

---

**Кемеровская государственная  
медицинская академия**

---

# **Сборник тестовых заданий и ситуационных задач по курсу кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии**

**для студентов IV-V курсов лечебного факультета**

**Кемерово – 2004**

ГОУ ВПО КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# **Сборник тестовых заданий и ситуационных задач по курсу кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии**

**для студентов IV-V курсов лечебного факультета**

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому  
и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов,  
обучающихся по специальности 040100 “Лечебное дело”

Кемерово - 2004

**Сборник тестовых заданий и ситуационных задач по курсу кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии для студентов IV-V курсов лечебного факультета. Под ред. Л.С. Барбараш. Кемерово, 2004.- 139 с.**

**Составители:**

- Барбараш О.Л., профессор кафедры кардиологии и ССХ КемГМА, д.м.н.;
- Бернс С.А., доцент кафедры кардиологии и ССХ КемГМА, к.м.н.;
- Панасенков Л.И., ассистент кафедры кардиологии и ССХ КемГМА, к.м.н.;
- Кашталап В.В., клинический ординатор кафедры факультетской терапии, профессиональных болезней, клинической иммунологии и эндокринологии КемГМА.

**Редактор:**

- Барбараш Л.С., зав. кафедрой кардиологии и ССХ КемГМА, член-корр. РАМН, д.м.н., профессор;

**Рецензенты:**

- Куимов А.Д., заведующий кафедрой факультетской терапии Новосибирской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор;
- Белобородова Э.И., заведующая кафедрой терапии ФУВа Сибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>1. Тестовые задания</b>	<b>3</b>
<b>2. Ситуационные задачи</b>	<b>70</b>
<b>3. Ответы к ситуационным задачам</b>	<b>104</b>

**ЗАДАЧИ ТЕСТ-КОНТРОЛЯ К ЗАНЯТИЮ  
«ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА»**

**К вопросам 1-5 подберите один наиболее правильный ответ**

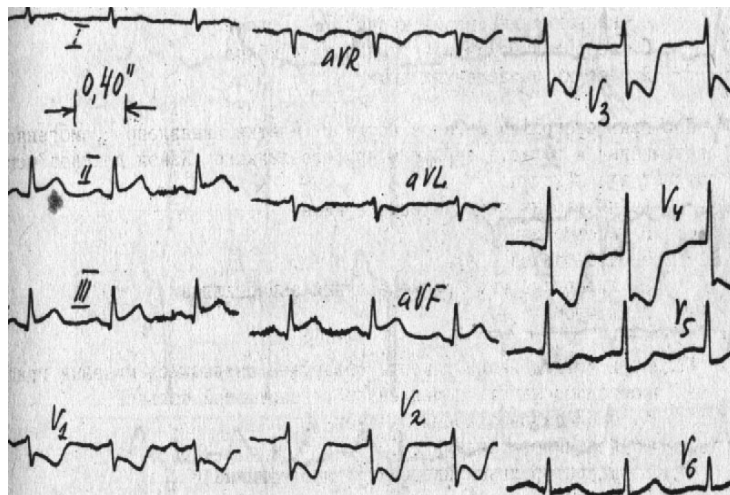
1. Какой болевой приступ характерен для синдрома стенокардии?
  - А. Боль за грудиной, сопровождающаяся психомоторным возбуждением продолжительностью более 30 минут.
  - Б. Острая боль в области сердца продолжительностью до трех минут.
  - В. Боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при движении левой руки.
  - Г. Боль за грудиной давящего характера продолжительностью от 5 до 30 минут.
2. Какова наиболее частая причина хронической коронарной недостаточности?
  - А. Артериальная гипертензия.
  - Б. Спазм неповрежденных коронарных артерий.
  - В. Коронариит.
  - Г. Миокардит.
  - Д. Атеросклеротическое поражение коронарных артерий.
3. Причиной возникновения приступа стенокардии является:
  - А. Волнение.
  - Б. Повышение артериального давления.
  - В. Понижение артериального давления.
  - Г. Физическая нагрузка.
  - Д. Холодный ветер.
  - Е. Все вышеперечисленные.
4. Какие из липопротеидов являются наиболее атерогенными?
  - А. Липопротеиды высокой плотности.
  - Б. Липопротеиды низкой плотности.
  - В. Липопротеиды промежуточной плотности.
  - Г. Липопротеиды очень низкой плотности.
5. Какой из перечисленных ниже факторов является наиболее значимым фактором риска возникновения ИБС?
  - А. Гиперхолестеринемия.
  - Б. Гиподинамия.
  - В. Ожирение.
  - Г. Стрессовые ситуации.
  - Д. Сахарный диабет.

- В. Разрыв межжелудочковой перегородки.
- Г. Тромбоэмболия легочной артерии.
- Д. Дисфункция сосочковой мышцы.

67.2. Какой метод исследования наиболее целесообразно применить для выяснения причин резкого ухудшения состояния больного?

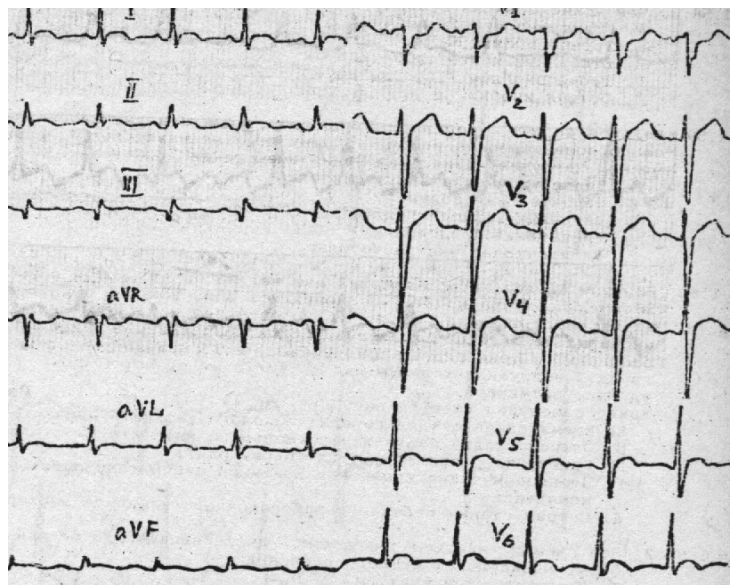
- А. ЭКГ.
- Б. ФКГ.
- В. ЭхоКГ.
- Г. Зондирование правых отделов сердца и легочной артерии.
- Д. Рентгеноскопия грудной клетки.

68. Больной 60 лет госпитализирован в блок интенсивной терапии с длительным приступом загрудинных болей, не купирующихся применением нитроглицерина. При обследовании отмечены глухие тоны, ритм галопа, АД – 80/60 мм рт.ст., был назначен допамин.



- 68.1. Какой диагноз ставится по ЭКГ?
- А. Острая стадия передне-перегородочного инфаркта.
  - Б. Ишемическая стадия передне-бокового инфаркта.
  - В. Блокада левой ножки пучка Гиса.
  - Г. Ишемическая стадия задне-бокового инфаркта миокарда.
  - Д. Острая стадия задне-бокового инфаркта миокарда.
- 68.2. Чем объясняется снижение АД?
- А. Снижением периферического сопротивления.
  - Б. Депонированием крови в брюшной полости.
  - В. Снижением сердечного выброса.
  - Г. Всем вышеперечисленным.
  - Д. Ничем из перечисленного.
- 68.3. Каков механизм действия допамина?
- А. Увеличивает коронарный кровоток.
  - Б. Снижает потребность миокарда в кислороде.
  - В. Увеличивает сердечный выброс.
  - Г. Увеличивает приток крови к сердцу.
  - Д. Снижает периферическое сопротивление.

приглушены, в IV межреберье слева от грудины выслушивается шум. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 90 уд/мин, ритмичный.



56.1. Какие изменения имеются на ЭКГ?

- А. Ишемическая стадия передне-бокового инфаркта миокарда.
- Б. Острая стадия задне-диафрагмального инфаркта миокарда.
- В. Изменения, характерные для перикардита.
- Г. Неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса.
- Д. Острая стадия передне-перегородочного инфаркта миокарда.

56.2. Что может явиться признаком, дифференцирующим острый инфаркт от острого перикардита?

- А. Повышение температуры.
- Б. Нейтрофильный сдвиг крови.
- В. Уровень МВ-фракции КФК.
- Г. Величина СОЭ.
- Д. Содержание фибриногена.

#### ЗАДАЧИ ТЕСТ-КОНТРОЛЯ К ЗАНЯТИЮ «ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДОВ»

**К вопросам 1-60 подберите один наиболее правильный ответ**

1. К облитерирующим заболеваниям сосудов конечностей относятся:

- А. Атеросклероз.
- Б. Эндартериит.
- В. Тромбангиит.
- Г. Болезнь Рейно.
- Д. Все перечисленные заболевания, кроме Г.

Рисунок №1 к задаче №1.

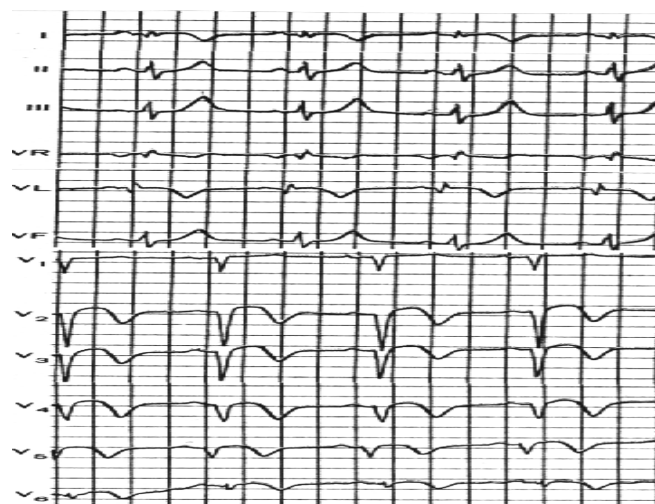


Рисунок №2 к задачам №№2,3.



Рисунок №3 к задаче №4.

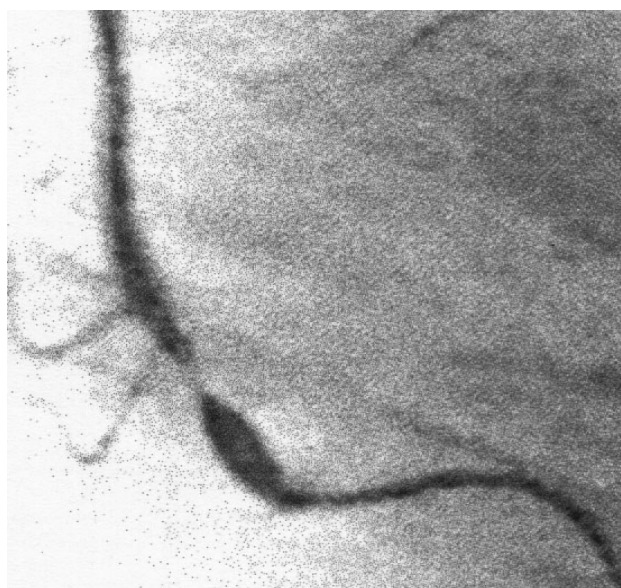


Рисунок №7 к задаче №10.

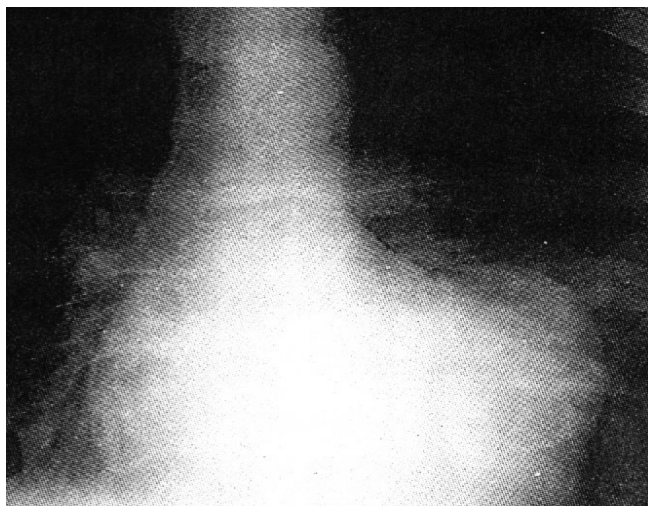


Рисунок №8 к задаче №11.

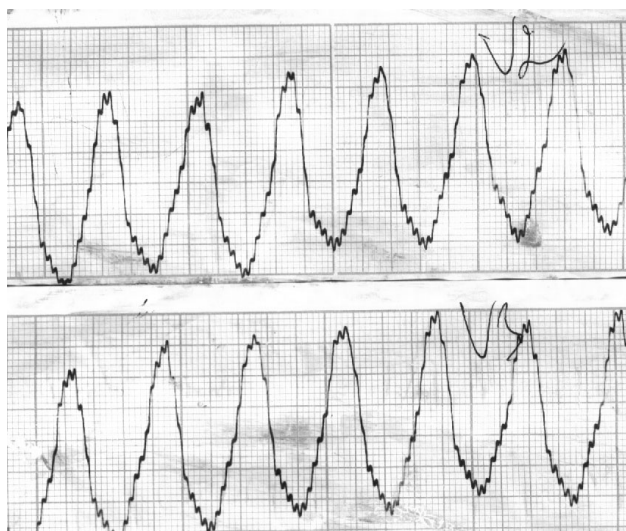


Рисунок №9 к задаче №12.

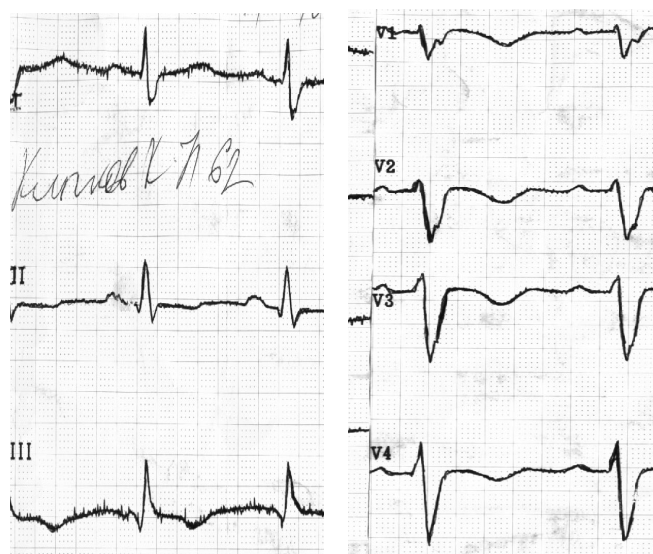


Рисунок №22 к задаче №42.

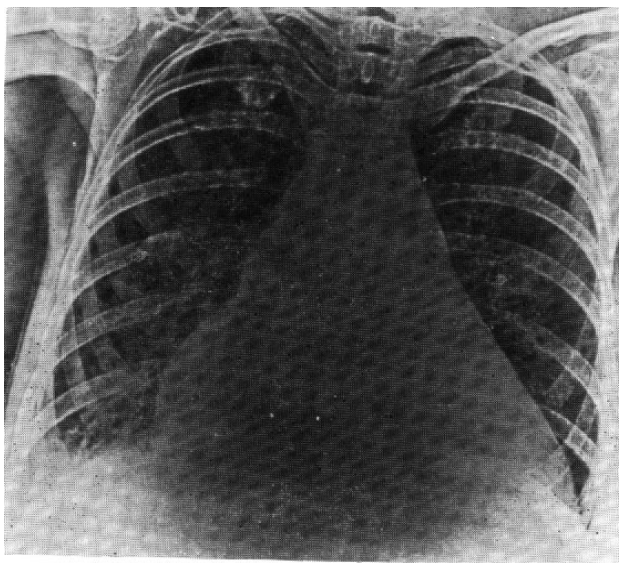


Рисунок №23 к задаче №45.

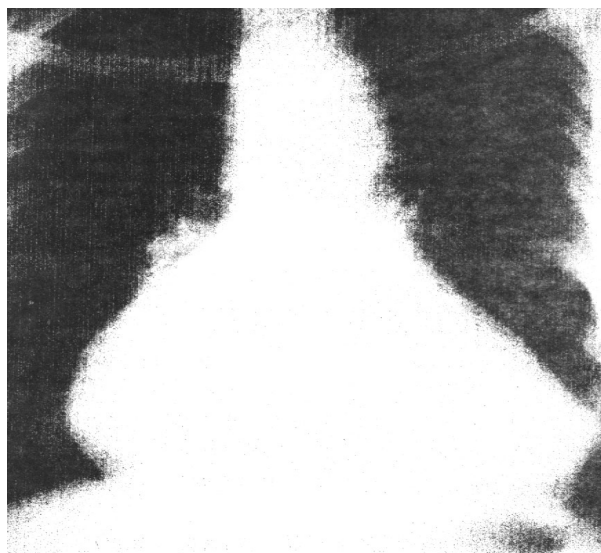
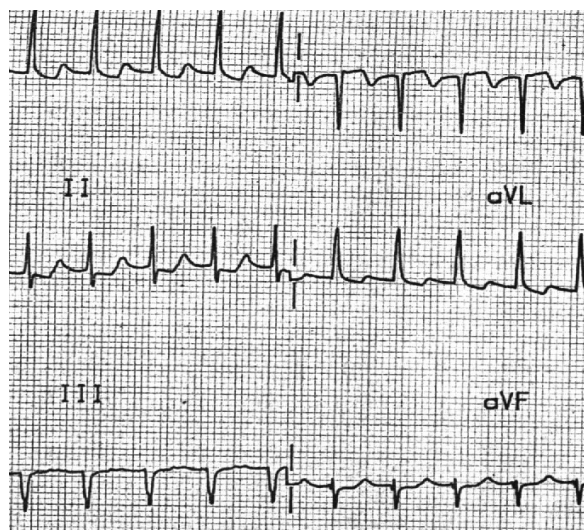


Рисунок №24 к задаче №47.



## Ответы к задачам

### Задача № 1

1. Ведущий синдром- поражение миокарда.
2. Предварительный диагноз: ИБС. Острый инфаркт миокарда, трансмуральный, передне - боковой локализации, стадия острая-подострая, осложненный эпистенокардическим перикардитоим. НК I (по Killip).
3. Дифференциальную диагностику необходимо проводить:
  - с ТЭЛА. Дифференциальная диагностика этих заболеваний сложен, так как ТЭЛА, также как и ОИМ, развивается остро, манифестирует с появления болей в грудной клетке, цианоза, одышки, нарушений ритма, может привести к шоку. В остром периоде ТЭЛА может формироваться зубец Q<sub>III</sub>, затем повышается температура тела (инфаркт легкого, инфарктная пневмония). Общими с ОИМ являются лейкоцитоз, увеличение СОЭ, гиперферментемия. За ТЭЛА могут свидетельствовать обстоятельства начала заболевания (у молодых людей после тяжелых переломов, у женщин после осложненных родов, у пожилых мужчин после операций на предстательной железе, у больных с ТГВ нижних конечностей). В задаче на это указаний нет. Появление клинических и рентгенологических симптомов инфаркта легкого и инфарктной плевропневмонии с кровохарканьем, шумом трения плевры, выраженным цианозом также говорит в пользу ТЭЛА. На ЭКГ для ТЭЛА характерны появление нестабильного «синдрома Q<sub>III</sub>-S<sub>I</sub>», перегрузка правого сердца (на представленной в задаче ЭКГ имеются типичные инфарктные изменения и нет изменений, говорящих в пользу ТЭЛА). Более уверенно говорить о диагнозе можно после проведения ангиопульмонографии, перфузионной сцинтиграфии легких, определения газового состава крови, ЭхоКГ и исследования магистральных вен нижних конечностей с помощью доплер-УЗИ. Важную информацию в пользу ОИМ даст определение тропонинов Т и I.
  - эпистенокардический перикардит с синдромом Дресслера. Эпистенокардический перикардит Кернига появляется на 1-3 сутки в начале заболевания, сопровождается кардиалгией и быстро проходящим шумом трения перикарда. Перикардальные боли купируются назначением НПВС, особо упорные боли купируются коротким курсом ГКС. Для раннего (в пределах 1 недели от начала заболевания) постинфарктного аутоиммунного синдрома Дресслера характерно сочетание перикардита, плеврита, пневмонита и поражения синовиальных оболочек суставов. В условии задачи нет данных, говорящих за еще какую-либо патологию, кроме перикардита (это укладывается в рамки эпистенокардического перикардита).
4. Дополнительные исследования:
  - ферменты (КФК МВ-фракции, тропонин I и Т, АСТ, АЛТ, ЛДГ<sub>1</sub>).
  - определение холестерина.
  - ЭхоКГ.

при болезни Иценко-Кушинга, при синдроме Иценко-Кушинга экскреция не изменяется;

- рентгенодиагностику: краниография и пневмосупраренография;
  - радиоизотопное сканирование надпочечников с йодхолестеролом, меченным йодом-131;
  - ультразвуковое сканирование надпочечников; КТ надпочечников;
  - исследование глазного дна и полей зрения;
  - ЭКГ и суточное мониторирование АД.
2. Ведущий синдром – артериальной гипертонии, дифференциальную диагностику необходимо проводить между болезнью и синдромом Иценко-Кушинга. Из условия задачи следует, что у пациента имеется двустороннее увеличение надпочечников – это говорит в пользу болезни Иценко-Кушинга (заболевание обусловлено первичным поражением подкорковых и стволовых образований мозга с последующим вовлечением гипофиза (с образованием секретирующей АКТГ аденомы), коры надпочечников и развитием гиперкортицизма. Диагноз: болезнь Иценко-Кушинга, тяжелой степени, течение торпидное.
  3. Повышение АД при данном заболевании связано с гиперпродукцией кортикостероидов (кортизола), один из биологических эффектов которых заключается в увеличении АД.
  4. Лечение: хирургическое, заключающееся в трансфеноидальной гипофизэктомии, эффективно также облучение тяжелыми частицами. Двусторонняя адреналэктомия обычно применяется при тяжелых инвалидизирующих симптомах, при не эффективности иных видов лечения. В качестве адъювантной терапии используют кетоконазол, метопирон и митотан, подавляющие секрецию кортизола надпочечниками. Медикаментозное лечение нельзя рассматривать как основное, но его можно использовать как дополнительное.

#### **Задача № 24**

1. Исходя из имеющихся в задаче данных, можно предположить наличие у больного гормонально активной опухоли мозгового слоя надпочечников – феохромоцитомы. Больному необходимо провести исследования:
  - экскреция катехоламинов в трехчасовой порции мочи, собранной после криза;
  - суточная экскреция метанефринов  $> 1,3$  мг;
  - клонидиновая проба: если уровень катехоламинов в плазме через 3 часа после приема 0,3 мг клонидина не снижается более чем на 50%, то это свидетельствует о феохромоцитоме;
  - исследование суточной экскреции с мочой адреналина и норадреналина;
  - ультразвуковое исследование надпочечников;
  - КТ и пневмосупраренорентгенография с томографией;
  - сцинтиграфия надпочечников с внутривенным введением метайодбензилгуанидина, меченного йодом-131.
2. Дифференциальную диагностику ведущего синдрома – артериальной гипертонии следует проводить между феохромоцитомой и кризовым

Отпечатано редакционно-издательским отделом  
Кемеровской государственной медицинской академии

650029, Кемерово,  
ул. Ворошилова, 22а.  
Тел./факс. +7(3842)734856;  
**epd@kemsma.ru**



Подписано в печать 31.03.2004.  
Гарнитура таймс. Тираж 500 экз.  
Усл. печ. листов 7,7

Отпечатано с готового оригинал-макета  
Лицензия ЛР №21244 от 22.09.97