Матюшин; канд. мед. наук, доц. Е. А. Савченко; канд. мед. наук, доц. М. И. Ганкин; канд. мед. наук, доц. Д. А. Кужель;
д-р мед.наук, проф. Н. Г. Гоголашвили

Рецензенты: зав. каф.внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. С. Ю. Никулина; зав. каф. внутренних болезней № 2 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. И. В. Демко

Кардиология: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для К21 ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.36 Кардиология / сост. О. О. Кузнецова, Г. В. Матюшин, Е. А. Савченко [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 161 с.

Тестовые задания с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.36 Кардиология; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.36 Кардиология.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от «25» июня 2018г.)

УДК 616.12(076.1)
ББК 54.10

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2018

Тестовые задания

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	ПРОВОДЯЩАЯ СИСТЕМА СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ 1. межузловые проводящие пути 2. предсердно-желудочковый узел 3. ножки пучка Гиса 4. волокна Пуркинье 5. межузловые проводящие пути, предсердно-желудочковый узел, ножки Пучка Гиса, волокна Пуркинье	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
002	СИНУСОВЫЙ УЗЕЛ НАХОДИТСЯ 1. под эпикардом вблизи соединения верхней полой вены и правого предсердия; 2. под эндокардом вблизи соединения нижней полой вены и правого предсердия; 3. под эпикардом вблизи соединения легочной вены и левого предсердия. 4. под эндокардом вблизи соединения легочной вены и левого предсердия. 5. в волокнах Пуркинье.	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
003	ОСНОВНЫМИ СОКРАТИТЕЛЬНЫМИ БЕЛКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. миозин 2. тропомиозин 3. тропонин 4. актин 5. актин и миозин	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
004	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОГО УЗЛА В НОРМЕ 1. замедление проведения импульсов 2. ускорение проведения импульсов 3. генерация импульсов 4. замедление проведения импульсов, ускорение проведения импульсов, генерация импульсов 5. отсутствие каких-либо функций			
005	К ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЕ СЕРДЦА НЕ ОТНОСИТСЯ 1. синусовый узел 2. клетки сократительного миокарда 3. А-В узла 4. пучка Гиса и его разветвлений 5. волокон Пуркинье	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
006	ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО УЗЛА РАСПОЛОЖЕНА 1. под эпикардом правого предсердия 2. под эндокардом правого предсердия 3. под эндокардом левого предсердия 4. в миокарде правого предсердия 5. под эпикардом левого предсердия	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
007	ПЕНЕТРИРУЮЩАЯ ЧАСТЬ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО УЗЛА РАСПОЛОЖЕНА 1. в межпредсердной перегородке 2. в межжелудочковой перегородке	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	3. под эндокардом правого желудочка 4. в миокарде правого желудочка 5. в миокарде левого желудочка			
008	ПУЧОК КЕНТА ЭТО ТРАКТ 1. от левого предсердия к левому желудочку 2. от предсердно-желудочкового узла и ножки пучка Гиса к миокарду желудочков 3. от предсердия к основному стволу пучка Гиса 4. переднего края синусового узла до левого предсердия 5. заднего края синусового узла до задней части предсердно-желудочкового узла	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
009	ПУЧОК БАХМАНА ЭТО ТРАКТ ОТ 1. верхнего и заднего края синусового узла до предсердно-желудочкового уза 2. переднего края синусового узла до левого предсердия 3. заднего края синусового узла до задней части предсердно-желудочкового узла 4. от левого предсердия к левому желудочку 5. от предсердно-желудочкового узла и ножки пучка Гиса к миокарду желудочков	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
010	ПУЧОК ДЖЕЙМСА ЭТО ТРАКТ 1. от левого предсердия к левому желудочку 2. от предсердно-желудочкового узла и ножки пучка Гиса к миокарду желудочков 3. от предсердия к основному стволу пучка Гиса 4. верхнего и заднего края синусового узла до предсердно-желудочкового узла 5. переднего края синусового узла до левого	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	предсердия			
011	ПУЧОК МАХАЙМА ЭТО ТРАКТ 1. от левого предсердия к левому желудочку 2. верхнего и заднего края синусового узла до предсердно-желудочкового узла 3. переднего края синусового узла до левого предсердия 4. от правого предсердия к правому желудочку 5. от начала пучка Гиса к миокарду желудочков	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
012	ОГИБАЮЩАЯ АРТЕРИЯ ОБЫЧНО ОТХОДИТ ОТ 1. правой коронарной артерии 2. левой коронарной артерии 3. может отходить как от правой, так и от левой коронарной артерии 4. обычно отходит самостоятельным устьем от коронарного синуса 5. может отходить задней межжелудочковой артерии	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
013	ЗАДНЯЯ НИСХОДЯЩАЯ (МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ) КРОНАРНАЯ АРТЕРИЯ ОБЫЧНО ОТХОДИТ ОТ 1. правой коронарной артерии 2. левой коронарной артерии 3. может отходить как от правой, так и от левой коронарной артерии 4. обычно отходит самостоятельным устьем от коронарного синуса 5. огибающей артерии	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

014	ПЕРЕДНЯЯ СТЕНКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ ИЗ БАССЕЙНА 1. правой коронарной артерии 2. левой коронарной артерии 3. может как от правой, так и от левой коронарной артерии 4. задней нисходящей (межжелудочковой) артерии огибающей коронарной артерии	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
015	ОТ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ (МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ) КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОБЫЧНО ОТХОДЯТ 1. диагональные ветви 2. септальные ветви 3. ветви тупого края 4. диагональные и септальные ветви 5. правая коронарная артерия	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
016	ВЕРНО В ОТНОШЕНИИ АНАТОМИИ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 1. у большинства людей имеется правый тип коронарного кровоснабжения 2. левый тип коронарного кровоснабжения встречается в 10-20% случаев 3. кровоснабжение межжелудочковой перегородки более интенсивное, чем других отделов сердца 4. у большинства людей имеется правый тип коронарного кровоснабжения, левый тип встречается в 10-20% случаев 5. у большинства людей имеется левый тип коронарного кровоснабжения	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
017	ПЕРЕДНЯЯ НИСХОДЯЩАЯ	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	(МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ) КРОНАРНАЯ АРТЕРИЯ ОБЫЧНО СНАБЖАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 1. передние отделы межжелудочковой перегородки 2. верхушечные отделы межжелудочковой перегородки 3. передняя стенка 4. передние отделы боковой стенки 5. передние отделы межжелудочковой перегородки, верхушечные отделы межжелудочковой перегородки, передняя стенка, передние отделы боковой стенки			
018	ИЗ ПРАВОЙ КРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОБЫЧНО ПОЛУЧАЕТ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ 1. верхушка 2. правый желудочек 3. АВ-узел 4. боковая стенка левого желудочка 5. правый желудочек и АВ-узел	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
019	ИЗ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ (МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ) КРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОБЫЧНО ПОЛУЧАЕТ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ 1. передние отделы межжелудочковой перегородки 2. задние отделы межжелудочковой перегородки 3. задние отделы боковой стенки левого желудочка 4. задняя стенка левого желудочка	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	5. АВ-узел			
020	КОРОНАРНОЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ 1. более выражено, чем в предсердиях 2. характеризуется широким внутриорганным анастомозированием 3. более развито во внутренних слоях миокарда 4. более выражено, чем в предсердиях, характеризуется широким внутриорганным анастомозированием, более развито во внутренних слоях миокарда 5. более развито в наружных слоях миокарда	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
021	ДИАФРАГМАЛЬНАЯ (НИЖНЯЯ) ПОВЕРХНОСТЬ СЕРДЦА ПРЕДСТАВЛЕНА В ОСНОВНОМ 1. правым желудочком 2. левым желудочком 3. правым предсердием 4. левым предсердием 5. верхушкой сердца	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
022	ПЕРЕДНЯЯ ПОВЕРХНОСТЬ СЕРДЦА ПРЕДСТАВЛЕНА В ОСНОВНОМ 1. ушком правого предсердия и правым предсердием 2. правым желудочком 3. левым желудочком 4. левым предсердием 5. верхушкой сердца	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
023	МЕХАНИЧЕСКОЕ СЦЕПЛЕНИЕ СОСЕДНИХ КАРДИОМИОЦИТОВ	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ 1. промежуточными соединениями 2. десмосомами 3. поперечной тубулярной системой 4. промежуточными соединениями, десмосомами 5. промежуточными соединениями, поперечной тубулярной системой			
024	СОСУДЫ ВЬЕССЕНА-ТЕБЕЗИЯ 1. относятся к особому типу артерио-венозных анастомозов 2. представляют собой узкие сосудистые щели, выстланные эндотелием 3. обеспечивают непосредственный переход крови из артерий в вены, минуя капиллярную сеть 4. построены по типу синусоидов, которые переходят в капиллярную сеть или смыкаются как с артериями так и венами и артериовенозными анастомозами 5. располагаются на латеральной стенке овальной ямки	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
025	НА СКОРОСТЬ СОКРАЩЕНИЯ МИОФИБРИЛЛ ВЛИЯЮТ 1. концентрация ионов кальция 2. концентрация ионов магния 3. концентрация ионов кальция и магния, скорость гидролиза АТФ 4. концентрация ионов калия 5. скорость гидролиза АТФ	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
026	СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЙ АМЕРИКАНСКОГО ОБЩЕСТВА	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	ЭХОКАРДИОГРАФИИ МИОКАРДА ЛЖ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА 1. 15 сегментов 2. 16 сегментов 3. 17 сегментов 4. 18 сегментов 5. 19 сегментов			
027	В ПАРАСТЕРНАЛЬНОМ ДОСТУПЕ ПОЗИЦИИ ДЛИННОЙ ОСИ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ 1. сегменты нижней, задней и передней стенок 2. сегменты задней стенки и перегородочных сегментов 3. нижнебоковой и передне-перегородочные сегменты 4. сегменты передней стенки 5. сегменты задней стенки	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
028	В АПИКАЛЬНОМ ДОСТУПЕ ПОЗИЦИИ 4-Х КАМЕР ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ: 1. нижнебоковые и передне-перегородочные сегменты 2. переднебоковые и нижнесептальный сегменты 3. переднебоковые и переднесептальные сегменты 4. нижнебоковые сегменты 5. передне-перегородочные сегменты	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
029	В АПИКАЛЬНОМ ДОСТУПЕ ПОЗИЦИИ 2-Х КАМЕР ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ 1. сегменты нижней и передней стенок 2. заднебоковые и заднесептальные сегменты	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	3. переднебоковые и переднесептальные сегмент 4. заднебоковые и переднебоковые сегменты 5. сегменты нижней стенки			
030	ПОЯВЛЕНИЕ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ВОЗМОЖНО 1. при гипокалиемии 2. на фоне приема гликозидов 3. при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта 4. при пролапсе митрального клапана 5. при гипокалемии, на фоне приема гликозидов, при синдроме WPW, при пролапсе митрального клапана	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
031	СПЕЦИФИЧНОСТЬ ТЕСТА С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ У 1. женщин 2. молодых мужчин 3. мужчин пожилого и среднего возраста 4. правильного ответа нет 5. существенной разницы не выявляется	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
032	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ОТВЕДЕНИЕМ ЭКГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ 1. II, III, aVF	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	2. V1-V2 3. V5-V6 4. правильно I, V1-V2 5. V3-V4			
033	ЛОЖНООТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ 1. синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта 2. гипокалиемией 3. пролапсом митрального клапана 4. гипокальцемия 5. ничем из перечисленного	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
034	НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКИ ИБС ОБЛАДАЕТ 1. холодовая проба 2. дипиридамовая проба 3. проба с нагрузкой на велоэргометре 4. проба со статической физической нагрузкой 5. проба с калием	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
035	ПРОВЕДЕНИЕ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ВОЗМОЖНО ПРИ 1. эпилепсии 2. синдроме слабости синусового узла 3. А-В блокаде II-III степени 4. выраженном стенозе устья аорты 5. ТЭЛА в анамнезе	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
036	ТЕСТ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ НЕМЕДЛЕННО ПРЕКРАЩЕН ПРИ	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	1. появлении дискомфорта в грудной клетке 2. повышении систолического АД до 180 мм рт. ст. 3. возникновении редкой монотопной желудочковой экстрасистолии 4. При повышении АД до 160 ммрт ст 5. ни при одном из перечисленных состояний	2		
037	НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. 24-часовой мониторинг ЭКГ 2. проба с дозированной физической нагрузкой 3. фармакологические пробы 4. холодовая проба 5. ЧПЭСП	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
038	ДОКАЗАТЕЛЬСТВОМ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ. ЯВЛЯЕТСЯ ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST 1. на 1 мм и более 2. только свыше 1,5 мм 3. только свыше 2,0 мм 4. более 0,5 мм 5. менее 0,5 мм	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
039	В КАРДИОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ НАГРУЗОЧНАЯ ПРОБА 1. постоянная 2. быстро возрастающая	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	3. ступенчато возрастающая 4. ступенчато снижаемая 5. все виды нагрузки			
040	ЛУЧШЕ ВСЕГО ОТРАЖАЕТ ПОТРЕБЛЕНИЕ МИОКАРДОМ КИСЛОРОДА ПОКАЗАТЕЛЬ 1. ЧСС 2. двойное произведение 3. АД 4. мощность нагрузки 5. правильного ответа нет	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
041	ПРОБУ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЛУЧШЕ СТАНДАРТИЗИРОВАТЬ ПО ГЕМОДИНАМИЧЕСКОМУ ПАРАМЕТРУ 1. ЧСС 2. сегмент ST 3. двойное произведение 4. интервал PQ 5. Артериальное давление	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
042	НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ САД В ТЕЧЕНИЕ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА РАСПОЛАГАЮТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ММ РТ. СТ. 1. 120 - 180 2. 120 – 250 3. 160 – 220 4. 100 -150 5. 220 - 250	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
043	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СУБМАКСИМАЛЬНАЯ НАГРУЗОЧНАЯ	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	ПРОБА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ДОСТИЖЕНИЕ 1. 50% от максимальной ЧСС 2. 85% от максимальной ЧСС 3. 95% от максимальной ЧСС 4. 60% от максимальной ЧСС 5. 75% от максимальной ЧСС			
044	НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ВО ВРЕМЯ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ 1. косовосходящей и косонисходящей депрессии ST 2. косовосходящей и горизонтальной депрессии ST 3. горизонтальной и косонисходящей депрессии ST 4. корытообразная депрессия ST 5. косовосходящей депрессии ST	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
045	ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ ВО ВРЕМЯ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ В НОРМЕ ДОЛЖНА ОТКЛОНЯТЬСЯ 1. вправо 2. влево 3. не должна отклоняться 4. сначала влево, затем вправо 5. сначала вправо, затем влево	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
046	БОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНОГО ИБС ПОЗВОЛЯЕТ 1. проба с нагрузкой на велоэргометре 2. чреспищеводная электрокардиостимуляция 3. 24-часовое мониторирование ЭКГ	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	4. чреспищеводная электрокардиостимуляция и 24-часовое мониторирование ЭКГ 5. ЭКГ			
047	ПРИ 24-ЧАСОВОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ 1. депрессия сегмента ST 2. подъем сегмента ST 3. инверсия зубца T 4. все перечисленное 5. депрессия и подъем сегмента ST	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
048	ПРИ 24-ЧАСОВОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 1. чаще выявляются эпизоды депрессии сегмента ST 2. чаще выявляются эпизоды подъема сегмента ST 3. Чаще выявляется отрицательный зубец T 4. Чаще выявляется уширение комплекса QRS 5. как правило, выявляются эпизоды депрессии и подъема сегмента ST в разное время суток	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
049	ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ, ВЫЯВЛЯЕМОЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ВЕРХУШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ СЕРДЦА, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1. аортального стеноза 2. митрального стеноза 3. аортальной недостаточности 4. митральной недостаточности	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	5. стеноза легочной артерии			
050	ПОТЕНЦИАЛОМ ПОКОЯ НАЗЫВАЮТ 1. быструю деполяризацию клеточной мембраны 2. деполяризацию и последующую реполяризацию клеточной мембраны 3. вход ионов натрия в клетку после достижения порогового потенциала 4. быструю деполяризацию клеточной мембраны и вход ионов натрия в клетку после достижения порогового потенциала 5. выход ионов натрия из клетки	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
051	ПОТЕНЦИАЛОМ ДЕЙСТВИЯ НАЗЫВАЮТ 1. быструю деполяризацию клеточной мембраны 2. деполяризацию и последующую реполяризацию клеточной мембраны 3. вход ионов натрия в клетку после достижения порогового потенциала 4. деполяризацию и последующую реполяризацию клеточной мембраны и вход ионов натрия в клетку после достижения порогового потенциала 5. реполяризация клеточной мембраны	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
052	АВТОМАТИЗМ КЛЕТОК СИНУСОВОГО УЗЛА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ 1. спонтанной диастолической деполяризацией 2. работой так называемой натрий – калиевой помпы 3. преобладанием во время диастолы ионного	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	тока внутрь клетки под током наружу 4. спонтанной диастолической деполяризацией и преобладанием во время диастолы ионного тока внутрь клетки под током наружу 5. вход ионов натрия в клетку после достижения порогового потенциала			
053	СКОРОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ В МИОКАРДЕ 1. зависит от скорости нулевой фазы потенциала действия 2. зависит от уровня потенциала покоя 3. выше при проведении вдоль волокон миокарда 4. зависит от скорости нулевой фазы потенциала действия, потенциала покоя, выше при проведении вдоль волокон миокарда 5. зависит от скорости нулевой фазы потенциала действия, выше при проведении вдоль волокон миокарда	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
054	С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ МОЖНО ВЫЗВАТЬ ТАХИАРИТМИЮ ОБУСЛОВЛЕННУЮ МЕХАНИЗМОМ 1. повторного входа волны возбуждения. 2. ранних постдеполяризаций 3. поздних постдеполяризаций 4. повторного входа волны возбуждения, ранних постдеполяризаций 5. реполяризация	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
055	СКОРОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ В	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАМЕДЛЯЕТ 1. хинидин 2. обзидан 3. кордарон 4. этализин 5. финоптин			
056	СКОРОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ В АВ- УЗЛЕ В МАКСИМАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ЗАМЕДЛЯЕТ 1. хинидин 2. этмозин 3. ритмилен 4. финоптин 5. дифенин	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
057	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ УВЕЛИЧИВАЕТ 1. хинидин 2. этмозин 3. этализин 4. кордарон 5. финоптин	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
058	УСКОРЕНИЕ РЕПРЛЯРИЗАЦИИ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ 1. хинидин 2. ритмилен 3. лидокаин 4. кордарон 5. этализин	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

059	ПОТЕНЦИАЛЬНО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АРИТМОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ 1. замедление скорости проведения 2. удлинение рефрактерных периодов 3. укорочение рефрактерных периодов 4. ускорение проведения в сочетании с удлинением рефрактерных периодов 5. замедление проведения в сочетании с укорочением рефрактерных периодов	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
060	ТЕОРЕТИЧЕСКИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ОБУСЛОВЛЕНО 1. замедлением скорости проведения 2. удлинением рефрактерных периодов 3. укорочением рефрактерных периодов 4. ускорением проведения в сочетании с удлинением рефрактерных периодов 5. замедлением проведения в сочетании с укорочением рефрактерных периодов	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
061	ФУНКЦИЕЙ ВОЗБУДИМОСТИ ОБЛАДАЮТ 1. клетки проводящей системы 2. клетки сократительного миокарда 3. мезенхимальные клетки 4. клетки эндокарда 5. клетки проводящей системы и сократительного миокарда	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
062	ВОДИТЕЛЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	1. синусовый узел 2. атриовентрикулярный узел 3. ножки пучка Гиса 4. волокна Пуркинье 5. клетки сократительного миокарда			
063	ВО ВРЕМЯ ДИАСТОЛЫ ПРОИСХОДИТ 1. выход ионов Na из клетки 2. выход ионов K из клетки 3. вход ионов Cl в клетку 4. вход ионов Na в клетку 5. выход ионов Mg из клетки	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
064	НАИБОЛЕЕ БЫСТРО ИМПУЛЬС ПРОХОДИТ 1. по миокарду предсердий 2. в предсердно-желудочковом узле 3. пучке Гиса 4. в предсердно-желудочковой соединении 5. в волокнах Пуркинье	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
065	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ А-В УЗЛА В НОРМЕ 1. замедление проведения импульсов 2. ускорение проведения импульсов 3. генерация импульсов 4. Замедление, ускорение, генерация импульсов 5. Ускорение проведения импульсов и генерация импульсов	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
066	ИМПУЛЬСЫ ПРОВОДЯТСЯ С НАИМЕНЬШЕЙ СКОРОСТЬЮ 1. в синоатриальной зоне 2. в межузловых предсердных трактах	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	3. в АВ узле 4. в общем стволе пучка Гиса 5. В синоатриальной зоне и АВ-узле			
067	НАПРАВЛЕНИЕ ВЕКТОРА ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ 1. совпадает с направлением деполяризации 2. прямо противоположно направлению деполяризации 3. перпендикулярно направлению деполяризации 4. возможны любые варианты 5. параллельно направлению реполяризации	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
068	НАПРАВЛЕНИЕ ВЕКТОРА РЕПОЛЯРИЗАЦИИ 1. совпадает с направлением реполяризации 2. прямо противоположно направлению реполяризации 3. перпендикулярно направлению реполяризации 4. возможны любые варианты 5. не совпадает с направлением реполяризации	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
069	РЕПОЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ В НОРМЕ НАЧИНАЕТСЯ 1. у эндокарда 2. у эпикарда 3. в интрамуральных слоях миокарда 4. одновременно во всех слоях миокарда 5. у эндокарда и у эпикарда	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
070	ДЕПОЛЯРИЗАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НАЧИНАЕТСЯ	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	1. с левой стороны межжелудочковой перегородки 2. с правой стороны межжелудочковой перегородки 3. с передней стенки левого желудочка 4. с передней стенки правого желудочка 5. одновременно во всех отделах желудочков			
071	ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИИ $aVRR=S$, А В III ОТВЕДЕНИИ АМПЛИТУДА R НАИБОЛЬШАЯ, УГОЛ АЛЬФА РАВЕН 1. +90 градусов 2. +120 градусов 3. +60 градусов 4. 0 градусов 5. от +91 до +120 градусов	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
072	ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА УГОЛ АЛЬФА РАВЕН 1. от 0 до +39 градусов 2. от +40 до +69 градусов 3. от +70 до +90 градусов 4. от 0 до -30 градусов 5. от +91 до +120 градусов	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
073	ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ, УГОЛ АЛЬФА РАВЕН 1. от 0 до +39 градусов 2. от +40 до +69 градусов 3. от +70 до +90 градусов 4. от +91 до + 120 градусов 5. более +120 градусов	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

074	К СТАНДАРТНЫМ ОТВЕДЕНИЯМ ЭКГ ОТНОСЯТСЯ: 1. I, II, III 2. I, II, III, aVR, aVL, aVF 3. I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6 4. D, A, I 5. V7, V8, V9	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
075	ОТЛИЧИТЬ ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ОТ ВНУТРИПРЕДСЕРДНОЙ БЛОКАДЫ ПОЗВОЛЯЕТ 1. продолжительность зубца Р в отведениях I, aVL > 0,10 сек 2. наличие двугорбого зубца Р в отведениях I, aVL V5- V6 3. сглаженный зубец Р в отведениях III, aVF 4. наличие отрицательного зубца Р 5. расширение зубца Р более 0,11 с, нередко расщепление зубца Р	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
076	УШИРЕННЫЙ, ДВУГОРБЫЙ Р В ОТВЕДЕНИЯХ I И aVL ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при митральном пороке сердца 2. при пролапсе митрального клапана 3. при дилатационной кардиомиопатии 4. при ИБС с сердечной недостаточностью 5. при митральном пороке сердца, при пролапсе митрального клапана, при дилатационной кардиомиопатии, при ИБС с проявлениями СН	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
077	ВЫСОКИЙ, ОСТРОКОНЕЧНЫЙ ЗУБЕЦ Р В ОТВЕДЕНИЯХ III, aVF ОТМЕЧАЕТСЯ 1. при тромбоэмболии легочной артерии	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	2. при миксоте правого предсердия 3. при хронических неспецифических заболеваниях легких 4. При ТЭЛА, при миксоте правого предсердия, при хронических неспецифических заболеваниях легких 5. При инфаркте миокарда			
078	ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЙ ОБЫЧНО НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. уширенный, двугорбый Р в I и aVL отведениях 2. увеличение отрицательной и положительной фазы зубца Р в отведениях V1-V2 3. индекс Макруза меньше или равен 1,6 4. амплитуда зубца Р в отведениях III, aVFравная 2,5 мм 5. ничего из перечисленного	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
079	ДЛЯ ЭКГ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО 1. отрицательный зубец Р в aVL 2. увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1 3. увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1 4. увеличение амплитуды зубца Р более 2,5 мм во II, III, aVF отведениях 5. сглаженный зубец Р в I отведении	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
080	ВОЛЬТАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ			УК 1, ПК 5

	ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ИНДЕКСОМ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА) СЧИТАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ СУММАРНОЙ АМПЛИТУДЫ ЗУБЦОВ R (В ОТВЕДЕНИИ V5 ИЛИ V6) И S (В ОТВЕДЕНИИ V1 ИЛИ V2) БОЛЕЕ 1. 20 мм 2. 25 мм 3. 30 мм 4. 38 мм 5. 40 мм	4	ВК ТК ГИА	
081	ЭКГ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РЕДКО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ 1. гипертонической болезни 2. аортальном пороке 3. дилатационной кардиомиопатии 4. пролапсе митрального клапана 5. коарктации аорты	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
082	ДИСКОРДАНТНОЕ СМЕЩЕНИЕ СЕГМЕНТА ST И ЗУБЦА T ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВЫЗВАНО 1. сердечной недостаточностью вследствие гипертрофии 2. очаговыми изменениями миокарда 3. вторичными изменениями реполяризации вследствие гипертрофии 4. нарушениями сократительной функции 5. нарушением "питания" миокарда	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
083	К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТНОСЯТСЯ	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	1. отклонение электрической оси вправо 2. в отведении V1 зубец R больше зубца S 3. в отведении V6 зубец S больше зубца R 4. отклонение электрической оси вправо, в отведении V1 зубец R больше S, в отведении V6 зубец S больше R 5. отклонение электрической оси вправо, в отведении V1 зубец R больше зубца S			
084	САМЫМ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ 1. отклонение электрической оси вправо 2. в отведении V1 зубец R больше зубца S 3. в отведении V6 зубец S больше зубца R 4. комплекс типа QR в отведении V1 (без блокады правой ножки п.Гиса) 5. комплекс типа RSR в отведении V1	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
085	ЭКГ ПРИЗНАКОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ 1. форма QRS в V1 в виде R или qR 2. уширение QRS > 0,12 сек 3. значение угла альфа, равное +100 градусам 4. амплитуда зубца R в V1 больше или равна 11 мм 5. соотношение амплитуды R/S в V1 более 1	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
086	ГИПЕРТРОФИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ЭКГ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ В ВИДЕ 1. "R-типа" 2. "RSR- типа" 3. "S-типа"	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	4. всего перечисленного 5. ничего из перечисленного			
087	«S» ТИП КОНФИГУРАЦИИ QRS ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ 1. хронических неспецифических воспалительных заболеваниях легких 2. тромбоэмболии легочной артерии 3. дилатационной кардиомиопатии 4. хронические неспецифические воспалительные заболевания легких, ТЭЛА 5. ТЭЛА, дилатационная кардиомиопатия	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
088	ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ТАКЖЕ НАЛИЧИЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ 1. глубокий S в отведениях V1-V2 2. угол альфа, равный -30 градусам 3. косонисходящая депрессия ST в V5-V6 4. глубокий S в отведениях V1-V2, косонисходящая депрессия ST в отведениях V5-V6 5. ничего из перечисленного	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
089	НАЛИЧИЕ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕСОМНЕННЫХ ПРИЗНАКАХ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖНО ВЫЯВИТЬ, ЕСЛИ НА ЭКГ ИМЕЕТСЯ 1. угол альфа +100 градусов и более 2. высокий R в V1-V2 3. признаки неполной блокады правой ножки	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	в отведении V1 4. глубокие зубцы S в отведениях V5-V6 5. угол альфа + 100 градусов, высокий R в V1-V2, признаки неполной блокады правой ножки в отведении V1, глубокие зубцы S в отведениях V5-V6			
090	НА ФОНЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИЗНАКАМИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОГУТ БЫТЬ 1. отклонение электрической оси вправо 2. в отведении aVR зубец R больше зубца Q 3. в отведении V5 зубец S больше зубца R 4. отрицательный зубец T в V1 5. отклонение электрической оси вправо, в отведении aVR зубец R больше зубца Q, в отведении V5 зубец S больше зубца R, отрицательный зубец T в V1	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
091	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭКГ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНО ПОЯВЛЕНИЕ 1. патологического Q в III и глубокого S в I 2. блокады правой ножки п.Гиса 3. отрицательных зубцов T в отведениях V1-3 4. синусовой брадикардии 5. предсердных экстрасистол	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
092	ВТОРИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТРАЖАЮТСЯ НА ЭКГ В ВИДЕ 1. уменьшения высоты зубца T	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	2. инверсии зубца Т 3. дискордантного смещения сегмента ST и зубца Т 4. увеличения высоты зубца Т в отведении V1 5. подъем сегмента ST			
093	ВАРИАНТ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА "S-ТИП" НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С 1. митральным стенозом 2. митральной недостаточностью 3. дефектом межпредсердной перегородки 4. хроническим обструктивным заболеванием легких 5. дефектом межжелудочковой перегородки	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
094	У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЕЙ ЭБШТЕЙНА НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ 1. высокий пикообразный зубец Р 2. удлинение интервала PR 3. неполная блокада правой ножки п.Гиса (RSR в V1) 4. признаки предвозбуждения желудочков 5. высокий пикообразный зубец Р, удлинение интервала PR, неполная блокада правой ножки п.Гиса (RSR в V1), признаки предвозбуждения желудочков	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
095	У БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ 1. ЭКГ может быть в пределах нормы 2. могут быть признаки гипертрофии левого желудочка 3. могут быть признаки гипертрофии правого желудочка	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	4. могут быть признаки гипертрофии обоих желудочков 5. ЭКГ может быть в пределах нормы, могут быть признаки гипертрофии ЛЖ, ПЖ, обоих желудочков			
096	ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ НЕ ХАРАКТЕРНО 1. расстояние RR укорочено пропорционально ускорению ритма 2. интервал TP укорачивается 3. комплекс QRS имеет тенденцию к уширению 4. увеличение значения угла альфа 5. укорочение интервала QT	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
097	ПРИ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ ВОЗМОЖНО 1. удлинение интервала PQ 2. увеличение амплитуды зубца Т 3. расширение зубца Р 4. удлинение интервала QT 5. удлинение интервала PQ, увеличение амплитуды зубца Т, расширение зубца Р, удлинение интервала QT	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
098	СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ 1. увеличением интервала PP и RR 2. удлинением интервала PQ 3. удлинением интервала QT 4. увеличением интервала PP и RR, удлинением интервала PQ, удлинением интервала QT 5. укорочением интервала PP и RR	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

099	СИНУСОВАЯ АРИТМИЯ 1. нередко наблюдается у молодых людей 2. может быть проявлением нарушения функции синусового узла 3. в большинстве случаев связана с актом дыхания 4. может быть обусловлена нарушениями синоатриальной проводимости 5. нередко наблюдается у молодых людей, может быть проявлением нарушения функции синусового узла, в большинстве случаев связана с актом дыхания, может быть обусловлена нарушениями синоатриальной проводимости	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
100	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩЕГО ИМПУЛЬСА ЯВЛЯЕТСЯ 1. уширение комплекса QRS 2. удлинение интервала PQ 3. продолжительность интервала от нормального импульса до эктопического превышает нормальное расстояние RR 4. удлинение интервала QT 5. укорочение интервала QT	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
101	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ЭКТОПИЧЕСКОГО РИТМА ИЗ НИЖНЕЙ ЧАСТИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. наличие инвертированного зубца Р перед комплексом QRS 2. уширение зубца Р 3. увеличение амплитуды Р	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	4. увеличение интервала PP 5. уменьшение интервала PP			
102	ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОМ РИТМЕ ИЗ АВ-СОЕДИНЕНИЯ НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ 1. ретроградный зубец Р за комплексом QRS 2. отсутствие зубца Р 3. тахикардия 4. брадикардия 5. ретроградный зубец Р за комплексом QRS, отсутствие зубца Р, тахикардия, брадикардии	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
103	ПРИ МИГРАЦИИ ВОДИТЕЛЯ РИТМА ПО ПРЕДСЕРДИЯМ НА ЭКГ ОТМЕЧАЮТСЯ 1. изменения расстояния PP 2. изменения амплитуды и полярности Р 3. отсутствие зубцов Р у некоторых комплексов QRS 4. изменения расстояния PP, изменения амплитуды и полярности Р, отсутствие зубцов Р у некоторых комплексов QRS 5. изменения расстояния PP, изменения амплитуды и полярности Р, отсутствие зубцов Р у некоторых комплексов QRS	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
104	ДЛЯ УСКОРЕННОГО ИДИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО РИТМА ХАРАКТЕРНО 1. наличие ретроградного зубца Р перед комплексом QRS 2. уширение комплекса QRS 3. ЧСС>60 в мин	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	4. все перечисленное верно 5. уширение комплекса QRS и ЧСС более 60 в минуту			
105	ПРИ АВ-ДИССОЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ 1. интервал RR меньше, чем интервал PP 2. можно обнаружить сливные комплексы QRS 3. периодически могут появляться синусовые комплексы 4. интервал RR меньше, чем интервал PP, можно обнаружить сливные комплексы QRS, периодически могут появляться синусовый комплексы 5. можно обнаружить сливные комплексы QRS, периодически могут появляться синусовые комплексы	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
106	ДЛЯ ЭКСТРАСИСТОЛ ИЗ АВ-СОЕДИНЕНИЯ ХАРАКТЕРНО 1. наличие неполной компенсаторной паузы 2. обычно не уширенный комплекс QRS 3. отсутствие зубца Р перед комплексом QRS 4. наличие неполной компенсаторной паузы, обычно не уширенный комплекс QRS, отсутствие зубца Р перед комплексом QRS 5. наличие неполной компенсаторной паузы, отсутствие зубца Р перед комплексом QRS	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
107	ПРИ ТАХИКАРДИИ С ЧАСТОТОЙ ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ 160 В МИН И УШИРЕННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОГАТЬ	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	1. пароксизм желудочковой тахикардии 2. пароксизм трепетания предсердий 3. пароксизм фибрилляции предсердий 4. частую желудочковую экстрасистолию 5. частую суправентрикулярную экстрасистолию			
108	ПРИ ТАХИКАРДИИ С ЧАСТОТОЙ ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ 160 В МИН И УШИРЕННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОГАТЬ 1. пароксизм суправентрикулярной тахикардии с аберрацией внутрижелудочковой проводимости 2. пароксизм трепетания предсердий 3. пароксизм фибрилляции предсердий 4. частую желудочковую экстрасистолию 5. частую суправентрикулярную экстрасистолию	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
109	ПРИ ТАХИКАРДИИ С ЧАСТОТОЙ ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ 160 В МИН И УШИРЕННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОГАТЬ 1. пароксизм трепетания предсердий 2. пароксизм фибрилляции предсердий 3. частую желудочковую экстрасистолию 4. частую суправентрикулярную экстрасистолию 5. пароксизм антидромной тахикардией при синдроме WPW	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
110	СИНОАТРИАЛЬНУЮ ТАХИКАРДИЮ	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	ОТ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ МОЖНО ОТЛИЧИТЬ ПО 1. изменению полярности зубца Р 2. значительному укорочению интервала PQ 3. укорочению интервала QT 4. изменению конфигурации комплекса QRS 5. во время приступа наблюдается АВ блокада 1 или 2 степени			
111	ПРИЗНАКОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СИНОАТРИАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ (д): 1. внезапное начало и внезапный конец тахикардии 2. положительный зубец Р перед комплексов QRS в большинстве отведений 3. в некоторых случаях наличие АВ-блокады 4. наличие СА-блокады 5. внезапное начало и внезапный конец тахикардии, положительный зубец Р перед комплексом QRS в большинстве отведений, в некоторых случаях наличие АВ-блокады	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
112	ПРИЗНАКОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. уширение комплекса QRS > 0,14 сек 2. наличие синусовых зубцов Р, не связанных с комплексом QRS 3. появление проводных синусовых импульсов (захватов) 4. появление сливных комплексов QRS 5. уширение комплекса QRS более 0,14 сек, наличие синусовый зубцов Р, не связанных	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	с комплексом QRS, появление проводных синусовых импульсов, появление сливных комплексов QRS			
113	ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ВОЗМОЖНО 1. укорочение интервала PQ 2. увеличение значения угла альфа 3. укорочение интервала QT 4. изменение формы сегментов PQ и ST – «якоробразная» форма PQRST 5. Укорочение интервала PQ, увеличение значения угла альфа, укорочение интервала QT, изменение формы сегментов PQ и ST «якоробразная» форма PQRST	5	БК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
114	ОСНОВНЫМИ УСЛОВИЯМИ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМИИ ПО МЕХАНИЗМУ ПОВТОРНОГО ВХОДА ВОЛНЫ ВОЗБУЖДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ 1. наличие двух путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически 2. блокада проведения импульса по одному из них 3. восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении. 4. Наличие двух путей проведения возбуждения, блокада проведения импульса по одному из них, восстановление проводимости в определённый срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении 5. наличие двух путей проведения	4	БК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	возбуждения, разобщенных функционально или анатомически, блокада проведения импульса по одному из них			
115	НАЛИЧИЕ АРИТМИИ У БОЛЬНОГО УКАЗЫВАЕТ НА 1. заболевание сердца 2. плохой прогноз жизни у данного больного 3. может выявляться у практически здоровых людей 4. заболевание сердца, плохой прогноз жизни у данного больного, может выявляться у практически здоровых людей 5. заболевание сердца, плохой прогноз жизни у данного больного	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
116	ВТОРИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ 1. экстрасистолия 2. атриовентрикулярная диссоциация 3. ускоренные эктопические ритмы 4. АВ- блокада 5. парасистолия	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
117	ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ НАЗЫВАЮТ 1. преждевременные импульсы 2. импульсы, появляющиеся после паузы 3. группу из 10 и более импульсов 4. преждевременные импульсы, импульсы, появляющиеся после паузы 5. импульсы, исходящие не из синусового узла	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
118	К ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИМ	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	СОКРАЩЕНИЯМ ОТНОСЯТ 1. эктопические импульсы 2. преждевременные импульсы 3. импульсы, появляющиеся после паузы 4. импульсы, появляющиеся перед паузой 5. эктопические импульсы, преждевременные импульсы			
119	У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ 1. фибрилляция предсердий 2. пароксизмальная АВ-тахикардия 3. желудочковая тахикардия 4. АВ-блокада 5. Пароксизмальная АВ-тахикардия, АВ-блокада	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
120	ПРИЗНАКОМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ 1. выраженная синусовая брадикардия 2. фибрилляция предсердий 3. предсердная экстрасистолия 4. АВ-блокада I степени 5. Фибрилляция предсердий, предсердная экстрасистолия	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
121	ПРИ ПОСТОЯННОЙ АВ- БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ 1. показано специальное лечение, направленное на уменьшение степени блокады 2. не требуется специального лечения 3. назначение препаратов, замедляющих проведение в АВ- узле (верапамил,	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	анаприлин, дигоксин и др.) абсолютно противопоказано 4. назначение препаратов, замедляющих проведение в АВ- узле (верапамил, анаприлин, дигоксин и др.) не имеет противопоказаний 5. показана имплантация электрокардиостимулятора			
122	ПРИ ПОСТОЯННОЙ АВ- БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ 1. показано специальное лечение, направленное на уменьшение степени блокады 2. назначение препаратов, замедляющих проведение в АВ- узле (верапамил, анаприлин, дигоксин и др.) не имеет противопоказаний 3. назначение препаратов, замедляющих проведение в АВ- узле (верапамил, анаприлин, дигоксин и др.) абсолютно противопоказано 4. при наличии показаний возможно осторожное применение препаратов, замедляющих проведение в АВ- узле 5. показана имплантация электрокардиостимулятора	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
123	УМЕНЬШЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ БЛОКАДЫ ИЛИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ИЛИ ВВЕДЕНИЯ АТРОПИНА ВОЗМОЖНО ПРИ 1. АВ- блокаде II степени тип I	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	2. АВ- блокаде II степени тип II 3. полной АВ- блокаде на уровне АВ- узла 4. полной АВ- блокаде на уровне системы Гиса – Пуркинье 5. АВ-блокаде 2 степени 1 тип, полной АВ-блокаде на уровне АВ-узла			
124	ПОСТОЯННАЯ АВ- БЛОКАДА III СТЕПЕНИ НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ГИСА – ПУРКИНЬЕ 1. как правило, является врожденной 2. как правило, является приобретенной 3. является абсолютным показанием имплантации кардиостимулятора 4. имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами и/или брадикардией 5. как правило, является приобретенной, является абсолютным показанием имплантации кардиостимулятора	5	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
125	ПОСТОЯННАЯ АВ- БЛОКАДА III СТЕПЕНИ НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ГИСА – ПУРКИНЬЕ 1. как правило, является приобретенной 2. как правило, является врожденной 3. является показанием для имплантации кардиостимулятора 4. имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами 5. как правило, является приобретенной, является показанием для имплантации кардиостимулятора 6. является врожденной	5	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

126	ПРИ АВ-БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ 1. выпадение комплексов QRS 2. удлинение интервала PR 3. АВ- диссоциация 4. выпадение комплексов QRS 5. резкое удлинение интервала PR	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
127	ПРИ АВ- БЛОКАДЕ III СТЕПЕНИ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ 1. выпадение комплексов QRS 2. резкое удлинение интервала PR 3. выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков 4. выпадение комплексов QRS, резкое удлинение интервала PR 5. АВ-диссоциация	3	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
128	ДЛЯ АВ- БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ТИПА I ХАРАКТЕРНО 1. постоянство интервала PR 2. прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS 3. частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса 4. постоянство интервала PR, частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса 5. отсутствие выпадения комплексов QRS	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
129	ДЛЯ АВ-БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ТИПА II ХАРАКТЕРНО 1. прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением комплекса QRS 2. постоянство интервала PR 3. частое наличие одновременной блокады	4	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

	ветвей пучка Гиса - постоянство интервала PR, частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса - отсутствие выпадения комплекса QRS			
130	ПРИЗНАКОМ СА-БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ - эпизодическое выпадение комплексов QRS - эпизодическое исчезновение зубцов Р - отсутствие выскальзывающих сокращений во время паузы - наличие выскальзывающих сокращений во время паузы - эпизодическое выпадение комплексов QRS, эпизодическое исчезновение зубцов Р	5	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
131	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЯВЛЯЕТСЯ - резкое отклонение электрической оси влево - отклонение электрической оси вправо - деформация комплекса QRS - расширение комплекса QRS > 0,10 сек - изменение конечной части желудочкового комплекса	4	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
132	У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ БЕЗБОЛЕВЫЕ ЭПИЗОДЫ ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST - практически не встречаются - встречаются весьма редко - встречаются довольно часто - могут составлять до 80% эпизодов ишемии - могут составлять до 20% эпизодов ишемии	4	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

133	ДЛЯ ПРЕХОДЯЩЕЙ ТРАНСМУРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ 1. депрессия сегмента ST 2. подъем сегмента ST 3. увеличение амплитуды зубца T 4. отсутствие изменений на ЭКГ 5. снижение амплитуды зубца P	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
134	ДЛЯ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ 1. депрессия сегмента ST 2. подъем сегмента ST 3. как депрессия, так и подъем сегмента ST 4. увеличение амплитуды зубца T 5. отсутствие изменений на ЭКГ	1	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
135	ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ В СЛУЧАЕ 1. развития депрессии сегмента ST ишемического типа 2. развитие инверсии зубца T 3. появление частых экстрасистол высоких градаций 4. увеличение амплитуды зубца T 5. отсутствие изменений на ЭКГ	1	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
136	ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. проба с физической нагрузкой 2. проба с введением изопротеренола	4	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

	3. чреспищеводная электрокардиостимуляция 4. холтеровское мониторирование ЭКГ 5. дипиридамовая проба			
137	ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. проба с физической нагрузкой 2. чреспищеводная электрокардиостимуляция 3. проба с изопротеренолом 4. проба с эргоновином 5. дипиридамовая проба	4	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
138	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ 1. радионуклидная вентрикулография 2. перфузионная сцинтиграфия миокарда в условиях физической нагрузки 3. регистрация ЭКГ в условиях физической нагрузки, чреспищеводной электрокардиостимуляции 4. холтеровское мониторирование ЭКГ 5. радионуклидная вентрикулография, перфузионная сцинтиграфия, регистрация ЭКГ в условиях физ. Нагрузки, чреспищеводной электрокардиостимуляции, холтеровское мониторирование ЭКГ	5	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
139	САМЫМ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИБС НА ЭКГ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ В ПОКОЕ (ВНЕ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ), ЯВЛЯЕТСЯ	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

	1. изменения сегмента ST и зубца T 2. признаки крупноочаговых изменений 3. блокада ветвей пучка Гиса 4. нарушения ритма сердца 5. инверсия зубцов T			
140	НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ (ПРИНЦМЕТАЛА) НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ 1. инверсия зубцов T 2. появление преходящих зубцов Q 3. возникновение преходящей блокады ветвей пучка Гиса 4. преходящий подъем сегмента ST 5. возникновение желудочковой тахикардии	4	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
141	ПРИ НАЛИЧИИ ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 1. достаточно регистрации патологического зубца Q с подъемом сегмента ST 2. желательно определение активности ферментов сыворотки крови в динамике 3. обязательно проведение ЭХО-КГ, радионуклидной вентрикулографии или коронарографии 4. обязательно проведение ХМ ЭКГ 5. обязательно проведение ЧП ЭХОКГ	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
142	ПРИ НАЛИЧИИ ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

	МЕЛКООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 1. достаточно регистрации изменений ЭКГ в динамике 2. обязательно определение активности ферментов 3. обязательно проведение ЭХО-КГ, радионуклидной вентрикулографии или коронарографии 4. обязательно проведение ХМ ЭКГ 5. обязательно проведение ЧП ЭХОКГ			
143	ЭКГ – ПРИЗНАКОМ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. подъем сегмента ST 2. инверсия зубцов T 3. патологический зубец Q 4. желудочковая экстрасистолия 5. отрицательный зубец R	3	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
144	РЕГИСТРАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q И ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V3 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ 1. бокового инфаркта миокарда 2. нижнего инфаркта миокарда 3. передне-перегородочного инфаркта миокарда 4. заднего инфаркта миокарда 5. инфаркта правого желудочка	3	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
145	РЕГИСТРАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q И ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ II, III, AVF ЯВЛЯЕТСЯ	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

	ПРИЗНАКОМ 1. передне-перегородочного инфаркта миокарда 2. нижнего инфаркта миокарда 3. бокового инфаркта миокарда 4. заднего инфаркта миокарда (задне-базального) 5. инфаркта правого желудочка			
146	БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НАЗНАЧАЮТ ДЛИТЕЛЬНО АСПИРИН (АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ) ПОТОМУ ЧТО 1. снижает протромбиновый индекс 2. препятствует агрегации тромбоцитов 3. лизирует образующиеся тромбы 4. ингибирует внутренний механизм свертывания крови 5. механизм положительного действия аспирина неизвестен	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
147	РИСК ИБС СНИЖАЕТСЯ ПРИ 1. сахарном диабете 2. увеличении уровня ЛПВП 3. артериальной гипертензии 4. отягощенной наследственности 5. курении сигарет	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
148	БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ, ГИПЕРТОНИК, ПОСТУПИЛ ПО ПОВОДУ ВНЕЗАПНОГО ПОЯВЛЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ БОЛЕЙ В ГРУДИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ПОЯСНИЦУ И РУКИ. АД - 180/100 ММ РТ. СТ. СПРАВА, СЛЕВА НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ.	1	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

	НА АОРТЕ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1. острая расслаивающая аневризма аорты 2. инфаркт миокарда 3. эмболия правой подключичной артерии 4. ТЭЛА 5. спонтанный пневмоторакс			
149	НАИБОЛЬШИЙ РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ 1. сахарном диабете 2. увеличении ЛПНП 3. артериальной гипертензии 4. отягощенном семейном анамнезе 5. курении сигарет	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
150	К НАИБОЛЕЕ АТЕРОГЕННЫМ ОТНОСЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ФРИДЕРИКСЕНА 1. I, II, III 2. I, III 3. II, III 4. IV, V 5. I, III	3	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
151 151	К ДОСТОВЕРНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОТНОСЯТ 1. желчнокаменная болезнь 2. алкоголизм 3. артериальная гипертензия 4. азотемия 5. гиповитаминоз С	3	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

152	КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 1. тиреотоксикоз 2. сахарный диабет 3. ревматоидный артрит 4. легочное сердце 5. цирроз печени	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
153	К ДОСТОВЕРНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОТНОСЯТСЯ 1. артериальная гипертензия 2. психоэмоциональные нагрузки 3. курение 4. ожирение 5. артериальная гипертензия, психоэмоциональные нагрузки, курение, ожирение	5	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
154	РИСК РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИМЕНЬШИМ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ 1. наследственной предрасположенности 2. избыточном потреблении соли 3. язвенной болезни 4. избыточном весе 5. низкой физической активности, хроническом стрессе	3	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
155	КАКОЙ ФАКТОР МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	1	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

	1. частые гипертонические кризы 2. комбинированная терапия несколькими антигипертензивными препаратами 3. усиление свертывающей активности крови 4. наличие извитости экстракраниальных артерий 5. стабильное АД на фоне приема антигипертензивных препаратов			
156	КАКОЙ ФАКТОР МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 1. аневризматические изменения внутричерепных сосудов 2. комбинированная терапия несколькими антигипертензивными препаратами 3. усиление свертывающей активности крови 4. наличие извитости экстракраниальных артерий 5. стабильное АД на фоне приема антигипертензивных препаратов	1	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
157	КАКИЕ ФАКТОРЫ МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 1. регулярный прием аспирина 2. нарушение тромборезистентности сосудов 3. стабильное АД на фоне приема антигипертензивных препаратов 4. комбинированная терапия несколькими антигипертензивными препаратами 5. достижение целевых уровней АД	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5

158	КАКИЕ ФАКТОРЫ МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 1. регулярный прием аспирина 2. применение медикаментов, вызывающих слишком быстрое снижение АД в период гипертонического криза 3. стабильное АД на фоне приема антигипертензивных препаратов 4. комбинированная терапия несколькими антигипертензивными препаратами 5. достижение целевых уровней АД	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
159	КАКИЕ ФАКТОРЫ МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 1. регулярный прием аспирина 2. атеросклероз внутричерепных артерий 3. стабильное АД на фоне приема антигипертензивных препаратов 4. комбинированная терапия несколькими антигипертензивными препаратами 5. достижение целевых уровней АД	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5
160	НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ КАК МОНОТЕРАПИЯ ОПРАВДАНЫ ПРИ 1. первой стадии АГ в течение трех лет от начала заболевания 2. первой стадии АГ в течение первых трех-шести месяцев от начала заболевания при невысоких цифрах АД	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК5, ПК 6

	3. первой стадии АГ в течение первых трех-шести месяцев от начала заболевания при высоких цифрах АД 4. любой стадии АГ в течение первого года от начала заболевания 5. немедикаментозные методы как монотерапия при АГ не оправданы			
161	ДЛЯ ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПРИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА ВЫ РЕКОМЕНДУЕТЕ 1. санаторно-курортное лечение в санатории кардиологического профиля на территории региона проживания 2. санаторно-курортное лечение в санатории кардиологического профиля за территорией региона проживания (предпочтительнее в Крыму или на Кавказе) 3. санаторно-курортное лечение в санатории кардиологического профиля, затем проведение коронарографии для решения вопроса о возможности хирургической реваскуляризации миокарда 4. проведение коронарографии для решения вопроса о возможности хирургической реваскуляризации миокарда, затем санаторно-курортное лечение в санатории кардиологического профиля 5. лечение на дому под наблюдением кардиолога по месту жительства	4	ВК ТК ГИА	УК1, 2, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 8, ПК 9
162	В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	1	ВК ТК ГИА	ПК 6

	НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ МЕТОДОМ ФИЗИОЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. электросон 2. радоновые ванны 3. сероводородные ванны 4. йодобромные ванны 5. кислородные ванны			
163	В ЛЕЧЕБНЫЙ КОМПЛЕКС ПАЦИЕНТОВ С ИБС ВКЛЮЧЕНИЕ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО ПРИ: 1. I-II функциональном классе 2. III-IV функциональном классе 3. прогрессирующей стенокардии 4. впервые возникшей стенокардии 5. бальнеотерапия при ИБС противопоказана	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6, ПК 8
164	ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОМБОЭМБОЛИЮ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ПРОВОДЯТСЯ 1. в ранний период после эпизода ТЭЛА 2. в первый месяц после эпизода ТЭЛА 3. через 1-1,5 месяца после эпизода ТЭЛА 4. через год после перенесенной ТЭЛА 5. электромагнитные поля противопоказаны после ТЭЛА	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6, ПК 8
165	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО 1. ускоренное развитие атеросклероза 2. выраженное утолщение миокарда 3. снижение сократительной способности миокарда	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	4. гиперкалиемия 5. перикардит			
166	СПОСОБСТВОВАТЬ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕМУ ТЕЧЕНИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА МОЖЕТ 1. сахарный диабет 2. билиарный цирроз печени 3. артериальная гипертензия 4. нефротический синдром 5. сахарный диабет, билиарный цирроз печени, артериальная гипертензия, нефротический синдром	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
167	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ДОСТИГАЕТСЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА 1. статинов 2. фибратов 3. анионообменных смол 4. никотиновой кислотой 5. лецитином	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
168	В РАВНОЙ СТЕПЕНИ ЧЕРЕЗ ПОЧКИ И ПЕЧЕНЬ ВЫВОДИТСЯ 1. каптоприл 2. эналаприл 3. рамиприл 4. цилазаприл 5. периндоприл	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
169	В РАВНОЙ СТЕПЕНИ ЧЕРЕЗ ПОЧКИ И ПЕЧЕНЬ ВЫВОДИТСЯ 1. каптоприл	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

	2. эналаприл 3. цилазаприл 4. фозиноприл 5. периндоприл			
170	ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ 1. сухой кашель 2. протеинурия 3. брадикардия 4. тахикардия 5. отеки нижних конечностей	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
171	ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ 1. гиперкалиемия 2. протеинурия 3. брадикардия 4. тахикардия 5. отеки нижних конечностей	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
172	ИНГИБИТОРЫ АПФ 1. уменьшают агрегацию тромбоцитов 2. при длительном применении приводят к гипертрофии 3. миокарда 4. повышают содержание мочевой кислоты в плазме крови 5. снижают артериальное давление	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
173	АНТИКОАГУЛЯНТНЫЙ ЭФФЕКТ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ (АНД) МОЖЕТ ОСЛАБИТЬ	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	1. антибиотики 2. вегетарианская диета 3. курение табака 4. аспирин 5. гепарин			
174	АНТИКОАГУЛЯНТНЫЙ ЭФФЕКТ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ (АНД) МОЖЕТ ОСЛАБИТЬ 1. антибиотики 2. холестирамин 3. курение табака 4. аспирин 5. гепарин	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
175	ВАША ТАКТИКА ПРИ РАЗВИВШЕМСЯ КРОВОТЕЧЕНИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНД 1. определение МНО 2. в/в введение аминокaproновой кислоты 3. в/в введение 500-800 мл свежезамороженной плазмы 4. отмена АНД 5. определение МНО, отмена АНД, в/в введение аминокaproновой кислоты, в/в введение 500-800 мл свежезамороженной плазмы	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
176	МЕХАНИЗМ АНТИТРОМБОЦИТАРНОГО ДЕЙСТВИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ 1. блокирует синтез простагландинов в тромбоцитах 2. блокирует синтез антибиотиков в	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	тромбоцитах 3. блокирует циклооксигеназу 4. блокирует синтез оксигеназы 5. активирует синтез тромбоксана			
177	МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ, КОТОРАЯ НЕОБРАТИМО ВЛИЯЕТ НА ЦИКЛООКСИГЕНАЗУ ТРОМБОЦИТОВ 1. 25 мг 2. 75-100 мг 3. 125 мг 4. 325 мг 5. 500 мг	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
178	ВРЕМЯ НАСТУПЛЕНИЯ ЭФФЕКТА ОДНОЙ ДОЗЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ 1. действует немедленно 2. действует через 24 часа 3. действует через 48 часов 4. действует через 72 часа 5. действует через 5-7 суток	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
179	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ОДНОЙ ДОЗЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ 1. последствие 1-2 часа 2. последствие более 24 часов 3. последствие более 48 часов 4. последствие более 5-7 дней 5. последствие до 10 дней	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
	ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

180	ЭФФЕКТЫ КЛОПИДОГРЕЛЯ РАЗВИВАЮТСЯ 1. немедленно 2. через 24-48 часов от момента приема 3. через 4-6 часов 4. через 72 часа 5. на 5-7 сутки			
181	СНИЖАЕТ КЛИРЕНС ТИКЛОПИДИНА НА 50% 1. гепарин 2. аспирин 3. омепразол 4. дипиридамол 5. нитроглицерин	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
182	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТИКЛОПИДИНА 1. лейкоцитоз 2. эритроцитоз 3. тромбоцитоз 4. антибактериальное действие 5. тромбоцитопения	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
183	ОТЛИЧИЕ КЛОПИДОГРЕЛЯ ОТ ТИКЛОПИДИНА 1. ингибирует агрегацию тромбоцитов в значительно меньших дозах 2. ингибирует агрегацию тромбоцитов в значительно больших дозах 3. хуже переносится 4. чаще побочные явления 5. вызывает агранулоцитоз	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
184	ОТЛИЧИЕ КЛОПИДОГРЕЛЯ ОТ ТИКЛОПИДИНА 1. лучше переносится	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

	2. хуже переносится 3. ингибирует агрегацию тромбоцитов в значительно больших дозах 4. чаще побочные явления 5. вызывает агранулоцитоз			
185	ОТЛИЧИЕ КЛОПИДОГРЕЛЯ ОТ ТИКЛОПИДИНА 1. реже побочные явления 2. чаще побочные явления 3. ингибирует агрегацию тромбоцитов в значительно больших дозах 4. хуже переносится 5. вызывает агранулоцитоз	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
186	ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ НЕОБРАТИМЫМИ АНТИАГРЕГАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ, ДЕЙСТВИЕ КОТОРОГО ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ВСЕГО ВРЕМЕНИ ЖИЗНИ ТРОМБОЦИТОВ 1. пентоксифиллин 2. дипиридамола 3. ацетилсалициловая кислота 4. ксантинола никотинат 5. этамзилат	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
187	К ТРОМБОЛИТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ 1. нольпаза 2. эналаприл 3. хофитол 4. пенициллин 5. стрептокиназа	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

188	ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ УСИЛИВАТЬ ДЕЙСТВИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ 1. рифампицин 2. анаболические стероиды 3. гормоны щитовидной железы 4. барбитураты 5. зеленый чай	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
189	ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СТРЕПТОКИНАЗЫ ДО И ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИКА ВВОДЯТ 1. гидрокортизон 2. баралгин 3. диклофенак 4. промедол 5. бета-блокатор	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
190	КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. уменьшение болевого синдрома 2. «реперфузионные» аритмии 3. быстрое возвращение сегмента ST на ЭКГ к изолинии 4. все перечисленное 5. нечего из перечисленного	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
191	ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ СТРЕПТОКИНАЗЫ 1. 5-7 минут	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

	2. 10-23 минут 3. 20-30 минут 4. 60 минут 5. 24 часа			
192	ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЛИТИКА ПОКАЗАНО ПРИ 1. кровотечении 2. в послеоперационном и послеродовом периоде 3. беременности 4. индивидуальной непереносимости 5. острой ТЭЛА	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
193	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ 1. увеличивает синтез факторов свертывания в печени 2. угнетает переход плазминогена в плазмин 3. способствует активации факторов свертывания 4. усиливает активность тромбина усиливает активность пепсина	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
194	ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ 1. эритроцитоз 2. лейкоцитоз 3. слепота 4. помутнение роговицы 5. тромбоэмболические осложнения	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
195	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНТЕРВАЛ, В КОТОРОМ ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ ЗНАЧЕНИЯ МНО ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНД В ПОДАВЛЯЮЩЕМ	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

	БОЛЬШИНСТВЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ 1. 0,5-1,0 2. 1,0-1,5 3. 1,5-2,0 4. 2,0-3,0 5. 2,5-3,5			
196	ГЕПАРИН (ИЛИ НМГ) ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА С АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ НА ПРОЛОНГИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ ОТМЕНЯЕТСЯ 1. сразу же 2. через день 3. не ранее четвертого-пятого дня 4. через 10 дней 5. через месяц	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
197	ГЕПАРИН (ИЛИ НМГ) ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА С АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ НА ПРОЛОНГИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ ОТМЕНЯЕТСЯ 1. сразу же 2. через день 3. при достижении МНО 2,0, но не ранее четвертого дня 4. при достижении МНО 2,0 5. через 10 дней	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
198	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ АНТИАГРЕГАНТ	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

	1. дипиридамо́л 2. аспирин 3. варфарин 4. тиклопидин 5. клопидогрель			
199	БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ ПОЛУЧАЕТ ПО ПОВОДУ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ИНЪЕКЦИИ ГЕПАРИНА. В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРЕПАРАТА РАЗВИЛОСЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ГЕПАРИНА НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ 1. фибриноген 2. аминокaproновую кислоту 3. протаминсульфат 4. викасол 5. новосевен	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
200	ГУМОРАЛЬНОЙ ДЕПРЕССОРНОЙ СИСТЕМОЙ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ 1. глюкокортикостероиды 2. альдостерон 3. викасол 4. кинин-калликреиновая система почек 5. вазопрессин	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
201	ГУМОРАЛЬНОЙ ПРЕССОРНОЙ СИСТЕМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. простагландины 2. катехоламины 3. пепсин 4. амилаза	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	5. липаза			
202	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ 1. уменьшают центральную симпатическую активность 2. уменьшают тонус гладкой мускулатуры артерии 3. угнетают систему ренин-ангиотензин 4. снижают сердечный выброс 5. блокируют α-рецепторы.	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
203	ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НАЧАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ 1. дигоксин 2. антибиотики 3. нитроглицерин внутривенно 4. ингаляция кислорода 5. каптоприл	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК6
204	КОНЦЕНТРАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ЗАВИСИТ ОТ 1. концентрации ионов калия 2. концентрации ионов кальция 3. концентрации ионов магния 4. концентрации ионов хлора 5. скорости всасывания, распределения в организме, метаболизма, экскреции	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
205	ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ДВУХ ГЕТЕРОГЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ УСИЛИТЬСЯ	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

	ВСЛЕДСТВИЕ 1. восстановления 2. усиления перистальтики кишечника 3. конъюгации 4. потенцирования действия, синергизма действия 5. окисления			
206	БИОЛОГИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ (БИОУСВОЯЕМОСТЬ) ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ 1. концентрацией ионов калия 2. концентрацией ионов кальция 3. концентрацией ионов магния 4. концентрацией ионов хлора 5. физико-химическими свойствами лекарственной формы, скоростью всасывания, метаболизмом, проницаемостью биологических мембран	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
207	СКОРОСТЬ И ПОЛНОТА ВСАСЫВАНИЯ ЛЕКАРСТВ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ 1. концентрацией ионов калия в кардиомиоцитах 2. концентрацией ионов магния в кардиомиоцитах 3. концентрацией ионов кальция в кардиомиоцитах 4. концентрацией ионов хлора в кардиомиоцитах 5. скоростью высвобождения активного начала из препарата, связью с приемом	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	пищи, рН среды, скоростью перистальтики			
208	ОСНОВНЫМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПУТЯМИ ПРЕВРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВ В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЮТСЯ 1. синергизм 2. антагонизм 3. потенцирование действия 4. окисление, восстановление (гидролиз), конъюгация 5. синтез	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
209	К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ИНДАПАМИДА НЕ ОТНОСИТСЯ 1. сухость во рту 2. астения 3. гипокалиемия 4. тошнота 5. кашель	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
210	ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ПОРАЖАЮТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЮЩИЕ СЛОИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ 1. интима 2. медиа 3. адвентиция 4. интима, медиа 5. медиа, адвентиция	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
211	ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ В МЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ 1. артерии мышечного типа 2. артерии мышечно-эластического типа 3. артерии эластического типа 4. артерии всех типов поражаются в	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	одинаковой степени 5. приатеросклероза артерии не поражаются			
212	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТИПОВ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ АТЕРОГЕННЫМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. тип IIa 2. тип IIb 3. III тип 4. V тип 5. Тип 1	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
213	АНТИАТЕРОГЕННУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ 1. хиломикроны 2. липопротеиды очень низкой плотности 3. "детерминантные" частицы 4. липопротеиды низкой плотности 5. липопротеиды высокой плотности	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
214	В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИНАДЛЕЖИТ 1. нарушению синтеза липопротеидов низкой плотности 2. нарушению абсорбции холестерина 3. уменьшению количества или отсутствию рецепторов, на которых фиксируются липопротеиды низкой плотности 4. нарушению катаболизма "детерминантных" частиц 5. нарушению катаболизма липопротеидов очень низкой плотности	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
215	ПОВЫШЕННЫЙ РИСК ОСТРОГО	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	ПАНКРЕАТИТА ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ 1. I типе дислиппротеидемии 2. типе IIa дислиппротеидемии 3. типе IIb дислиппротеидемии 4. типе 3 5. дислиппротеинемия не влияет на риск развития острого панкреатита			
216	МЕХАНИЗМ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ХОЛЕСТИРАМИНА СВЯЗАН С 1. снижением синтеза холестерина 2. снижением синтеза триглицеридов 3. абсорбцией желчи в кишечнике 4. усилением катаболизма липопротеидов 5. нарушением всасывания ЛПНП	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
217	ГЛАВНАЯ СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ 1. гладкие мышечные волокна 2. эритроциты 3. тромбоциты 4. фибробласты 5. лейкоциты	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
218	ДЛЯ ДЕРИВАТОВ ФИБРОЕВОЙ КИСЛОТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ЭФФЕКТ 1. снижение общего холестерина 2. снижение ХС-ЛНП 3. снижение ХС-ЛВП 4. снижение триглицеридов 5. повышение триглицеридов	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

219	ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ ЛПНП НА ВЫСОКИХ ДОЗАХ СТАТИНОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. отменить статины и лечить пациента фибратами 2. продолжить лечение статинами в комбинации с фибратами 3. продолжить лечение статинами в комбинации с эзетимибом 4. отменить статины и назначить лецитин 5. продолжить проводимую терапию без изменений	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
220	К НАИБОЛЕЕ АТЕРОГЕННЫМ ОТНОСЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ФРИДЕРИКСЕНА 1. I, II, III 2. I, III 3. II, III 4. IV, V 5. I, V	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
221	СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МОЖЕТ 1. тиреотоксикоз 2. сахарный диабет 3. ревматоидный артрит 4. легочное сердце 5. цирроз печени	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
222	К ДОСТОВЕРНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	ОТНОСЯТ 1. желчнокаменная болезнь 2. алкоголизм 3. артериальная гипертензия 4. азотемия 5. гиповитаминоз С			
223	К ДОСТОВЕРНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НЕ ОТНОСИТСЯ 1. артериальная гипертензия 2. психоэмоциональные нагрузки 3. курение 4. ожирение 5. ТЭЛА	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
224	ГЛАВНАЯ СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ 1. гладкие мышечные волокна 2. эритроциты 3. тромбоциты 4. фибробласты 5. лейкоциты	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
225	БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ, ГИПЕРТОНИК, ПОСТУПИЛ ПО ПОВОДУ ВНЕЗАПНОГО ПОЯВЛЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ БОЛЕЙ В ГРУДИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ПОЯСНИЦУ И РУКИ. АД - 180/100 ММ РТ. СТ. СПРАВА, СЛЕВА НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ. НА АОРТЕ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1. острая расслаивающая аневризма аорты 2. инфаркт миокарда	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	3. эмболия правой подключичной артерии 4. ТЭЛА 5. спонтанный пневмоторакс			
226	БОЛЬНОЙ 48 ЛЕТ, КУРИЛЬЩИК, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЕТ АЛКОГОЛЕМ. ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ В ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦАХ ПРИ ХОДЬБЕ. ПУЛЬСАЦИЯ НА АРТЕРИЯХ СТОП ОСЛАБЛЕНА. КОНЕЧНОСТИ БЛЕДНЫЕ. ИКРОНОЖНЫЕ МЫШЦЫ ГИПОТРОФИЧНЫ. ИМЕЕТСЯ ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ 1. синдром Рейно 2. облитерирующий эндартериит 3. атеросклероз сосудов нижних конечностей 4. узелковый периартериит хронический тромбофлебит	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
227	ИСКЛЮЧИТЬ ДИАГНОЗ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОМОГУТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ 1. перемежающаяся хромота 2. сжимающие боли в икроножных мышцах при ходьбе 3. отечность одной из конечностей с резкой болезненностью по ходу вен 4. чувство «замерзание» нижних конечностей 5. судороги нижних конечностей, преимущественно в ночное время	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

228	У БОЛЬНОГО СИСТЕМНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ СЕРДЦА (КЛИНИКА СТЕНОКАРДИИ) И СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ 1. антагонистов кальция 2. кардиоселективных β-блокаторов 3. неселективных β-блокаторов 4. дезагрегантов 5. цитопротекторов	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
229	У ЖЕНЩИНЫ 62 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 2 МЕСЯЦЕВ ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ В РАЗНОЕ ВРЕМЯ СУТОК ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 5-10 МИНУТ. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЭКГ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. СЛЕДУЮЩИЙ ЭТАП ОБСЛЕДОВАНИЯ 1. рентгенография грудной клетки 2. ЭхоКГ 3. нагрузочная ЭКГ проба 4. ФГС 5. 24-часовое мониторирование ритма сердца	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
230	НЕ СООТВЕТСТВУЕТ СТЕНОКАРДИИ 1. иррадиация болей в нижнюю челюсть 2. возникновение болей при подъеме на лестницу (более 1 этажа) 3. длительность болей 40 минут и более	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	4. выявление стеноза коронарной артерии 5. боли сопровождаются чувством нехватки воздуха			
231	СТЕНОКАРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ 1. уменьшения венозного притока к сердцу 2. легочной недостаточности 3. атеросклероза аорты 4. относительной или абсолютной недостаточности кровоснабжения миокарда 5. гемодинамической перегрузки миокарда	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
232	К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМАМ СТЕНОКАРДИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. стеноз коронарных артерий 2. тромбоз коронарных артерий 3. спазм коронарных артерий 4. чрезмерное увеличение миокардиальной потребности в кислороде 5. недостаточность коллатерального кровообращения в миокарде	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
233	ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ О НАЛИЧИИ ИБС СТАНОВИТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ, КОГДА 1. описан типичный ангинозный приступ 2. имеются симптомы недостаточности кровообращения 3. выявлены нарушения ритма 4. имеются факторы риска ИБС 5. выявлена кардиомегалия	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
234	ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ			УК 1, ПК 5

	КАРДИОСКЛЕРОЗЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ 1. нарушение ритма 2. левожелудочковая недостаточность 3. правожелудочковая недостаточность 4. аневризма левого желудочка 5. нарушение ритма, левожелудочковая недостаточность, правожелудочковая недостаточность, аневризма левого желудочка	5	ВК ТК ГИА	
235	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ I ФК НЕ ХАРАКТЕРНО 1. снижение сегмента ST при ВЭМ пробе 2. возникновение болей при подъеме до 1-го этажа 3. отсутствие изменений ЭКГ в покое 4. иррадиация болей в левое плечо 5. давящий характер болей	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
236	БОЛЬНОЙ 52 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 5-6 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, ПРИ НАКЛОНЕ, В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ОСОБЕННО СИЛЬНЫЕ - ПО НОЧАМ, КОТОРЫЕ НИТРОГЛИЦЕРИНОМ НЕ КУПИРУЮТСЯ, УМЕНЬШАЮТСЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ. НА ЭКГ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЙ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ВЫЯВЛЕНО. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1. стенокардия напряжения 2. вегето-сосудистая дистония 3. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	4. синдром Титце 5. межреберная невралгия			
237	РЕШАЮЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ 1. аускультация сердца 2. анамнез 3. наличие блокады правой ножки пучка Гиса 4. ЭКГ, произведенная в покое 5. недостаточность кровообращения	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
238	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. загрудинная боль вне связи с физической нагрузкой 2. желудочковая экстрасистолия после нагрузки 3. загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента S-T на 1 мм и более 4. подъем сегмента S-T менее, чем на 1 мм 5. увеличение зубца Q в III стандартном и aVF отведениях	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
239	ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ 1. в увеличении притока венозной крови к сердцу 2. в увеличении периферического сопротивления и снижении артериального давления 3. в увеличении конечного диастолического давления 4. в уменьшении преднагрузки 5. в увеличении работы сердца	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

240	ПРОПРАНОЛОЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОТОМУ, ЧТО 1. снижает потребность миокарда в кислороде 2. расширяет коронарные сосуды 3. вызывает спазм периферических сосудов 4. увеличивает потребность миокарда в кислороде 5. увеличивает сократительную способность миокарда	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
241	ПО КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ВОЗ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. внезапная смерть (первичная остановка кровообращения) 2. нарушения сердечного ритма 3. сердечная недостаточность 4. дислипидемия 5. стенокардия	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
242	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА НЕ ХАРАКТЕРНО 1. циклического характера 2. возникновения болей в покое ночью 3. подъема сегмента ST выше изолинии во время приступа 4. появления болей при нагрузке 5. равенства периода нарастания боли периоду ее исчезновения	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
243	В ПАТОГЕНЕЗЕ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ФАКТОРОМ	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	ЯВЛЯЕТСЯ 1. недостаточность оксигенации крови 2. повышение потребности миокарда в кислороде 3. несоответствие коронарного кровотока потребностям миокарда 4. верного ответа нет 5. все перечисленное			
244	К ХАРАКТЕРНЫМ НАРУШЕНИЯМ ГЕМОСТАЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОТНОСЯТ 1. снижение агрегации тромбоцитов 2. снижение активности плазменных факторов свертывающей системы крови 3. повышение фибринолитической активности крови 4. повышение тромборезистентности сосудистой стенки 5. склонность к повышенной агрегации тромбоцитов	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
245	К ПРИЗНАКАМ “РАНИМОЙ” АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. истончение фиброзной “покрышки” 2. большое липидное ядро 3. повышенное содержание макрофагов 4. большое количество гладкомышечных клеток 5. эрозия на поверхности бляшки	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
246	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ТРИМЕТАЗИДИНА (ПРЕДУКТАЛА) ПРИ ИБС	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

	1. ограничение стрессовых гемодинамических реакций 2. снижение уровня холестерина крови 3. цитопротекция (защита клеток от ишемии) 4. предотвращение тромбозов коронарных артерий 5. предотвращение спазма коронарных артерий			
247	НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНА ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ У БОЛЬНОГО СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ СЛЕДУЮЩАЯ ТАКТИКА 1. увеличение дозы нитратов 2. добавление к терапии α-адреноблокатора 3. переход на трансдермальные формы нитратов 4. обеспечение временных промежутков, свободных от нитратов 5. исключение временных промежутков, свободных от нитратов	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
248	НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ВО ВРЕМЯ КОРОНАРОГРАФИИ КРИТИЧЕСКОГО СТЕНОЗА В ОБЩЕМ СТВОЛЕ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ 1. внутрисосудистая ангиопластика 2. стентирование коронарной артерии 3. аортокоронарное шунтирование 4. лекарственное лечение 5. повторная коронарография через 1 год	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

249	НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ВО ВРЕМЯ КОРОНАРОГРАФИИ КРИТИЧЕСКОГО СТЕНОЗА В ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ОГИБАЮЩЕЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ 1. внутрисосудистая ангиопластика 2. стентирование коронарной артерии 3. аортокоронарное шунтирование 4. лекарственное лечение 5. повторная коронарография через 1 год	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
250	ПРИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛЛА 1. депрессия S-T на ЭКГ 2. появление болей при физической нагрузке 3. обычно развивается инфаркт миокарда 4. причиной болей является коронароспазм 5. причиной болей является атеросклеротическая бляшка	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
251	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА БОЛЬНОМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ 1. пролонгированные нитраты 2. антагонисты кальция 3. β-блокаторы 4. фибринолизин 5. все препараты одновременно.	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 2, ПК5, ПК 10
252	57-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ,	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	ЧТО В ТЕЧЕНИЕ ГОДА 1-2 РАЗА В МЕСЯЦ ПОД УТРО ВОЗНИКАЮТ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ОТДАЮЩИЕ ПОД ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ, КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ ПОЛУЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА. ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ В МОМЕНТ ПРИСТУПА ПОДЪЕМ ST В ОТВЕДЕНИЯХ V2-V6 ДО 3 ММ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ST НА ИЗОЛИНИИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1. стабильная стенокардия IV ФК 2. инфаркт миокарда 3. ишемическая дистрофия миокарда 4. вариантная стенокардия 5. прогрессирующая стенокардия			
253	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ 1. горизонтальная депрессия S-T 2. депрессия S-T выпуклостью кверху и несимметричный зубец T 3. подъем S-T 4. глубокие зубцы Q 5. зубцы QS	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК 6
254	ДЛЯ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ НЕ ХАРАКТЕРНО 1. быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5

	2. при коронарографии в 10% случаев выявляются мало измененные или не пораженные коронарные артерии 3. приступы возникают чаще ночью 4. наиболее эффективны антагонисты кальция 5. физическая нагрузка плохо переносится			
255	БОЛЬНОЙ 48 ЛЕТ НАХОДИТСЯ В БИ. С ДИАГНОЗОМ "ИНФАРКТ МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА" НА ТРЕТИЙ ДЕНЬ ПОЯВИЛИСЬ ИНТЕНСИВНЫЕ ДАВЯЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, НА ЭКГ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В РАННЕЕ ИЗМЕНЕННЫХ ОТВЕДЕНИЯХ. ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕЙ ЭКГ ВЕРНУЛАСЬ К ИСХОДНОЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА 1. стенокардия Принцметала 2. повторный инфаркт миокарда 3. рецидив инфаркта миокарда 4. развитие острой аневризмы 5. приступы не имеют отношения к данному заболеванию	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК 6
256	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРИСТУПА ПРИ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА ЯВЛЯЕТСЯ 1. стенозирующий атеросклероз коронарных артерий 2. спазм коронарных артерий 3. тромбоз коронарных артерий 4. повышение потребности миокарда в кислороде 5. повышение вязкости крови	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5

257	ОБРАТИМОЕ НАРУШЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСТРОГО КРАТКОВРЕМЕННОГО НАРУШЕНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ 1. ишемия 2. повреждение 3. некроз 4. оглушение 5. гибернация	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5
258	ДЛИТЕЛЬНОЕ, НО ПОТЕНЦИАЛЬНО ОБРАТИМОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ МИОКАРДА В РЕЗУЛЬТАТЕ ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ 1. ишемия 2. повреждение 3. некроз 4. оглушение 5. гибернация	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5
259	НЕОБРАТИМОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ МИОКАРДА В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ 1. ишемия 2. повреждение 3. некроз 4. оглушение 5. гибернация	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5
260	К СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ МОЖНО	5	ВК ТК ГИА	

	ОТНЕСТИ 1. впервые возникшая стенокардия 2. прогрессирующая стенокардия 3. постинфарктная стенокардия 4. вариантная стенокардия 5. стенокардия напряжения II ф.к.			
261	ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР, КОТОРЫЙ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА 1. спазм коронарной артерии 2. тромбоз коронарной артерии 3. окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой 4. атеросклеротический стеноз коронарной артерии 5. внезапное повышение потребности миокарда в кислороде	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5
262	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ДЕЗАГРЕГАНТЫ ОБЛАДАЮТ СПОСОБНОСТЬЮ БЛОКИРОВАТЬ КОНЕЧНЫЙ ЭТАП АКТИВАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ. К НИМ ОТНОСЯТ 1. гепарин 2. фраксипарин 3. тиклопидин 4. аспирин 5. блокаторы гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК 6
263	ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. стенокардия Принцметала	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 1, ПК 5, ПК 6

	2. впервые возникшая стенокардия напряжения 3. быстро прогрессирующая стенокардия 4. частая стенокардия покоя и напряжения 5. стенокардия напряжения I ф.к.			
264	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ 1. горизонтальная депрессия S-T 2. депрессия S-T выпуклостью кверху и несимметричный зубец T 3. подъем S-T 4. глубокие зубцы Q 5. зубцы QS	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК 6
265	К СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. стенокардия напряжения I ф.к. 2. впервые возникшая стенокардия 3. стенокардия напряжения II ф.к. 4. стенокардия напряжения III ф.к. 5. стенокардия напряжения IV ф.к.	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК 6
266	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАРИНОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ ТЕСТОВ ПЕРЕД КАЖДЫМ ВВЕДЕНИЕМ ДОЗЫ ПРЕПАРАТА. ОПТИМАЛЬНЫМ КОНТРОЛЬНЫМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. уровень протромбина 2. уровень фибриногена 3. время свертывания крови 4. количество тромбоцитов 5. АЧТВ	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК 6

267	НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНОГО СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ИМЕЕТ 1. степень стеноза коронарной артерии атеросклеротической бляшкой 2. число пораженных коронарных артерий 3. возраст 4. снижение толерантности к физической нагрузке 5. ”ранимый” характер атеросклеротической бляшки	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 5, ПК 11, ПК 10, ПК 8, ПК 7, ПК 4, ПК 2, ПК 3
268	ВНУТРИВЕННЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН 1. у мужчин 2. у больных старше 60-ти лет 3. у больных моложе 60-ти лет 4. у больных с высоким риском развития неблагоприятных событий 5. у больных с ишемией нижней стенки левого желудочка	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
269	БЕТА-БЛОКАТОРЫ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ В НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ 1. у больных старше 60-ти лет 2. у больных моложе 60-ти лет 3. при наличии сопутствующих заболеваний, например, патологии легких или дисфункции левого желудочка	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	4. у больных с высоким риском развития неблагоприятных событий 5. у больных с ишемией нижней стенки левого желудочка			
270	В НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ БЕТА-БЛОКАТОРЫ 1. больным старше 60-ти лет 2. мужчинам 3. больным с выраженными нарушениями предсердно-желудочковой проводимости без работающего искусственного водителя ритма 4. больным с высоким риском развития неблагоприятных событий 5. больным с ишемией нижней стенки левого желудочка	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
271	В НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ БЕТА-БЛОКАТОРЫ 1. больным старше 60-ти лет 2. мужчинам 3. больным с тяжелой острой дисфункцией левого желудочка с признаками сердечной недостаточности 4. больным с высоким риском развития неблагоприятных событий 5. больным с ишемией нижней стенки левого желудочка	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
272	В НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2,

	КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ БЕТА-БЛОКАТОРЫ 1. больным старше 60-ти лет 2. мужчинам 3. больным с тяжелой бронхиальной астмой в анамнезе 4. больным с высоким риском развития неблагоприятных событий 5. больным с ишемией нижней стенки левого желудочка			ПК 5, ПК6
273	ПРИМЕНЕНИЕ НИТРАТОВ ВНУТРИВЕННО ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. у всех больных 2. у больных с ишемией передней стенки левого желудочка 3. у больных с ишемией нижней стенки левого желудочка 4. у больных, с сохраняющимися эпизодами ишемии миокарда (и/или "коронарной" боли) 5. при нестабильной стенокардии внутривенное введение нитратов нецелесообразно	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
274	ПРИМЕНЕНИЕ НИФЕДИПИНА ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ 1. предотвращает развитие острого ИМ 2. снижает смертность 3. показано при тахикардии 4. показано больным со значительными нарушениями сократительной функции левого желудочка	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	5. не предотвращает развитие острого ИМ и не снижает смертность			
275	ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫМ С ОКС БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST 1. рекомендована всем больным 2. рекомендована у больных с ишемией передней стенки левого желудочка 3. рекомендована у больных с ишемией нижней стенки левого желудочка 4. не рекомендуется 5. проводится строго по показаниям	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
276	КОРОНАРОГРАФИЯ БОЛЬНЫМ С ОКС БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST 1. рекомендована всем больным 2. рекомендована у больных с ишемией передней стенки левого желудочка 3. рекомендована у больных с ишемией нижней стенки левого желудочка 4. рекомендуется только при наличии всех условий для проведения инвазивных вмешательств на коронарных артериях 5. проводится строго по показаниям	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
277	АКТИВНОСТЬ КФК В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НЕ ПОВЫШАЕТСЯ 1. при инфаркте миокарда 2. при любом повреждении миокарда 3. при повреждении скелетной мускулатуры 4. при повреждении мозга 5. при эрозивном гастрите	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

278	АКТИВНОСТЬ МВ КФК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 1. начинает повышаться через 1-2 ч от возникновения заболевания, достигает максимума через 6 ч и нормализуется к концу 1-х суток 2. увеличивается через 4 ч, достигает максимума к 16-18 ч и возвращается к норме через 2 суток 3. начинает возрастать через 6-12 ч, достигает наивысших значений на 2-е сутки и нормализуется к 4-7-му дню 4. начинает повышаться через сутки от начала ангинозного приступа, достигает максимальных значений на 3-4-е сутки инфаркта миокарда и нормализуется к 10-14-м суткам 5. увеличивается через 2-3 ч с максимумом через 8-10 ч, второй начинается через 3 суток, нормализация концентрации в крови происходит только через 10-14 суток	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
279	АКТИВНОСТЬ МИОГЛОБИНА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 1. начинает повышаться через 1-2 ч от возникновения заболевания, достигает максимума через 6 ч и нормализуется к концу 1-х суток 2. увеличивается через 4 ч, достигает максимума к 16-18 ч и возвращается к норме через 2 суток 3. начинает возрастать через 6-12 ч, достигает наивысших значений на 2-е сутки и нормализуется к 4-7-му дню 4. начинает повышаться через сутки от начала	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	ангинозного приступа, достигает максимальных значений на 3-4-е сутки инфаркта миокарда и нормализуется к 10-14-м суткам 5. увеличивается через 2-3 ч с максимумом через 8-10 ч, второй начинается через 3 суток, нормализация концентрации в крови происходит только через 10-14 суток			
280	АКТИВНОСТЬ АсАТ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 1. начинает повышаться через 1-2 ч от возникновения заболевания, достигает максимума через 6 ч и нормализуется к концу 1-х суток 2. увеличивается через 4 ч, достигает максимума к 16-18 ч и возвращается к норме через 2 суток 3. начинает возрастать через 6-12 ч, достигает наивысших значений на 2-е сутки и нормализуется к 4-7-му дню 4. начинает повышаться через сутки от начала ангинозного приступа, достигает максимальных значений на 3-4-е сутки инфаркта миокарда и нормализуется к 10-14-м суткам 5. увеличивается через 2-3 ч с максимумом через 8-10 ч, второй начинается через 3 суток, нормализация концентрации в крови происходит только через 10-14 суток	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
281	АКТИВНОСТЬ ЛДГ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 1. начинает повышаться через 1-2 ч от возникновения заболевания, достигает	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	максимума через 6 ч и нормализуется к концу 1-х суток 2. увеличивается через 4 ч, достигает максимума к 16-18 ч и возвращается к норме через 2 суток 3. начинает возрастать через 6-12 ч, достигает наивысших значений на 2-е сутки и нормализуется к 4-7-му дню 4. начинает повышаться через сутки от начала ангинозного приступа, достигает максимальных значений на 3-4-е сутки инфаркта миокарда и нормализуется к 10-14-м суткам 5. увеличивается через 2-3 ч с максимумом через 8-10 ч, второй начинается через 3 суток, нормализация концентрации в крови происходит только через 10-14 суток			
282	АКТИВНОСТЬ ТРОПОНИНА Т ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 1. начинает повышаться через 1-2 ч от возникновения заболевания, достигает максимума через 6 ч и нормализуется к концу 1-х суток 2. увеличивается через 4 ч, достигает максимума к 16-18 ч и возвращается к норме через 2 суток 3. начинает возрастать через 6-12 ч, достигает наивысших значений на 2-е сутки и нормализуется к 4-7-му дню 4. начинает повышаться через сутки от начала ангинозного приступа, достигает максимальных значений на 3-4-е сутки инфаркта миокарда и нормализуется к 10-14-м суткам	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	5. увеличивается через 2-3 ч с максимумом через 8-10 ч, второй начинается через 3 суток, нормализация концентрации в крови происходит только через 10-14 суток			
283	ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТРОПОНИНА-Т ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ 1. 2,5 часа - 14 суток 2. 4,5 часа - 3 суток 3. 6,5 часов - 7 суток 4. 2 часа – 5 суток 5. 4 часа – 8 суток	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
284	ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ РАНЬШЕ ДРУГИХ ВОЗРАСТАЕТ УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ 1. креатинфосфокиназы-МВ (МВ-КФК) 2. тропонина Т 3. миоглобина 4. ЛДГ 5. амилазы	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
285	У БОЛЬНЫХ НЕТРАНСМУРАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 1. может не быть изменений на ЭКГ 2. может отмечаться инверсия зубца Т 3. может отмечаться депрессия сегмента ST 4. может отмечаться подъем сегмента ST 5. может не быть изменений на ЭКГ, может отмечаться инверсия зубца Т, может отмечаться депрессия сегмента ST, может отмечаться подъем сегмента ST	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
286	АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2,

	ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. фибрилляция предсердий 2. наджелудочковая экстрасистолия 3. частая желудочковая экстрасистолия 4. атриовентрикулярная блокада II степени 5. глаукома			ПК 5, ПК6
287	В КАКИЕ СРОКИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА НЕОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ 1. с первых суток от возникновения инфаркта 2. в первой недели от возникновения инфаркта 3. в третьей недели от возникновения инфаркта 4. с четвертой недели от возникновения инфаркта 5. с шестой недели от возникновения инфаркта	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6, ПК8, ПК 9
288	ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НЕ ХАРАКТЕРНО 1. увеличения уровня миоглобина 2. увеличения активности аспарагиновой трансаминазы 3. увеличения С-реактивного белка 4. увеличения активности щелочной фосфатазы 5. увеличения МВ фракции креатинфосфокиназы	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
289	ПАЦИЕНТУ 52-Х ЛЕТ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,

	1. метопролол 2. пиндолол 3. нифедипин 4. омега-3 ПНЖК 5. корвалол			
290	ПАЦИЕНТУ 52-Х ЛЕТ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ 1. пиндолол 2. нифедипин 3. метопролол 4. омега-3 ПНЖК 5. корвалол	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
291	ЭКГ-ПРИЗНАКОМ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. подъем сегмента ST 2. инверсия зубца Т 3. патологический зубец Q или QS 4. желудочковая экстрасистола 5. депрессия сегмента ST и отрицательный зубец Т	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
292	В ОТНОШЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ВЕРНО 1. в основе большинства трансмуральных инфарктов миокарда лежит коронарный тромбоз 2. боли обычно отличны от стенокардии по характеру и локализации 3. боли обычно вначале нерезкие, увеличиваются через 2-3 минуты и продолжаются не более 3-15 минут 4. наиболее частой причиной является	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,

	внезапное увеличение потребности миокарда в кислороде 5. смертность в среднем 30%			
293	У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО ПРИ 1. наличии сопутствующей расслаивающей аневризме аорты 2. перенесенном инсульте в течение 4 недель 3. крупных хирургических операциях в течение предшествующих 3 недель 4. желудочно-кишечных кровотечениях в течение предшествующих 3 недель 5. систолическом АД выше 110 мм рт.ст.	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
294	ЛЕЧЕНИЕ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ, НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ 1. с внутривенного введения 0,5-1 мг атропина 2. с внутривенного введения 1 мг изупрела 3. с внутривенного введения 1 мг изоптина 4. с внутривенного введения 100 мг гидрокортизона 5. с внутривенного введения 10 мл изокета	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
295	ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ЖАЛОБ НА ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ ОСНОВАНИМ ДЛЯ ДИАГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. отсутствие изменений на ЭКГ	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	2. атриовентрикулярная блокада I степени 3. синусовая тахикардия 4. патологическое отклонение электрической оси сердца 5. появление зубца Q и подъем сегмента ST			
296	ДОСТОВЕРНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПОВРЕЖДЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ И МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 1. аспарагиновая трансаминаза (АСТ) 2. креатинфосфокиназа (КФК) 3. лактатдегидрогеназа (ЛДГ) 4. миоглобин 5. повышение тропонина Т	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
297	В ОТВЕДЕНИИ V1 ВЫСОКИЙ R, СООТНОШЕНИЕ АМПЛИТУД ЗУБЦОВ R/S=1,2, СЕГМЕНТ ST СНИЖЕН, ЗУБЕЦ Т ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО НАЛИЧИЕ 1. неполной блокады правой ножки пучка Гиса или гипертрофии правого желудочка 2. задне-базального инфаркта миокарда 3. одного из вариантов нормальной ЭКГ 4. гипертрофии левого желудочка 5. инфаркта миокарда правого желудочка	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
298	ПОДОЗРЕНИЕ НА ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ФОНЕ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ВОЗНИКАЕТ, ЕСЛИ 1. длительность комплекса QRS превышает 0,12 с 2. длительность комплекса QRS превышает	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,

	0,16 с 3. отсутствует зубец Q в отведениях V5-V6 4. имеется комплекс QS в отведениях V1-V2 5. имеются комплекс QR или зазубрины в начале восходящего колена зубца R в отведениях V5-V6			
299	ПРЯМЫЕ ПРИЗНАКИ НИЖНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ 1. I, aVL, V1-V4 2. II, III, aVF 3. I, aVL, V5-V6 4. aVL, V1-V2 5. V1-V6	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5
300	ПРЯМЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАДНЕ-БАЗАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ 1. I, aVL, V1-V4 2. II, III, aVF 3. aVL, V1-V2 4. V7-V9 5. V3R, V4R	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5
301	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗВЕНЬЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. повышения активности симпатoadреналовой системы 2. атеросклероза почечных артерий 3. нарушения трансмембранного транспорта ионов 4. изменения системы простагландинов 5. повышение активности симпато-	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	адреналовой системы, атеросклероз почечных артерий, нарушение трансмембранного транспорта ионов, изменение системы простагландинов			
302	ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ УРОВЕНЬ АД, НЕ МОЖЕТ БЫТЬ 1. минутный объем сердца 2. общее периферическое сосудистое сопротивление 3. ренин-ангиотензиновая система 4. уровень электролитов крови 5. уровень гемоглобина крови	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
303	РИСК РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОВЕРОЯТЕН ПРИ 1. больших нервно-эмоциональных нагрузках 2. избыточном потреблении белков и углеводов 3. отягощенной по гипертонии наследственности 4. повышенной массе тела 5. избыточном потреблении поваренной соли	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
304	ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПРИ АГ ПО ДЕЙСТВУЮЩИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВНОК, В СРАВНЕНИИ С ПРЕДЫДУЩИМИ, ИСКЛЮЧЕНЫ 1. возраст 2. гипергликемия 3. С – реактивный белок 4. отягощенная наследственность 5. курение	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,

305	СОГЛАСНО ДЕЙСТВУЮЩИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВНОК ФАКТОРОМ РИСКА ПРИ АГ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА 1. 6,0 ммоль/л 2. 6,5 ммоль/л 3. 5,0 ммоль/л 4. 5,2 ммоль/л 5. 4,0 ммоль/л	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
306	ФОРМУЛА КОКРОФТА-ГАУЛТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ 1. скорости клубочковой фильтрации 2. уровня микроальбуминурии 3. отношения альбумин/креатинин 4. клиренса креатинина 5. индекса массы тела	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
307	ЦИФРЫ АД 163/94 ММ. РТ. СТ. ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОТНЕСЕНЫ К 1. АГ 1 степени 2. АГ 2 степени 3. АГ 3 степени 4. АГ 1-2 степени 5. АГ 2-3 степени	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
308	К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ОТНОСИТСЯ 1. ХС – ЛПНП > 3,0 ммоль/л 2. общий билирубин > 20 мкмоль/л 3. триглицериды > 1,7 ммоль/л 4. АД 140/90 мм рт.ст. и выше 5. сниженный холестерин ЛПВП (<1.0 ммоль/л у мужчин и <1.3 ммоль/л у женщин)	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,

309	ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНА – МИШЕНИ СЧИТАЕТСЯ ЗНАЧЕНИЕ ЛОДЫЖЕЧНО – ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА 1. < 1,3 2. < 1,1 3. < 0,9 4. < 0,8 5. < 0,7	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
310	У БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖНО КОНСТАТИРОВАТЬ НАЛИЧИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ- МИШЕНЕЙ ПРИ УРОВНЕ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ НАЧИНАЯ С 1. 80 мкмоль/л 2. 100 мкмоль/л 3. 120 мкмоль/л 4. 200 мкмоль/л 5. 300 мкмоль/л	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
311	ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АГ 1. снижение АД менее 140/90 мм рт. ст. 2. снижение АД менее 130/80 мм рт. ст. 3. снижение АД на 20% от исходного повышенного АД пациента 4. обеспечение у пациента хорошего самочувствия 5. максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
312	МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ВСЕМ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОЛУЧАЮЩИМ	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 2, ПК 4, ПК 5, ПК6, ПК , ПК 10

	МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ, ОСОБЕННО ПРИ НАЛИЧИИ ФАКТОРОВ РИСКА. ОНИ ПОЗВОЛЯЮТ 1. снизить АД 2. уменьшить потребность в АГП и повысить их эффективность 3. благоприятно повлиять на имеющиеся ФР 4. осуществить первичную профилактику ГБ у больных с высоким нормальным АД и у имеющих ФР 5. снизить АД, уменьшить потребность в АГП и повысить их эффективность, благоприятно повлиять на имеющиеся ФР, осуществить первичную профилактику ГБ у больных с высоким нормальным АД и у имеющих ФР			
313	НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВКЛЮЧАЮТ 1. отказ от курения 2. нормализацию массы тела (ИМТ < 25 кг/м².) 3. снижение потребления алкогольных напитков < 30 г алкоголя в сутки для мужчин и 20 г/сут. для женщин 4. снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут. 5. отказ от курения, нормализацию массы тела, снижение потребления алкогольных напитков и снижение потребления поваренной соли	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 5, ПК6, ПК 8, ПК 10
314	НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВКЛЮЧАЮТ 1. отказ от физической нагрузки	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 5, ПК6, ПК 8, ПК 10

	2. ограничение физической нагрузки 3. сохранение привычного для пациента уровня физической нагрузки 4. увеличение физической нагрузки - регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30-40 минут не менее 4 раз в неделю 5. увеличение физической нагрузки – регулярное посещение тренажерного зала			
315	НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВКЛЮЧАЮТ 1. сохранение привычного для пациента режима питания 2. изменение режима питания с увеличением потребления животных жиров, а также уменьшением потребления растительной пищи 3. изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров. 4. изменение режима питания с увеличением потребления антиоксидантов, витаминов 5. применение с профилактической целью аппарата «Онега»	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6, ПК 8, ПК 10
316	В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕЗ ОПАСЕНИЙ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ФИЗИОЛЕЧЕНИЯ 1. электросон	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК4, ПК 5, ПК6, , ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11

	2. радоновые ванны 3. сероводородные ванны 4. йодобромные ванны 5. кислородные ванны			
317	НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ КАК МОНОТЕРАПИЯ ОПРАВДАНЫ ПРИ 1. первой стадии АГ в течение трех лет от начала заболевания 2. первой стадии АГ в течение первых трех-шести месяцев от начала заболевания при невысоких цифрах АД 3. первой стадии АГ в течение первых трех-шести месяцев от начала заболевания при высоких цифрах АД 4. любой стадии АГ в течение первого года от начала заболевания 5. нежелании больного принимать таблетки	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
318	У МУЖЧИНЫ 50 ЛЕТ ПРИ КОНТРОЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНО ПОВЫШЕНИЕ АД - 160/100 ММ РТ. СТ. ЖАЛОБ НЕТ. ИМЕЕТСЯ УСИЛЕННЫЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК, ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, СУЖЕНИЕ АРТЕРИЙ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ. ВСЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ В НОРМЕ. ВАШЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ 1. показано дополнительное исследование для выявления признаков гипертензии 2. повышение АД, по-видимому, случайное 3. вероятно имеется эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь) 4. имеется вторичная (симптоматическая)	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	гипертония 5. показано лечение каптоприлом			
319	К КАРДИАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. перикардит 2. сердечная астма 3. фибрилляция предсердий 4. гипертрофия миокарда 5. ишемическая болезнь сердца	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
320	В ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕ ИГРАЕТ РОЛЬ 1. увеличение сердечного выброса 2. задержка натрия 3. увеличение активности ренина 4. увеличение продукции катехоламинов 5. повышение венозного давления	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
321	РИСК РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ 1. наследственной предрасположенности 2. избыточном потреблении соли 3. язвенной болезни 4. избыточном веса 5. низкой физической активности, хроническом стрессе	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
322	МОНОТЕРАПИЯ КАК СТАРТОВАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ 1. с исходно высоким АД 2. с небольшим повышением АД и высоким риском	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	3. с небольшим повышением АД и низким или средним риском 4. всем пациентам, имеющим повышение АД 5. пациентам, не имеющим повышения АД			
323	КОМБИНАЦИЯ ДВУХ ПРЕПАРАТОВ В НИЗКИХ ДОЗАХ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА У БОЛЬНЫХ 1. с небольшим повышением АД и низким или средним риском 2. АГ 1-2 степеней со средним риском ССО 3. АГ 2-3 степеней с высоким или очень высоким риском ССО 4. с исходно нормальным уровнем АД 5. с множественной лекарственной непереносимостью	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
324	ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕПАРАТЫ 1. короткого действия, обеспечивающих быстрое наступление гипотензивного действия 2. пролонгированного действия, обеспечивающие 24-часовой контроль АД при однократном приеме 3. пролонгированного действия, обеспечивающие 48-часовой контроль АД при однократном приеме 4. преимущественно центрального действия 5. препараты с внутривенным способом введения	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
325	В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ РЕКОМЕНДОВАНЫ ОСНОВНЫЕ	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	КЛАССЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ 1. три 2. четыре 3. пять 4. шесть 5. семь			
326	ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИОКАРДИТА 1. расширение границ сердца 2. приглушенность тонов 3. систолический шум у верхушки 4. расширение границ сердца, приглушенность тонов, систолический шум у верхушки 5. повышение АД	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК6, ПК 7, ПК 8, ПК 10, ПК 12, ПК 11
327	К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМИ МИОКАРДИТОВ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТНОСЯТ 1. снижение амплитуды зубца Т 2. инверсия зубца Т 3. нарушение проводимости 4. нарушение возбудимости 5. снижение амплитуды и инверсия зубца Т, нарушение проводимости и возбудимости	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК6, ПК 7, ПК 8, ПК 10, ПК 12, ПК 11
328	ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА У БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО ВЫЯСНИТЬ 1. наличие в анамнезе аллергического заболевания 2. непереносимость ряда лекарств, пищевых продуктов	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК6, ПК 7, ПК 8, ПК 10, ПК 12, ПК 11

	3. реакцию на введение вакцин, сывороток 4. наличие скрытого периода аллергического воздействия 5. наличие в анамнезе аллергического заболевания, непереносимость ряда лекарств, пищевых продуктов, реакцию на введение вакцин, сывороток, наличие скрытого периода аллергического воздействия			
329	У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ МИОКАРДИТОМ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ СИНДРОМЫ - сердечной недостаточности - аритмический - болевой (инфарктоподобный) - псевдоклапанный - сердечной недостаточности, аритмический, болевой (инфарктоподобный), псевдоклапанный	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК6, ПК 7, ПК 8, ПК 10, ПК 12, ПК 11
330	ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У ПАЦИЕНТА 42 ЛЕТ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭОЗИНОФИЛИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ОБНАРУЖЕН ФИБРОЗ ЭНДОКАРДА И ПРИСТЕНОЧНЫЙ ТРОМБ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ. ЭТО ПАТОГНОМОНИЧНО ДЛЯ - амилоидоза - эндокардита Леффлера - миокардита - гипертрофической кардиомиопатии - дилатационной кардиомиопатии	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК6, ПК 7, ПК 8, ПК 10, ПК 12, ПК 11
331	МОЖЕТ БЫТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИОКАРДИТА И ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ ТРОПНОСТЬЮ К МИОКАРДУ ВИРУС	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5,

	1. вирус гриппа 2. вирус Коксаки 3. вирус ЕСНО 4. аденовирус 5. вирус гепатита			ПК6, ПК 7, ПК 8, ПК 10, ПК 12, ПК 11
332	ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. стенокардия напряжения 2. развитие сердечной недостаточности 3. полная блокада левой ножки пучка Гиса 4. желудочковая аритмия 5. полная блокада правой ножки пучка Гиса	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, Ук3, ПК 2, ПК 5, ПК6, ПК 9, ПК 10, ПК 11
333	КАКИЕ ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СУБАОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ 1. симметричная гипертрофия стенок левого желудочка 2. систолическое движение передней створки митрального клапана 3. утолщение створок аортального клапана 4. истончение стенок левого желудочка 5. истончение межжелудочковой перегородки	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
334	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРИТМИЙ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ 1. хинидина 2. новокаинамида 3. изоптина 4. индерала	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	5. кордарона			
335	ОБСТРУКЦИЯ ВЫХОДА ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С 1. митральным стенозом 2. идиопатическим гипертрофическим субаортальным стенозом 3. стенозом легочной артерии 4. митральной недостаточностью 5. аортальной недостаточностью	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
336	ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ 1. синдром WPW 2. блокада правой ножки пучка Гиса 3. атриовентрикулярная блокада 4. фибрилляция предсердий 5. глубокий Q в V5 – V6	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
337	НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫЙ, ПРОСТОЙ И ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 1. ЭКГ 2. ЭхоКГ 3. сцинтиграфия миокарда 4. катетеризация сердца 5. биопсия миокарда	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
338	ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ 1. расширение камер сердца 2. диффузное снижение сократительной способности миокарда	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	3. недостаточность митрального клапана 4. пристеночные тромбы в предсердиях и желудочках 5. расширение камер сердца, диффузное снижение сократительной способности миокарда, недостаточность митрального клапана, пристеночные тромбы в предсердиях и желудочках			
339	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 1. наследственность 2. алкоголизм 3. артериальная гипертензия 4. ишемическая болезнь сердца 5. стрептококковая инфекция	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
340	ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ 1. нарушения сердечного ритма 2. подострое начало 3. предшествующая острая респираторная инфекция 4. застойная сердечная недостаточность 5. нарушения сердечного ритма, подострое начало, предшествующая острая респираторная инфекция, застойная сердечная недостаточность	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
341	К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСЯТ 1. ишемическую 2. гипертрофическую 3. дилатационную	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 4, ПК 5, ПК6

	4. ишемическую и дилатационную 5. гипертрофическую и дилатационную			
342	ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. идиопатическая дилатация 2. миокардит 3. наследственность 4. все перечисленное 5. идиопатическая дилатация и миокардит	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 5, ПК6
343	ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ 1. дилатация левого желудочка 2. диффузная гипокинезия 3. тромбы 4. дилатация правого предсердия 5. дилатация левого желудочка, диффузная гипокинезия, тромбы, дилатация правого предсердия	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
344	ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК ОБЫЧНО 1. первично вовлекается в процесс заболевания 2. расширяется по мере нарастания легочной гипертензии 3. не изменяется в размерах 4. при прогрессировании заболевания уменьшается в размерах 5. не вовлекается в процесс заболевания	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
345	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	1. ИБС 2. ДКМП 3. амилоидоз сердца 4. гипертоническая болезнь 5. миокардит			
346	РЕСТРИКТИВНЫЙ ТИП НАПОЛНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ 1. застойной сердечной недостаточности 2. констриктивном перикардите 3. при прогрессировании и длительно сохраняющейся артериальной гипертензии 4. застойной сердечной недостаточности, констриктивном перикардите, при прогрессировании и длительно сохраняющейся артериальной гипертензии 5. миокардите	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
347	ОБЛИТЕРИРУЮЩАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ВОЗНИКАЕТ НА ФОНЕ 1. эндокардита Леффлера 2. гиперэозинофильного синдрома 3. наследственных заболеваний 4. миокардита 5. эндокардита Леффлера и гиперэозинофильного синдрома	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
348	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ ПОРАЖЕНИЕ ЭНДОКАРДА 1. лактобактерии 2. синегнойная палочка 3. зеленыя стрептококки 4. золотистые стафилококки 5. менингококки	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

349	ЭНДОКАРДИТ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ 1. вирусы 2. бациллы лихорадки Ку 3. сальмонеллы 4. вирусы, бациллы лихорадки Ку, сальмонеллы 5. прионы	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
350	ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К ИНФЕКЦИОННОМУ ЭНДОКАРДИТУ ФАКТОРАМИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ 1. преходящую бактеремию 2. проведение гемодиализа 3. наличие искусственных клапанов сердца 4. преходящую бактеремию, проведение гемодиализа, наличие искусственных клапанов сердца 5. повышение АД	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
351	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ 1. у больных, имеющих поражение клапанного аппарата 2. при интактных клапанах 3. частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение клапанного аппарата и не имеющих его 4. у женщин с пролапсом митрального клапана 5. после ангины	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
352	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. лихорадка 2. артралгии 3. петехии на коже и слизистых 4. изменения формы ногтей 5. анемия			
353	ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ 1. миокардит 2. васкулиты мелких сосудов 3. эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов 4. миокардит, васкулиты мелких сосудов, эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов 5. повышение АД	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 3, ПК4, ПК 5, ПК6, ПК 9
354	ОТНОСИТЕЛЬНО РЕДКО ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ 1. митрального клапана 2. аортального клапана 3. трехстворчатого клапана 4. митрального и аортального клапана 5. митрального и трехстворчатого клапана	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
355	ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН 1. эмболией сосудов бактериальными или тромботическими массами 2. поражением <i>vazavazorum</i> 3. вторичным поражением коронарных	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	артерий 4. тромбозом коронарных артерий 5. спазмом коронарных артерий			
356	ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ 1. диффузный гломерулонефрит 2. инфаркт почки 3. очаговый нефрит 4. диффузный гломерулонефрит, инфаркт почки, очаговый нефрит 5. повышение АД	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
357	ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА ПОЧКИ ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. боль в поясничной области 2. гематурия 3. дизурические явления 4. боль в поясничной области, гематурия, дизурические явления 5. повышение АД	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
358	ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ АНЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. у большинства больных 2. редко 3. не встречается 4. бывает только при остром эндокардите 5. только если развивается кровотечение	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
359	ДЛЯ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО 1. наличие лихорадки, озноба 2. наличие лейкоцитоза	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	3. быстрое формирование порока сердца 4. быстрое появление признаков сердечной недостаточности 5. наличие лихорадки, озноба, лейкоцитоза, быстрое формирование порока сердца и появление признаков сердечной недостаточности			
360	ДЛЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ 1. бактеремии 2. лейкоцитоза 3. увеличение СОЭ 4. бактеремии, лейкоцитоза, увеличение СОЭ 5. бактеремии, увеличение СОЭ	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
361	ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ 1. поражение ЦНС 2. поражение клапанов сердца 3. эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов 4. почечная недостаточность 5. поражение ЦНС и клапанов сердца, эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов, почечная недостаточность	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
362	ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ АОРТАЛЬНЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ЧАЩЕ ФОРМИРУЕТСЯ 1. к 2-й неделе от начала заболевания 2. к концу 1-го месяца от начала заболевания 3. к концу 3-4-го месяца заболевания	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	4. к концу 1-го полугодия 5. через несколько лет			
363	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ 1. митральный клапан 2. аортальный клапан 3. трехстворчатый клапан 4. клапан легочной артерии 5. зависимости не наблюдается	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
364	ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ПОРАЖЕНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ 1. систолического шума с максимумом во II межреберье справа 2. систолического шума на верхушке 3. диастолического шума в точке Боткина 4. диастолического шума на верхушке 5. щелчка в точке Боткина	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
365	ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ 1. экстрасистолия 2. фибрилляция предсердий 3. нарушения АВ проводимости 4. синусовая брадикардия или тахикардия 5. экстрасистолия, фибрилляция предсердий, нарушения АВ проводимости, синусовая брадикардия или тахикардия	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
366	ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ИНФАРКТ МИОКАРДА	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	ВСЛЕДСТВИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ КРОНАРНОЙ АРТЕРИИ РАЗВИВАЕТСЯ 1. редко 2. примерно в половине случаев 3. у большинства больных 4. только при наличии коронарного атеросклероза 5. только при сопутствующей гипертензии			
367	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ РАЗВИТИЕМ 1. перикардита 2. миокардита 3. перикардита и миокардита 4. артериальной гипертензии 5. течение эндокардита всегда сочетается с одновременным развитием перикардита и эндокардита	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
368	НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМИ ДЛЯ ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. увеличение СОЭ 2. одышка 3. анемия 4. лейкоцитопения 5. бактериемия	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
369	ДЛЯ АБАКТЕРИАЛЬНОЙ СТАДИИ ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ 1. тромбозов в различные органы 2. артралгии 3. анемии, лейкоцитопении, тромбоцитопении	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	4. развитие порока сердца 5. положительного результата посева крови			
370	ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. умеренная лихорадка 2. боль в груди 3. одышка 4. слабость 5. умеренная лихорадка, боль в груди, одышка, слабость	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
371	ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ 1. гломерулонефрит с явлениями почечной недостаточности 2. артриты 3. синовит 4. васкулиты 5. гломерулонефрит с явлениями почечной недостаточности, артриты, синовит, васкулиты	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
372	ПРИЧИНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ БЫТЬ 1. формирование порока митрального клапана 2. формирование порока аортального клапана 3. формирование порока трикуспидального клапана 4. сопутствующий миокардит 5. формирование порока митрального, аортального или трикуспидального клапана, сопутствующий миокардит	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,

373	ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРОК СЕРДЦА ЧАЩЕ ФОРМИРУЕТСЯ 1. в течение 2-3 недель от начала заболевания 2. в течение 1-6 месяцев от начала заболевания 3. к концу 1-го года заболевания 4. через 3-5 лет 5. порок не формируется	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
374	ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ 1. разрывом хорды 2. образованием аневризмы аорты 3. разрывом межжелудочковой перегородки 4. развитием пиогемоперикарда 5. разрывом хорды, образованием аневризмы аорты, разрывом межжелудочковой перегородки, развитием пиогемоперикарда	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
375	ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЭМБОЛИИ ВОЗМОЖНЫ В 1. артерии почек 2. коронарные артерии 3. артерии селезенки 4. артерии мозга 5. артерии почек, селезенки, головного мозга, коронарные артерии	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
376	ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ 1. инфаркта почки 2. абсцесса почки 3. диффузного гломерулонефрита	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 2, ПК 4, ПК 3, ПК 5, ПК6, ПК 8, ПК 10, ПК 11

	4. инфаркта почки, абсцесса почки, диффузного гломерулонефрита 5. артериальной гипертензии			
377	ДЛЯ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНО 1. увеличение СОЭ 2. анемия 3. тромбоцитопения 4. лейкопения 5. лейкоцитоз	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
378	ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1. ишемическая болезнь сердца 2. болезнь и синдром Иценко-Кушинга 3. хронический пиелонефрит 4. язвенная болезнь желудка 5. хронический гепатит	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК-3, ПК 5, ПК6
379	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА 1. ожирение 2. гипертоническая болезнь 3. наличие антител к островковым клеткам 4. ИБС, атеросклероз 5. малоподвижный образ жизни	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
380	ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА 1. инсулинорезистентность и деструкция бета-клеток 2. деструкция бета-клеток и инсулиновая недостаточность	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	3. инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов 4. повышение контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность 5. ожирение и инсулинорезистентность			
381	ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПЕРВОГО ТИПА 1. ожирение 2. травма поджелудочной железы 3. психическая травма 4. панкреатит 5. аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсулита и вирусное поражение бета - клеток	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
382	АБСОЛЮТНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ИНСУЛИНА ВЫЗЫВАЕТ 1. опухоли поджелудочной железы 2. острый панкреатит 3. гемахроматоз 4. аутоиммунное поражение поджелудочной железы 5. опухоли поджелудочной железы, острый панкреатит, гемахроматоз, аутоиммунное поражение поджелудочной железы	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
383	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ 1. первичная деструкция бета-клеток поджелудочной железы 2. нарушение чувствительности тканей к инсулину 3. ожирение	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	4. усиление глюконеогенеза 5. инактивация инсулина			
384	НАСЛЕДСТВЕННЫМИ СИНДРОМАМИ, СОЧЕТАЮЩИМИСЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ 1. аутоиммунного тиреоидита 2. диффузного токсического зоба 3. пернициозной анемии 4. первичного гипокортицизма 5. эндемического зоба	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
385	В ПАТОГЕНЕЗЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ 1. деструкции бета-клеток 2. нарушения рецепторного аппарата бета-клеток 3. гормональных антагонистов инсулина 4. негормональных антагонистов инсулина 5. снижения количества рецепторов к инсулину	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
386	ПАТОГЕНЕЗ СИЛЬНОЙ ЖАЖДЫ, СУХОСТИ ВО РТУ ПРИ ДИАБЕТЕ ОБУСЛОВЛЕН ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ 1. обезвоживания организма 2. повышения гликемии 3. повышения уровня мочевины в крови 4. избыточного выделения жидкости через почки 5. снижения уровня натрия в крови	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
387	САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ 1. акромегалии 2. болезни Иценко-Кушинга	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6, ПК 9, ПК 11, ПК 10

	3. феохромоцитоме 4. ожирении 5. синдроме Симмондса			
388	К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ АБСОЛЮТНОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА НЕ ОТНОСИТСЯ - доброкачественной или злокачественной опухоли бета-клеток панкреатических островков - гиперплазии бета-клеток панкреатических островков - доброкачественной или злокачественной опухоли из бета-клеток эктопированной островковой ткани поджелудочной железы - неврогенной анорексии - панкреатита с преимущественным поражением панкреатических островков	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
389	ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ПРЕДНИЗОЛОНА ГИПЕРГЛИКЕМИЯ НАЧИНАЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ - деструкции бета-клеток поджелудочной железы - снижения утилизации глюкозы тканями - повышения всасываемости глюкозы в желудочно-кишечном тракте - усиления глюконеогенеза - торможения секреции инсулина	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
390	ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ХАРАКТЕРЕНО - возраст старше 45 лет - принадлежность к мужскому полу - склонность к кетоацидозу	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	4. повышенная масса тела наследственная предрасположенность			
391	ДЛЯ ДИАБЕТА 2 ТИПА НЕ ХАРАКТЕРНО 1. возраста к началу болезни старше 40 лет 2. избыточной массы тела 3. отсутствия склонности к кетоацидозу 4. постепенного развития заболевания 5. необходимости лечения инсулином в первые 2-3 года	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
392	ВЫБЕРИТЕ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАТЕНТНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 1. исследование сахара крови натощак 2. исследование сахара крови в течение суток каждые 2 часа 3. исследование сахара крови натощак и через 2 часа после приема 75 г глюкозы 4. исследование утренней порции мочи на содержание сахара 5. исследование сахара крови натощак и после приема 50 г глюкозы	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
393	РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ НАРУШЕНИЮ ТОЛЕРАНТНОСТИ 1. 5,1-10,8 ммоль/л 2. 6,55-6,94 ммоль/л 3. 4,88-6,66 ммоль/л 4. 6,94-11,3 ммоль/л 5. 8,5-12,9 ммоль/л	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
394	ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОБЫ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К УГЛЕВОДАМ 1. язвенная болезнь желудка	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	2. патология почек 3. артериальная гипертензия 4. ожирение 5. ревматизм			
395	РЕЗУЛЬТАТЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1. натощак 3,8-5,6 ммоль/л, через 2 часа после приема глюкозы - 8 ммоль/л 2. натощак 3,8-5,6 ммоль/л, через 2 часа после приема глюкозы - 11 ммоль/л 3. натощак 3,8-5,6 ммоль/л, через 2 часа после приема глюкозы - более 7,8 ммоль/л 4. натощак более 6,1 ммоль/л, через 2 часа после приема глюкозы - более 11,1 ммоль/л 5. натощак менее 3,8 ммоль/л, через 2 часа после приема глюкозы - менее 6 ммоль/л	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
396	ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЯВНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ДОСТАТОЧНО ПРОВЕСТИ 1. тест толерантности к глюкозе 2. исследование уровня холестерина, триглицеридов 3. исследование гликемического и глюкозурического профиля 4. исследование сахара крови натощак 5. исследование уровня гликозилированного гемоглобина	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
397	ГЛЮКОЗУРИЯ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ 1. почечного диабета 2. беременности 3. заболевания почек (пиелонефрита,	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,

	хронического нефрита, нефроза) 4. синдрома Фанкони 5. гипотиреоза			
398	ПРЯМОЕ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ 1. пенициллин 2. парацетамол 3. эналаприл 4. симвастатин 5. клопидогрель	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
399	МЕТАБОЛИЗМ ТАКИХ СТАТИНОВ, КАК СИМВАСТАТИН, АТОРВАСТАТИН ПРОИСХОДИТ ПРИ УЧАСТИИ ИЗОФЕРМЕНТА ЦИТОХРОМА P450 1. 3A4 2. 2C9 3. P450 4. с участием всех изоформ 5. метаболизм статинов происходит без участия цитохрома P450	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
400	МЕТАБОЛИЗМ ТАКИХ СТАТИНОВ, КАК РОЗУВАСТАТИН, ФЛЮВАСТАТИН ПРОИСХОДИТ ПРИ УЧАСТИИ ИЗОФЕРМЕНТА ЦИТОХРОМА P450 1. 3A4 2. 2C9 3. P450 4. с участием всех изоформ 5. метаболизм статинов происходит без участия цитохрома P450	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
401	В ОТНОШЕНИИ ГРЕЙПФРУТОВОГО СОКА	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2,

	ВЕРНО 1. индуцирует цитохром 3A4 2. ингибирует цитохром 3A4 3. индуцирует цитохром 2C9 4. ингибирует цитохром 2C9 5. ингибирует обе изоформы			ПК 5, ПК6
402	В ОТНОШЕНИИ ГРЕЙПФРУТОВОГО СОКА НЕВЕРНО 1. усиливает токсический эффект аторвастатина 2. увеличивает сывороточную концентрацию аторвастатина 3. уменьшает сывороточную концентрацию аторвастатина 4. не влияет на метаболизм аторвастатина 5. уменьшает токсический эффект аторвастатина	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
403	СЫВОРОТОЧНУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ СИМВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА СПОСОБЕН УВЕЛИЧИТЬ 1. кларитромицин 2. эритромицин 3. флюконазол 4. верапамил 5. кларитромицин, эритромицин, флюконазол, верапамил	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
404	ИНДУЦИРУЮТ АКТИВНОСТЬ ЦИТОХРОМА 3A4 1. барбитураты 2. карбамазепин, 3. гризеофульвин 4. рифампицин	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	5. барбитураты, карбамазепин, гризеофульвин, рифампицин			
405	ДЛЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ТИПА ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ 1. АЛТ 2. АСТ 3. щелочной фосфатазы и билирубина 4. мочевины 5. креатинина	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
406	ДЛЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО ТИПА ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ 1. АЛТ и АСТ 2. щелочной фосфатазы 3. билирубина 4. мочевины 5. креатинина	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
407	ИЗ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОБЛАДАЕТ ГЕПАТОКСИЧНЫМ ЭФФЕКТОМ 1. диклофенак 2. аспирин 3. нимесулид 4. индометацин 5. парацетамол	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
408	К СЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРАМ ЦОГ-2 ОТНОСИТСЯ 1. аспирин 2. напроксен	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	3. ибупрофен 4. диклофенак 5. целекоксиб			
409	ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ НПВП-ГАСТРОПАТИИ ПРИНАДЛЕЖИТ БЛОКАДЕ 1. ЦОГ-1 2. ЦОГ-2 3. ЦОГ-3 4. ЦОГ-1 и ЦОГ-2 5. ЦОГ-1 и ЦОГ-3	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
410	НАИБОЛЬШЕЙ ГАСТРОТОКСИЧНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ НПВП 1. мелоксикам 2. индометацин 3. нимесулид 4. целекоксиб 5. эторикоксиб	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
411	К ФАКТОРАМ РИСКА НПВП-ГАСТРОПАТИЙ НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ 1. молодой возраст 2. сочетанный прием с глюкокортикоидами 3. сопутствующая сердечная недостаточность 4. наличие язвы в анамнезе 5. прием тианопиридинов	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
412	ПАРОКСИЗМАЛЬНУЮ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНУЮ ТАХИКАРДИЮ МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ, ЕСЛИ 1. внезапное начало и прекращение 2. комплексы QRS не уширены 3. полиурия в конце приступа 4. частота сердечных сокращений до 120 в	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	минуту 5. может быть купирована при массаже каротидного синуса			
413	ПАРОКСИЗМАЛЬНУЮ УЗЛОВУЮ ТАХИКАРДИЮ МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ, ЕСЛИ - внезапное учащение сердечных сокращений до 160-220 в минуту - сохранение правильного ритма - отсутствие волны Р перед желудочковыми комплексами - комплексы QRS не уширены - расширенные, деформированные желудочковые комплексы	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
414	ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ НЕВЕРНО - часто проявление интоксикации дигиталисом - комплекс QRS не изменен - показана выжидательная тактика, седативные средства - лечение выбора - β-блокаторы внутривенно - может быть при отсутствии органической патологии сердца	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
415	ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА ПРИ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ - кордарон - верапамил (изоптин) - хинидин - дигоксин - новокаионамид	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

416	У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ВОЗНИК ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ (160 УД/МИН), КОТОРЫЙ ВРАЧ КУПИРОВАН МАССАЖЕМ КАРОТИДНОГО СИНУСА. ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ СКОРЕЕ ВСЕГО БЫЛ ОБУСЛОВЛЕН 1. синусовой тахикардией 2. пароксизмальной мерцательной аритмией 3. пароксизмальным трепетанием предсердий 4. пароксизмальной наджелудочковой тахикардией 5. пароксизмальной желудочковой тахикардией	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
417	ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ 1. лидокаин или новокаинамид 2. дигоксии или строфантин 3. анаприлин или кордарон 4. изоптин или нифедипин 5. корвалол и валокордин	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
418	МАССАЖ КАРОТИДНОГО СИНУСА ПРИ ТАХИКАРДИИ 184 В МИНУТУ С ПРАВИЛЬНЫМ РИТМОМ ПРИВЕЛ К УРЕЖЕНИЮ РИТМА ДО 80 В МИНУТУ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1. синусовая тахикардия 2. трепетание предсердий с блоком 2:1 3. пароксизмальная тахикардия 4. пароксизмальная предсердная тахикардия 5. фибрилляция предсердий	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
419	ДЛЯ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НЕ	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2,

	ХАРАКТЕРНО 1. предсердный ритм обычно 200-400 в минуту 2. может вызывать или спровоцировать сердечную недостаточность 3. волны трепетания лучше всего видны в отведениях II, III, aVF 4. дигоксин способен предупреждать рецидивы 5. AV-блокада			ПК 5, ПК6
420	ФИБРИЛЛЯЦИЮ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ, ЕСЛИ 1. разные промежутки между желудочковыми комплексами 2. возможен дефицит пульса 3. зубцы Р отсутствуют 4. имеются регулярные предсердные комплексы в форме "пилы" 5. могут быть волны фибрилляции предсердий	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
421	У больного 42 лет, страдающего митральным пороком сердца, после ангины появились частые предсердные экстрасистолы. Имеется риск 1. развития недостаточности кровообращения 2. появления фибрилляции предсердий 3. появления коронарной недостаточности 4. появления АВ-блокады 5. появления СА-блокады	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
422	У БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ, НА ФОНЕ РЕВМАТИЧЕСКОГО МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	ПОЯВИЛАСЬ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ. ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ МОГ СПОСОБСТВОВАТЬ ПРИЕМ 1. дигоксина, панангина 2. панангина, амидопирина 3. дигоксина, лазикса 4. амидопирина 5. панангина, лазикса			
423	БОЛЬНАЯ, 45 ЛЕТ, СТРАДАЕТ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ. 2 ЧАСА НАЗАД ВОЗНИКЛИ ОСТРЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ. ОБЪЕКТИВНО: СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, ПОЛОЖЕНИЕ ВЫНУЖДЕННОЕ. ЖИВОТ В АКТЕ ДЫХАНИЯ НЕ УЧАСТВУЕТ, РАЗЛИТАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ. СИМПТОМ ЩЕТКИНА НЕ ВЫРАЖЕН. ПЕРИСТАЛЬТИКА НЕ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ. ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СОХРАНЕНА. ПРИТУПЛЕНИЙ В ОТЛОГИХ МЕСТАХ ЖИВОТА НЕТ. ПУЛЬС - 120 УД/МИН, СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ. АД - 90/40 ММ РТ. СТ. ПРИ СРОЧНОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖИВОТА ПАТОЛОГИИ НЕ ОБНАРУЖЕНО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1. перфорация язвы 12-перстной кишки 2. острый панкреатит 3. острый холецистит 4. тромбоз эмболия верхней брыжеечной артерии 5. острая кишечная непроходимость	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
424	ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2,

	ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ 1. изоптин 2. лидокаин 3. изадрин 4. атропин 5. дигоксин			ПК 5, ПК6
425	К РАЗВИТИЮ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ НЕ ПРИВОДИТ 1. лихорадка 2. тиреотоксикоз 3. синдром Кушинга 4. острая сердечная недостаточность 5. хроническая сердечная недостаточность	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
426	НАРУШЕНИЕМ РИТМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДЯЩИМ К РАЗВИТИЮ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия 2. фибрилляция предсердий 3. желудочковая пароксизмальная тахикардия 4. синусовая тахикардия 5. полная атриовентрикулярная блокада.	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
427	У БОЛЬНОГО 61 ЛЕТ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ДАВНОСТЬЮ 10 ЧАСОВ ВОЗНИКЛА ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ С ЧАСТОТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА ОКОЛО 130 В МИН. АД 105/70 ММ РТ. СТ. НЕБОЛЬШАЯ ОДЫШКА В ПОКОЕ. БОЛЕЙ НЕТ. НАЧИНАТЬ НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ В БЛОКЕ	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЛЕДУЕТ С 1. электрическая дефибриляция 2. лидокаин внутривенно 3. кордарон внутривенно 4. электрокардиостимуляция 5. нитроглицерин внутривенно			
428	ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 1. ревматический митральный порок - наиболее частая причина в молодом и среднем возрасте 2. имеется повышенный риск эмболии 3. рекомендуется восстановление синусового ритма 4. при развитии данной аритмии у больных пороками сердца показано применение антикоагулянтов 5. ревматический митральный порок - наиболее частая причина в молодом и среднем возрасте, имеется повышенный риск эмболии, рекомендуется восстановление синусового ритма, при развитии данной аритмии у больных пороками сердца показано применение антикоагулянтов	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
429	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ НОРМОФОРМЫ ПРЕПАРАТ ВЫБОРА 1. фуросемид 2. нифедипин 3. беллоид 4. метопролол 5. дигоксин	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

430	ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ НЕВЕРНО 1. ритм 150-220 в минуту 2. провоцирующими факторами могут быть кофе, алкоголь, табак 3. благоприятный эффект может быть получен от массажа каротидного синуса 4. бета-блокаторы дают отрицательный эффект 5. характерно внезапное начало и конец	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
431	ПРИ ПРИСТУПЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ 1. строфантин 2. лидокаин 3. новокаиномид 4. этализин 5. кордарон	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
432	ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ТАХИКАРДИЯ МАДОВЕРОЯТНА, ЕСЛИ 1. внезапное начало и прекращение 2. комплексы QRS не уширены 3. полиурия в конце приступа 4. частота сердечных сокращений до 120 в минуту 5. может быть купирована при массаже каротидного синуса	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
433	ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ АВ-УЗЛОВАЯ ТАХИКАРДИЯ МАЛОВЕРОЯТНА, ЕСЛИ 1. внезапное учащение сердечных	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	сокращений до 160-220 в минуту 2. сохранение правильного ритма 3. отсутствие волны Р перед желудочковыми комплексами 4. комплексы QRS не уширены 5. расширенные, деформированные желудочковые комплексы			
434	ПРИЗНАКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ 1. комплекс QRS не изменен 2. показана выжидательная тактика, седативные средства 3. лечение выбора - β-блокаторы внутривенно 4. может быть при отсутствии органической патологии сердца 5. комплекс QRS не изменен, показана выжидательная тактика, седативные средства, лечение выбора - β-блокаторы внутривенно, может быть при отсутствии органической патологии сердца	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
435	ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА ПРИ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕКОМЕНДУЕТСЯ 1. кордарон 2. верапамил (изоптин) 3. хинидин 4. дигоксин 5. новокаиномид	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
436	У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ВОЗНИК ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ (160 УД/МИН), КОТОРЫЙ	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	ВРАЧ КУПИРОВАН МАССАЖЕМ КАРОТИДНОГО СИНУСА. ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ СКОРЕЕ ВСЕГО БЫЛ ОБУСЛОВЛЕН 1. синусовой тахикардией 2. пароксизмальной фибрилляцией предсердий 3. пароксизмальным трепетанием предсердий 4. пароксизмальной наджелудочковой тахикардией 5. пароксизмальной желудочковой тахикардией			
437	ПРИЗНАК, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1. набухание шейных вен 2. асцит 3. анорексия 4. ортопноэ 5. отеки на ногах	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
438	НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПРИЗНАКАМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1. резко выраженная одышка (вплоть до удушья) 2. гепатомегалия 3. влажные хрипы в легких 4. тахикардия 5. повышение давления в легочных венах	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
439	НЕ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1. уменьшение функции сократимости миокарда	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,

	2. уменьшение давления наполнения желудочков 3. гипертрофия миокарда 4. увеличение после нагрузки 5. высокий сердечный выброс			
440	НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПРИЗНАКАМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1. увеличение печени 2. снижение венозного давления 3. замедление скорости кровотока 4. цианоз 5. отеки	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
441	НАИБОЛЕЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. раздвоение второго тона 2. ритм галопа 3. хрипы в легких 4. асцит 5. отеки	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5,
442	БОЛЬНОЙ 65 ЛЕТ ПОСТУПИЛ ПО ПОВОДУ ОДЫШКИ ДАЖЕ В ПОКОЕ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: АД - 90/70 ММ РТ. СТ., ПУЛЬС - 100 УД/МИН, РИТМИЧНЫЙ, ОРТОПНОЭ, НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН, ОТЕКИ НА НОГАХ, ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА АОРТЕ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ШЕЮ. НЕВЕРНО, ЧТО 1. диуретики могут уменьшить одышку и отеки 2. показано лечение эналаприлом в высоких	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	дозах для уменьшения после нагрузки 3. показано обследование для выявления причины сердечной недостаточности 4. вероятным механизмом левожелудочковой недостаточности является увеличение после нагрузки 5. у пациента имеются признаки недостаточности обоих желудочков			
443	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТЕКОВ НЕОБХОДИМО ИЗБЕГАТЬ ОДНОВРЕМЕННОГО НАЗНАЧЕНИЯ 1. фуросемид и верошпирон 2. гипотиазид и хлорид калия 3. верошпирон и хлорид калия 4. гипотиазид и верошпирон 5. диурер и верошпирон	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
444	БОЛЬНАЯ 44 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В БИТ ПО ПОВОДУ ТЯЖЕЛОГО ПРИСТУПА ИНСПИРАТОРНОГО УДУШЬЯ, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ МАЛОПРОДУКТИВНЫМ КАШЛЕМ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: ОРТОПНОЭ, ЦИАНОЗ, ДЫХАНИЕ - 36 В МИНУТУ, ПУЛЬС - 110 УД/МИН, РИТМИЧНЫЙ, АД - 200/110 ММ РТ. СТ. В ЛЕГКИХ С ОБЕИХ СТОРОН ВЛАЖНЫЕ РАЗНОКАЛИБЕРНЫЕ ХРИПЫ. СЕРДЦЕ РАСШИРЕНО, РИТМ ГАЛОПА. НА ЭКГ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ: СНИЖЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ ЛЕГОЧНЫХ ПОЛЕЙ. ТЕМПЕРАТУРА 37,1°С. НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА НАЧАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ 1. дигоксин	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	2. фуросемид и нитроглицерин внутривенно 3. антибиотики 4. каптоприл 5. нифедипин			
445	В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОШИБОЧНО 1. диуретики первично уменьшают давление наполнения сердца 2. катехоламины назначаются при кардиогенном шоке 3. дигоксин - препарат выбора при хронической сердечной недостаточности у больных ИБС 4. эналаприл уменьшает конечно-диастолическое давление левого желудочка 5. дигоксин наиболее показан при тахисистолической форме фибрилляции предсердий	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
446	ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ 1. оксигенотерапия 2. АТФ и ко-карбоксилаза 3. нитраты 4. ингибиторы АПФ 5. препараты калия	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
447	В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВНОК 2006 Г.) НЕ ОТНОСЯТСЯ К ОСНОВНЫМ И ЯВЛЯЮТСЯ	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПО ПОКАЗАНИЯМ 1. бета-блокаторы 2. ингибиторы АПФ 3. блокаторы рецепторов ангиотензина II 4. антагонисты альдостерона 5. статины			
448	В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВНОК 2006 Г.) НЕ ОТНОСЯТСЯ К ОСНОВНЫМ И ЯВЛЯЮТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПО ПОКАЗАНИЯМ 1. бета-блокаторы 2. диуретики 3. блокаторы рецепторов ангиотензина II 4. антикоагулянты 5. сердечные гликозиды	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
449	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГЛИКОЗИДНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ 1. кожные высыпания 2. тошнота и рвота 3. гипотония 4. бронхоспазм 5. паркинсонизм	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
450	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ МОНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1. лидокаин 2. соли калия 3. дифенин 4. лидокаин, соли калия, дифенин	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	5. фуросемид			
451	МЕРОПРИЯТИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ 1. введение прессорных аминов 2. внутривенное введение фуросемида и нитратов 3. прием эуфиллина внутрь 4. ингаляция симпатомиметика 5. проведение сердечно-легочной реанимации	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
452	ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. тахисистолическая форма фибрилляции предсердий 2. АВ-блокада II степени 3. гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия 4. рестриктивная кардиомиопатия 5. нормальная фракция выброса ЛЖ	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
453	ВЛИЯНИЕМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ НЕЛЬЗЯ ОБЪЯСНИТЬ 1. тошнота и рвота, нарушение зрения 2. удлинение интервала PQ 3. желудочковая экстрасистолия 4. удлинение интервала QT 5. укорочение интервала QT	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
454	В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СН) НЕВЕРНО 1. сердечные гликозиды улучшают качество	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	жизни больных с СН 2. применение сердечных гликозидов уменьшает количество госпитализаций, обусловленных ухудшением симптомов СН 3. использование сердечных гликозидов достоверно улучшает прогноз больных с СН 4. сердечные гликозиды не влияют на продолжительность жизни больных с СН 5. сердечные гликозиды являются средством выбора при сниженной сократительной функции левого желудочка в сочетании с хронической формой фибрилляции предсердий			
455	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ИМЕЕТ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ БЕТА-БЛОКАТОР 1. метопролола тартрат 2. метопролола сукцинат 3. бисопролол 4. карведилол 5. небиволол	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
456	ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА ДЛЯ АЛЬДАКТОНА (ВЕРОШПИРОНА) ПО УЛУЧШЕНИЮ ПРОГНОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОЛУЧЕНА У БОЛЬНЫХ 1. с I ФК по NYHA 2. со II ФК по NYHA 3. с III и IV ФК по NYHA 4. с любым ФК по NYHA 5. верошпирон не улучшает прогноз у больных с ХСН	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

457	ОПТИМАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗОЙ АЛЬДАКТОНА (ВЕРОШПИРОНА) ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. 25-50 мг 2. 50-75 мг 3. 75-100 мг 4. 100-150 мг 5. 150-200 мг	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК6
458	НИТРАТЫ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1. основной 2. дополнительной 3. вспомогательной 4. нитраты не назначаются 5. нитраты категорически противопоказаны	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
459	АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1. основным 2. дополнительным 3. вспомогательным 4. антагонисты кальция не назначаются 5. антагонисты кальция категорически противопоказаны	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
460	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЕТ 1. дыхание или ИВЛ при постоянном	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	повышенном давлении 2. инфузию нитроглицерина 3. фуросемид 4. наркотические анальгетики при необходимости 5. дыхание или ИВЛ при постоянном повышенном давлении, инфузию нитроглицерина, фуросемид, наркотические анальгетики при необходимости			
461	ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕ МОРФИНА ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ МОЖНО ДОСТИЧЬ СЛЕДУЮЩИХ ПОЗИТИВНЫХ ЭФФЕКТОВ 1. венодилатации и децентрализации кровообращения 2. седации, уменьшения частоты дыханий 3. разгрузки малого круга кровообращения 4. уменьшения боли и возбуждения 5. венодилатации и децентрализации кровообращения, седации, уменьшения частоты дыханий, разгрузки малого круга кровообращения, уменьшения боли и возбуждения	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
462	ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТ 1. главный врач больницы 2. зам. главного врача по лечебной части 3. профильный дежурный специалист приемного отделения 4. зав. отделением реанимации, а в его отсутствие – дежурный врач-реаниматолог 5. зав. профильным отделением	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

463	МИНИМАЛЬНАЯ ПОЛЕЗНАЯ ПЛОЩАДЬ НА ОДНУ КОЙКУ В ПАЛАТАХ РЕАНИМАЦИИ, ПРЕДУСМОТРЕННАЯ ДЕЙСТВУЮЩИМИ СТРОИТЕЛЬНЫМИ НОРМАМИ И ПРАВИЛАМИ (СНИП) СОСТАВЛЯЕТ 1. 6 м2 2. 10 м2 3. 13 м2 4. 20 м2 5. 25 м2	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК 3, ПК 5, ПК6
464	ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ ДОЛЖНО БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕНО МЕДИКАМЕНТАМИ, ТРАНСФУЗИОННЫМИ СРЕДСТВАМИ В КОЛИЧЕСТВАХ ИЗ РАСЧЕТА 1. на 3 суток работы 2. на количество анестезий и коек (среднегодовое) 3. в количествах, необходимых для полноценного проведения анестезии, реанимации и интенсивной терапии 4. на 7 суток работы, кроме наркотиков и дорогостоящих препаратов 5. по предъявительным заявкам	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
465	ВОПРОС О ПЕРЕВОДЕ БОЛЬНЫХ ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ В ПРОФИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕШАЮТ 1. сотрудники отделения анестезиологии-реаниматологии 2. сотрудники профильного отделения 3. зав. профильным отделением	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6, ПК 12, ПК 11

	4. данный вопрос не оговорен юридическими документами 5. сотрудники отделения анестезиологии-реаниматологии и зав. профильным отделением			
466	ВРАЧ АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ ОБЯЗАН НАЗНАЧИТЬ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С УЧЕТОМ 1. своих знаний и профессиональных навыков 2. материально-технических возможностей леч.учреждения 3. состояния больного и особенностей оперативного вмешательства или специального метода исследования 4. требований больного 5. своих знаний и профессиональных навыков, материально-технических возможностей леч.учреждения, состояния больного и особенностей оперативного вмешательства или специального метода исследования, требований больного	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, УК-3, ПК 5, ПК6
467	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЕТ 1. дыхание или ИВЛ при постоянном повышенном давлении 2. инфузию нитроглицерина 3. ингибиторы фосфодиэстеразы, фуросемид 4. дыхание или ИВЛ при постоянном повышенном давлении, инфузию нитроглицерина, ингибиторы фосфодиэстеразы, фуросемид 5. выжидательную тактику	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

468	НАБУХШИЕ (РАСТЯНУТЫЕ) ШЕЙНЫЕ ВЕНЫ В ПОЛОЖЕНИИ СТОЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ 1. тампонаде сердца 2. напряженном пневмотораксе 3. легочной эмболии 4. тампонаде сердца, напряженном пневмотораксе, легочной эмболии 5. отеке легких	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
469	ГИПОТЕНЗИЯ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ 1. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости 2. потери симпатического тонуса 3. высвобождения простагландина 4. брадикардии 5. сердечной недостаточности	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
470	ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. повышение центрального венозного давления 2. систолический шум 3. цианоз 4. парадоксальный пульс 5. повышение легочного капиллярного давления заклинивания (PCWP)	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
471	ВЫСОКОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ГИПОТЕНЗИЯ И ОСТРАЯ ЦИРКУЛЯТОРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ БЫВАЮТ ПРИ 1. напряженном пневмотораксе 2. эмболии легочной артерии 3. венозной воздушной эмболии	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	4. напряженном пневмотораксе и эмболии легочной артерии 5. отеке легких			
472	В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГИПЕРДИНАМИЧЕСКОГО ТИПА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ, ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ, ГИПОВОЛЕМИЕЙ УЧАСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ 1. шунтирования кровотока 2. централизации кровообращения 3. нарушения микроциркуляции, расстройства тканевого обмена и накопления вазоактивных метаболитов 4. шунтирования кровотока, централизации кровообращения, нарушения микроциркуляции, расстройства тканевого обмена и накопления вазоактивных метаболитов 5. децентрализация кровообращения	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
473	ДЛЯ СОСТОЯНИЯ ГИПОВОЛЕМИИ НЕ ХАРАКТЕРНО 1. уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК) 2. снижение АД, тахикардия 3. уменьшение ударного объема и сердечного выброса (УО и СВ) 4. повышение ЦВД 5. снижение давления наполнения левого желудочка	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
474	НАИБОЛЬШУЮ УГРОЗУ ДЛЯ ЖИЗНИ ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ АРИТМИЯ 1. желудочковые экстрасистолы более 20 в минуту 2. предсердные экстрасистолы более 60 в минуту 3. аритмии, сочетающиеся с удлинением внутрижелудочковой проводимости и блокадой левой ножки пучка Гиса 4. фибрилляция предсердий 5. трепетание предсердий			
475	ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ТИПЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ 1. плазмозаменители 2. сердечные гликозиды 3. симпатомиметики 4. бета-блокаторы 5. кортикостероиды	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
476	ПОКАЗАНИЯМИ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЛИДОКАИНА В ПРОЦЕССЕ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ (ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА) ЯВЛЯЮТСЯ 1. фибрилляция желудочков, не купирующаяся электрическим разрядами 2. электромеханическая диссоциация 3. рецидивы фибрилляции желудочков 4. фибрилляция предсердий 5. фибрилляция желудочков, не купирующаяся электрическим разрядами, и рецидивы фибрилляции желудочков	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

477	НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ КАРДИАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ КАЛЬЦИЯ ВКЛЮЧАЮТ 1. увеличения раздражимости миокарда 2. снижения сократимости миокарда 3. спазма коронарных сосудов 4. релаксацию коронарных сосудов 5. увеличение сократимости миокарда	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
478	ДОЗИРОВКА "ВСЛЕПУЮ" БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА СОСТАВЛЯЕТ: 1. первое введение 1 мэкв/кг 2. первое введение 2 мэкв/кг 3. повторные введения 0.5 мэкв/кг каждые 10 мин 4. первое введение 1 мэкв/кг, повторные введения 0.5 мэкв/кг каждые 10 мин 5. бикарбонат натрия противопоказан	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
479	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1. бета-адреноблокаторы 2. обезболивание, седацию 3. ингаляции O₂ 4. бета-адреностимуляторы 5. антикоагулянты	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
480	К ВАЗОДИЛАТАТОРАМ, ДЕЙСТВУЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА АРТЕРИОЛЫ И СНИЖАЮЩИМ ПОСТНАГРУЗКУ, ОТНОСЯТСЯ 1. нитраты 2. ганглиоблокаторы 3. нитропруссид	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	4. морфин 5. нифедипин			
481	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ДИАГНОЗА ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. широкие зрачки, не реагирующие на свет 2. отсутствие сознания 3. отсутствие дыхания 4. отсутствие пульса на сонной артерии 5. цианоз	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
482	ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ВО ВРЕМЯ НАРКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ 1. гипотензия, бледность 2. изменения на ЭКГ, аритмии 3. увеличение пульсового давления 4. гипотензия, бледность, изменения на ЭКГ, аритмии 5. уменьшение пульсового давления	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
483	ЛЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ВКЛЮЧАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 1. адреналина 2. антигистаминных препаратов 3. нейроплегиков 4. адреналина, антигистаминных препаратов 5. фуросемида	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
484	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. дигоксин 2. лидокаин 3. изоптин 4. новокаиномид	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	5. поляризующая смесь			
485	НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ 1. норадреналина 2. допамина 3. дигоксина 4. изадрина 5. эфедрина	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
486	УСТРАНИТЬ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ЭКСТРЕННОМ ВЫЗОВЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА МОЖНО ПРОЩЕ ВСЕГО 1. введением наркотических и ненаркотических анальгетиков 2. эпидуральной анальгезией 3. ингаляцией закиси азота, ксенона с O₂(1:1) 4. введением нитратов внутривенно 5. нитраты сублингвально	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
487	МЕЗОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ИЛИ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У ВЕРХУШКИ СЕРДЦА СВЯЗАН 1. с митральным стенозом 2. с митральной недостаточностью 3. с аортальной недостаточностью 4. с аортальным стенозом 5. с наличием ДМЖП	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
488	"ГРУДНАЯ ЖАБА" ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОРАЖЕНИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	1. при митральном стенозе 2. при митральной недостаточности 3. при стенозе устья легочной артерии 4. при стенозе устья аорты 5. при пролапсе митрального клапана			
489	БЫСТРЫЙ ПОДЪЕМ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ БЫСТРЫМ ЕЕ СПАДАНИЕМ ХАРАКТЕРЕН 1. для митрального стеноза 2. для митральной недостаточности 3. для аортального стеноза 4. для аортальной недостаточности 5. для коарктации аорты	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
490	У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. пароксизмальная предсердная тахикардия 2. трепетание предсердий 3. фибрилляция предсердий 4. атриовентрикулярная диссоциация 5. желудочковая экстрасистолия	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
491	ПЕРВЫМИ СИМПТОМАМИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ОБЫЧНО ЯВЛЯЮТСЯ 1. одышка 2. приступы удушья 3. кровохарканье 4. сердцебиение 5. ангинозные боли	4	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
492	АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ 1. расслаивающей аневризмы аорты 2. острой ревматической лихорадки 3. инфекционного эндокардита	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	4. болезни Рейтера 5. расслаивающей аневризмы аорты, острой ревматической лихорадки, инфекционного эндокардита, болезни Рейтера			
493	ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ НЕСВОЙСТВЕННО ПОЯВЛЕНИЕ 1. более за грудиной 2. осиплости голоса 3. кашля 4. кровохарканья 5. тошноты и рвоты	5	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
494	ПУЛЬСАЦИЯ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА 1. недостаточностью трехстворчатого клапана 2. недостаточностью аортального клапана 3. стенозом митрального отверстия 4. стенозом устья аорты 5. стенозом клапана легочной артерии	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
495	НЕ СПОСОБНО ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1. перенесенный инфаркт миокарда левого желудочка 2. миксома левого предсердия 3. инфекционный миокардит 4. острая ревматическая лихорадка 5. пролапс митрального клапана	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
496	МАКСИМАЛЬНЫЙ РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ 1. аортальная недостаточность + фибрилляция предсердий	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	2. аортальный стеноз при синусовом ритме 3. митральный стеноз + фибрилляция предсердий 4. синусовая тахикардия на фоне митрального стеноза 5. предсердная экстрасистолия			
497	ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО 1. периферический пульс Квика 2. пульсация сонных артерий («пляска каротид») 3. симптом «кошачьего мурлыканья» во втором межреберье справа от грудины 4. высокое пульсовое давление 5. диастолический шум в точке Боткина	3	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
498	ДИЛАТАЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1. аортальной недостаточности 2. митрального стеноза 3. сложного митрального порока 4. сложного аортального порока 5. постинфарктного кардиосклероза	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
499	«РИТМ ПЕРЕПЕЛА» - ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК 1. митрального стеноза 2. аортального стеноза 3. митральной недостаточности 4. аортальной недостаточности 5. экстрасистолии	1	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6
500	ДЛЯ ШУМА ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ	2	ВК ТК ГИА	УК1, УК 2, ПК 5, ПК6

	НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО 1. шум отделен от I тона 2. усиливается на вдохе 3. проводится в подмышечную область сопровождается дрожанием			
--	--	--	--	--