

Тесты по циклу:
Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение

1. Для оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями входят следующие подразделения
 - 1 поликлиническая служба с возможностью отбора пациентов и оценки отдаленных результатов
 - 2 кардиососудистое отделение с палатами интенсивной терапии
 - 3 ангиокардиографическое отделение с возможностью производства рентгенэндоваскулярных процедур, радиологическая лаборатория
 - 4 все перечисленное
2. В современном кардиососудистом Центре должны выполняться следующие операции и процедуры
 - 1 трансплантация органов
 - 2 катетеризация сердца и сосудов и ангиопластика
 - 3 неинвазивные исследования сердца
 - 4 все перечисленное
3. При экстрасистолии из левого желудочка форма комплекса QRS экстрасистолы в отведении V1-V6
 - 1 напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса
 - 2 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса
4. При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ наиболее специфично появление
 - 1 признака SIQIII
 - 2 блокады правой ножки пучка Гиса
 - 3 отрицательных зубцов Т в отведениях V1-3
 - 4 синусовой брадикардии
5. Синоаурикулярная блокада - это
 - 1 уменьшение силы импульса синусового узла ниже порогового
 - 2 нарушение проводимости импульса от синусового узла к предсердиям
 - 3 уменьшение возбудимости миокарда предсердий
 - 4 нарушение проводимости импульса от предсердий к желудочкам
6. Неполная атриовентрикулярная блокада I степени характеризуется
 - 1 замедлением времени проведения импульса от синусового узла к предсердиям
 - 2 замедлением времени атриовентрикулярного проведения
 - 3 периодической блокадой одного из предсердных импульсов
 - 4 верно 1 и 2
7. При наличии атриовентрикулярной блокады I степени и нормальной продолжительности комплекса QRS можно предполагать нарушение проводимости
 - 1 в атриовентрикулярном узле
 - 2 в стволе пучка Гиса
 - 3 в ветвях пучка Гиса
 - 4 верно 1 и 2
8. При наличии признаков атриовентрикулярной блокады III степени в сочетании с неуширенным комплексом QRS наиболее вероятна блокада
 - 1 в атриовентрикулярном узле
 - 2 в стволе Гиса
 - 3 в ветвях пучка Гиса
 - 4 верно 1 и 2
9. Полная атриовентрикулярная блокада характеризуется
 - 1 блокадой каждого второго предсердного импульса
 - 2 блокадой нескольких подряд предсердных импульсов
 - 3 полным прекращением проведения предсердных импульсов с полной диссоциацией предсердного и желудочкового ритмов
 - 4 увеличением времени атриовентрикулярного проведения
10. Верхняя полая вена в прямой проекции образует
 - 1 верхнюю дугу справа
 - 2 верхнюю дугу слева
 - 3 нижнюю дугу справа

11. Восходящий сегмент аорты в прямой проекции образует
 - 1 верхнюю дугу слева
 - 2 верхнюю дугу справа
 - 3 нижнюю дугу справа
12. Дифференциальная диагностика между аортальным стенозом и аортальной недостаточностью осуществляется по состоянию
 - 1 левого желудочка и аорты
 - 2 малого круга кровообращения и аорты
 - 3 правых отделов сердца и левого желудочка
13. При открытом артериальном протоке без легочной гипертензии увеличены
 - 1 правое предсердие
 - 2 правый желудочек
 - 3 левый желудочек
 - 4 верно 1 и 2
14. Малый круг кровообращения при дефекте межпредсердной перегородки
 - 1 не изменен
 - 2 имеет место гиповолемия
 - 3 имеет место гиперволемия
15. При дефекте межпредсердной перегородки увеличено
 - 1 правое предсердие
 - 2 левое предсердие
 - 3 левый желудочек
16. Гемодинамика малого круга кровообращения при прорыве аневризмы синуса Вальсальвы в правое предсердие характеризуется
 - 1 уменьшением минутного объема
 - 2 увеличением минутного объема
 - 3 неизменной гемодинамикой
17. Симптом "тройки" при коарктации аорты образуется
 - 1 пре- и постстенотическим расширенным отделом аорты
 - 2 дугой аорты и стволом легочной артерии
 - 3 дугой аорты и левой легочной артерией
 - 4 левой подключичной артерией и стволом легочной артерии
18. Ретроградный кровоток по системе интеркостальных артерий при коарктации аорты выражается
 - 1 в симптоме "тройки"
 - 2 узурации ребер
 - 3 расширении левой подключичной артерии
 - 4 расширении аорты
19. Открытый артериальный проток приводит
 - 1 к гиперволемии малого круга кровообращения
 - 2 к гиповолемии малого круга кровообращения
 - 3 к гипертензии малого круга кровообращения
 - 4 верно 1 и 3
20. Открытый артериальный проток с большим артериовенозным сбросом крови приводит
 - 1 к диастолической перегрузке правого желудочка
 - 2 диастолической перегрузке левого желудочка
 - 3 систолической перегрузке левого желудочка
 - 4 систолической перегрузке правого желудочка
21. Для открытого артериального протока с большим артериовенозным сбросом характерна следующая аускультативная картина
 - 1 систолический шум
 - 2 систолодиастолический шум
 - 3 диастолический шум
 - 4 отсутствие шума
22. Наиболее ценным диагностическим методом при открытом артериальном протоке является
 - 1 катетеризация правых отделов сердца
 - 2 ангиокардиография из правых отделов сердца
 - 3 катетеризация левых отделов сердца
 - 4 аортография

23. При диаметре открытого артериального протока более 10 мм показана операция
- 1 перевязки протока
 - 2 пересечения с ушиванием концов
 - 3 механического прошивания протока
 - 4 перевязки с прошиванием
24. Наиболее информативным методом диагностики дефекта аортолегочной перегородки является
- 1 аускультация
 - 2 электрокардиография
 - 3 рентгенологическое обследование
 - 4 аортография
25. Для дефекта межжелудочковой перегородки с большим артериовенозным сбросом отмечается преимущественная перегрузка
- 1 правого желудочка
 - 2 левого желудочка
 - 3 обоих желудочков
 - 4 правого предсердия
26. При дефекте межжелудочковой перегородки с артериовенозным сбросом крови имеет место
- 1 изометрическая перегрузка левого желудочка
 - 2 изотоническая перегрузка левого желудочка
 - 3 комбинированная перегрузка левого желудочка
 - 4 отсутствие перегрузок
27. При прорыве аневризмы синуса Вальсальвы аускультативная картина близка к аускультативной картине
- 1 дефекта межпредсердной перегородки
 - 2 стеноза легочной артерии
 - 3 тетрады Фалло
 - 4 открытого артериального протока
28. Наиболее характерным ангиокардиографическим признаком атриовентрикулярного канала является
- 1 контрастирование правого предсердия из левого
 - 2 поступление контрастного вещества из левого желудочка в правый
 - 3 сужение выводного отдела правого желудочка
 - 4 сужение путей оттока из левого желудочка
29. Для диагностики атриовентрикулярного канала контрастное вещество при ангиокардиографии следует вводить
- 1 в правое предсердие
 - 2 левое предсердие
 - 3 правый желудочек
 - 4 левый желудочек
30. Ангиокардиографически при изолированном клапанном стенозе устья легочной артерии выявляются все перечисленные признаки, за исключением
- 1 постстенотического расширения ствола легочной артерии
 - 2 сужения выводного отдела правого желудочка в систолу и диастолу
 - 3 расширения выходного отдела в диастолу
31. Показаниями к коронарографии у больных с клапанными пороками являются все перечисленные, кроме
- 1 типичных стенокардических болей
 - 2 отсутствия болей в сердце
 - 3 рубцовых изменений в миокарде на ЭКГ
 - 4 возраста старше 40 лет
32. Для патологии при инфаркте миокарда характерно все перечисленное, за исключением
- 1 выявления инфарктного тромбоза в течение первых 6 часов при коронарографии приблизительно у 80% больных с острым инфарктом миокарда
 - 2 спазм коронарной артерии может вести к развитию острого тромбоза, ведущего к возникновению инфаркта миокарда
 - 3 развития тромбоза на месте атеросклеротической бляшки в коронарной артерии и возникновения острой окклюзии в качестве основной причины острого инфаркта миокарда

- 4 причиной острого тромбоза коронарной артерии не является разрыв атеросклеротической бляшки
33. К осложнениям селективной коронарографии не относится
- 1 церебральная эмболия
 - 2 перфорация желудка
 - 3 образование гематомы
 - 4 отрыв хорды трикуспидального клапана
34. После успешной чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики частота развития рестеноза в течение 6 месяцев составляет
- 1 10 %
 - 2 15%
 - 3 30%
 - 4 45%
35. При рентгеноконтрастном исследовании аорты при синдроме Лериша достаточно получить информацию
- 1 о брюшной аорте до наружных подвздошных артерий
 - 2 брюшной аорте до бифуркации общих бедренных артерий
 - 3 брюшной аорте, включая почечные артерии, до подколенных артерий
 - 4 брюшной аорте, почечных артериях, ОБЛ, ГБЛ, подколенных артериях и артериях голени
36. При ангиологическом исследовании больного с подозрением на поражение экстракраниальных артерий необходимо определять пульсацию
- 1 височных артерий
 - 2 сонных артерий
 - 3 плечевых артерий
 - 4 всех перечисленных артерий
37. Среди неинвазивных методов диагностики поражений экстракраниальных артерий в настоящее время наиболее информативным является
- 1 электроэнцефалография
 - 2 компрессионный спектральный анализ электроэнцефалографии
 - 3 ультразвуковое сканирование
 - 4 ультразвуковая доплерография
38. Дуплексное сканирование экстракраниальных артерий позволяет
- 1 определить состояние стенки сонной артерии
 - 2 выявить наличие бляшки в области бифуркации сонной артерии отдельно для наружной и внутренней сонной артерии
 - 3 определить степень стеноза в области бифуркации сонной артерии отдельно для наружной и внутренней сонной артерии
 - 4 все перечисленное
39. При производстве рентгеноконтрастной ангиографии у больного с облитерирующим эндартериитом необходимо исследование
- 1 бедренно-подколенного сегмента
 - 2 общей бедренной артерии, глубокой артерии бедра и подколенной артерии
 - 3 аортоподвздошного сегмента, бедренно-подколенного сегмента и артерий стопы в 2 проекциях
 - 4 аорто-подвздошно-бедренно-подколенного сегмента, артерий голени и стопы в 2 проекциях в условиях "реактивной гиперемии"
40. Для уточнения степени поражения артерий голени у больного с эндартериитом, если при ангиографии все артерии поражены, целесообразно
- 1 ультразвуковая доплерография
 - 2 дальнейшее обследование нецелесообразно
 - 3 ультрасонография
 - 4 интраоперационная ревизия и ангиография
41. При эмболии легочной артерии используются следующие методы диагностики
- 1 рентгенография грудной клетки
 - 2 электрокардиография
 - 3 ангиопульмонография
 - 4 все перечисленные методы
42. Из диагностических методов при эмболии легочной артерии наиболее информативными являются
- 1 электрокардиография

- 2 реопульмонография
 - 3 ангиопульмонография
 - 4 все перечисленные методы
43. Наиболее информативными методами диагностики при острой артериальной непроходимости являются
- 1 реовазография
 - 2 ультразвуковая доплерография
 - 3 радиоизотопные методы
 - 4 только 2 и 3
44. К самым доступным и информативным методам диагностики аневризмы грудной аорты относятся
- 1 аортография
 - 2 рентгенография грудной клетки
 - 3 компьютерная томография
 - 4 эхокардиография
45. При разрывах аневризм периферических артерий с целью диагностики следует использовать:
- 1 ангиографию
 - 2 ультразвуковое исследование
 - 3 ультразвуковую доплерографию
 - 4 все перечисленное
46. В диагностике при повреждении сосудов ведущую роль занимает
- 1 ультразвуковая доплерография
 - 2 компьютерная томография
 - 3 ангиография, флебография
 - 4 все перечисленное
47. Аортокоронарография проводится в условиях
- 1 местной анестезии
 - 2 мониторинга ЭКГ
 - 3 ингаляции закиси азота
 - 4 правильны 1, 2
48. Ангиопульмонография имеет решающее значение в диагностике патологии:
- 1 паренхимы легкого
 - 2 сосудов малого круга кровообращения
 - 3 паренхимы легкого и сосудов малого круга кровообращения
 - 4 сосудов малого круга кровообращения и бронхиальных артерий
49. На какие категории разделяются обследуемые, проходящие рентгенологическое исследование с точки зрения лучевой нагрузки:
- 1 по жизненным показаниям и плановые обследования
 - 2 жизненным показаниям, плановые обследования, профилактические обследования
 - 3 плановые обследования, профилактические обследования
 - 4 по жизненным показаниям, профилактические обследования
50. Занятость врача-рентгенолога при выполнении прямых функциональных обязанностей составляет
- 1 40% времени рабочей смены
 - 2 50% времени рабочей смены
 - 3 80% времени рабочей смены
 - 4 100% времени рабочей смены
51. Единицей эквивалентной дозы в международной системе единиц является:
- 1 Грей
 - 2 Джоуль
 - 3 Рад
 - 4 Зиверт
52. Минимальная доза, вызывающая развитие острой лучевой болезни, составляет:
- 1 1,5 Гр
 - 2 1 Гр
 - 3 0,5 Гр
 - 4 0,1 Гр

53. Каковы сроки хранения рентгенограмм при отсутствии патологии, патологических изменений, а также рентгенограммы больных детей
- 1 2 года, 5 лет, 10 лет
 - 2 1 год, 3 года, 5 лет
 - 3 3 года, 6 лет, 8 лет
 - 4 5 лет, 10 лет, 15 лет
54. Какие органы и ткани пациента нуждаются в первоочередной защите от ионизирующего излучения
- 1 щитовидная железа
 - 2 молочная железа
 - 3 костный мозг, гонады
 - 4 кожа
55. Соответствие рентгеновского кабинета действующим нормативам определяет
- 1 администрация ЛПУ
 - 2 технический паспорт
 - 3 санитарный паспорт
 - 4 заведующий кабинетом или отделением
56. Какое свойство рентгеновского излучения является определяющим в его биологическом действии
- 1 проникающая способность
 - 2 скорость распространения излучения
 - 3 ионизирующая способность
 - 4 рассеивание в тканях
57. Какая доза измеряется в рентгенах
- 1 эквивалентная
 - 2 поглощенная
 - 3 биологическая
 - 4 экспозиционная
58. При увеличении расстояния источник-объект в 2 раза, интенсивность облучения
- 1 увеличивается в 2 раза
 - 2 уменьшается на 50
 - 3 увеличивается на 50
 - 4 уменьшается в 4 раза
59. Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертензии является
- 1 неспецифический аортоартериит
 - 2 фибромышечная дисплазия
 - 3 аневризмы почечных артерий
 - 4 атеросклероз почечных артерий
60. Наиболее достоверным для диагностики вазоренальных гипертензий является
- 1 определение активности ренина в плазме крови
 - 2 экскреторная урография
 - 3 ультразвуковое исследование почечных артерий
 - 4 контрастная ангиография
61. Для ИБС характерны следующие особенности коллатерального кровообращения
- 1 коллатеральное кровообращение развито лучше, чем в интактном сердце
 - 2 коллатеральное кровообращение развито хуже, чем в интактном сердце
 - 3 существенных особенностей коллатерального кровообращения при ИБС нет
62. В настоящее время в большинстве индустриально развитых стран
- 1 рост заболеваемости ИБС продолжается
 - 2 заболеваемость ИБС снижается
 - 3 рост заболеваемости ИБС прекратился, но тенденции к снижению заболеваемости нет
 - 4 характерны различные тенденции динамики заболеваемости
63. Гемодинамически значимым считается сужение коронарной артерии
- 1 не менее 25% просвета
 - 2 не менее 40% просвета
 - 3 не менее 50-75% просвета
 - 4 не менее 90% просвета
64. Среди больных с ИБС спонтанная стенокардия встречается

- 1 более часто, чем стабильная стенокардия напряжения
 - 2 практически так же часто, как стабильная стенокардия напряжения
 - 3 менее часто, чем стабильная стенокардия напряжения
65. Во время приступов спонтанной стенокардии нарушения ритма
- 1 практически не встречаются
 - 2 встречаются редко
 - 3 встречаются часто
 - 4 встречаются практически всегда
66. Для верификации ИБС могут быть использованы
- 1 радионуклидная вентрикулография
 - 2 перфузионная сцинтиграфия миокарда в условиях физической нагрузки
 - 3 регистрация ЭКГ в условиях физической нагрузки, чреспищеводной электрокардиостимуляции
 - 4 все перечисленное
67. Наиболее эффективными у больных со спонтанной стенокардией являются
- 1 нитраты
 - 2 бета-блокаторы
 - 3 антагонисты кальция
 - 4 верно 1. и 3.
68. Показаниями к проведению транслюминальной баллонной пластики коронарных артерий являются
- 1 многососудистые варианты диффузного поражения коронарных артерий
 - 2 стенозирование дистальных участков коронарных артерий
 - 3 проксимальное стенозирование при однососудистом поражении коронарных артерий
69. У больных с так называемым "синдромом Х"
- 1 имеются приступы стенокардии напряжения
 - 2 коронарные артерии не изменены
 - 3 прогноз, как правило, благоприятный
 - 4 все перечисленное
70. Гемодинамически значимым сужением коронарных артерий считается уменьшение внутреннего диаметра правой коронарной артерии или ветвей левой коронарной артерии
- 1 на 25%
 - 2 50%
 - 3 75%
 - 4 90%
71. Острый коронарный синдром это:
- 1 пролонгированные ангинозные боли (более 20 мин) в покое
 - 2 впервые возникшая тяжёлая стенокардия (по типу класса 3)
 - 3 прогрессирующая (крещендо)
 - 4 сочетание пунктов 1, 2, 3
72. У больных ИБС эндоваскулярную баллонную дилатацию коронарных артерий целесообразно проводить
- 1 при поражении трех коронарных артерий
 - 2 проксимальном стенозе одной коронарной артерии
 - 3 дистальном стенозе двух коронарных артерий
 - 4 правильно 1. и 3.
73. При наличии характерной клинической картины для установления диагноза крупноочагового инфаркта миокарда
- 1 достаточно регистрации патологического зубца Q с подъемом сегмента ST
 - 2 необходимо определение активности кардиоспецифических ферментов сыворотки крови в динамике
 - 3 обязательно проведение эхокардиографии, радионуклидной вентрикулографии или коронароангиографии
 - 4 правильного ответа нет
74. Наиболее информативными кардиоспецифичными маркерами некроза миокарда являются
- 1 креатинфосфокиназа (КФК)
 - 2 фракция МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК)
 - 3 тропонин Т или I
 - 4 только 2 и 3

75. При возникновении атриовентрикулярной (АВ) блокады 2-й степени у больных с нижним инфарктом миокарда
- 1 всем больным показано внутривенное введение атропина
 - 2 внутривенное введение атропина назначают при резком урежении частоты сердечных сокращений (менее 40 в мин) и нарушениях гемодинамики
 - 3 обязательно всем больным проведение временной электрокардиостимуляции
 - 4 необходимо назначение диуретиков и кортикостероидных препаратов
76. При возникновении кардиогенного шока в первые 6 часов от начала инфаркта миокарда наилучшие результаты лечения достигаются
- 1 восстановлением коронарного кровотока с помощью тромболитической терапии + ангиопластики или аорто-коронарного шунтирования
 - 2 поддержанием систолического АД на уровне 90-100 мм рт. ст. с помощью инфузии допамина
 - 3 внутривенным введением жидкости (реополиглюкин, альбумин)
 - 4 не достигается ничем из перечисленного
77. Кардиогенный шок чаще развивается
- 1 при первом инфаркте миокарда
 - 2 при повторном инфаркте
 - 3 частота возникновения этого осложнения одинакова при первом и при повторном инфаркте миокарда
 - 4 четкой закономерности не выявляется
78. При истинном кардиогенном шоке у больных с острым инфарктом миокарда летальность достигает
- 1 20-30%
 - 2 40-50%
 - 3 60-70%
 - 4 80-100%
79. При восстановлении проходимости окклюзированной коронарной артерии у больных острым инфарктом миокарда в первые часы заболевания наблюдается
- 1 быстрое возвращение сегмента ST к изолинии
 - 2 исчезновение патологических зубцов Q
 - 3 более медленное возвращение сегмента ST к изолинии
 - 4 динамика сегмента ST носит обычный характер
80. Различными методами ЭКС можно спровоцировать тахикардии, в основе которых лежит механизм
- 1 re-entri
 - 2 триггерная активность
 - 3 ускоренный автоматизм
 - 4 всё вышеперечисленное
81. Наиболее широко распространенным режимом постоянной ЭКС является
- 1 асинхронный
 - 2 по требованию
 - 3 триггерный
82. Асинхронная желудочковая ЭКС в режиме VVI может привести к возникновению
- 1 синусового ритма
 - 2 желудочковой тахикардии
 - 3 желудочковой экстрасистолии
 - 4 ответ 2 и 3
83. Сливные желудочковые комплексы у пациентов с постоянной желудочковой ЭКС регистрируются
- 1 в норме
 - 2 при нарушении ЭКС
84. При постоянной эндокардиальной ЭКС в режиме VVI форма комплекса QRS имеет вид
- 1 полной блокады левой ножки пучка Гиса
 - 2 полной блокады правой ножки пучка Гиса
 - 3 суправентрикулярный вид
 - 4 блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса
85. ЭКС в режиме "по требованию" обозначает стимуляцию
- 1 независимо от спонтанного ритма больного
 - 2 возникающую при замедлении спонтанного ритма ниже фиксированного

3 при учащении спонтанного ритма выше фиксированного

86. Синдром Шатерье при постоянной желудочковой ЭКС - это
- 1 признак St-Q в спонтанных комплексах
 - 2 отрицательный зубец Т в большом количестве отведений
 - 3 изменение электрической оси сердца
 - 4 отсутствие артефакта стимула
87. Синдром Фредерика характеризуется
- 1 сочетанием синусового ритма для предсердий и ритма из АВ-соединения для желудочков
 - 2 сочетанием фибрилляции предсердий и полной атриовентрикулярной блокады
 - 3 наличием глубоких отрицательных зубцов Т в отведениях V1-V4, сочетающихся с удлинением интервала QT при полной атриовентрикулярной блокаде
88. К рентгенологическим методам, применяемым при стереотаксических операциях, относят все перечисленные кроме
- 1 пневмоэнцефалографии
 - 2 вентрикулографии с водорастворимыми контрастными веществами
 - 3 ангиографии
 - 4 компьютерной рентгеномографии
89. Основным показанием к ангиографии являются
- 1 объемные процессы мозга
 - 2 сосудистые заболевания
 - 3 воспалительные заболевания
 - 4 врожденные уродства
90. Каротидная ангиография позволяет
- 1 Выявить изменения в пробеге магистральных сосудов
 - 2 Выявить сосудистую сеть опухоли
 - 3 Обнаружить аневризму
 - 4 Все верно
91. Показания к ангиографии при гипертоническом геморрагическом инсульте
- 1 кома
 - 2 для дифференциального диагноза с ишемическим инсультом
 - 3 когда нет противопоказаний к операции
 - 4 верно 2 и 3
92. Наиболее ценным диагностическим методом при открытом артериальном протоке является
- 1 катетеризация правых отделов сердца
 - 2 ангиокардиография из правых отделов сердца
 - 3 катетеризация левых отделов сердца
 - 4 аортография
93. Контрапульсация достигается введением баллончика в брюшной отдел аорты и раздуванием его
- 1 во время систолы желудочков
 - 2 во время диастолы желудочков
 - 3 во время систолы предсердий
 - 4 правильно 2. и 3.
94. Метод контрапульсации позволяет
- 1 улучшить коронарный кровоток
 - 2 улучшить кровоснабжение мозга
 - 3 стабилизировать сердечный выброс
 - 4 все ответы правильны
95. Основными задачами здравоохранения в области сердечно-сосудистой хирургии являются
- 1 разработка и внедрение в практику мер по снижению смертности среди населения
 - 2 увеличение продолжительности жизни больных
 - 3 улучшение качества жизни больных
 - 4 все перечисленное
96. Катетеризация сердца при тетраде Фалло выявляет все перечисленное, за исключением
- 1 проведения катетера из правого желудочка в аорту
 - 2 трудного проведения катетера в легочную артерию
 - 3 снижения систолического давления в легочной артерии желудочке, чем в левом

4 значительно более высокого систолического давления в правом желудочке, чем в левом

97. Аномалия Эбштейна характеризуется всеми перечисленными анатомическими изменениями, за исключением

- 1 смещения створок трикуспидального клапана в правый желудочек сердца трехстворчатого клапана
- 2 укорочения хорд и гипоплазии папиллярных мышц трехстворчатого клапана
- 3 увеличения правых отделов сердца
- 4 аномалии впадения легочных вен

98. Ведущими факторами в патогенезе внутрисердечного тромбоза являются

- 1 застой крови в левом предсердии, обусловленный характером самого порока
- 2 мерцательная аритмия
- 3 частота обострений ревматического процесса
- 4 верно 1 и 2

99. Наиболее исчерпывающие данные о распространенности расслоения аорты могут быть получены

- 1 при обычном рентгенологическом исследовании
- 2 при эхографии
- 3 при компьютерной томографии
- 4 при аортографии

100. Рентгенологические признаки аневризмы грудной аорты включают

- 1 расширение тени сосудистого пучка вправо
- 2 выбухание правой стенки восходящей аорты
- 3 смещение контрастированного пищевода
- 4 все перечисленное