001. Должность врача кардиохирургического отделения устанавливается из расчета 1 должность:

на 25 коек

на 20 коек

на 15 коек

на 12 коек

на 10 коек

002. Должность врачей-анестезиологов в отделениях хирургического лечения сердечно-сосудистых заболеваний устанавливается из расчета 1 должность:

на 25 коек

на 30 коек

на 40 коек

на 50 коек

003. Должность медицинской сестры в кардиохирургических отделениях устанавливается при трехстепенном обслуживании из расчета 1 должность:

на 10 больных

на 15 больных

на 20 больных

на 25 больных

004. В общей структуре смертности на долю сердечно-сосудистых заболеваний падает:

до 30%

более 30%

более 50%

более 60%

более 70%

005. Первая операция при врожденном пороке сердца в нашей стране была выполнена:

Бакулевым А.H.

Петровским Б.В.

Куприяновым П.А.

Вишневским А.А.

Мешалкиным Е.H.

006. Первая операция в нашей стране при приобретенном пороке сердца была выполнена:

Бакулевым А.Н.

Петровским Б.В.

Куприяновым П.А.

Вишневским А.А.

Мешалкиным Е.Н.

007. Организатором Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии явился:

Петровский Б.В.

Бураковский В.И.

Бакулев А.Н.

Савельев В.С.

Колесников С.А.

008. Организация подготовки к аттестации и переаттестации врачей кардиососудистого профиля:

должна проводиться на базе учебных медицинских институтов

должна проводиться на базе соответствующих кафедр институтов или факультетов усовершенствования врачей учреждений последипломного образования

должна проводиться на базе НИИ

должна проводиться на базе Областных больниц

009. Резервами рационального использования коечного фонда являются все перечисленные, кроме:

более полного обследования больных на догоспитальном этапе

организации дневных стационаров

уменьшения случаев дублирования обследования

снижения повторной госпитализации

поздней выписки больных

010. Основными задачами при проведении диспансеризации населения являются все перечисленные, кроме:

систематического медицинского наблюдения за определенными группами людей

освидетельствования во ВТЭК

проведения оздоровительных мероприятий

проведения трудоустройства больных

организации противорецидивного лечения

011. В основе врачебной этики и деонтологии лежат все перечисленные ниже критерии, кроме:

гуманизма

рационализма

профессионализма

индивидуализма

012. Топографо-анатомические взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка в пределах сонного треугольника шеи (снаружи - внутрь):

внутренняя яремная вена - общая сонная артерия – блуждающий нерв

общая сонная артерия - внутренняя яремная вена – блуждающий нерв

внутренняя яремная вена - блуждающий нерв - общая сонная артерия

блуждающий нерв - общая сонная артерия - внутренняя яремная вена

013. При оперативном доступе к общей сонной артерии линия кожного разреза проходит:

от угла нижней челюсти

от уровня верхнего края щитовидного хряща

по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы

014. Бифуркация общей сонной артерии чаще всего соответствует:

углу нижней челюсти

подъязычной кости

верхнему краю щитовидного хряща

нижнему краю щитовидного хряща

015. В операционной ране наружная сонная артерия по отношению к внутренней сонной артерии располагается:

кпереди и медиально

кзади и медиально

кзади и латерально

кпереди и латерально

016. Оперативное вмешательство при каротидной тромбоэндартерэктомии характеризуется всем перечисленным, за исключением:

продольного разреза вдоль внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы

соответствия проекции бифуркации средней трети разреза

соответствия проекции бифуркации верхней трети разреза

задняя поверхность бифуркации не выделяется

017. При резекции аневризмы внутренней яремной вены трансплантат должен быть:

длиннее резецированной вены на 2-3 см

короче резецированной вены на 2-3 см

равным длине резецированной вены

длина существенного значения не имеет

018. При окклюзии устья общей сонной артерии внеторакальный доступ к артерии характеризуется всем перечисленным, кроме:

проведения разреза на 1 см выше и параллельно ключице

проведения разреза на 1 см ниже и параллельно ключице

проксимальный конец разреза заходит за грудино-ключично-сосцевидную мышцу

латеральный конец разреза доходит до середины ключицы

019. При имплантации левой подключичной артерии в левую общую сонную артерию в предлестничном пространстве на передней лестничной мышце располагается:

левый блуждающий нерв

левый диафрагмальный нерв

левый возвратный нерв

020. При оперативных вмешательствах на сосудах в области верхнегрудной апертуры учитывается топография купола плевры, который проецируется:

на 2-3 см ниже I ребра

на уровне I ребра

на 2-3 см выше ключицы

на уровне ключицы

021. Подключичная вена при доступе к ней в шейном отделе располагается:

в межлестничном пространстве вместе с подключичной артерией и плечевым сплетением

в предлестничном пространстве вместе с подключичной артерией и лопаточно-подъязычной мышцей

в предлестничном пространстве между грудино-щитовидной и грудино-подъязычной мышцами спереди и передней лестничной мышцей сзади

022. Трансплантат и шунт (соответственно при подключично-яремном аутовенозном и подключично-наружно-яремном шунтировании) по отношению к ключице располагаются:

в ложе частично резецированного участка ключицы

над ключицей

под ключицей

все перечисленное неверно

023. Терминальный участок шейного отдела грудного протока чаще всего впадает:

в левую подключичную вену

в левую наружную яремную вену

в левый венозный угол по его передней поверхности

в левый венозный угол по его задней поверхности

024. При подключичном доступе в направлении изнутри кнаружи располагается:

вена - плечевое сплетение - артерия

артерия - плечевое сплетение - вена

вена - артерия - плечевое сплетение

плечевое сплетение - артерия - вена

025. По проекционной линии плечевой артерии в верхней половине плеча взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка соответствуют:

латерально срединный нерв, медиально от нерва плечевая артерия с венами, медиально от артерии располагается локтевой и медиальный кожный нерв предплечья

латерально плечевая артерия с венами, медиально от артерии срединный нерв, еще более медиально располагается локтевой и медиальный кожный нерв предплечья

латерально срединный, локтевой и медиальный кожный нерв предплечья, медиально проходят плечевая артерия и вены

026. При доступе к плечевой вене проекция ее соответствует проекции:

срединного нерва

плечевой артерии

лучевого нерва

локтевого нерва

027. Проекционная линия от медиального надмыщелка плеча к радиальному краю гороховидной кости соответствует топографии:

локтевой артерии

локтевой артерии и локтевого нерва

лучевой артерии

лучевой артерии и локтевого нерва

028. Внутренняя грудная артерия проходит:

на 1.5-2 см латерально вдоль наружного края грудины

за грудиной

в плевральной полости

к грудной стенке не прилежит

029. По отношению к вертикальным разрезам грудной стенки при передней медиастинотомии проекция внутригрудных артерий располагается:

по ходу рассечения реберных хрящей

латерально от линии рассечения реберных хрящей

медиально от линии рассечения реберных хрящей

за грудиной

в плевральной полости

030. Наибольшими возможностями подхода к различным отделам сердца обладает:

продольная срединная стернотомия

переднебоковая торакотомия

заднебоковая торакотомия

поперечная срединная торакотомия

031. Для пункции сердечной сорочки непосредственно прилежащим к передней грудной стенке является:

передний верхний карман перикарда

передний нижний карман перикарда

задний верхний карман перикарда

задний нижний карман перикарда

032. Верхняя полая вена по отношению к полости перикарда является:

полностью внутриперикардиальным сосудом

частично внутриперикардиальным сосудом

полностью внеперикардиальным сосудом

033. Ниже места впадения непарной вены верхняя полая вена прилежит:

к плечеголовному стволу

к корню правого легкого

к грудному протоку

034. От выпуклой полуокружности дуги аорты справа налево в норме отходят сосуды в следующем порядке:

правая общая сонная артерия - правая подключичная артерия - левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия

правый плечеголовной ствол - левый плечеголовной ствол

плечеголовной ствол - левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия

легочный ствол - плечеголовной ствол - левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия

035. Блуждающий нерв несет к сердцу:

симпатические волокна

парасимпатические волокна

парасимпатические и симпатические волокна

036. Парасимпатическая иннервация сердца осуществляется:

языкоглоточным нервом

диафрагмальным нервом

блуждающим нервом

подъязычным нервом

037. В правое предсердие в норме впадают все перечисленные сосуды, кроме:

верхней полой вены

нижней полой вены

венозного сердечного коронарного синуса

непарной вены

небольших вен сердца

038. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:

передних 2/3 межжелудочковой перегородки

части передней стенки правого желудочка

межпредсердной перегородки

левого предсердия, передней и большой части задней стенки левого желудочка

039. На передней поверхности сердца границей между правым и левым желудочком является продольная борозда, где проходят:

1-я диагональная ветвь нисходящей венечной артерии

правая венечная артерия

большая вена сердца

наибольшее количество жировой ткани

огибающая венечная артерия

040. При операции раздельного протезирования аортального клапана и супракоронарного протезирования восходящей части аорты:

устья венечных артерий остаются интактными

венечные артерии шунтируются аутовенозными трансплантатами

венечные артерии реимплантируются

реимплантируется только левая венечная артерия

реимплантируется только правая венечная артерия

041. При заборе аутовены для операции аортокоронарного протезирования необходимым техническим условием, препятствующим деформации просвета вены, является:

прошивание дефектов вены в продольном направлении

тщательная перевязка всех впадающих ветвей в месте их впадения

тщательная перевязка всех впадающих ветвей на расстоянии 1 мм от стенки вены

прошивание дефектов вены в поперечном направлении

наложение кисетного шва на дефект вены

042. Синусно-предсердный узел (Кис-Флака) расположен:

в миокарде правого предсердия слева от места впадения нижней полой вены

под эпикардом в стенке правого предсердия между правым ушком и верхней полой веной

в межпредсердной перегородке

в устье правого ушка

043. Предсердно-желудочковый узел (Ашоф - Тавара) расположен:

в миокарде левого предсердия

в миокарде правого желудочка

в задненижнем отделе предсердной перегородки над устьем венечной пазухи

дорсальнее правого желудочно-предсердного отверстия

044. Опасная зона фиброзного кольца трехстворчатого клапана, где проходит предсердно-желудочковый пучок, проецируется в области:

передней створки

перегородочной (медиальной) створки

задней створки

045. Сухожильные хорды папиллярных мышц крепятся к предсердно-желудочковым клапанам со стороны:

желудочков

предсердий

предсердий и желудочков

046. При подключично-легочном анастомозе по Блелоку - Тауссиг анастомоз накладывается между:

подключичной артерией и стволом легочной артерии

подключичной артерией и ветвью легочной артерии

подключичной артерией и полой веной

подключичной артерией и восходящей аортой

подключичной артерией и внутренней яремной веной

047. При аорто-легочном анастомозе по Ватерстоуну - Кули анастомоз накладывается:

между восходящей частью аорты и правой ветвью легочной артерии

между дугой аорты и левой ветвью легочной артерии

подключичной артерией и стволом легочной артерии

подключичной артерией и ветвью легочной артерии

048. Канюлирование аорты выполняется:

дистальнее отхождения плечеголовного ствола

с наложением одного кисетного шва

с наложением двух кисетных швов, с проколом стенки аорты.

с наложением двух кисетных швов, проходящих через наружные слои аорты

кисетные швы накладываются после установки канюли

049. При перевязке открытого артериального протока через левостороннюю боковую торакотомию по IV межреберью вскрытие медиастинальной плевры осуществляется:

с пересечением левого диафрагмального нерва

с пересечением блуждающего нерва

в пределах проекции артериального протока

по линии, проходящей от устья левой подключичной артерии вниз по аорте на 2 см ниже протока

050. При оперативном вмешательстве по поводу коарктации аорты необходимо выполнение всех перечисленных этапов операции, кроме:

перевязки крупных артериальных коллатералей в грудной стенке

широкого вскрытия медиастинальной плевры от левой подключичной артерии до уровня на 5-7 см ниже места сужения аорты

пересечения артериальной связки, перевязки 2-3 пар межреберных артерий

артериальная связка и межреберные артерии не перевязываются и не пересекаются

051. От передней поверхности аорты на уровне тела I поясничного позвонка из-под нижнего края поджелудочной железы отходит:

верхняя брыжеечная артерия

средняя надпочечная и почечные артерии

артерия яичка или яичника

нижняя брыжеечная артерия

052. При резекции аневризмы инфраренального отдела брюшной части аорты с протезированием аневризматический мешок:

иссекается полностью

иссекается частично

рассекается продольно

в верхних и нижних концах продольного разреза дополняется поперечным рассечением стенки мешка, переходящим на его заднюю стенку

053. С целью обнажения инфраренального сегмента брюшной части аорты необходимая мобилизация двенадцатиперстной кишки осуществляется:

пересечением брыжейки тонкой кишки

пересечением трейцевой связки

возможно и то, и другое

ни тем, ни другим способом

054. По отношению к брюшной аорте нижняя полая вена располагается:

слева от аорты

спереди от аорты

сзади от аорты

справа от аорты

055. По отношению к брюшной аорте левый симпатический ствол располагается:

справа от аорты

слева от аорты

спереди от аорты

сзади от аорты

056. Правые поясничные и поперечная артерии по отношению к нижней полой вене располагаются:

кпереди от вены

кзади от вены

возможны оба варианта

057. Бифуркация брюшной аорты проходит на уровне:

V поясничного позвонка

крестцово-подвздошного сочленения

большого седалищного отверстия

IV поясничного позвонка

058. Мочеточник по отношению к подвздошным сосудам на уровне терминальной линии располагается:

кзади от сосудов

впереди от сосудов

латерально от сосудов

медиально от сосудов

059. Глубокая артерия бедра при отхождении от задне-наружной полуокружности бедренной артерии располагается:

вдоль задней стенки бедренной артерии, кнаружи от нее и далее от глубокой вены бедра

между бедренными сосудами и позади них, затем смещается кнаружи и выступает из-под бедренной артерии у вершины бедренного треугольника

060. При оперативном доступе к бедренной артерии в скарповском треугольнике портняжная мышца в операционной ране:

рассекается скальпелем

рассекается электроножом

край мышцы тупым путем оттягивается кнаружи

не мешает доступу

061. Топография элементов нервно-сосудистого пучка в подколенной ямке по направлению спереди назад и латерально соответствует следующему порядку:

подколенная вена - подколенная артерия - большеберцовый нерв

большеберцовый нерв - подколенная вена - подколенная артерия

подколенная артерия - подколенная вена - большеберцовый нерв

большеберцовый нерв – подколенная артерия - подколенная вена

062. Доступ к передней большеберцовой артерии в верхней половине голени осуществляется по проекционной линии, расположенной:

между головкой большеберцовой кости и наружной лодыжкой

между головкой большеберцовой кости и внутренней лодыжкой

от середины расстояния между головкой малоберцовой кости и бугристостью большеберцовой кости к середине расстояния между лодыжками

063. При доступе к бедренной вене используют косо вертикальный разрез по проекционной линии, идущей в пределах скарповского треугольника:

вдоль медиального края портняжной мышцы

вдоль латерального края длинной приводящей мышцы

от середины паховой связки вдоль бедренной артерии

064. В верхнем отделе скарповского треугольника бедренная вена по отношению к бедренной артерии располагается:

под артерией

медиально от артерии

кпереди от артерии

латерально от артерии

065. Операция Линтона при варикозном расширении вен нижних конечностей включает все перечисленные этапы, кроме:

полного иссечения большой и малой подкожных варикозно расширенных вен

иссечения патологически измененной подкожной клетчатки

широкого вскрытия апоневроза на медиальной или задней поверхности голени

перевязки и рассечения перфорантных вен под апоневрозом

066. Продолжительность зубца Р в норме составляет:

0.02 с

до 0.10 с

до 0.12 с

до 0.13 с

067. Зубец Р в норме всегда отрицательный:

в отведении aVF

в отведении aVL

в отведении aVR

068. Интервал PQ включает время проведения импульса:

по правому предсердию

по атриовентрикулярному узлу

по ножкам пучка Гиса

по волокнам Пуркинье

все перечисленное

069. В норме интервал PQ равен:

0.08-0.12 с

0.12-0.20 с

0.10-0.22 с

0.12-0.22 с

070. Ширина комплекса QRS в норме в V1-V6 не должна превышать:

0.08

0.10

0.12

0.16

071. Переходная зона (R=S) обычно соответствует отведению:

V2

V3-V4

V5

072. Зубец S в правых грудных отведениях отражает обычно:

потенциалы левого желудочка

потенциалы правого желудочка

потенциалы базальной части левого желудочка

073. Зубец Q должен быть:

в отведениях V1, V2

в отведениях V3, V4

в отведениях V5, V6

в грудных отведениях в норме зубец Q отсутствует

074. Ширина зубца Т в норме составляет:

0.10-0.15 с

0.15-0.20 с

0.12-0.22 с

ширина зубца Т может быть любой

075. Наличие отрицательного зубца Т в отведениях V1 и V2:

всегда свидетельствует об ишемии межжелудочковой перегородки

может быть вариантом нормы

всегда бывает при нарушениях проводимости по правой ножке пучка Гиса

076. При синусовой брадикардии возможно:

удлинение интервала PQ

увеличение амплитуды зубца Т

расширение зубца Р

удлинение интервала QТ

все перечисленное

077. При синусовой тахикардии возможно:

укорочение интервала PQ

увеличение угла альфа

укорочение интервала QT

изменение формы сегментов PQ и SТ

все перечисленное

078. При нормальном положении электрической оси сердца максимальный зубец Р регистрируется:

в отведении aVL

в I отведении

во II отведении

в III отведении

в отведении aVF

079. При нормальном положении электрической оси сердца угол альфа равен:

от 0 до 29 гр

от 30 до 69 гр

от -1 до -90 гр

от 70 до 90 гр

от 91 до -150 гр

080. При отклонении электрической оси сердца влево угол альфа равен:

от 0 гр до 29 гр

от 30 гр до 69 гр

от -1 гр до -90 гр

от 70 гр до 90±

от 91 гр до -150 гр

081. При отклонении электрической оси сердца вправо угол альфа равен:

от 0 гр до 29 гр

от 30 гр до 69 гр

от 70 гр до 90 гр

больше 90 гр

от -1 гр до -90 гр

082. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичным является регистрация на ЭКГ:

инверсии зубцов Т

подъема сегмента ST

сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и отрицательный зубец Т

увеличения амплитуды зубца Т

083. Признаками гипертрофии левого предсердия на ЭКГ являются:

увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1

увеличение высоты зубца Р в отведениях II, III, aVF

заостренная форма зубцов Р

084. К признакам гипертрофии левого желудочка относится:

увеличение высоты зубцов R в отведениях aVL, I, V5-6

увеличение глубины зубцов S в отведениях V1-2

дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т

все перечисленное

085. К признакам гипертрофии правого желудочка относятся:

отклонение электрической оси сердца вправо

в отведении V1 зубец R больше зубца S, может быть комплекс QR, RSR'

в отведении V6 зубец S больше зубца R

все перечисленное

086. Сочетание признаков гипертрофии левого предсердия и гипертрофии правого желудочка наиболее характерно:

для стеноза легочной артерии

для дефекта межпредсердной перегородки

для митрального стеноза с легочной гипертензией

для аортальной недостаточности

087. Проведение – это:

способность специализированных клеток миокарда к спонтанной деполяризации

способность специализированных клеток миокарда к возбуждению

способность специализированных клеток миокарда к возбуждению и проведению импульса

088. Синоаурикулярная блокада – это:

уменьшение силы импульса синусового узла ниже порогового

нарушение проводимости импульса от синусового узла к предсердиям

уменьшение возбудимости миокарда предсердий

нарушение проводимости импульса от предсердий к желудочкам

нарушение проводимости импульса в системе Гиса - Пуркинье

089. Время атриовентрикулярного проведения – это:

время от момента выхода импульса из синусового узла до начала возбуждения желудочков

время прохождения импульса по атриовентрикулярному соединению

время от момента выхода импульса из синусового узла до начала возбуждения предсердий

090. Полная атриовентрикулярная блокада характеризуется:

блокадой каждого второго предсердного импульса

блокадой нескольких подряд предсердных импульсов

полным прекращением проведения предсердных импульсов с полной диссоциацией предсердного и желудочкового ритмов

увеличением времени атриовентрикулярного проведения

091. Ранний диастолический шум (сразу после II тона) характерен:

для митрального стеноза

для аортальной недостаточности

для открытого артериального протока

для дефекта межпредсердной перегородки

для всех перечисленных состояний

092. Диастолический шум, начинающийся через небольшой промежуток от II тона, характерен:

для митрального стеноза

для аортальной недостаточности

для недостаточности клапана легочной артерии

для дефекта межпредсердной перегородки

для митральной недостаточности

093. Непрерывный систолодиастолический шум характерен:

для дефекта межпредсердной перегородки

для аномалии Эбштейна

для открытого артериального протока

для дефекта межжелудочковой перегородки

для коарктации аорты

094. Рентгеноскопия при исследовании сердца и крупных сосудов дает возможность выявлять:

только рентгеноморфологические изменения камер сердца

рентгеноморфологические и рентгенофункциональные изменения сердца и крупных сосудов

только рентгенофункциональные изменения полостей сердца и крупных сосудов

095. Рентгенография при исследовании сердца и крупных сосудов выявляет:

функциональные изменения полостей сердца

морфологические изменения полостей сердца и сосудов

функциональные изменения крупных сосудов

096. В прямой проекции исследования по левому контуру сердца находится:

правое предсердие

выводной отдел правого желудочка

приточный отдел правого желудочка

ствол легочной артерии

097. Третью дугу по левому контуру сердца в прямой проекции образует:

выводной отдел правого желудочка

приточный отдел правого желудочка

ушко левого предсердия

ствол легочной артерии

098. Нижнюю дугу по правому контуру сердца в прямой проекции образует:

правое предсердие

выводной отдел правого желудочка

приточный отдел правого желудочка

правое предсердие и правый желудочек

099. Нижнюю дугу по левому контуру сердца в прямой проекции образует:

правый желудочек

левый желудочек

левое предсердие

левый и правый желудочки

100. Восходящий сегмент аорты в прямой проекции образует:

верхнюю дугу слева

верхнюю дугу справа

нижнюю дугу справа

никогда не определяется

101. Контрастированный пищевод отклоняется кзади левым предсердием в правом переднем косом положении при митральном стенозе:

по дуге малого радиуса

по дуге большого радиуса

не отклоняется

102. Признаком увеличения левого предсердия в прямой проекции исследования является:

удлинение 4-й дуги по левому контуру сердца

закругление 4-й дуги по левому контуру сердца

выбухание 3-й дуги по левому контуру сердца

выбухание 2-й дуги по левому контуру сердца

103. Рентгенофункциональным признаком митральной недостаточности являются коромыслоподобные движения:

между правым предсердием и правым желудочком

между левым предсердием и левым желудочком

в пределах одной дуги левого желудочка

между легочной артерией и левым предсердием

104. При стенозе устья аорты:

аорта расширена на всем протяжении

аорта расширена в восходящем отделе

аорта сужена на всем протяжении

диаметр аорты не изменен

105. Митрализация аортального стеноза выражается в увеличении:

левого предсердия

правого предсердия

правого желудочка

верхней полой вены

106. При недостаточности аортального клапана:

аорта расширена на всем протяжении

аорта расширена в восходящем отделе

аорта сужена на всем протяжении

диаметр аорты не изменен

107. Признаком недостаточности трехстворчатого клапана является:

увеличение левого желудочка

уменьшение левого желудочка

увеличение путей оттока правого желудочка

увеличение путей притока правого желудочка

108. После операции успешной коррекции митрально-аортальной недостаточности размеры левого желудочка:

уменьшаются

увеличиваются

остаются без изменений

109. Пульсация контуров сердечной тени при экссудативном перикардите:

увеличена

ослаблена

не изменена

110. Гемодинамика малого круга кровообращения при сдавливающем перикардите характеризуется:

повышением легочно-капиллярного давления

гиперволемией

гиповолемией

111. Миксома левого предсердия может симулировать рентгенологическую картину:

аортального стеноза

митрального стеноза

стеноза трехстворчатого отверстия

аортальной недостаточности

112. Миксома правого предсердия может симулировать рентгенологическую картину:

аортального стеноза

митрального стеноза

стеноза трехстворчатого отверстия

митральной недостаточности

113. Уменьшение минутного объема малого круга кровообращения (гиповолемия) характеризуется:

уменьшением правого желудочка

выбуханием ствола легочной артерии

усилением легочного рисунка

обеднением легочного рисунка

114. Признаком гиперволемии малого круга кровообращения при открытом артериальном протоке является:

западание ствола легочной артерии

выбухание ствола легочной артерии

уменьшение диаметра корней легких

обеднение легочного рисунка

115. При открытом артериальном протоке без легочной гипертензии увеличены:

правое предсердие

правый желудочек

левый желудочек

левое предсердие

116. Дефект аорто-легочной перегородки характеризуется:

увеличением левого желудочка

увеличением правого предсердия

сужением ствола легочной артерии

обеднением легочного рисунка

117. Малый круг кровообращения при дефекте межпредсердной перегородки:

не изменен

имеет место гиповолемия

имеет место гиперволемия

118. При дефекте межпредсердной перегородки увеличено:

правое предсердие

левое предсердие

левый желудочек

правый желудочек

119. Малый круг кровообращения при неполной форме открытого атриовентрикулярного канала характеризуется:

гиперволемией

гиповолемией

венозным застоем

120. Малый круг кровообращения при полной форме открытого атриовентрикулярного канала характеризуется:

гиперволемией

гиповолемией

венозным застоем

121. Синдром «турецкой сабли» характерен для:

аномального дренажа правых легочных вен в верхнюю полую вену

левожелудочково-правопредсердного сообщения

аномального дренажа правых легочных вен в нижнюю полую вену

синус-септум дефекта

122. Симптом «снежной бабы» описан:

при частичном аномальном дренаже легочных вен

при тотальном аномальном дренаже легочных вен

при открытом общем атриовентрикулярном канале

при дефекте межжелудочковой перегородки

при неполной форме открытого атриовентрикулярного канала

123. Гемодинамика малого круга кровообращения при прорыве аневризмы синуса Вальсальвы в правое предсердие характеризуется:

уменьшением минутного объема

увеличением минутного объема

неизмененной гемодинамикой

124. При полной транспозиции магистральных сосудов в прямой проекции сосудистый пучок:

широкий

узкий

не изменен

125. При идиопатическом гипертрофическом субаортальном стенозе со стороны малого круга кровообращения имеет место:

гиповолемия

гиперволемия

малый круг не изменен

126. Симптом «тройки» при коарктации аорты образуется:

престенотически и постстенотически расширенным отделом аорты

дугой аорты и стволом легочной артерии

дугой аорты и левой легочной артерией

левой подключичной артерией и стволом легочной артерии

127. Ретроградный кровоток по системе интеркостальных артерий при коарктации аорты выражается:

в симптоме «тройки»

в узурации ребер

в расширении левой подключичной артерии

в расширении аорты

128. Легочный рисунок при тетраде Фалло:

усилен за счет артериального русла

усилен за счет венозного русла

обеднен

имеется гипертензия малого круга

129. К трудностям, возникающим для анестезии при операции протезирования аортального клапана по поводу его стеноза, относятся:

увеличение правого желудочка

высокий систолический градиент левого желудочка - аорты

низкий сердечный выброс

высокое среднее аортальное давление

высокая легочная гипертензия.

130. При тетраде Фалло наблюдаются следующие изменения гемограммы:

количество эритроцитов более 9 млн./см3

повышена СОЭ

лейкоцитоз

снижено количество тромбоцитов

снижение гемоглобина

131. Гипотония после внутривенного введения наркотических анальгетиков обусловлена:

отрицательным инотропным действием

депрессией вазомоторного центра

относительной гиповолемией

периферический сосудистый спазм

снижением ударного выброса

132. Первым стрессовым ответом организма является:

задержка натрия

лейкоцитоз

экскреция калия

повышение в плазме уровня кортикостероидов

отрицательное инотропное действие

133. Повышение центрального венозного давления наблюдается:

при шоке

при повышении внутригрудного давления

при эссенциальной гипертензии

при высокой спинномозговой анестезии

при симптоматической гипертензии

134. Первым признаком шока является:

снижение центрального венозного давления

снижение сердечного выброса

снижение артериального давления

повышение артериального давления

увеличение уровня венозного возврата

135. Причиной шока может быть:

болевой синдром

кровопотеря

острая инфекция

острый инфаркт миокарда

все перечисленное

136. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе:

увеличено

не изменено

уменьшено, а затем увеличено

уменьшено

неустойчиво

137. Раннее лечение внутрисосудистого тромбоза включает:

свежезамороженную плазму

фактор IX компонент тромбопластина

гепарин

замороженные тромбоциты

138. Лазикс (фуросемид):

угнетает активность карбоангидразы

увеличивает почечный кровоток

тормозит реабсорбцию электролитов

увеличивает скорость клубочковой фильтрации

является антагонистом антидиуретического гормона

139. Гепарин:

действует как антипротромбин

является антагонистом тромбопластина

препятствует взаимодействию тромбина с фибриногеном и образованию фибрина

предупреждает агглютинацию тромбоцитов

все перечисленное

140. Гепарин:

удлиняет время кровотечения

увеличивает время свертывания

предупреждает агглютинацию тромбоцитов

предупреждает превращение протромбина в тромбин и реакцию тромбина с фибриногеном

нарушает действие фактора Y

141. К опасностям, возможным при применении глюкокортикоидов, относятся:

диссеминация инфекции

нарушение водно-электролитного баланса

пептические язвы желудка

все перечисленное

142. Положительное инотропное действие препарата означает:

усиление действия другого препарата

угнетение активности фермента

учащение сердечного ритма

повышение сократительной функции миокарда

143. Инотропного эффекта не имеет:

адреналин

новодрин (изопротеренол)

мезатон

допамин

144. Сердечный выброс увеличивают:

норадреналин

сердечные гликозиды

эуфиллин

ангиотензин

мезатон

145. Дигитализация при сердечной слабости вызывает:

снижение ударного объема

увеличение ударного объема

увеличение частоты сердечного сокращения

увеличение сердца

отек легких

146. Максимальная температура теплоносителя в терморегулирующем устройстве аппарата искусственного кровообращения 42 грС, так как:

при более высокой температуре происходит массивное образование микропузырьков в оксигенаторе (опасность воздушной эмболии)

при повышении температуры происходит денатурация белков

147. Положительное воздействие гемодилюции при ЭКК заключается:

в улучшении транспорта кислорода в периферические органы и ткани

в улучшении микроциркуляции в условиях нормо- и гипотермии

в снижении количества и тяжести осложнений ЭКК

в экономии резервов донорской крови

все перечисленное

148. Оптимальный уровень гематокрита во время ЭКК равен:

30-32%

18-30%

15-20%

35-450%

149. Причиной развития острой печеночной недостаточности после ЭКК является:

гипоксия

гипотензия

глубокая гипотермия

нарушение оттока по нижней полой вене

все перечисленное

150. Адекватная защита миокарда от гипоксии во время манипуляций на "открытом" сердце достигается всем перечисленным, кроме:

гипотермической коронарной перфузией

кровяной кардиоплегией

комбинированной холодовой и химической кардиоплегии

изолированного наружного охлаждения

консервирующими растворами (кустодиол)

151. Врожденный порок сердца формируется:

во время родов

в течение 2-й-8-й недели эмбриогенеза

в течение всего периода развития плода

после рождения

152. На развитие врожденного порока сердца влияют:

только генетические факторы

физические и химические факторы

генетические факторы и окружающая среда

все перечисленные факторы

153. Из генетических факторов врожденных пороков сердца чаще встречаются:

единый мутантный ген

хромосомные нарушения

мультифакториальное наследование

154. Легочная гипертензия является следствием:

гиповолемии малого круга кровообращения

гиперволемии малого круга кровообращения

гиперволемии большого круга кровообращения

гиповолемии большого круга кровообращения

155. При подготовке больного к операции по поводу врожденного порока сердца необходимо выполнить все перечисленное, кроме:

санации носоглотки

устранения кариеса

лечения пиелонефрита

лечения кожных гнойничковых заболеваний

купирования сердечной недостаточности

156. При операциях на открытом сердце при врожденных пороках сердца чаще применяется:

продольная стернотомия

поперечная стернотомия

боковая торакотомия справа

двухплевральный доступ

боковая торакотомия слева

157. У больных с высокой легочной гипертензией IIIа группы морфологические изменения легочных сосудов по Хиту - Эдвардсу соответствуют:

I-III стадиям

IV стадии

V стадии

VI стадии

158. Первая операция по поводу открытого артериального притока была произведена в нашей стране:

в 1938 г

в 1948 г

в 1950 г

в 1958 г

в 1968 г

159. Открытый артериальный проток с большим артериовенозным сбросом крови приводит:

к диастолической перегрузке правого желудочка

к диастолической перегрузке левого желудочка

к систолической перегрузке левого желудочка

к систолической перегрузке правого желудочка

к диастолической перегрузке обоих желудочков

160.Открытый артериальный проток с высокой легочной гипертензией приводит:

к диастолической перегрузке правого желудочка

к систолической перегрузке правого желудочка

к систолической перегрузке левого желудочка

к диастолической перегрузке левого желудочка

к систолической перегрузке правого и диастолической перегрузке левого желудочков

161. Широкий открытый артериальный проток чаще осложняется:

бактериальным эндокардитом

нарушениями ритма сердца

легочной гипертензией

анемией

тромбоцитопенией

162. Для открытого артериального протока с большим артериовенозным сбросом характерна следующая аускультативная картина:

систолический шум

систолодиастолический шум

диастолический шум

отсутствие шума

шум Грехем Стила

163. При открытом артериальном протоке и высокой легочной гипертензии при аускультации отмечается:

расщепление второго тона

акцент второго тона

ослабление второго тона

отсутствие изменений второго тона

164. При диаметре открытого артериального протока более 10 мм показана операция:

перевязки протока

пересечения с ушиванием концов

механического прошивания протока

перевязки с прошиванием

эндоваскулярное закрытие протока

165. Срочное хирургическое вмешательство в ближайшем послеоперационном периоде после операции перевязки открытого артериального протока требуется в случае:

синдрома Горнера

появления подкожной эмфиземы

обильного поступления крови по дренажам

ателектаза нижней доли левого легкого

отека гортани

166. Для дефекта межжелудочковой перегородки с большим артерио-венозным сбросом отмечается преимущественная перегрузка:

правого желудочка

левого желудочка

обоих желудочков

правого предсердия

левого предсердия

167. При дефекте межжелудочковой перегородки с артериовенозным сбросом крови имеет место:

изометрическая перегрузка левого желудочка

изотоническая перегрузка левого желудочка

комбинированная перегрузка левого желудочка

отсутствие перегрузок

168. Дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с аортальной недостаточностью следует дифференцировать:

с дефектом межпредсердной перегородки

с изолированным стенозом легочной артерии

с прорывом аневризмы синуса Вальсальвы

с тетрадой Фалло

с аномалией Эбштейна

169. При прорыве аневризмы синуса Вальсальвы аускультативная картина близка к аускультативной картине:

дефекта межпредсердной перегородки

стеноза легочной артерии

тетрады Фалло

открытого артериального протока

дефекта межжелудочковой перегородки

170. Дефект межжелудочковой перегородки является обязательным компонентом следующих пороков:

открытого артериального протока

дефекта аорто-легочной перегородки

прорыва аневризмы синуса Вальсальвы в правый желудочек

общего артериального ствола

стеноза устья легочной артерии

171. Наиболее характерным симптомом изолированного стеноза легочной артерии является:

боли в области сердца

тахикардия

цианоз

раннее появление одышки

недостаточность кровообращения

172. Наиболее часто стеноз легочной артерии встречается следующей формы:

надклапанный

клапанный

подклапанный

комбинированный

173. Изменение грудной клетки типа сердечного горба при дефекте межжелудочковой перегородки с артериовенозным сбросом крови образуется за счет гипертрофии:

левого желудочка

левого предсердия

правого желудочка

правого предсердия

правого желудочка и правого предсердия

174. У больных с дефектом межжелудочковой перегородки расщепление второго тона на основании сердца встречается:

при высокой легочной гипертензии

при большом артериовенозном сбросе крови

при обратном сбросе крови

при уравновешенном сбросе

не зависит от степени легочной гипертензии

175. Акцент второго тона на легочной артерии является признаком:

большого артериовенозного сброса крови

веноартериального сброса крови

высокой легочной гипертензии

уравновешенного сброса крови

176. Дефект межжелудочковой перегородки может быть афоничным в случае:

небольшого артериовенозного сброса крови

веноартериального сброса крови

большого артериовенозного сброса крови

177. Показанием к хирургической коррекции дефекта межжелудочковой перегородки у ребенка до 1 года является:

большой сброс крови через дефект

нарастающая легочная гипертензия

недостаточность кровообращения

частые респираторные заболевания

гипотрофия

все перечисленное

178. Доступ к перимембранозному субтрикуспидальному дефекту межжелудочковой перегородки с высокой легочной гипертензией предпочтителен:

через правый желудочек

через правое предсердие

через ствол легочной артерии

через левый желудочек

через аорту

179. Нарушением развития первичной предсердной перегородки является:

вторичный центральный дефект межпредсердной перегородки

нижнезадний дефект

первичный дефект

высокий дефект межпредсердной перегородки

180. Расщепление створок атриовентрикулярных клапанов характерно:

для высоко расположенного дефекта межпредсердной перегородки

для вторичного дефекта межпредсердной перегородки

для первичного дефекта

для нижнезаднего дефекта межпредсердной перегородки

для множественных вторичных дефектов межпредсердной перегородки

181. Наиболее часто аномальный дренаж легочных вен сопровождает:

первичный дефект межпредсердной перегородки

центральный дефект межпредсердной перегородки

высокий дефект межпредсердной перегородки

нижнезадний дефект межпредсердной перегородки

общее предсердие

182. Из дефектов межжелудочковой перегородки чаще всего самопроизвольно закрываются:

небольшие мышечные дефекты

перимембранозные субтрикуспидальные

подаортальные дефекты

подлегочные дефекты

183. Чреcпредсердный доступ при закрытии дефекта межжелудочковой перегородки предпочтителен при расположении дефектов:

в мышечной (приточной) части перегородки

в подаортальной части перегородки

в перимембранозной субтрикуспидальной части перегородки

в мышечной отточной части перегородки

ни в одной из перечисленных частей

184. При частичном открытом атриовентрикулярном канале:

легочный кровоток обеднен

легочный кровоток нормальный

легочный кровоток усилен по артериальному типу

имеются признаки высокой легочной гипертензии

185. Высокий уровень вирусного гепатита связан с переливанием всего, кроме:

донорской крови

альбумина

плазмы

криопреципитата

тромбомассы

186. Вливание 1 л физиологического раствора увеличит объем циркулирующей крови:

на 1000 мл

на 250 мл

на 500 мл

на 750 мл

187. Анатомически частичный атриовентрикулярный канал характеризуется наличием:

вторичного дефекта межпредсердной перегородки

открытого овального окна

первичного дефекта межпредсердной перегородки с нарушением развития атриовентрикулярных клапанов

дефекта межжелудочковой перегородки

аневризмой межпредсердной перегородки

188. Для полной формы атриовентрикулярного канала присущи все перечисленные признаки, кроме:

сообщения на уровне предсердий

сообщения на уровне желудочков

фиброзные кольца атриовентрикулярных отверстий сформированы правильно

расщепления створки митрального клапана и трикуспидального формируют вентральную и дорсальную створки

расположения обоих клапанных отверстий в горизонтальной плоскости

189. При изолированном стенозе легочной артерии имеется:

изотоническая перегрузка правого желудочка

изотоническая перегрузка левого желудочка

изометрическая перегрузка левого желудочка

изометрическая перегрузка правого желудочка

изометрическая перегрузка обоих желудочков

190. Аускультативная картина стеноза легочной артерии характеризуется всеми перечисленными признаками, за исключением:

грубого систолического шума

усиления первого тона

усиления второго тона на основании сердца

ослабления и отсутствия второго тона во II межреберье слева от грудины

систолического тона изгнания

191. При надклапанном стенозе легочной артерии второй тон во II межреберье слева от грудины:

не изменен

ослаблен

усилен

отсутствует

192. При комбинированном стенозе устья легочной артерии используется любой из перечисленных оперативных доступов, кроме:

ствола легочной артерии

выходного отдела правого желудочка

трансанулярного, через правый желудочек и легочную артерию

правого предсердия

193. Наиболее частой аномалией сердца, сочетающейся с болезнью Дауна, является:

стеноз легочной артерии

коарктация аорты

дефект межжелудочковой перегородки

дефект эндокардиальных подушечек (атриовентрикулярная коммуникация)

атрезия легочной артерии

194. Дифференциальная диагностика легочного стеноза с интактной межжелудочковой перегородкой обычно связана:

с коарктацией аорты

с тетрадой Фалло

с дефектом межжелудочковой перегородки

с дефектом эндокардиальной подушки

с митральным стенозом

195. Наиболее частым врожденным пороком сердца с цианозом у детей, переживших младенческий возраст, является:

стеноз легочной артерии

тетрада Фалло

коарктация аорты

незаращенный боталлов проток

первичная легочная гипертензия

196. При тетраде Фалло тяжесть гемодинамических нарушений преимущественно обусловлена наличием:

декстрапозиции аорты

дефекта межжелудочковой перегородки

сужения устья легочной артерии

гипертрофии правого желудочка

гипоплазии левого желудочка

197. Тетрада Фалло характеризуется следующим положением дефекта межжелудочковой перегородки:

межтрабекулярным в мышечной части перегородки

субтрикуспидальным

подлегочным

субаортальным

198. Гемодинамика малого круга кровообращения при тетраде Фалло характеризуется:

нормальным легочным кровотоком

усиленным легочным кровотоком

гипертензионным легочным кровотоком

обедненным легочным кровотоком

коллатеральным легочным кровотоком

199. В дифференциальной диагностике изолированного стеноза легочной артерии с тетрадой Фалло следует обратить внимание при катетеризации сердца:

на повышенное систолическое давление в правом желудочке

на снижение давления в легочной артерии

на повышение давления в правом предсердии

на равное давление в правом и левом желудочках или периферической артерии

на систолический градиент между правым желудочком и стволом легочной артерии

200. Аускультативно тетрада Фалло характеризуется всем перечисленным, за исключением:

ослабленного второго тона на легочной артерии

усиленного второго тона на аорте

систолического шума, обусловленного стенозом устья легочной артерии

систолического шума вследствие сброса крови через дефект

усиления первого тона на верхушке

201. Аномалия Эбштейна характеризуется всеми перечисленными анатомическими изменениями, за исключением:

смещения створок трикуспидального клапана в правый желудочек сердца трехстворчатого клапана

укорочения хорд и гипоплазии папиллярных мышц трехстворчатого клапана

вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна

увеличения правых отделов сердца

аномалии впадения легочных вен

202. Гемодинамика при аномалии Эбштейна характеризуется всеми перечисленными изменениями, за исключением:

регургитации на трикуспидальном клапане

веноартериального сброса на уровне предсердий

умеренной или выраженной гипоксемии

недостаточности митрального клапана

умеренной гиповолемии по малому кругу

203. Митральный стеноз чаще всего формируется вследствие:

миокардита

инфекционного эндокардита

ревматизма

синдрома соединительно-тканной дегенерации

перикардита

204. Заметные гемодинамические изменения при митральном стенозе появляются при уменьшении площади митрального отверстия:

до 3-3.5 см2

до 2-2.5 см2

до 1 см2

менее 1 см2

205. Гемодинамика малого круга кровообращения при митральном стенозе характеризуется:

повышением легочно-капиллярного давления

артериальной гипертонией

гиповолемией

объемом регургитации крови в левое предсердие

снижением сосудистого тонуса

206. Легочная гипертония наблюдается при всех перечисленных пороках, за исключением:

порока митрального клапана

наличия сброса крови слева направо на перегородках

стеноза легочной артерии

открытого артериального протока

эмболии легочной артерии

207. Критерием митрального стеноза при аускультации являются все перечисленные признаки, кроме:

хлопающего первого тона

раздвоенного второго тона

диастолического шума с пресистолическим усилением

систолического шума

208. У больных с митральным стенозом наиболее часто встречается:

пароксизмальная предсердная тахикардия

полная А-В блокада

синусовая брадикардия

левопредсердный ритм

мерцательная аритмия

209. Наиболее ранним симптомом митрального стеноза является:

периферические отеки

боли в брюшной полости вслед за увеличением печени

сердцебиение вследствие предсердной аритмии

одышка

ортопноэ

210. Ведущими факторами в патогенезе внутрисердечного тромбоза являются:

застой крови в левом предсердии, обусловленный характером самого порока

единичные экстрасистолы

частота обострений ревматического процесса

длительность порока

пол и возраст больного

211. Наиболее частой причиной формирования приобретенной митральной недостаточности является:

бруцеллёз

инфаркт миокарда

ревматизм

травма

мерцательная аритмия

212. Наиболее типичными клиническими проявлениями митральной недостаточности является:

одышка

стенокардия

боли в области сердца

отек легких, кровохарканье

внезапная смерть

213. Интенсивность систолического шума митральной недостаточности:

усиливается при глубоком вдохе

усиливается при пробе Вальсальвы

усиливается при задержке дыхания

не зависит от дыхания

214. К осложнениям, специфичным для больных с протезами клапанов, относятся:

тромбоз и системные эмболии

парапротезные фистулы и нарушения функции протеза

инфекционный эндокардит

геморрагические осложнения

все перечисленное

215. Наиболее частой локализацией миксомы является:

левый желудочек

левое предсердие

правое предсердие

правый желудочек

левое предсердие и правое предсердие

216. При миксомах левого предсердия клиника болезни похожа на:

стенозирование митрального отверстия

недостаточность митрального клапана

стеноз и недостаточность левого атриовентрикулярного отверстия

недостаточность аортального клапана

недостаточность трикуспидального клапана

217. Удаление миксомы следует производить:

с отсечением ножки миксомы

с удалением ножки с площадкой эндокарда

с использованием электроотсоса

достаточно удаление основной массы опухоли

с обязательным иссечением стенки левого предсердия

218. Послеоперационное лечение после открытой коррекции митрального порока направлено:

на лечение печеночной недостаточности

на профилактику мозговых осложнений

на профилактику геморрагических осложнений

на профилактику сердечной недостаточности

на лечение печеночной недостаточности

219. Расширение восходящего отдела аорты характерно:

для митрального стеноза

для аортальной недостаточности

для аортального стеноза

для митральной недостаточности

для митрально-аортального стеноза

220. Наиболее частой причиной смерти при аортальном стенозе является:

сердечная недостаточность

нарушение внутрисердечной гемодинамики

нарушение ритма

коронарная недостаточность

отек легких

221. Высокое систолическое давление в левом желудочке характерно:

для митральной недостаточности

для аортального стеноза

для митрального стеноза

для аортальной недостаточности

легочной гипертензии

222. Признаки застоя в малом круге кровообращения при аортальном стенозе появляются:

при нарушениях ритма

при артериальной гипертензии

при высоком левожелудочковом систолическом давлении

при гипертрофии левого желудочка

при повышении конечно-диастолического давления в левом желудочке выше 10 мм рт. ст.

223. Стенокардия при отсутствии поражения коронарных артерий чаще всего встречается:

при митральном стенозе

при митральной недостаточности

при стенозе легочной артерии

при стенозе устья аорты

при аортальной недостаточности

224. Грубый систолический шум, хорошо выслушиваемый во II, III межреберьях слева, связан:

с легочной гипертензией

со стенозом легочной артерии

с регургитацией крови на легочной артерии

со стенозом устья аорты

с недостаточностью клапанов аорты

225. Артериальное давление при недостаточности аортального клапана:

нормальное

низкое систолическое и повышенное диастолическое

нормальное или повышенное систолическое и низкое диастолическое

высокое на руках и низкое на ногах

226. Раннее появление признаков правожелудочковой недостаточности характерно:

для изолированного митрального стеноза

для митральной недостаточности

для аортального порока

для митрально-аортального порока

для митрально-трикуспидального стеноза

227. При инфекционном эндокардите чаще всего поражается:

митральный клапан

трикуспидальный клапан

аортальный клапан

клапан легочной артерии

два клапана

228. Для левожелудочковой острой сердечной недостаточности характерно:

увеличение печени

периферические отеки

отек легкого

асцит

олигурия

229. Первичными хроническими очагами при инфекционном эндокардите являются:

хронические тонзиллиты, отиты, синуситы

зубные гранулемы

альвеолярная пиорея

пиорея в желчных путях, мочевом пузыре, кишечнике, гениталиях остеомиелиты

все перечисленное

230. Характерными изменениями в периферической крови при инфекционном эндокардите являются все перечисленные, кроме:

анемии

лейкоцитоза

лейкопении

увеличения СОЭ

тромбоцитопении

231. Характерными клиническими симптомами инфекционного эндокардита являются все перечисленные, за исключением:

лихорадки, ознобов, усиленного потоотделения, увеличения лимфоузлов, селезенки

увеличения печени

образования порока сердца (чаще недостаточности аортального клапана)

петехий, кровоизлияний на слизистой нижних век

симптома Лукина - Либмана

232. Клиническими признаками у больных с инфекционным эндокардитом, требующими срочной госпитализации, являются:

отсутствие эффекта от амбулаторного лечения

наличие признаков активного процесса

тромбоэмболические осложнения

появление шума при аускультации

все перечисленное

233. Различают все перечисленные клинические варианты клапанного инфекционного эндокардита, кроме:

острого

подострого

первичного хронического

неактивной фазы

ремиссии или обострения

234. При первичном эндокардите митрального клапана наиболее часто встречаются все перечисленные морфологические изменения клапана, за исключением:

вегетации

отрыва хорд

перфорации

разрыва створок

стенозирования

235. Для диагностики инфекционного эндокардита в активной фазе наиболее достоверным является:

гепатомегалия

спленомегалия

асцит

судороги

кратковременная потеря сознания

236. Показаниями к операции при клапанном инфекционном эндокардите в активной фазе являются:

не купируемая инфекция, бактериемия

прогрессирующая сердечная недостаточность

эмболизация

деструкция клапанов

все перечисленное

237. При клапанном инфекционном эндокардите наиболее предпочтительным является:

пластическая операция

замещение клапана протезом

экстракорпоральные методы лечения

консервативная терапия

иглорефлексотерапия

238. Наиболее достоверными признаками протезного эндокардита являются:

лихорадка, лейкоцитоз

признаки сердечной недостаточности, артериальные эмболии

положительные результаты посева крови

спленомегалия, патологические шумы

все перечисленное

239. Отек легких при левожелудочковой недостаточности проявляется всем перечисленным, кроме:

редкого пульса малого наполнения

глухих тонов сердца

клокочущего дыхания, пенистой мокроты розового цвета

обильных влажных хрипов на всем протяжении легких

возбуждения, чувства страха смерти

240. Для клинической картины правожелудочковой недостаточности не характерно:

набухание шейных вен

увеличение печени

боль в области правого подреберья

тошнота, рвота, метеоризм

повышение ЦВД

241. Коронарография у больных с клапанными пороками перед операцией показана:

при типичных стенокардических болях

мультифокальном атеросклерозе

при рубцовых изменениях в миокарде на ЭКГ

возраст старше 40 лет

все перечисленное

242. Наиболее частой причиной развития аневризм восходящего отдела аорты является:

Характер трудовой деятельности

гипертония

сифилис

медионекроз

митральный порок сердца

243. Изолированное расслоение восходящего отдела аорты относится:

к I типу по Де Беки

ко II типу по Де Беки

к III типу по Де Беки

244. Наиболее исчерпывающие данные о распространенности расслоения аорты могут быть получены:

при обычном рентгенологическом исследовании

при эхографии

при мультиспиральной компьютерной томографии

при ядерно-магнитной томографии

при аускультации

245. Показаниями к операции при аневризме восходящего отдела аорты служит:

расширение аорты более 5-6 см в диаметре

аортальная недостаточность

расслоение аорты

все перечисленное

стеноз аортального клапана

246. У больных с механическими протезами клапанов сердца необходимо поддерживать показатель МНО:

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

247. Больные с механическими протезами клапанов сердца должны принимать антикоагулянты:

периодически

пожизненно

в течение 3 месяцев после операции

в течение 6 месяцев после операции

в течение 12 месяцев после операции

248. Характерным ЭКГ-признаком наличия постинфарктной аневризмы сердца является:

застывший подъем сегмента ST

стойкое снижение сегмента ST

блокада левой ножки пучка Гисса

атриовентрикулярная блокада I степени

отсутствие зубца Q

249. Для инфаркта правого желудочка не характерно:

гипотония

отек легких

повышение центрального венозного давления

парадоксальный пульс

симптом Куссмауля

250. Ветвью правой коронарной артерии не является:

конусная артерия

ветвь правого желудочка

ветвь острого края

ветвь тупого края

ветвь синусового узла

251. Для патологии при инфаркте миокарда характерно все перечисленное, за исключением:

выявления инфарктного тромбоза в течение первых 6 часов при коронарографии приблизительно у 80% больных с острым инфарктом миокарда

спазм коронарной артерии может вести к развитию острого тромбоза, ведущего к возникновению инфаркта миокарда

развития тромбоза на месте атеросклеротической бляшки в коронарной артерии и возникновения острой окклюзии в качестве основной причины острого инфаркта миокарда

причиной острого тромбоза коронарной артерии не является разрыв атеросклеротической бляшки

252. Процент закрытия аутовенозных аортокоронарных шунтов на почве атеросклероза в течение 10-летнего периода составляет:

10%

30%

50%

70%

90%

253. Для спазма пищевода характерно все перечисленное, за исключением:

обычно загрудинной локализации болей сжимающего характера с иррадиацией в шею, челюсть или руки

усиления болей обычно при возбуждении или после обеденной нагрузки

неприятные ощущения при глотании

возможного возникновения загрудинных болей продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов

купирования болей нитроглицерином

254. Для больных ишемической болезнью сердца наиболее важным прогностическим показателем является:

частота стенокардических приступов

уровень толерантности к физической нагрузке при велоэргометрии

количество желудочковых экстрасистол при нагрузке

регулярность выполнения физических упражнений

курение более 20 сигарет в день

255. Удовлетворительную кислородную емкость крови обеспечивает гематокрит, не ниже:

20-25%

30%

35%

40%

45%

256. Наиболее важным фактором, влияющим на возвращение больного на работу после аортокоронарного шунтирования, является:

интенсивность стенокардии до операции

количество шунтированных артерий

работал ли больной непосредственно перед операцией

продолжительность стенокардии до операции

полное исчезновение симптоматики после операции

257. К осложнениям селективной коронарографии не относится:

церебральная эмболия

перфорация желудочка

образование гематомы

отрыв хорды трикуспидального клапана

фибрилляция желудочков

258. После успешной чрезкожной транслюминальной коронарной ангиопластики частота развития рестеноза в течение 6 месяцев составляет:

10%

15%

30%

45%

60%

259. У больных ишемической болезнью сердца эхокардиография не может диагностировать:

стеноз в проксимальной трети передней межжелудочковой ветви коронарной артерии

нарушение сократительной способности

внутрижелудочковый тромбоз

наличие аневризмы левого желудочка

дефект межжелудочковой перегородки

260. Диффузный атеросклеротический процесс чаще поражает:

переднюю межжелудочковую ветвь

ствол левой коронарной артерии

правую коронарную артерию

ветвь тупого края

первую септальную ветвь

261. Насыщение крови кислородом в коронарном синусе составляет:

30%

40%

50%

60%

70%

262. Частота внутриполостного тромбоза при постинфарктной аневризме составляет:

5%

15%

50%

75%

95%

263. Большая часть межжелудочковой перегородки получает кровоснабжение:

от правой коронарной артерии

от передней межжелудочковой ветви

от ветви тупого края

от ветви острого края

от огибающей артерии

264. Предпосылками к развитию реконструктивной хирургии сосудов явились:

разработка техники сосудистого шва

создание синтетических протезов

синтез антикоагулянтов

все перечисленное

265. Для операции эмболэктомии целесообразнее использовать:

баллонный катетер Фогарти

баллонный катетер Рашкинда

баллонный катетер для ретроградной кардиоплегии

баллонный катетер для закрытой комиссуротомии

266. Условиями радикальной эмболэктомии являются:

восстановление хорошего центрального кровотока

восстановление хорошего ретроградного кровотока

полное удаление тромботических масс из дистального русла

наличие периферической пульсации

все перечисленные

267. Аутопластика артерий малого диаметра дает лучшие результаты при использовании:

синтетического протеза

аутовены

твердой мозговой оболочки

перикарда

ксенобиопротеза

268. Наилучшим материалом для замещения артерий выше колена является:

аллотрансплантат

аутотрансплантат

ксенотрансплантат

эксплантат

269. Интраоперационная профилактика тромбоза после реконструкции достигается:

гепаринизацией

введением низкомолекулярных декстранов

адекватной реконструкцией и тщательным наложением сосудистых анастомозов

гемодилюцией

всем перечисленным

270. При сшивании эксплантата с артерией нужно использовать:

шелковые швы

лавсановые нити

крученые синтетические нити

кетгутовые нити

гладкие синтетические нити, где диаметр иглы равен диаметру нити

271. В сосудистой хирургии при наложении анастомоза для гемостаза используется:

адаптация интимы к интиме

гемостатическая губка

дополнительные швы

обвивной шов

все перечисленное

272. При выполнении эндартерэктомии основной проблемой является:

сужение артерии

гемостаз после эндартерэктомии

фиксация дистальной интимы

расширение артерии

все перечисленное

273. При ранении артерии во время ее реконструкции адекватным гемостазом будет:

перевязка артерии

резекция артерии

наложение пристеночной лигатуры

сосудистый шов

наложение кисетного шва

274. Неадекватно наложенный анастомоз может быть вызван:

различными диаметрами сшиваемых сосудов

неправильным сопоставлением стенок сосудов

неадекватным сосудистым швом

неадекватным шовным материалом

всеми перечисленными причинами

275. Нерадикальная сосудистая реконструкция может быть связана:

со стенозами дистальнее реконструкции

с неадекватным центральным кровотоком

с наличием второго "блока"

с неадекватными сосудистыми анастомозами

со всеми перечисленными причинами

276. Регионарная ишемия органов может проявляться:

изменением окраски

отсутствием пульсации

изменением температуры

изменением объема

всем перечисленным

277. Интраоперационный тромбоз артерии проявляется:

снижением пульсации дистальнее

большей плотностью артерии

усилением пульсации выше тромбоза

прекращением кровотечения из артерии

всем перечисленным

278. Типичный синдром Марфана включает:

высокий рост

длинные конечности

подвывих хрусталика

"паукообразные" пальцы

все перечисленное

279. Рентгенологические признаки аневризмы грудной аорты включают:

расширение тени сосудистого пучка вправо

выбухание правой стенки восходящей аорты

кальциноз аорты

смещение контрастированного пищевода

все перечисленное

280. Противопоказаниями к хирургическому лечению больных с аневризмами грудной аорты являются:

свежий инфаркт миокарда

острые расстройства мозгового кровообращения

почечная недостаточность

недостаточность кровообращения II, IIб степени

все перечисленное

281. При расслаивающей аневризме восходящей аорты оптимальным методом операции является:

резекция аневризмы со швом аорты

резекция аневризмы со швом аорты и протезированием аортального клапана

операция Бентала Де Боно

супракоронарное протезирование

282. По локализации аневризмы грудной аорты подразделяются:

на аневризмы восходящей аорты

на аневризмы дуги аорты

на аневризмы дуги аорты и нисходящей аорты

на торакоабдоминальные аневризмы

на все перечисленные варианты

283. По форме аневризмы грудной аорты могут быть:

мешковидные

диффузные

веретенообразные

любыми из перечисленных

284. Показанием к операции при расслаивающей аневризме аорты служит:

выраженный болевой синдром

гипотония

пожилой возраст

100% летальность у больных с данной патологией без операции

молодой возраст

285. Осложнениями ближайшего послеоперационного периода при расслаивающей аневризме грудной аорты являются:

спинальные нарушения

анурия

эмболия в артерии нижних конечностей

кровотечения

все перечисленные

286. Аневризма брюшной аорты - это расширение аорты:

на 2 см

в 2.5 раза

не менее чем в 2 раза

не менее чем в 3 раза

287. Аневризма брюшной аорты размерами более 5 см является причиной гибели в результате разрыва в срок до 5 лет у:

20% больных

50% больных

70% больных

90% больных

288. Патологическая физиология при коарктации аорты определяется:

двумя режимами кровообращения

ишемией нижней половины туловища и нижних конечностей

артериальной гипертензией

всем перечисленным

289. При коарктации аорты пульсация на нижних конечностях:

сохранена

усилена

ослаблена или отсутствует

290. При коарктации аорты пульсация межреберных артерий:

усилена

не определяется

ослаблена

291. Аускультативная картина при коарктации аорты включает:

акцент второго тона над аортой

систолический шум над областью сердца с распространением на межлопаточную область

шум по ходу внутренних грудных артерий

все перечисленное

292. Операцией выбора при коарктации аорты является:

резекция с анастомозом конец в конец

резекция с протезированием эксплантатом

прямая истмопластика

шунтирование эксплантатом

вид операции зависит от возраста больного и вида коарктации аорты

293. Показанием к использованию эксплантата при коарктации аорты является:

длинный суженный сегмент аорты

неадекватный диаметр верхнего сегмента аорты

аневризма грудной аорты

технические осложнения

все перечисленное

294. Главной причиной смерти больного при острой кровопотере является:

дефицит гемоглобина

гиповолемия

гипопротеинемия

коагулопатия

анемия

295. Причиной окклюзии брюшной аорты является:

атеросклероз

неспецифический аортоартериит

постэмболические окклюзии

травматический тромбоз

все перечисленное

296. Критерием для определения показаний к оперативному лечению при окклюзии брюшной аорты является появление перемежающейся хромоты при ходьбе на расстояние:

менее 1 км

более 200 м

менее 200 м

не более 25 м

297. Поражение висцеральных ветвей при атеросклерозе брюшной аорты лучше устанавливается при аортографии:

в прямой проекции

в боковой проекции

в косой проекции

невозможно получить достоверное изображение

298. Наиболее частым вариантом реконструкции при поражении брюшной аорты является:

аорто-бедренное шунтирование

аорто-бедренное протезирование

экстраанатомическое шунтирование

эндартерэктомия из аорты

тромбэмболэктомия из аорты

299. При окклюзии брюшной аорты операцией выбора является:

резекция и протезирование

установка кава-фильтра

эндартерэктомия

экстраанатомическое шунтирование

тромбэктомия

300. К аритмиям, не вызывающим нарушений гемодинамики, относятся все, кроме:

синусовая аритмия

предсердные экстрасистолы

атриовентрикулярная блокада I ст.

желудочковая тахикардия

синоаурикулярная блокада

301. В послеоперационном периоде после операций на брюшной аорте следует обращать внимание:

на стабильное артериальное давление

на согревание больного

на функцию протеза

на кислотно-щелочное состояние и уровень электролитов

на все перечисленное

302. Наиболее часто поражение экстракраниальных артерий определяет:

атеросклероз

неспецифический аортоартериит

экстравазальные компрессии

сифилис

303. Атеросклеротическое поражение в бассейне сонной артерии чаще локализуется:

в устье наружной сонной артерии

в интракраниальных отделах сонной артерии

в проксимальном участке сонной артерии

в области бифуркации общей сонной артерии

304. Экстравазальная компрессия экстракраниальных артерий может происходить за счет:

лестничных мышц

первого ребра

остеофитов при шейном остеохондрозе

хемодектомы

всех перечисленных факторов

305. Наибольшее количество ветвей внечерепного уровня коллатерального кровообращения отходят от:

общей сонной артерии

наружной сонной артерии

внутренней сонной артерии

межреберной артерии

внутренней грудной артерии

306. Синдром подключичного обкрадывания связан с окклюзией:

проксимального сегмента общей сонной артерии

бифуркации сонной артерии

брахиоцефального ствола

проксимального сегмента подключичной артерии

всех перечисленных сосудов

307. При синдроме подключичного обкрадывания кровоток направлен из бассейна:

подключичной артерии в бассейн сонной артерии

сонной артерии в бассейн контралатеральной сонной артерии

сонной артерии в бассейн контралатеральной подключичной артерии

вертебральной артерии в бассейн сонной артерии

вертебральной артерии в бассейн подключичной артерии

308. При синдроме подключичного обкрадывания, когда имеется нагрузка на верхнюю конечность, кровоток:

усиливается в сторону головного мозга

не изменяется

усиливается в сторону верхней конечности

усиливается в направлении бассейна сонной артерии

направляется в сторону контралатеральной подключичной артерии

309. Транзисторная ишемическая атака – это:

возникновение очаговой неврологической симптоматики после физической нагрузки

полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 2 недели после ее возникновения

полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 1 неделю после ее возникновения

полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 24 часа после ее возникновения

регресс неврологической симптоматики с незначительным дефицитом в сроки до 2 недель

310. При ангиологическом исследовании больного с подозрением на поражение экстракраниальных артерий необходимо определять пульсацию:

височных артерий

сонных артерий

плечевых артерий

лучевых артерий

всех перечисленных артерий

311. Пробы с отведением верхней конечности необходимы в диагностике:

поражения сонной артерии

синдрома подключичного обкрадывания

патологической извитости позвоночных артерий

синдрома выхода из грудной клетки

всего перечисленного

312. Среди неинвазивных методов диагностики поражений экстракраниальных артерий в настоящее время наиболее информативным является:

электроэнцефалография

реоэнцефалография

компрессионный спектральный анализ электроэнцефалографии

ультразвуковое сканирование

ультразвуковая допплерография

313. Дуплексное сканирование экстракраниальных артерий позволяет:

определить состояние стенки сонной артерии

выявить наличие бляшки в области бифуркации сонной артерии раздельно для наружной и внутренней сонной артерии

определить степень стеноза в области бифуркации сонной артерии раздельно для наружной и внутренней сонной артерии

произвести запись спектра кровотока из любой точки сонной артерии и оценить объемный кровоток

все перечисленное

314. При атеросклеротической окклюзии плечеголовного ствола предпочтительным является:

эндартерэктомия

шунтирование аутовеной

протезирование синтетическим протезом

аорто-сонно-подключичное бифуркационное шунтирование

315. При синдроме выхода из грудной клетки адекватной является:

скаленотомия

шейная симпатэктомия

резекция I ребра или добавочного шейного ребра

скаленотомия, шейная симпатэктомия, резекции I ребра или добавочного шейного ребра

316. Результаты оперативного лечения ветвей дуги аорты указывают на то, что наилучшие результаты дает:

операция шунтирования

операция протезирования

эндартерэктомия с заплатой

комбинация всех перечисленных вмешательств

317. Отдаленные результаты хирургического лечения атеросклероза ветвей дуги аорты:

лучше, чем при неспецифическом аортоартериите

хуже, чем при неспецифическом аортоартериите

сходны с результатами при неспецифическом аортоартериите

отдаленные результаты при данных заболеваниях нельзя сравнивать

318. Синдром хронической абдоминальной ишемии могут вызывать следующие заболевания висцеральных артерий:

атеросклероз

неспецифический аортоартериит

гипоплазия висцеральных артерий

врожденные дисплазии

все перечисленное

319. Показанием к оперативному лечению при синдроме хронической абдоминальной ишемии является:

прогрессирующее снижение веса

жалобы на боли в животе после приема пищи

ангиографическая картина поражения висцеральных артерий

жалобы на боли в животе, снижение веса и наличие стенозов или окклюзий висцеральных артерий

все перечисленное

320. Консервативное лечение синдрома хронической абдоминальной ишемии должно включать:

ограничение приема пищи

соблюдение диеты и прием пищи малыми порциями

прием спазмолитиков и сосудорасширяющих препаратов

антикоагулянты

все перечисленное

321. При органическом поражении чревного ствола оптимальным доступом является:

срединная лапаротомия

левосторонняя торакофренолюмботомия

правосторонняя торакофренолюмботомия

левосторонняя люмботомия

ничего из перечисленного

322. При органическом поражении чревного ствола на небольшом протяжении показано:

трансартериальная эндартерэктомия

шунтирование чревного ствола аутовеной

шунтирование чревного ствола эксплантатом

трансаортальная эндартерэктомия

все перечисленное

323. При множественном атеросклеротическом поражении чревного ствола верхней брыжеечной артерии и левой почечной артерии операцией выбора является:

протезирование артерий эксплантатом от аорты

протезирование бифуркационным протезом и эндартерэктомия

трансартериальная эндартерэктомия из указанных артерий

трансаортальная эндартерэктомия из устьев всех артерий с использованием единой аортотомии

пластика заплатой из эксплантата аорты после эндартерэктомии из устьев артерий

324. При выявлении вазоренальной гипертензии у больных на амбулаторном приеме следует выполнять:

тщательный сбор анамнеза

измерение артериального давления на всех конечностях

исследование периферических артерий

дигитальную субтракционную ангиографию

все перечисленное

325. Из функциональных методов исследования почек наиболее информативным является:

внутривенная урография

пневморетроперитонеография

ренография

сцинтиграфия почек

реоренография

326. Для вазоренальной гипертрофии характерно:

эпизодические повышения артериального давления до 160/90 мм рт. ст.

периодическое повышение артериального давления до 200/100 мм рт. ст. с хорошим эффектом консервативной терапии

стойкая выраженная гипертензия с отсутствием или незначительным эффектом консервативной терапии (неспецифической)

артериальная гипертензия до 200/100 мм рт. ст. на верхних конечностях

все перечисленное

327. В комплекс консервативного лечения при болезни Бюргера, должно входить:

гипербарическая оксигенация

гемосорбция

лазерное облучение крови

плазмаферез

все перечисленное

328. Для болезни Рейно характерно:

боли в нижних конечностях при понижении температуры

боли в нижних конечностях при ходьбе, преимущественно в пальцах

боли, онемение в пальцах верхних конечностей

боли, онемение в пальцах верхних конечностей, которые провоцируются низкой температурой

все перечисленное

329. При болезни Рейно различают следующие стадии развития заболевания:

спастическую

асфиксическую

трофическую

все перечисленные стадии

330. Варикозное расширение вен нижних конечностей имеет:

врожденное происхождение - ангиодисплазия

врожденное происхождение - артерио-венозные свищи

приобретенное происхождение - компенсация недостаточности глубокой венозной системы

полиэтиологическое происхождение, где слабость венозной стенки играет очень важную роль

невыясненную этиологию

331. В классификации варикозного расширения вен следует выделять:

первичный варикоз

вторичный варикоз

стадии компенсации и декомпенсации

наличие трофических расстройств

все перечисленное

332. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет:

врожденная слабость соединительной ткани венозной системы

нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы

нарушение функции коммуникантных вен

развитие венозной гипертензии в нижних конечностях

все перечисленное

333. Показанием к оперативному лечению при варикозной болезни является:

боли в нижней конечности к концу дня

появление отеков на нижней конечности

трофические расстройства на конечности (кроме язв)

косметические дефекты из-за варикозного расширения вен

все перечисленное

334. Традиционная операция флебэктомии - это операция:

Троянова - Тренделенбурга

Бэбкокка

Нарата

Кокетта

верно все перечисленное

335. В послеоперационном периоде после флебэктомии важным является:

антибиотикотерапия

ранняя активизация больных

физиотерапия

ношение эластичных бинтов и ранняя активизация больных

все перечисленное

336. Патофизиология венозной гемодинамики при посттромбофлебитической болезни, в первую очередь, связана:

с наличием варикозного расширения поверхностных вен

с патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную

развитием венозной гипертензии в нижней конечности

с разрушением клапанов коммуникативных вен

со всем перечисленным

337. Типичный симптомокомплекс при посттромбофлебитической болезни не включает:

боли в нижней конечности

отек нижней конечности

отсутствие пульса на стопе

вторичное варикозное расширение вен

пигментацию и индурацию кожи на голени

338. К наиболее распространенным формам посттромбофлебитической болезни относится:

отечно-болевая

ишемическая

трофическая

некротическая

все перечисленное

339. В диагностике посттромбофлебитической болезни для решения вопроса о хирургическом лечении определяющим методом диагностики является:

функциональные пробы

радионуклидная флебография

ультразвуковая допплерография

контрастная флебография

компьютерная томография

340. В настоящее время при посттромбофлебитической болезни наиболее часто применяется:

операция по имплантации искусственных клапанов в глубокую венозную систему

операция Кокетта

экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен

аутовенозное шунтирование и протезирование глубоких вен

операция Линтона в сочетании с комбинированной флебэктомией

341. Наиболее частой причиной синдрома верхней полой вены является:

первичный тромбоз верхней полой вены

злокачественные опухоли средостения и бронхолегочный рак

внутригрудинные доброкачественные опухоли

травма грудной клетки

все перечисленное с одинаковой частотой

342. В клинической картине синдрома верхней полой вены важную роль играет:

венозный застой в поверхностных и глубоких венах туловища и верхних конечностей

венозный застой в головном мозге

симптоматика основного заболевания

нарушение сердечной гемодинамики

все перечисленное

343. В диагностике синдрома верхней полой вены следует использовать:

рентгенографию грудной клетки

флебографию

флеботонометрию

доплерэхографию

все перечисленное

344. При хирургическом лечении синдрома верхней полой вены чаще всего выполняется:

протезирование верхней полой вены

обходное шунтирование между бассейном верхней и нижней полых вен (экстраанатомическое)

обходное шунтирование между непарной веной и ушком правого предсердия

все перечисленное с одинаковой частотой

345. Синдром Педжета - Шреттера – это:

острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента

хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента

острый тромбоз устья верхней полой вены

данный синдром не относится к венозной патологии

346. Клиническая картина болезни Педжета - Шреттера включает все, кроме:

прогрессирующий отек конечности

сильные боли в конечности

видимое развитие подкожных коллатералей

цианоз кожи конечности

похолодания конечности

347. В диагностике синдрома Педжета - Шреттера целесообразно использовать:

ультразвуковую допплерографию

флебографию

ультрасонографию

компьютерную томографию

все перечисленные методы

348. При хронических венозных окклюзиях верхних конечностей операцией выбора является:

тромбоэктомия

резекция I ребра, скаленотомия

аутовенозное шунтирование, устранение причины тромбоза

аутовенозное протезирование

аутовенозное шунтирование, наложение временной артериовенозной стомы и устранение причины тромбоза

349. При циррозе печени чаще развивается:

внутрипеченочная форма портального блока

надпеченочная форма портального блока

подпеченочная форма портального блока

смешанная форма портального блока

350. Повышение давления в воротной вене ведет к развитию коллатерального кровообращения:

в системе вен желудка

в венозном сплетении пищевода

в прямокишечных венах

в системе подкожных вен передней брюшной стенки

во всех перечисленных системах

351. В диагностике портальной гипертензии ведущую роль играют:

рентгеноскопия пищевода и желудка

эзофагогастродуоденоскопия

спленоманометрия

гепатоманометрия

портогепатография

352. Срочное вмешательство на фоне желудочно-кишечного кровотечения при портальной гипертензии должно начинаться:

с наложения портокавального анастомоза

с прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка

с установки зонда Блекмора

с экстренной эзофагогастродуоденоскопии

с переливания крови

353. Наиболее оптимальным доступом при операции по поводу констриктивного перикардита является:

правосторонняя переднебоковая торакотомия

правосторонняя боковая торакотомия

двухсторонняя переднебоковая торакотомия с поперечным пересечением грудины

продольная срединная стернотомия

левосторонняя боковая торакотомия

354. При наличии полной атриовентрикулярной блокады при плановой операции следует:

наладить эндокардиальную стимуляцию

операция не отменяется

использовать -стимуляторы, вазопрессоры, глюкокортикоиды, холинолитики

не применять электронож, и диатермокоагуляцию

выполнять операцию только под местной анастезией

355. По локализации и клинической картине различают гемангиомы:

кожи и подкожной клетчатки

слизистых оболочек

мышц, сухожилий и костей

паренхиматозных органов

всего перечисленного

356. В диагностике венозных дисплазий подкожных вен ведущую роль играет:

ультразвуковая допплерография

флебография

артериография

компьютерная томография

все перечисленное

357. Среди методов лечения дисплазий подкожной венозной системы ведущую роль занимае:

электрокоагуляция

склерозирующая терапия

лучевое лечение

эластическое бинтование

хирургическое лечение

358. В диагностике синдрома Клиппель - Треноне ведущую роль играет:

пигментные пятна и сосудистые пятна

варикоз подкожных вен

значительное увеличение объема мягких тканей конечности

все перечисленное

359. Оптимальными сроками хирургического лечения больных с синдромом Клиппеля - Треноне являются:

период новорожденности

2-3 года

4-7 лет

10-13 лет

старше 15 лет

360. Наилучшие результаты лечения больных с синдромом Клиппель - Треноне дает метод:

электрокоагуляции

склерозирующей терапии

эластического бинтования нижних конечностей

хирургический

комплексного использования всего перечисленного

361. Возможны следующие виды аневризм яремных вен:

диффузные

мешковидные

истинные

ложные

все перечисленные виды

362. Клиническое течение аневризм яремных вен проявляется:

давлением на окружающие ткани, косметическими дефектами

риском тромбоза

риском разрыва

отеком верхней половины тела

отеком лица и шеи

363. Оптимальным методом лечения аневризм яремных вен является:

окутывание аневризм фасцией

протезирование эксплантатом

краевая резекция и ушивание

резекция аневризмы с анастомозом конец в конец и укрытие линии швов дупликатурой из венозной стенки

аутовенозное протезирование

364. Лимфатическая система нижних конечностей представляет:

единую сеть лимфатических сосудов, которые впадают в паховые лимфоузлы

поверхностную и глубокую лимфатические системы

поверхностную лимфатическую систему, которая разделяется на бассейны большой и малой подкожных вен и глубокую лимфатическую систему

систему лимфатических сосудов, впадающих в подколенную вену и регионарные лимфоузлы и систему лимфатических сосудов, впадающих в бедренную вену и регионарные лимфоузлы

365. Лимфадема возникает в результате:

повреждения стенки капилляров с развитием повышенной проницаемости

нарушения гидростатического или осмотического давления

выхода гиперосмотической жидкости в ткани

всего перечисленного

366. Среди первичных лимфадем выделяют:

аплазию лимфатических сосудов

гипоплазию лимфатических узлов

гиперплазию лимфатических узлов

все перечисленное

367. Консервативное лечение лимфадемии в легких случаях включает:

тщательную гигиену конечности

возвышенное положение конечности

периодическую компрессию конечности

прием диуретиков

все перечисленные

368. Дифференциальная диагностика лимфадемы проводится:

с ожирением

с посттромбофлебитическим синдромом нижних конечностей

с гемангиомой нижних конечностей

с артерио-венозным свищем

со всем перечисленным

369. В классификации тромбоэмболии легочной артерии выделяют:

тотальную тромбоэмболию

тромбоэмболию мелких ветвей, долевых и сегментарных ветвей, массивную тромбоэмболию

тромбоэмболию главной правой ветви

тромбоэмболию главной левой ветви

все перечисленные формы

370. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является:

бассейн верхней полой вены

правые отделы сердца

бассейн нижней полой вены

вены малого таза

все перечисленное

371. Наиболее точным и наименее инвазивным в диагностике венозного тромбоза в стадии активного тромбообразования является:

ультразвуковая допплерография

флебография

компьютерная томография

ультрасонография

372. Имплантация искусственного водителя ритма показана:

при атриовентрикулярной блокаде III степени

при фибрилляции желудочков

при частой желудочковой экстрасистолии

при синдроме WPW

при наджелудочковой экстрасистолии

373. В профилактике тромбоэмболии легочной артерии преобладает:

оперативные методы

антикоагулянтная терапия

антиагрегантная терапия

сочетание антикоагулянтной терапии и оперативных методов по показаниям

все перечисленное

374. При производстве тромбэктомии из илиокавального сегмента используется:

бедренный доступ

забрюшинный доступ

абдоминальный доступ

комбинированные доступы

возможно все перечисленное

375. Основными клиническими синдромами течения тромбоэмболии легочной артерии являются все, кроме:

легочно-плевральный

кардиальный

абдоминальный

нарушения мозгового кровообращения

печеночно-почечный

376. Различают следующие варианты течения тромбоэмболии легочной артерии в сочетании с венозным тромбозом:

появление клинических признаков венозного тромбоза предшествовало эмболии

симптомы венозного тромбоза появились после возникновения эмболии

венозный тромбоз, послуживший причиной эмболии, протекал латентно

тромбоэмболия легочной артерии у "здоровых" людей

все перечисленные варианты

377. При эмболии легочной артерии используются следующие методы диагностики:

рентгенография грудной клетки

электрокардиография

мультиспиральная компьютерная томография

ангиопульмонография

все перечисленные методы

378. Из диагностических методов при эмболии легочной артерии наиболее информативными и безопасными являются:

электрокардиография

реопульмонография

ангиопульмонография

мультиспиральная компьютерная томография

все перечисленные методы

379. Нормализация кровообращения в малом круге на фоне консервативной терапии при эмболии легочной артерии может быть связана:

с лизисом тромба

с фрагментацией тромба

с реканализацией тромба

со всем перечисленным

380. Абсолютными показаниями к эмболэктомии легочной артерии являются все, кроме:

тромбоэмболия ствола и главных ветвей легочной артерии

тромбоэмболия главных ветвей легочной артерии при гипотонии

тромбоэмболия главных ветвей легочной артерии при стабильной гемодинамике

тромбоэмболия ствола и главных ветвей легочной артерии при мерцательной аритмии

тромбоэмболия долевых и сегментарных ветвей легочной артерии

381. Причиной ишемического инсульта может быть все, кроме:

атеросклеротическое поражение артерий, питающих головной мозг

эссенциальная гипертензия с изменением мелких мозговых сосудов

ишемическая болезнь сердца

заболевания вен нижних конечностей

пороки сердца

382. Электрическая кардиоверсия показана:

при фибрилляции желудочков

при передозировке гликозидов

при полной атриовентрикулярной блокаде

при неполной блокаде правой ножки пучка Гиса

при нарушениях ритма сердца, вызванных гиперкалиемией

383. Острая ишемия каротидного бассейна может проявляться всем перечисленным, за исключением:

онемения и парестезии конечностей

моно- и гемипареза

переходящей слепоты одного глаза

нарушений статики

384. Внезапная ишемия вертебро-базилярного бассейна проявляется:

головной болью

системным головокружением

нарушением походки

бульбарными нарушениями

всем перечисленным

385. Консервативное лечение острого ишемического инсульта должно включать:

введение низкомолекулярных декстранов

антиагреганты

общие лечебные мероприятия

стабилизацию гемодинамики

все перечисленное

386. Условиями для попытки оперативного лечения в стадии острого ишемического инсульта являются:

сохраненное сознание пациента

время с начала развития инсульта не более 6-8 часов

точная локализация очага в головном мозге при компьютерной томографии

наличие условий для выполнения нейрохирургической операции

все перечисленные условия

387. Реконструкцию каротидного бассейна у больных, перенесших острый ишемический инсульт, целесообразно выполнять через:

1 неделю

3-4 недели

6-8 недель

6 месяцев

1 год

388. Среди окклюзионных нарушений мезентериального кровообращения выделяют:

эмболию и тромбоз артерий

тромбоз вен

расслоение аорты

сдавление сосудов опухолями

все перечисленные нарушения

389. При остром нарушении мезентериального кровообращения различают стадии:

ишемии

инфаркта кишечника

гангрены кишечника

перитонита

все перечисленные

390. Наиболее частой причиной нарушений брыжеечного кровотока является:

эмболия артерий

тромбоз артерий

сдавление опухолями

неокклюзионные расстройства

все перечисленное

391. При острых нарушениях мезентериального кровообращения главную роль в клинической картине играют:

боли в животе, тошнота и рвота

нарушения эвакуаторной функции кишечника

кровь в кале ("малиновое желе")

нестабильная гемодинамика

все перечисленные симптомы

392. Из специальных методов диагностики при нарушениях мезентериального кровообращения ведущую роль играет:

общий анализ крови

обзорная рентгенография брюшной полости

определение ферментов крови

лапароскопия

пробная лапаротомия

393. При эмболии верхней брыжеечной артерии с клиникой острого нарушения мезентериального кровообращения операцией выбора является:

протезирование артерии

шунтирование артерии

эндартерэктомия

тромбоэмболэктомия

все перечисленное

394. В диагностике инфаркта почки важную роль играет:

ренография

сцинтиграфия почки

аортоартериография

эхолокация почки

все перечисленное

395. Операцией выбора при тромбозе и эмболии почечной артерии без органического сужения является:

протезирование почечной артерии эксплантатом

шунтирование аутовеной

трансартериальная эндартерэктомия

трансаортальная тромбоэмболэктомия

все перечисленное

396. Причиной артериальной эмболии не может быть:

атеросклеротический кардиосклероз

острый инфаркт миокарда

порок трикуспидального клапана

атеросклероз аорты

аневризмы аорты

397. Клиническая картина острой артериальной непроходимости зависит:

от причины эмболо- или тромбогенного характера

от степени декомпенсации сердечной деятельности

от причины острой артериальной непроходимости (травма, эмболия, тромбоз)

от степени ишемии

от всего перечисленного

398. Синдром острой ишемии конечности не включает:

боль в пораженной конечности

расстройство чувствительности

нарушение активных движений в суставах

контрактуру коленного сустава при сохраненных пассивных движениях в голеностопном суставе

мышечную контрактуру

399. При острой артериальной непроходимости дифференциальный диагноз следует проводить:

с эмболией артерий

с тромбозом артерий

с острым тромбозом глубоких вен

с хроническими тромбооблитерирующими заболеваниями

со всем перечисленным

400. Прорыв аневризмы грудной аорты может произойти во все перечисленные органы, кроме:

верхней полой вены

трахеи

пищевода

плевральной полости

брюшной полости

401. Операция по поводу аневризмы брюшной аорты показана при размере аневризмы:

3-4 см и более

5-6 см и более

6-7 см и более

более 10 см

более 12 см

402. Разрыв аневризмы брюшной аорты возможен:

в забрюшинное пространство

в брюшную полость

в двенадцатиперстную кишку

в нижнюю полую вену

во все перечисленные места

403. Дифференциальную диагностику разрыва аневризм брюшной аорты следует проводить:

с инфарктом миокарда

с желудочно-кишечным кровотечением

с расслаивающей аневризмой аорты

с острым панкреатитом

со всем перечисленным

404. Клиническая картина разрыва аневризмы брюшной аорты включает все перечисленное, за исключением:

острых болей в животе и поясничной области

холодного пота

тахикардии

гипотонии

ишемии нижних конечностей

405. Для диагностики разрыва аневризмы брюшной аорты первоначально наиболее целесообразно использовать:

аортографию

эхолокацию

компьютерную томографию

рентгенографию брюшной полости

лапароскопию

406. К особенностям хирургического вмешательства при разрыве аневризмы брюшной аорты относятся:

большая кровопотеря

гипотония у больного

необходимость быстро закончить операцию

быстрое пережатие аорты выше аневризмы

все перечисленные особенности

407. При разрывах аневризм периферических артерий с целью диагностики следует использовать:

артериографию

ультразвуковое исследование

ультразвуковую допплерографию

компьютерную томографию

все перечисленное

408. Операцией выбора при разрыве аневризм периферических артерий является резекция аневризмы:

с протезированием эксплантатом

с шунтированием эксплантатом

с внутрипросветным протезированием

с аутовенозным протезированием

с аутовенозным шунтированием

409. Дифференциальный диагноз острых венозных тромбозов необходимо проводить:

с облитерирующим тромбангитом

с лимфангитом

с эмболией артерий

с острыми артериальными тромбозами

со всем перечисленным

410. Острые венозные тромбозы глубоких вен нижних конечностей следует лечить оперативным путем, если от момента начала заболевания прошло не более:

1-3 суток

5 суток

7 суток

7-10 суток

консервативное лечение всегда дает лучший эффект

411. При производстве тромбэктомий по поводу острых венозных тромбозов возможны следующие осложнения:

кровотечение

ретромбоз

нагноение

тромбоэмболия легочной артерии

все перечисленные осложнения

412. Тяжесть состояния больного при ранении сосудов определяется:

острой кровопотерей

сопутствующими повреждениями (мягкие ткани, кости)

острой ишемией конечности

травматическим шоком

всем перечисленным

413. Сочетанное ранение артерии и вены приводит:

к тромбозу глубоких вен

к артериальному тромбозу

к венозной аневризме

к дистальной артериальной эмболии

к артерио-венозному свищу

414. В диагностике ятрогенных повреждений артерий ведущая роль принадлежит:

артериографии

реовазографии

ультразвуковой допплерографии

компьютерной томографии

всему перечисленному

415. Основным принципом лечения ятрогенных повреждений артерий является:

протезирование артерий эксплантатом

аутовенозное протезирование

восстановление магистрального кровотока путем тромбэктомии или реконструкции сосуда

пластика артерий заплатой

резекция поврежденной артерии с анастомозом или пластикой

все перечисленное по ситуации

416. Тромбоз магистральной вены после установки катетера в ней проявляется:

отеком конечности

появлением развитой сети подкожных вен

гипотермией конечности

цианозом конечности

всем перечисленным

417. Клиника травматических артерио-венозных аневризм определяется:

наличием пульсирующего образования

отеком и ишемией конечности

наличием пульсирующего образования мягко-эластической консистенции, над которым определяется диастолический шум

наличием пульсирующего образования мягко-эластической консистенции, над которым определяется систолический шум

наличием пульсирующего образования мягко-эластической консистенции, над которым определяется систоло-диастолический шум

418. Показанием к операции при артерио-венозных аневризмах травматической этиологии является:

наличие аневризмы

признаки ишемии конечности

большой сброс артериальной крови в венозное русло

осложнения со стороны рядом находящихся нервных стволов

все перечисленное

419. К явным признакам травмы сосуда относятся:

отсутствие дистального пульса

артериальное кровотечение

разлитая и пульсирующая гематома

шум или трепетание в зоне поражения

все перечисленные признаки

420. Контрапульсация достигается введением баллончика в нисходящий отдел аорты и раздуванием его:

во время систолы желудочков

во время диастолы желудочков

во время фибрилляции желудочков

во время диастолы предсердий

не имеет значения

421. При необходимости замещения части артерии диаметром более 6 мм после травмы наилучшим пластическим материалом является:

аутовена

вена пупочного канатика новорожденного

бычий протез

протез из политетрафторэтилена или дакрона

все перечисленное

422. При необходимости пластики артерии диаметром менее 5 мм наилучшим пластическим материалом является:

фторолон-лавсановый протез диаметром менее 5 мм

аутоартерия

аутовена

солкопротез

вена пупочного канатика новорожденного

423. При потенциально инфицированной ране пластическим материалом выбора при травме сосудов диаметром 5 мм является:

бычий ксенопротез

вена пупочного канатика человека

аутовена

синтетический протез

аутоартерия

424. При открытых повреждениях сердца характерны:

наличие раны в зоне Грекова

симптомы острого малокровия

симптомы тампонады сердца

гипотония

все перечисленное

425. Ушивание раны сердца выполняется:

непрямым обвивным швом

узловым кетгутовым швом

узловым швом с использованием синтетических нитей на атравматических иглах

узловым П-образным швом атравматическими иглами с синтетическими нитями

426. Причиной недостаточности митрального клапана может быть:

ревматизм

атеросклероз

инфекционный эндокардит

пролапс створок клапана

все перечисленное

427. Наиболее частой причиной трикуспидальной регургитации является:

пролапс створок клапана

дилатация правого желудочка

порок аортального клапана

ревматоидный артрит

428. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

1-2 кв.см

4-6 кв.см

8-10 кв.см

все ответы неправильные

429. Систолическое артериальное давление в левом предсердии в норме составляет:

4-5 мм рт.ст.

8-10 мм рт.ст.

20-25 мм рт.ст.

все ответы неправильные

430. Характерными эхокардиографическими признаками митрального стеноза являются:

однонаправленное движение створок митрального клапана

отсутствие расширения полости левого желудочка

расширение левого предсердия

утолщение створок митрального клапана

все ответы правильные

431. Причиной возникновения органической недостаточности митрального клапана может быть:

ревматизм

склеродермия

бруцеллез

инфекционный эндокардит

все перечисленное

432. У больных с пролапсом митрального клапана могут быть:

недостаточность кровообращения

инфекционный эндокардит

нарушения ритма сердца

все ответы правильные

все ответы неправильные

433. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:

ревматизм

атеросклероз

врожденная патология клапана

все перечисленное

434. Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при:

митральном стенозе

недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

стенозе устья аорты

435. Для больных с недостаточностью аортального клапана характерным является все перечисленное, кроме:

повышения систолического АД

снижения диастолического АД

увеличения пульсового АД

повышения диастолического АД

436. Признаком клапанного стеноза аорты, выявляемым при эхокардиографии, является:

отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой

увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка

значительное увеличение давления в левом предсердии

значительное увеличение давления в легочной артерии

437. Нарушением ритма сердца, наиболее часто встречающимся у больных с митральным стенозом, является:

предсердная пароксизмальная тахикардия

мерцательная аритмия

атриовентрикулярная диссоциация

левопредсердный ритм

438. Выслушивание "двойного" шума Дюрозье на бедренной артерии характерно для:

стеноза устья аорты

недостаточности клапана легочной артерии

недостаточности аортального клапана

недостаточности митрального клапана

439. Для недостаточности аортального клапана характерны следующие периферические симптомы, за исключением:

двойного тона Траубе и двойного шума Дюрозье

высокого, быстрого пульса

низкого диастолического артериального давления

капиллярного пульса

низкого систолического артериального давления

440. Для недостаточности трикуспидального клапана не характерны:

пульсация яремных вен

пульсация сонных артерий

пульсация печени

наличие систолического шума у основания мечевидного отростка

441. Целью назначения сердечных гликозидов у больных с митральным стенозом и постоянной формой мерцательной аритмии является:

восстановление синусового ритма

замедление частоты мерцания предсердий

замедление частоты сокращений желудочков

снижение активности симпатической нервной системы

подавление активности блуждающего нерва

442. Пульсация печени может быть вызвана:

стенозом устья аорты

митральным стенозом

недостаточностью аортального клапана

недостаточностью трехстворчатого клапана

443. При "критическом" митральном стенозе градиент давления между левым предсердием и левым желудочком во время диастолы составляет:

около 1-2 мм.рт.ст.

около 10 мм.рт.ст.

около 20 мм.рт.ст.

более 30 мм.рт.ст.

444. В норме градиент давления между левым предсердием и левым желудочком во время диастолы составляет:

1-2 мм.рт.ст.

5-6 мм.рт.ст.

8-10 мм.рт.ст.

14-16 мм.рт.ст.

20 мм.рт.ст.

445. "Вторым барьером" при митральном стенозе называют:

венозную гипертензию

артериальную легочную гипертензию

сопутствующий стеноз аортального клапана

сопутствующий стеноз 3-х створчатого клапана

левое предсердие

446. При эхокардиографическом исследовании у больных с митральным стенозом могут быть выявлены все признаки, кроме:

высокочастотного мелкоамплитудного "дрожания" передней митральной створки

увеличения линейной скорости кровотока через митральный клапан (при допплерографии)

увеличения размеров левого предсердия

дилатации правого желудочка

признаков легочной гипертензии

447. При митральной недостаточности нагрузка на левый желудочек во время систолы:

снижена

такая же, как и без порока

повышена

могут быть все перечисленные варианты

448. У больных старше 60 лет аортальный стеноз чаще всего является:

врожденным

ревматическим

дегенеративным ("склеротическим")

вероятность всех 3-х вариантов примерно одинакова

449. Критическим считается уменьшение площади аортального отверстия до:

6 кв. см

4 кв. см

2 кв. см

1 кв. см

0,5 кв. см

450. При критическом аортальном стенозе градиент давления, как правило, превышает:

5 мм.рт.ст.

10 мм.рт.ст.

15 мм.рт.ст.

25 мм.рт.ст.

50 мм.рт.ст.

451. У больных с аортальным стенозом после появления стенокардии напряжения, обмороков и сердечной недостаточности продолжительность жизни в большинстве случаев не превышает:

1 года.

2-3 года.

5-10 лет.

10-15 лет.

452. Самые большие размеры сердца ("бычье сердце") отмечаются у больных с:

аортальным стенозом

аортальной недостаточностью

митральным стенозом

митральной недостаточностью

трикуспидальным пороком

453. Стеноз митрального клапана характеризуется признаками, кроме:

увеличения сердечного выброса

развития легочной гипертензии

гипертрофии левого предсердия

интерстициального отеком легкого

мерцательной аритмии

454. При каком из следующих видов аритмий эффективно введение калия:

при желудочковой тахикардии

при узловой тахикардии

при желудочковой экстрасистолии

при суправентрикулярных нарушениях ритма

при всех перечисленных нарушениях ритма

455. Наиболее надежным критерием эффективности дыхания является:

дыхательный объем

число дыханий в минуту

определение PaO2 и PaCO2

минутный объем дыхания

определение мертвого пространства