|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Учебное заведение | ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ |
| 2 | Специальность | Лечебное дело (лечебный факультет, ФИС) |
| 3 | Дисциплина | **Методы функциональной диагностики в клинике внутренних**  **болезней**  12 семестр |
| 4 | Автор заданий | Коллектив кафедры госпитальной терапии |
| 5 | Телефон | +7999-725-55-33 |
| 6 | Электронная почта | tolyandiy@mail.ru |
| 7 | СНИЛС |  |

Таблица 2. Перечень заданий по дисциплине

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид** | **Код** | **Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа** |
| Ф |  | Методы функциональной диагностики в клинике внутренних болезней |
| В | 001 | При регистрации ЭКГ в 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева накладывается: |
| О | А | V5 |
| О | Б | V2 |
| О | В | V4 |
| О | Г | V3 |
| O | Д | V1 |
| O | E | V6 |
|  |  |  |
| В | 002 | При стандартной скорости регистрации ЭКГ 1 большая клетка миллиметровой бумаги по продолжительности составляет: |
| О | А | 0,1 с |
| О | Б | 0,2 c |
| О | В | 0,02 c |
| О | Г | 0,05 c |
|  |  |  |
| В | 003 | Какая область миокарда левого желудочка отражается в V1-V3: |
| О | А | передне-перегородочная |
| О | Б | передняя |
| О | В | задне-базальная |
| О | Г | высокая боковая |
|  |  |  |
| В | 004 | Ножки пучка Гиса индуцируют импульсы с частотой: |
| О | А | 30-40 уд/мин |
| О | Б | 20-30 уд/мин |
| О | В | 45-55 уд/мин |
| О | Г | 60-90 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 005 | Отрицательный зубец Р при синусовом ритме регистрируется в: |
| О | А | aVR |
| О | Б | II, III, aVR |
| О | В | I, aVL |
| О | Г | II, III, aVF |
|  |  |  |
| В | 006 | Об увеличении продолжительности PQ говоря при PQ |
| О | А | больше 0,2 с |
| О | Б | больше 0,12с |
| О | В | меньше 0,12 с |
| О | Г | больше на 0,04 с по сравнению с положенной по Базетту |
|  |  |  |
| В | 007 | Левыми грудными отведениями принято называть: |
| О | А | V5-V6 |
| О | Б | V3-V4 |
| О | В | V1-V2 |
|  |  |  |
| В | 008 | При продолжительности интервала R-R равного 0,5 с ЧСС составляет: |
| О | А | 120 уд/мин |
| О | Б | 70 уд/мин |
| О | В | 85 уд/мин |
| О | Г | 100 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 009 | При регистрации ЭКГ в 5-ом межреберье по средне-подмышечной линии слева накладывается: |
| О | А | V6 |
| О | Б | V5 |
| О | В | V4 |
| О | Г | V3 |
| О | Д | V1 |
| O | Е | V2 |
|  |  |  |
| В | 010 | Зубец Т должен быть положительным в: |
| О | А | aVF |
| О | Б | aVR |
| О | В | V1 |
|  |  |  |
| В | 011 | Периоды с постепенным удлинением интервала PQ и выпадением очередного комплекса QRS называются периодами: |
| О | А | Самойлова-Венкенбаха |
| О | Б | Соколова-Лайона |
| О | В | Лауна-Вульфа |
| О | Г | Ашоффа-Тавара |
|  |  |  |
| В | 012 | Возбудимостью называется: |
| О | А | Способность миокарда возбуждаться под влиянием импульсов |
| О | Б | Способность сердца сокращаться под влиянием импульсов |
| О | В | Способность сердца вырабатывать импульсы, вызывающие возбуждение |
| О | Г | Способность сердца проводить импульсы от места их возникновения до сократительного миокарда |
|  |  |  |
| В | 013 | При регистрации ЭКГ в 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева накладывается: |
| О | А | V5 |
| О | Б | V6 |
| О | В | V4 |
| О | Г | V3 |
| O | Д | V1 |
| O | Е | V2 |
|  |  |  |
| В | 014 | Волны f-f при мерцании предсердий чаще можно наблюдать в: |
| О | А | V1-V2 отведениях |
| О | Б | II, III и aVF отведениях |
| О | В | V4-V6 отведениях |
| О | Г | I, aVL отведениях |
| О | Д | V1-V2 отведениях, II, III и aVF отведениях |
|  |  |  |
| В | 015 | При средней ЧСЖ при мерцательной аритмии равной 52 уд/мин форма называется: |
| О | А | Брадисистолической |
| О | Б | Нормосистолической |
| О | В | Тахисистолической |
|  |  |  |
| В | 016 | Зубец Р может быть за комплексом QRS при: |
| О | А | AV-узловых экстрасистолах |
| О | Б | Предсердных экстрасистолах |
| О | В | Желудочковых экстрасистолах |
| О | Г | AV-узловых экстрасистолах, предсердных экстрасистолах |
| О | Д | AV-узловых экстрасистолах, желудочковых экстрасистолах |
|  |  |  |
| В | 017 | По форме комплекса QRS полную блокаду левой ножки напоминает: |
| О | А | Правожелудочковая экстрасистола |
| О | Б | Левожелудочковая экстрасистола |
| О | В | Проксимально-узловая экстрасистола |
| О | Г | Дистально-узловая экстрасистола |
|  |  |  |
| В | 018 | Горизонтальное смещение сегмента ST ниже изолинии носит название: |
| О | А | Субэндокардиальная ишемия |
| О | Б | Субэпикардиальная ишемия |
| О | В | Нарушение коронарного кровообращения |
| О | Г | Нарушение процессов реполяризации |
|  |  |  |
| В | 019 | При регистрации ЭКГ в 5-ом межреберье по средне-подмышечной линии слева накладывается: |
| О | А | V6 |
| О | Б | V5 |
| О | В | V4 |
| О | Г | V3 |
| О | Д | V1 |
| О | Е | V2 |
|  |  |  |
| В | 020 | Патологический Q, элевация сегмента ST в II, III, aVF говорит о: |
| О | А | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Б | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | В | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Острая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Е | Фаза рубцевания инфаркта миокарда боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 021 | Горизонтальная элевация сегмента SТ в V2-6 говорит о: |
| О | А | Субэпикардиальной ишемии в области передней стенки распространенные |
| О | Б | Субэпикардиальной ишемии в передне-перегородочной области |
| О | В | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Г | Субэндокардиальной ишемии в области передней стенки распространенные |
| О | Д | Субэндокардиальной ишемии в передне-перегородочной области |
| О | Е | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 022 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и сглаженный Т в V2-V3 говорит о: |
| О | А | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Б | Подострая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | В | Острая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Г | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Д | Острая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Е | Подострая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
|  |  |  |
| В | 023 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и коронарный Т в I, aVL говорит о: |
| О | А | Подострая фаза инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
| О | Б | Фаза рубцевания инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
| О | В | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Д | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Е | Острая фаза инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 024 | Основным ЭКГ-признаком крупноочагового инфаркта миокарда является появление: |
| О | А | Патологического зубца Q |
| О | Б | Снижения высоты зубца R |
| О | В | Инверсии зубцов T |
| О | Г | Подъема сегмента ST |
| О | Д | Депрессии сегмента ST |
|  |  |  |
| В | 025 | При регистрации ЭКГ красный электрод накладывается на: |
| О | А | Правую руку |
| О | Б | Левую руку |
| О | В | Правую ногу |
| О | Г | Левую ногу |
|  |  |  |
| В | 026 | При выполненной физической нагрузке в 100 Вт толерантность к физической нагрузке: |
| О | А | Средняя |
| О | Б | Низкая |
| О | В | Ниже средней |
| О | Г | Высокая |
| О | Д | Выше средней |
|  |  |  |
| В | 027 | Препарат какой группы можно не отменять при проведении велоэргометрии: |
| О | А | Ингибиторы АПФ |
| О | Б | Нитраты |
| О | В | Бета-адреноблокаторы |
| О | Г | Антагонисты кальция |
|  |  |  |
| В | 028 | В возрасте 45 лет субмаксимальная ЧСС равна: |
| О | А | 149 уд/мин |
| О | Б | 153 уд/мин |
| О | В | 157 уд/мин |
| О | Г | 145 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 029 | При появлении при велоэргометрии мерцания предсердий: |
| О | А | Пробу прекращают |
| О | Б | Пробу продолжают пока пароксизм не закончится |
| О | В | Пробу продолжают до достижения субмаксимальной ЧСС |
|  |  |  |
| В | 030 | При регистрации ЭКГ желтый электрод накладывается на: |
| О | А | Левую руку |
| О | Б | Правую руку |
| О | В | Правую ногу |
| О | Г | Левую ногу |
|  |  |  |
| В | 031 | При усилении активности эктопических очагов при велоэргометрии реакция на физическую нагрузку расценивается как: |
| О | А | Аритмическая |
| О | Б | Физиологическая |
| О | В | Гиперкинетическая |
| О | Г | Ишемическая |
|  |  |  |
| В | 032 | Нагрузка временем для систолического давления при суточном мониторировании артериального давления равная 60% говорит о: |
| О | А | Стабильной гипертензии |
| О | Б | Отсутствии гипертензии |
| О | В | Транзиторной гипертензии |
|  |  |  |
| В | 033 | Величина вариабельности артериального давления при суточном мониторировании артериального давления для систолического давления в ночные часы равная 18,2 является: |
| О | А | Повышенной |
| О | Б | Сниженой |
| О | В | Нормальной |
|  |  |  |
| В | 034 | Тип кривой Night Picker бывает при значении показателя степени ночного снижения: |
| О | А | Меньше 0 |
| О | Б | От 0 до 10 |
| О | В | От 10 до 20 |
| О | Г | Больше 20 |
|  |  |  |
| В | 035 | Тип кривой Dipper бывает при значении показателя степени ночного снижения: |
| О | А | От 10 до 20 |
| О | Б | Меньше 0 |
| О | В | От 0 до 10 |
| О | Г | Больше 20 |
|  |  |  |
| В | 036 | При регистрации ЭКГ на правую руку накладывается: |
| О | А | Красный электрод |
| О | Б | Желтый электрод |
| О | В | Зеленый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 037 | При значениях нагрузки давлением для ДАД (день) = 82%, ДАД (ночь) = 75% заключение выглядит следующим образом: |
| О | А | Стабильная диастолическая гипертензия в течение всех суток |
| О | Б | Стабильная диастолическая гипертензия днем, транзиторная - ночью |
| О | В | Стабильная диастолическая гипертензия ночью, транзиторная – днем |
| О | Г | Стабильная диастолическая гипертензия днем |
| О | Д | Стабильная диастолическая гипертензия ночью |
|  |  |  |
| В | 038 | Для смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции характерно взаимоотношение показателей: |
| О | А | ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно |
| О | Б | ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно |
| О | В | ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно |
| О | Г | ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно |
|  |  |  |
| В | 039 | Соотношение показателей спирограммы типа ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно характерно для: |
| О | А | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием рестрикции |
| О | Б | Обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | В | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции |
| О | Г | Рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
|  |  |  |
| В | 040 | Если у пациента регистрируются одиночные желудочковые экстрасистолы одной морфологии (циркадный максимум – 29 ЖЭС в час), то это соответствует по градации Lown-Wolf: |
| О | А | 1 классу |
| О | Б | 2 классу |
| О | В | 3 классу |
| О | Г | 4а классу |
| О | Д | 4б классу |
| О | Е | 5 классу |
|  |  |  |
| В | 041 | Укажите количество легочных вен, впадающих в правое предсердие: |
| О | А | 4 |
| О | Б | 3 |
| О | В | 2 |
| О | Г | 1 |
|  |  |  |
| В | 042 | При регистрации ЭКГ на левую ногу накладывается: |
| О | А | Зеленый электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Желтый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 043 | Прогностически неблагоприятно в отношении прогрессирования хронической сердечной недостаточности: |
| О | А | Эксцентрическое ремоделирование левого желудочка |
| О | Б | Концентрическое ремоделирование левого желудочка |
| О | В | Данное патологическое состояние не зависит от типа ремоделирования левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 044 | Нормальной глобальной сократительной способностью левого желудочка по Тейхольцу считается фракция выброса левого желудочка не ниже: |
| О | А | 55 |
| О | Б | 50 |
| О | В | 45 |
| О | Г | 60 |
|  |  |  |
| В | 045 | Кровоснабжение задних сегментов левого желудочка преимущественно осуществляется: |
| О | А | Огибающей коронарной артерией |
| О | Б | Левой передней нисходящей коронарной артерией |
| О | В | Правой нисходящей коронарной артерией |
| О | Г | Разным сочетанием всех коронарных артерий в зависимости от варианта строения коронарного русла |
|  |  |  |
| В | 046 | Если размер левого предсердия в диастолу в М-режиме равен 37 мм, то левое предсердие: |
| О | А | Нормальное |
| О | Б | Уменьшено |
| О | В | Дилатировано |
|  |  |  |
| В | 047 | При регистрации ЭКГ на правую ногу накладывается: |
| О | А | Черный электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Желтый электрод |
| О | Г | Зеленый электрод |
|  |  |  |
| В | 048 | Если сепарация листков перикарда под задней стенкой левого желудочка в диастолу равна 8,1 мм, то объем жидкости в перикарде: |
| О | А | Патологический |
| О | Б | Физиологический |
|  |  |  |
| В | 049 | Максимальное давление в легочном стволе считается нормальным при значении меньше: |
| О | А | 30 мм рт.ст. |
| О | Б | 20 мм рт.ст. |
| О | В | 40 мм рт.ст. |
| О | Г | 50 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 050 | При I степени пролапса ПСМК створка может провисать на: |
| О | А | 4 мм |
| О | Б | 1 мм |
| О | В | 7 мм |
| О | Г | 10 мм |
|  |  |  |
| В | 051 | При регистрации ЭКГ в 4-ом межреберье справа от грудины накладывается: |
| О | А | V1 |
| О | Б | V2 |
| О | В | V3 |
| О | Г | V4 |
| О | Д | V5 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 052 | Сколько маленьких клеток миллиметровой бумаги при стандартной скорости регистрации ЭКГ содержится в записи, продолжительностью 1 с: |
| О | А | 50 |
| О | Б | 25 |
| О | В | 60 |
| О | Г | 100 |
|  |  |  |
| В | 053 | Изменения в III, aVF, V5-V6 свидетельствуют о поражении: |
| О | А | Задне-боковой области левого желудочка |
| О | Б | Передне-перегороддочной области левого желудочка |
| О | В | Боковой области левого желудочка |
| О | Г | Передней стенки левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 054 | Водителем ритма IV порядка является: |
| О | А | Волокна Пуркинье |
| О | Б | Ножки пучка Гиса |
| О | В | AV-соединение |
| О | Г | CA-узел |
|  |  |  |
| В | 055 | В норме амплитуда зубца Р: |
| О | А | Меньше 2,5 мм |
| О | Б | Больше 2,5 мм |
| О | В | Больше 3,5 мм |
| О | Г | 12 мм |
|  |  |  |
| В | 056 | Если сегмент PQ равен 0,12 с, то при нормальной AV-проводимости PQ должен быть: |
| О | А | от 0,01 до 0,07 с |
| О | Б | больше 0,07 с |
| О | В | меньше 0,01 |
| О | Г | больше 0,12 с |
|  |  |  |
| В | 057 | В V6: |
| О | А | R>S |
| О | Б | R<S |
| О | В | R=S |
|  |  |  |
| В | 058 | 8. При R(I) > R(II) = R(III) ЭОС: |
| О | А | Отклонена влево |
| О | Б | Резко отклонена влево |
| О | В | Расположена горизонтально |
| О | Г | Расположена нормально |
| О | Д | Расположена вертикально |
| О | Е | Отклонена вправо |
| О | Ж | Резко отклонена вправо |
|  |  |  |
| В | 059 | Продолжительность интервала R-R – 10 больших клеток миллиметровой бумаги, скорость протяжки пленки – 50 мм/с. Какова ЧСС? |
| О | А | 60 уд/мин |
| О | Б | 50 уд/мин |
| О | В | 75 уд/мин |
| О | Г | 100 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 060 | В норме зубец Т может быть двухфазный (-/+) в |
| О | А | V1 |
| О | Б | V3 |
| О | В | V5 |
| О | Г | aVF |
|  |  |  |
| В | 061 | Способность сердца проводить импульсы от места их возникновения до сократительного миокарда называют: |
| О | А | Проводимостью |
| О | Б | Автоматизмом |
| О | В | Возбудимостью |
| О | Г | Сократимостью |
|  |  |  |
| В | 062 | rS в V1-V2, плато в I, aVL, V6, продолжительность QRS 0,15 с характерно для: |
| О | А | Полной блокады левой ножки пучка Гиса |
| О | Б | Неполной блокады левой ножки пучка Гиса |
| О | В | Полной блокады правой ножки пучка Гиса |
| О | Г | Неполной блокады правой ножки пучка Гиса |
|  |  |  |
| В | 063 | Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ является: |
| О | А | «Дельта-волна» |
| О | Б | Укорочение интервала PR |
| О | В | Уширение комплекса QRS |
| О | Г | Дискордантное смещение сегмента ST |
|  |  |  |
| В | 064 | Полная нерегулярность ритма желудочковых сокращений наиболее характерна для: |
| О | А | Мерцания предсердий. |
| О | Б | Предсердной тахикардии. |
| О | В | Атриовентрикулярной узловой тахикардии. |
| О | Г | Желудочковой тахикардии. |
|  |  |  |
| В | 065 | Бывает ли правильная форма при трепетании предсердий: |
| О | А | Да |
| О | Б | Нет |
|  |  |  |
| В | 066 | Зубца Р обычно не бывает перед: |
| О | А | Правильные ответы Б и В |
| О | Б | AV-узловыми экстрасистолами |
| О | В | Желудочковыми экстрасистолами |
| О | Г | Предсердными экстрасистолами |
| О | Д | AV-узловыми экстрасистолами, предсердными экстрасистолами |
|  |  |  |
| В | 067 | Трепетание предсердий правильной формы 3:1 обозначает, что: |
| О | А | На 3 F-волны приходится 1 комплекс QRS |
| О | Б | Минимальная ЧСС в 3 раза меньше максимальной |
| О | В | На 3 комплекса QRS регистрируется 1 волна F |
| О | Г | На 3 комплекса с трепетанием предсердий приходится 1 комплекс синусового ритма |
|  |  |  |
| В | 068 | Если регистрируется 3 и более преждевременных сокращений подряд, то принято говорить о: |
| О | А | Групповых экстрасистолах |
| О | Б | Аллоритмии |
| О | В | Одиночной экстрасистоле |
| О | Г | Парной экстрасистоле |
|  |  |  |
| В | 069 | Горизонтальное смещение сегмента ST выше изолинии носит название: |
| О | А | Субэпикардиальная ишемия |
| О | Б | Субэндокардиальная ишемия |
| О | В | Нарушение коронарного кровообращения |
| О | Г | Нарушение процессов реполяризации |
|  |  |  |
| В | 070 | При наличии QS, изоэлектричного сегмента ST и коронарного Т говорят о: |
| О | А | Подостой фазе трансмурального инфаркта миокарда |
| О | Б | Фазе рубцевания трансмурального инфаркта миокарда |
| О | В | Острой фазе трансмурального инфаркта миокарда |
| О | Г | Фазе рубцевания крупноочагового инфаркта миокарда |
| О | Д | Подостой фазе крупноочагового инфаркта миокарда |
| О | Е | Острой фазе крупноочагового инфаркта миокарда |
|  |  |  |
| В | 071 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и сглаженный Т в I, aVL, V5-V6 говорит о: |
| О | А | Фаза рубцевания инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Б | Подострая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | В | Острая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Г | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Е | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
|  |  |  |
| В | 072 | Т «кор-» в I, aVL, V5-V6 говорит о: |
| О | А | Нарушении коронарного кровообращения в области боковой стенки |
| О | Б | Нарушении коронарного кровообращения в высокой боковой области |
| О | В | Нарушении процессов реполяризации в области нижней стенки |
| О | Г | Нарушении процессов реполяризации в области боковой стенки |
| О | Д | Нарушении процессов реполяризации в высокой боковой области |
| О | Е | Нарушении коронарного кровообращения в области нижней стенки |
|  |  |  |
| В | 073 | Т «сгл» в V2-3 говорит о: |
| О | А | Нарушении процессов реполяризации в передне-перегородочной области |
| О | Б | Нарушении процессов реполяризации в высокой боковой области |
| О | В | Нарушении процессов реполяризации в области передней стенки распространенные |
| О | Г | Нарушении коронарного кровообращения в высокой боковой области |
| О | Д | Нарушении коронарного кровообращения в передне-перегородочной области |
| О | Е | Нарушении коронарного кровообращения в области передней стенки распространенные |
|  |  |  |
| В | 074 | К признакам гипертрофии левого желудочка относятся: |
| О | А | Ничего из перечисленного |
| О | Б | Все перечисленное |
| О | В | Электрическая ось типа SI-SII-SIII |
| О | Г | Конкордантное смещение сегмента ST и зубца T |
| О | Д | Увеличение высоты зубцов R в отведениях III, аVF и увеличение глубины зубцов S в отведениях V1-V2 |
|  |  |  |
| В | 075 | При регистрации ЭКГ желтый электрод накладывается на: |
| О | А | Левую руку |
| О | Б | Правую руку |
| О | В | Левую ногу |
| О | Г | Правую ногу |
|  |  |  |
| В | 076 | Какой из препаратов должен быть отменен за 2 суток до проведения велоэргометрии: |
| О | А | Конкор |
| О | Б | Энап Н |
| О | В | Аспирин-кардио |
| О | Г | Мовалис |
|  |  |  |
| В | 077 | Критерием прекращения пробы является достижение величины систолического давления: |
| О | А | 220 мм рт.ст. |
| О | Б | 200 мм рт.ст. |
| О | В | 240 мм рт.ст. |
| О | Г | 180 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 078 | При регистрации ЭКГ зеленый электрод накладывается на: |
| О | А | Левую ногу |
| О | Б | Правую ногу |
| О | В | Левую руку |
| О | Г | Правую руку |
|  |  |  |
| В | 079 | Нагрузка временем для диастолического давления при суточном мониторировании артериального давления считается повышенной при значении: |
| О | А | Более 25% |
| О | Б | Более 35% |
| О | В | Более 50% |
| О | Г | Более 15% |
|  |  |  |
| В | 080 | Величина вариабельности артериального давления при суточном мониторировании артериального давления для диастолического давления в дневные часы равная 14,5 является |
| О | А | Повышенной |
| О | Б | Сниженой |
| О | В | Нормальной |
|  |  |  |
| В | 081 | При чрезмерном повышении артериального давления при велоргометрии реакция на физическую нагрузку расценивается как: |
| О | А | Гиперкинетическая |
| О | Б | Ишемическая |
| О | В | Аритмическая |
| О | Г | Физиологическая |
|  |  |  |
| В | 082 | Величина вариабельности артериального давления при суточном мониторировании артериального давления для систолического давления в ночные часы считается повышенной при значении: |
| О | А | Больше 14 |
| О | Б | Больше 17 |
| О | В | Больше 10 |
| О | Г | Больше 12 |
|  |  |  |
| В | 083 | Повышенным значением среднего диастолического давления в ночные часы является: |
| О | А | Больше 80 мм рт.ст |
| О | Б | Больше 70 мм рт.ст. |
| О | В | Больше 90 мм рт.ст. |
| О | Г | Больше 100 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 084 | Значение степени ночного снижения равное 5 говорит о типе кривой: |
| О | А | Non-dipper |
| О | Б | Night picker |
| О | В | Over-dipper |
| О | Г | Dipper |
|  |  |  |
| В | 085 | Тип кривой Dipper бывает при значении показателя степени ночного снижения: |
| О | А | От 10 до 20 |
| О | Б | Больше 20 |
| О | В | От 0 до 10 |
| О | Г | Меньше 0 |
|  |  |  |
| В | 086 | При регистрации ЭКГ на левую руку накладывается: |
| О | А | Желтый электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Зеленый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 087 | При значениях нагрузки давлением для ДАД (день) = 98%, ДАД (ночь) = 15% заключение выглядит следующим образом: |
| О | А | Стабильная диастолическая гипертензия днем |
| О | Б | Стабильная диастолическая гипертензия ночью |
| О | В | Стабильная диастолическая гипертензия ночью, транзиторная – днем |
| О | Г | Стабильная диастолическая гипертензия днем, транзиторная - ночью |
| О | Д | Стабильная диастолическая гипертензия в течение всех суток |
|  |  |  |
| В | 088 | Соотношение показателей спирограммы типа ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно характерно для: |
| О | А | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием рестрикции |
| О | Б | Рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | В | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции |
| О | Г | Обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
|  |  |  |
| В | 089 | Для рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания характерно взаимоотношение показателей: |
| О | А | ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно |
| О | Б | ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно |
| О | В | ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно |
| О | Г | ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно |
|  |  |  |
| В | 090 | Значение показателя ФЖЕЛ равное 28% от должной величины является: |
| О | А | Резко сниженным |
| О | Б | Значительно сниженным |
| О | В | Умеренно сниженным |
| О | Г | Относится к условной норме |
| О | Д | Нормальным |
|  |  |  |
| В | 091 | При регистрации ЭКГ на левую ногу накладывается: |
| О | А | Зеленый электрод |
| О | Б | Черный электрод |
| О | В | Желтый электрод |
| О | Г | Красный электрод |
|  |  |  |
| В | 092 | Наибольшее значение для верификации концентрического ремоделирования левого желудочка имеет эхокардиографический показатель: |
| О | А | Относительная толщина стенок левого желудочка |
| О | Б | Толщина стенок левого желудочка |
| О | В | Масса миокарда левого желудочка |
| О | Г | Индекс миокарда левого желудочка |
| О | Д | Размер полости левого желудочка в диастолу |
| О | Е | Индекс конечного диастолического размера |
|  |  |  |
| В | 093 | Укажите количество створок клапана легочного ствола: |
| О | А | 3 |
| О | Б | 4 |
| О | В | 2 |
| О | Г | 1 |
|  |  |  |
| В | 094 | При регистрации ЭКГ на правую ногу накладывается: |
| О | А | Черный электрод |
| О | Б | Зеленый электрод |
| О | В | Желтый электрод |
| О | Г | Красный электрод |
|  |  |  |
| В | 095 | Концентрическое ремоделирование левого желудочка прогностически неблагоприятно в отношении: |
| О | А | Жизнеугрожающих желудочковых нарушений ритма |
| О | Б | Прогрессирования хронической сердечной недостаточности |
| О | В | Появления мерцания предсердий |
|  |  |  |
| В | 096 | Нормальной глобальной сократительной способностью левого желудочка по Тейхольцу считается фракция выброса левого желудочка не ниже: |
| О | А | 55 |
| О | Б | 60 |
| О | В | 50 |
| О | Г | 45 |
|  |  |  |
| В | 097 | Кровоснабжение передних сегментов левого желудочка преимущественно осуществляется: |
| О | А | Левой передней нисходящей коронарной артерией |
| О | Б | Правой нисходящей коронарной артерией |
| О | В | Огибающей коронарной артерией |
| О | Г | Разным сочетанием всех коронарных артерий в зависимости от варианта строения коронарного русла |
|  |  |  |
| В | 098 | При регистрации ЭКГ в 4-ом межреберье справа от грудины накладывается: |
| О | А | V1 |
| О | Б | V2 |
| О | В | V3 |
| О | Г | V4 |
| О | Д | V5 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 099 | Максимальное давление в легочном стволе считается нормальным при значении меньше: |
| О | А | 30 мм рт.ст. |
| О | Б | 40 мм рт.ст. |
| О | В | 50 мм рт.ст. |
| О | Г | 20 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 100 | Провисание передней створки митрального клапана менее 3 мм соответствует: |
| О | А | Варианту нормы |
| О | Б | I степени пролапса ПСМК |
| О | В | II степени пролапса ПСМК |
| О | Г | III степени пролапса ПСМК |
|  |  |  |
| В | 101 | При регистрации ЭКГ красный электрод накладывается на: |
| О | А | Правую руку |
| О | Б | Левую руку |
| О | В | Правую ногу |
| О | Г | Левую ногу |
|  |  |  |
| В | 102 | Стандартной скоростью регистрации ЭКГ является: |
| О | А | 50 мм/сек |
| О | Б | 25 мм/сек |
| О | В | 100 мм/сек |
| О | Г | 200 мм/сек |
|  |  |  |
| В | 103 | Какая область миокарда левого желудочка отражается в II, III, aVF: |
| О | А | задне-базальная |
| О | Б | передне-перегородочная |
| О | В | передняя |
| О | Г | высокая боковая |
|  |  |  |
| В | 104 | AV-соединение индуцирует импульсы с частотой: |
| О | А | 45-55 уд/мин |
| О | Б | 60-90 уд/мин |
| О | В | 30-40 уд/мин |
| О | Г | 20-30 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 105 | Продолжительность зубца Р в норме: |
| О | А | 0,1 с |
| О | Б | 0,12 с |
| О | В | 0,2 с |
| О | Г | 0,02 с |
|  |  |  |
| В | 106 | Сегмент PQ измеряется: |
| О | А | От конца Р до начала Q |
| О | Б | От конца Р до конца Q |
| О | В | От начала Р до начала Q |
| О | Г | От начала Р до конца Q |
|  |  |  |
| В | 107 | Самый высокий зубец R регистрируется в: |
| О | А | V4 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V5 |
| О | Г | V6 |
|  |  |  |
| В | 108 | При R(I) < R(II) < R(III), S(I) > R(I) ЭОС: |
| О | А | Резко отклонена вправо |
| О | Б | Отклонена вправо |
| О | В | Расположена вертикально |
| О | Г | Расположена нормально |
| О | Д | Расположена горизонтально |
| О | Е | Отклонена влево |
|  |  |  |
| В | 109 | При продолжительности интервала R-R равного 0,7 с ЧСС составляет: |
| О | А | 85 уд/мин |
| О | Б | 70 уд/мин |
| О | В | 100 уд/мин |
| О | Г | 120 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 110 | При регистрации ЭКГ желтый электрод накладывается на: |
| О | А | Левую руку |
| О | Б | Правую руку |
| О | В | Правую ногу |
| О | Г | Левую ногу |
|  |  |  |
| В | 111 | Для неполной блокады правой ножки пучка Гиса характерно: |
| О | А | rSR’ в V1-V2, RS в V5-V6, продолжительность QRS 0,09 с |
| О | Б | rSR’ в V1-V2, RS в V5-V6, продолжительность QRS 0,14 с |
| О | В | rS в V1-V2, плато в I, aVL, V6, продолжительность QRS 0,09 с |
| О | Г | rS в V1-V2, плато в I, aVL, V6, продолжительность QRS 0,14 с |
|  |  |  |
| В | 112 | Если при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта возникнет мерцание предсердий, то оно переходит в: |
| О | А | Фибрилляцию желудочков |
| О | Б | Синдром Фредерика |
| О | В | Трепетание предсердий 2:1 |
| О | Г | Асистолию |
|  |  |  |
| В | 113 | При регистрации ЭКГ электрод V2 накладывается: |
| О | А | В 4-ом межреберье слева от грудины |
| О | Б | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | В | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии справа |
|  |  |  |
| В | 114 | При трепетании предсердий перед комплексом QRS регистрируется: |
| О | А | F-F волны |
| О | Б | f-f волны |
| О | В | Инвертированный зубец Р |
| О | Г | Нормальный зубец Р |
|  |  |  |
| В | 115 | При брадисистолической форме мерцания предсердий средняя ЧСЖ: |
| О | А | Меньше 60 уд/мин |
| О | Б | 60-90 уд/мин |
| О | В | Больше 90 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 116 | QRS обычно деформирован (аберрантный) при: |
| О | А | Желудочковых экстрасистолах |
| О | Б | AV-узловых экстрасистолах |
| О | В | Желудочковых экстрасистолах, AV-узловых экстрасистолах |
| О | Г | Предсердных экстрасистолах |
| О | Д | AV-узловых экстрасистолах, предсердных экстрасистолах |
|  |  |  |
| В | 117 | Правильная форма может быть при: |
| О | А | Трепетании предсердий |
| О | Б | Мерцании предсердий |
| О | В | Мерцании и трепетании предсердий |
| О | Г | Ни в одном из вариантов |
|  |  |  |
| В | 118 | Субэндокардиальной ишемией называют: |
| О | А | Горизонтальное смещение сегмента ST ниже изолинии |
| О | Б | Горизонтальное смещение сегмента ST выше изолинии |
| О | В | Изменение формы зубца Т с «+» на «сгл» или «сл-» |
| О | Г | Изменение формы зубца Т с «+» на «кор-» |
|  |  |  |
| В | 119 | При регистрации ЭКГ на середине расстояния между 4-ым межреберьем слева от грудины и 5-ым межреберьем по левой среднеключичной линии накладывается: |
| О | А | V3 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V2 |
| О | Г | V4 |
| О | Д | V5 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 120 | Горизонтальная элевация сегмента SТ в I, aVL говорит о: |
| О | А | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Б | Субэндокардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | В | Субэндокардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | Г | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Д | Субэпикардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Е | Субэпикардиальной ишемии в области нижней стенки |
|  |  |  |
| В | 121 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и сглаженный Т в V2-V6 говорит о: |
| О | А | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Б | Острая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | В | Подострая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Г | Подострая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Д | Острая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Е | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
|  |  |  |
| В | 122 | Горизонтальная депрессия сегмента SТ в II, III, aVF говорит о: |
| О | А | Субэндокардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | Б | Субэндокардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | В | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Г | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Д | Субэпикардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Е | Субэпикардиальной ишемии в области нижней стенки |
|  |  |  |
| В | 123 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и коронарный Т в I, aVL, V5-V6 говорит о: |
| О | А | Подострая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Б | Фаза рубцевания инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | В | Острая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Г | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Е | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
|  |  |  |
| В | 124 | При регистрации ЭКГ в 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева накладывается: |
| О | А | V4 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V2 |
| О | Г | V3 |
| О | Д | V5 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 125 | Наиболее чувствительным методом и диагностики стенокардии напряжения является: |
| О | А | Проба с дозированной физической нагрузкой |
| О | Б | 24-часовой мониторинг ЭКГ |
| О | В | Фармакологические пробы |
| О | Г | Холодовая проба |
|  |  |  |
| В | 126 | Если толерантность к физической нагрузке низкая, то пациент полностью выполнил нагрузку в: |
| О | А | 50 Вт |
| О | Б | 75 Вт |
| О | В | 100 Вт |
| О | Г | 125 Вт |
| О | Д | 150 Вт |
|  |  |  |
| В | 127 | Коронароактивным является: |
| О | А | Анаприлин |
| О | Б | Энап Н |
| О | В | Лизиноприл |
| О | Г | Фуросемид |
|  |  |  |
| В | 128 | При протоколе WHO25 при велоргометрии: |
| О | А | Начинают с 25 Вт, каждая ступень прибавляет 25 Вт |
| О | Б | Начинают с 25 Вт, каждая ступень прибавляет 50 Вт |
| О | В | Начинают с 75 Вт, каждая ступень прибавляет 25 Вт |
| О | Г | Начинают с 50 Вт, каждая ступень прибавляет 25 Вт |
|  |  |  |
| В | 129 | При появлении мерцания предсердий при велоэргометрии реакция на физическую нагрузку расценивается как: |
| О | А | Аритмическая |
| О | Б | Гиперкинетическая |
| О | В | Физиологическая |
| О | Г | Ишемическая |
|  |  |  |
| В | 130 | При регистрации ЭКГ электрод V5 накладывается: |
| О | А | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
| О | Б | В 5-ом межреберье по средне-подмышечной линии слева |
| О | В | На середине расстояния между V3 и V6 |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
|  |  |  |
| В | 131 | Коронароактивным является: |
| О | А | Кордипин XL |
| О | Б | Арифон |
| О | В | Верошпирон |
| О | Г | Доксициклин |
|  |  |  |
| В | 132 | Возможно ли проведение пробы с дозированной нагрузкой при мерцании предсердий: |
| О | А | Нет |
| О | Б | Да, но в присутствии кардиолога |
| О | В | Да |
|  |  |  |
| В | 133 | Если при велоэргометрии была достигнута субмаксимальная ЧСС без изменения сегмента ST реакция на физическую нагрузку расценивается как: |
| О | А | Физиологическая |
| О | Б | Ишемическая |
| О | В | Аритмическая |
| О | Г | Гиперкинетическая |
|  |  |  |
| В | 134 | При регистрации ЭКГ на середине расстояния между 4-ым межреберьем слева от грудины и 5-ым межреберьем по левой среднеключичной линии накладывается: |
| О | А | V3 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V2 |
| О | Г | V4 |
| О | Д | V5 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 135 | Нагрузка временем для диастолического давления при суточном мониторировании артериального давления равная 60% говорит о: |
| О | А | Стабильной гипертензии |
| О | Б | Транзиторной гипертензии |
| О | В | Отсутствии гипертензии |
|  |  |  |
| В | 136 | Нормальным значением среднего диастолического давления в дневные часы является: |
| О | А | Меньше 90 мм рт.ст. |
| О | Б | Меньше 100 мм рт.ст. |
| О | В | Меньше 70 мм рт.ст. |
| О | Г | Меньше 80 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 137 | Тип кривой Dipper бывает при значении показателя степени ночного снижения: |
| О | А | От 10 до 20 |
| О | Б | От 0 до 10 |
| О | В | Больше 20 |
| О | Г | Меньше 0 |
|  |  |  |
| В | 138 | При значениях нагрузки давлением для ДАД (день) = 35%, ДАД (ночь) = 99% заключение выглядит следующим образом: |
| О | А | Стабильная диастолическая гипертензия ночью, транзиторная – днем |
| О | Б | Стабильная диастолическая гипертензия днем |
| О | В | Стабильная диастолическая гипертензия ночью |
| О | Г | Стабильная диастолическая гипертензия днем, транзиторная - ночью |
| О | Д | Стабильная диастолическая гипертензия в течение всех суток |
|  |  |  |
| В | 139 | Соотношение показателей спирограммы типа ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно характерно для: |
| О | А | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием рестрикции |
| О | Б | Рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | В | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции |
| О | Г | Обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
|  |  |  |
| В | 140 | Для рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания характерно взаимоотношение показателей: |
| О | А | ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно |
| О | Б | ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно |
| О | В | ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно |
| О | Г | ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно |
|  |  |  |
| В | 141 | При регистрации ЭКГ электрод V5 накладывается: |
| О | А | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
| О | Б | В 5-ом межреберье по средне-подмышечной линии слева |
| О | В | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | Г | На середине расстояния между V3 и V6 |
|  |  |  |
| В | 142 | Какой клапан расположен в выносящем тракте левого желудочка: |
| О | А | Аортальный |
| О | Б | Митральный |
| О | В | Трикуспидальный |
| О | Г | Клапан легочного ствола |
|  |  |  |
| В | 143 | При значении индекса миокарда 108,7 г/м2 у женщины, показатель: |
| О | А | Повышен |
| О | Б | Нормальный |
| О | В | Снижен |
|  |  |  |
| В | 144 | При регистрации ЭКГ электрод V6 накладывается: |
| О | А | В 5-ом межреберье по средне-подмышечной линии слева |
| О | Б | В 5-ом межреберье по задне-подмышечной линии слева |
| О | В | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
|  |  |  |
| В | 145 | Нормальной глобальной сократительной способностью левого желудочка по Simpson считается фракция выброса левого желудочка не ниже: |
| О | А | 50 |
| О | Б | 60 |
| О | В | 55 |
| О | Г | 45 |
|  |  |  |
| В | 146 | Кровоснабжение апикальных сегментов левого желудочка преимущественно осуществляется: |
| О | А | Разным сочетанием всех коронарных артерий в зависимости от варианта строения коронарного русла |
| О | Б | Огибающей коронарной артерией |
| О | В | Правой нисходящей коронарной артерией |
| О | Г | Левой передней нисходящей коронарной артерией |
|  |  |  |
| В | 147 | При регистрации ЭКГ на правую руку накладывается: |
| О | А | Красный электрод |
| О | Б | Желтый электрод |
| О | В | Зеленый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 148 | Если сепарация листков перикарда под задней стенкой левого желудочка в диастолу равна 3,0 мм, то объем жидкости в перикарде: |
| О | А | Патологический |
| О | Б | Физиологический |
|  |  |  |
| В | 149 | Максимальное давление в легочном стволе считается нормальным при значении меньше: |
| О | А | 30 мм рт.ст. |
| О | Б | 40 мм рт.ст. |
| О | В | 50 мм рт.ст. |
| О | Г | 20 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 150 | Провисание передней створки митрального клапана на 6-9 мм соответствует: |
| О | А | II степени пролапса ПСМК |
| О | Б | III степени пролапса ПСМК |
| О | В | I степени пролапса ПСМК |
| О | Г | Варианту нормы |
|  |  |  |
| В | 151 | При регистрации ЭКГ на правую ногу накладывается: |
| О | А | Черный электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Желтый электрод |
| О | Г | Зеленый электрод |
|  |  |  |
| В | 152 | Сколько маленьких клеток миллиметровой бумаги при скорости регистрации ЭКГ равной 25 мм/с содержится в записи, продолжительностью 1 с: |
| О | А | 25 |
| О | Б | 50 |
| О | В | 60 |
| О | Г | 100 |
|  |  |  |
| В | 153 | Какие отведения отражают I, II, III: |
| О | А | Стандартные |
| О | Б | Усиленные от конечностей |
| О | В | Усиленные от грудной клетки |
| О | Г | Грудные |
|  |  |  |
| В | 154 | CA-узел индуцирует импульсы с частотой: |
| О | А | 60-90 уд/мин |
| О | Б | 20-30 уд/мин |
| О | В | 30-40 уд/мин |
| О | Г | 45-55 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 155 | 5. Самый низкоамплитудный зубец R регистрируется в: |
| О | А | V1 |
| О | Б | V4 |
| О | В | V5 |
| О | Г | V6 |
|  |  |  |
| В | 156 | Продолжительность интервала R-R – 12 больших клеток миллиметровой бумаги, скорость протяжки пленки – 50 мм/с. Какова ЧСС? |
| О | А | 50 уд/мин |
| О | Б | 60 уд/мин |
| О | В | 75 уд/мин |
| О | Г | 100 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 157 | При регистрации ЭКГ в 4-ом межреберье справа от грудины накладывается: |
| О | А | V1 |
| О | Б | V2 |
| О | В | V3 |
| О | Г | V4 |
| О | Д | V5 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 158 | Зубец Т отражает процессы |
| О | А | Реполяризации |
| О | Б | Деполяризации |
| О | В | Автоматизма |
| О | Г | Возбуждения |
|  |  |  |
| В | 159 | P-mitrale лучше видно в: |
| О | А | I, aVL |
| О | Б | III, aVF |
| О | В | II, aVR |
|  |  |  |
| В | 160 | Прогрессивное удлинение интервала PQ с последующей паузой ритма, содержащей зубец Р, но без комплекса QRS является проявлением: |
| О | А | AV-блокады II степени Мобитц I |
| О | Б | СА-блокады II степени I типа |
| О | В | СА-блокады II степени II типа |
| О | Г | AV-блокады II степени Мобитц II |
|  |  |  |
| В | 161 | Способность сердца вырабатывать импульсы, вызывающие возбуждение  называют: |
| О | А | Автоматизмом |
| О | Б | Проводимостью |
| О | В | Возбудимостью |
| О | Г | Сократимостью |
|  |  |  |
| В | 162 | При AV-блокаде III степени выскальзываюший ритм нормальными (неуширенными) комплексами QRS позволяет предположить развитие блокады: |
| О | А | На уровне АВ-узла или пучка Гиса |
| О | Б | На уровне ветвей пучка Гиса |
| О | В | На любом уровне |
|  |  |  |
| В | 163 | При регистрации ЭКГ желтый электрод накладывается на: |
| О | А | Левую руку |
| О | Б | Правую руку |
| О | В | Правую ногу |
| О | Г | Левую ногу |
|  |  |  |
| В | 164 | Эктопическим ритмом называют: |
| О | А | Любой ритм, кроме синусового |
| О | Б | Ритмы с частотой менее 60 в мин |
| О | В | Ритмы с частотой более 100 в мин |
| О | Г | Все ответы правильные |
| О | Д | Правильного ответа нет |
|  |  |  |
| В | 165 | Полная компенсаторная пауза бывает при: |
| О | А | Желудочковых экстрасистолах |
| О | Б | Предсердных экстрасистолах |
| О | В | AV-узловых экстрасистолах |
| О | Г | Правильные ответы 1 и 2 |
| О | Д | Правильные ответы 2 и 3 |
|  |  |  |
| В | 166 | Неполная компенсаторная пауза, отсутствие аберрации в/желудочковой проводимости, инвертированный зубец Р перед комплексом QRS. Все это характерно для: |
| О | А | Нижне-предсердной экстрасистолы |
| О | Б | Дистально-узловой экстрасистолы |
| О | В | Верхне-предсердной экстрасистолы |
| О | Г | Проксимально-узловой экстрасистолы |
| О | Д | Дистально-узловой экстрасистолы |
|  |  |  |
| В | 167 | Изменение формы зубца Т с «+» на «сгл» или «сл¬» носит название: |
| О | А | Нарушение процессов реполяризации |
| О | Б | Нарушение коронарного кровообращения |
| О | В | Субэпикардиальная ишемия |
| О | Г | Субэндокардиальная ишемия |
|  |  |  |
| В | 168 | При наличии патологического Q, изоэлектричного сегмента ST и сглаженного Т говорят о: |
| О | А | Фазе рубцевания крупноочагового инфаркта миокарда |
| О | Б | Острой фазе крупноочагового инфаркта миокарда |
| О | В | Подостой фазе крупноочагового инфаркта миокарда |
| О | Г | Острой фазе трансмурального инфаркта миокарда |
| О | Д | Подостой фазе трансмурального инфаркта миокарда |
| О | Е | Фазе рубцевания трансмурального инфаркта миокарда |
|  |  |  |
| В | 169 | Патологический Q, элевация сегмента ST в I, aVL, V5-V6 говорит о: |
| О | А | Острая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Б | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | В | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Е | Фаза рубцевания инфаркта миокарда боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 170 | Горизонтальная элевация сегмента SТ в V2-6 говорит о: |
| О | А | Субэпикардиальной ишемии в передне-перегородочной области |
| О | Б | Субэпикардиальной ишемии в области передней стенки распространенные |
| О | В | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Г | Субэндокардиальной ишемии в области передней стенки распространенные |
| О | Д | Субэндокардиальной ишемии в передне-перегородочной области |
| О | Е | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 171 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и сглаженный Т в II, III, aVF говорит о: |
| О | А | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Б | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | В | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Острая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Е | Фаза рубцевания инфаркта миокарда боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 172 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и коронарный Т в V2-V6 говорит о: |
| О | А | Подострая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Б | Острая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | В | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Г | Острая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Е | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
|  |  |  |
| В | 173 | Не является противопоказанием для проведения теста с физической нагрузкой: |
| О | А | Синдром слабости синусового узла |
| О | Б | Эпилепсия |
| О | В | АВ-блокада II-III степени |
| О | Г | Стеноз устья аорты |
|  |  |  |
| В | 174 | При выполненной физической нагрузке в 175 Вт толерантность к физической нагрузке: |
| О | А | Высокая |
| О | Б | Низкая |
| О | В | Ниже средней |
| О | Г | Средняя |
| О | Д | Выше средней |
|  |  |  |
| В | 175 | Какой из препаратов должен быть отменен за 2 суток до проведения велоэргометрии: |
| О | А | Моночинкве |
| О | Б | Лизиноприл |
| О | В | Хартил |
| О | Г | ТромбоАСС |
|  |  |  |
| В | 176 | Относительным противопоказанием к проведению пробы является систолическое давление: |
| О | А | Выше 150 мм рт.ст. |
| О | Б | Выше 140 мм рт.ст. |
| О | В | Ниже 90 мм рт.ст. |
| О | Г | Ниже 100 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 177 | При проведении пробы с дозированной физической нагрузкой можно: |
| О | А | Возможно все перечисленное |
| О | Б | Уточнить диагноз ишемической болезни сердца |
| О | В | Определить толерантность к физической нагрузке |
| О | Г | Оценить эффективность терапии нарушений ритма |
| О | Д | Выявить нарушения ритма, которые могут быть у больного |
|  |  |  |
| В | 178 | При регистрации ЭКГ электрод V1 накладывается: |
| О | А | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | Б | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии справа |
| О | В | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | Г | В 4-ом межреберье слева от грудины |
|  |  |  |
| В | 179 | При 24-часовом мониторировании ЭКГ наиболее достоверными признаками ишемии миокарда являются: |
| О | А | Правильные ответы - 1 и 2 |
| О | Б | Депрессия сегмента ST |
| О | В | Подъем сегмента ST |
| О | Г | Инверсия зубца T |
| О | Д | Все перечисленные |
|  |  |  |
| В | 180 | Величина нагрузки давлением при суточном мониторировании артериального давления для систолического давления в дневные часы равная 3 является: |
| О | А | Нормальной |
| О | Б | Сниженой |
| О | В | Повышенной |
|  |  |  |
| В | 181 | При регистрации ЭКГ в 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева накладывается: |
| О | А | V4 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V2 |
| О | Г | V3 |
| О | Д | V5 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 182 | Диагностически значимая пауза при синусовом ритме: |
| О | А | Больше 2 с |
| О | Б | Больше 1,5 с |
| О | В | Больше 1,75 с |
| О | Г | Больше 2,5 с |
|  |  |  |
| В | 183 | Нагрузка временем для диастолического давления при суточном мониторировании артериального давления равная 30% говорит о: |
| О | А | Транзиторной гипертензии |
| О | Б | Отсутствии гипертензии |
| О | В | Стабильной гипертензии |
|  |  |  |
| В | 184 | Нормальным значением среднего диастолического давления в ночные часы является: |
| О | А | Меньше 80 мм рт.ст. |
| О | Б | Меньше 70 мм рт.ст. |
| О | В | Меньше 90 мм рт.ст. |
| О | Г | Меньше 100 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 185 | Тип кривой Night Picker бывает при значении показателя степени ночного снижения: |
| О | А | Меньше 0 |
| О | Б | От 0 до 10 |
| О | В | От 10 до 20 |
| О | Г | Больше 20 |
|  |  |  |
| В | 186 | Значение степени ночного снижения равное 27 говорит о типе кривой: |
| О | А | Over-dipper |
| О | Б | Night picker |
| О | В | Non-dipper |
| О | Г | Dipper |
|  |  |  |
| В | 187 | При регистрации ЭКГ электрод V5 накладывается: |
| О | А | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
| О | Б | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | В | На середине расстояния между V3 и V6 |
| О | Г | В 5-ом межреберье по средне-подмышечной линии слева |
|  |  |  |
| В | 188 | При значениях нагрузки давлением для ДАД (день) = 17%, ДАД (ночь) = 67% заключение выглядит следующим образом: |
| О | А | Стабильная диастолическая гипертензия ночью |
| О | Б | Стабильная диастолическая гипертензия в течение всех суток |
| О | В | Стабильная диастолическая гипертензия днем, транзиторная - ночью |
| О | Г | Стабильная диастолическая гипертензия ночью, транзиторная – днем |
| О | Д | Стабильная диастолическая гипертензия днем |
|  |  |  |
| В | 189 | Соотношение показателей спирограммы типа ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно  характерно для: |
| О | А | Обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | Б | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием  обструкции |
| О | В | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием  рестрикции |
| О | Г | Рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
|  |  |  |
| В | 190 | Для смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции характерно взаимоотношение показателей: |
| О | А | ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно |
| О | Б | ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно |
| О | В | ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно |
| О | Г | ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно |
|  |  |  |
| В | 191 | Наибольшее значение для верификации дилатации левого желудочка имеет эхокардиографический показатель: |
| О | А | Индекс конечного диастолического размера |
| О | Б | Толщина стенок левого желудочка |
| О | В | Относительная толщина стенок левого желудочка |
| О | Г | Масса миокарда левого желудочка |
| О | Д | Индекс миокарда левого желудочка |
| О | Е | Размер полости левого желудочка в диастолу |
|  |  |  |
| В | 192 | Укажите количество створок трикуспидального клапана: |
| О | А | 3 |
| О | Б | 1 |
| О | В | 2 |
| О | Г | 4 |
|  |  |  |
| В | 193 | При значении индекса миокарда 108,7 г/м2 у мужчины, показатель: |
| О | А | Нормальный |
| О | Б | Снижен |
| О | В | Повышен |
|  |  |  |
| В | 194 | При регистрации ЭКГ на правую руку накладывается: |
| О | А | Красный электрод |
| О | Б | Желтый электрод |
| О | В | Зеленый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 195 | Прогностически неблагоприятно в отношении прогрессирования хронической сердечной недостаточности: |
| О | А | Эксцентрическое ремоделирование левого желудочка |
| О | Б | Концентрическое ремоделирование левого желудочка |
| О | В | Данное патологическое состояние не зависит от типа ремоделирования левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 196 | Нормальной глобальной сократительной способностью левого желудочка по Simpson считается фракция выброса левого желудочка не ниже: |
| О | А | 50 |
| О | Б | 45 |
| О | В | 55 |
| О | Г | 60 |
|  |  |  |
| В | 197 | При значении конечного систолического размера левого желудочка 42 мм левый желудочек: |
| О | А | Дилатирован в систолу |
| О | Б | Уменьшен в систолу |
| О | В | Нормальный |
|  |  |  |
| В | 198 | Если сепарация листков перикарда под задней стенкой левого желудочка в диастолу равна 6,3 мм, то объем жидкости в перикарде: |
| О | А | Патологический |
| О | Б | Физиологический |
|  |  |  |
| В | 199 | При I степени пролапса ПСМК створка может провисать на: |
| О | А | 10 мм |
| О | Б | 1 мм |
| О | В | 4 мм |
| О | Г | 7 мм |
|  |  |  |
| В | 200 | При регистрации ЭКГ на левую руку накладывается: |
| О | А | Желтый электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Зеленый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 201 | При регистрации ЭКГ на левую ногу накладывается: |
| О | А | Зеленый электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Желтый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 202 | Сколько больших клеток миллиметровой бумаги при стандартной скорости регистрации ЭКГ содержится в записи, продолжительностью 1 с: |
| О | А | 10 |
| О | Б | 2 |
| О | В | 5 |
| О | Г | 6 |
|  |  |  |
| В | 203 | Волокна Пуркинье индуцируют импульсы с частотой: |
| О | А | 20-30 уд/мин |
| О | Б | 30-40 уд/мин |
| О | В | 45-55 уд/мин |
| О | Г | 60-90 уд\мин |
|  |  |  |
| В | 204 | Двухфазный зубец Р (+/-) при синусовом ритме регистрируется в: |
| О | А | V1-V2 |
| О | Б | I, aVL |
| О | В | II, III, aVF |
| О | Г | aVR |
|  |  |  |
| В | 205 | При R(I) > R(II) > R(III), S(III) > R(I) ЭОС: |
| О | А | Резко отклонена влево |
| О | Б | Отклонена влево |
| О | В | Расположена горизонтально |
| О | Г | Расположена нормально |
| О | Д | Расположена вертикально |
| О | Е | Отклонена вправо |
| О | Ж | Резко отклонена вправо |
|  |  |  |
| В | 206 | При ЧСС = 75 уд/мин продолжительность интервала R-R: |
| О | А | 0,8 с |
| О | Б | 0,66 с |
| О | В | 0,72 с |
| О | Г | 1,0 с |
|  |  |  |
| В | 207 | При регистрации ЭКГ на правую ногу накладывается: |
| О | А | Черный электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Желтый электрод |
| О | Г | Зеленый электрод |
|  |  |  |
| В | 208 | P-mitrale: |
| О | А | Продолжительность > 0,1 с, амплитуда < 2,5 мм |
| О | Б | Продолжительность > 0,1 с, амплитуда > 2,5 мм |
| О | В | Продолжительность < 0,1 с, амплитуда > 2,5 мм |
| О | Г | Продолжительность < 0,1 с, амплитуда < 2,5 мм |
|  |  |  |
| В | 209 | Динамика амплитуды зубцов в комплексах QRS грудных отведений вида R(V1) >  > R(V2) > R(V3) > R(V4) > R (V5) > R (V6) бывает при: |
| О | А | Гипертрофии правого желудочка |
| О | Б | Гипертрофии левого желудочка |
| О | В | Расценено как вариант нормы |
|  |  |  |
| В | 210 | Интервал PQ продолжительностью больше 0,2 с, постоянный по величине и пауза ритма, содержащая зубец Р, но без комплекса QRS является проявлением: |
| О | А | AV-блокады II степени Мобитц II |
| О | Б | СА-блокады II степени I типа |
| О | В | СА-блокады II степени II типа |
| О | Г | AV-блокады II степени Мобитц I |
|  |  |  |
| В | 211 | Истинная изолиния – это линия соединяющая интервалы: |
| О | А | PQ-PQ |
| О | Б | R-R |
| О | В | ST-ST |
| О | Г | TP-TP |
|  |  |  |
| В | 212 | При гипертрофии левого желудочка амплитуда зубца R в I отведении: |
| О | А | Больше 12 мм |
| О | Б | Больше амплитуды зубца S |
| О | В | Меньше амплитуды зубца S |
| О | Г | Меньше 12 мм |
|  |  |  |
| В | 213 | При АВ-блокаде II степени с коэффициентом проведения 3:2: |
| О | А | Из 3 синусовых импульсов на желудочки проводится 2 |
| О | Б | Из 3 синусовых импульсов 2 блокируется |
| О | В | Желудочки возбуждаются 3 раза, предсердия - 2 |
|  |  |  |
| В | 214 | Автоматизмом называется: |
| О | А | Способность сердца вырабатывать импульсы, вызывающие возбуждение |
| О | Б | Способность сердца проводить импульсы от места их возникновения до сократительного миокарда |
| О | В | Способность миокарда возбуждаться под влиянием импульсов |
| О | Г | Способность сердца сокращаться под влиянием импульсов |
|  |  |  |
| В | 215 | rSR’ в V1-V2, RS в V5-V6, продолжительность QRS 0,09 с характерно для: |
| О | А | Неполной блокады правой ножки пучка Гиса |
| О | Б | Полной блокады левой ножки пучка Гиса |
| О | В | Неполной блокады левой ножки пучка Гиса |
| О | Г | Полной блокады правой ножки пучка Гиса |
|  |  |  |
| В | 216 | Признаки синдрома укороченного PQ определяются при продолжительности интервала: |
| О | А | 0,11 с и меньше |
| О | Б | 0,1 с и меньше |
| О | В | 0,12 с и меньше |
| О | Г | 0,13 с и меньше |
|  |  |  |
| В | 217 | Для замещающего ритма из АV-соединения характерна частота: |
| О | А | 40-50 в мин |
| О | Б | Менее 20 в мин |
| О | В | 20-30 в мин |
| О | Г | 60-80 в мин |
| О | Д | 90-100 в мин |
|  |  |  |
| В | 218 | Во время мерцания предсердий возможно все перечисленное ниже, кроме: |
| О | А | Зубцов Р, отличающихся по форме от “синусовых” |
| О | Б | Нерегулярности сердечных сокращений |
| О | В | Волн f-f |
| О | Г | Правильного ответа нет |
|  |  |  |
| В | 219 | Появление при мерцании предсердий правильного ритма с ЧСЖ равной 40-45 уд/мин является признаком синдрома: |
| О | А | Фредерика |
| О | Б | Тореля |
| О | В | Самойлова-Венкенбаха |
| О | Г | Тавара |
|  |  |  |
| В | 220 | Неполная компенсаторная пауза бывает при: |
| О | А | Правильные ответы 1 и 2 |
| О | Б | Предсердных экстрасистолах |
| О | В | AV-узловых экстрасистолах |
| О | Г | Желудочковых экстрасистолах |
|  |  |  |
| В | 221 | Если регистрируется 2 преждевременных сокращения подряд, то принято говорить о: |
| О | А | Парной экстрасистоле |
| О | Б | Одиночной экстрасистоле |
| О | В | Групповых экстрасистолах |
| О | Г | Аллоритмии |
|  |  |  |
| В | 222 | Субэпикардиальной ишемией называют: |
| О | А | Горизонтальное смещение сегмента ST выше изолинии |
| О | Б | Горизонтальное смещение сегмента ST ниже изолинии |
| О | В | Изменение формы зубца Т с «+» на «сгл» или «сл-» |
| О | Г | Изменение формы зубца Т с «+» на «кор-» |
|  |  |  |
| В | 223 | При регистрации ЭКГ черный электрод накладывается на: |
| О | А | Правую ногу |
| О | Б | Правую руку |
| О | В | Левую руку |
| О | Г | Левую ногу |
|  |  |  |
| В | 224 | При наличии патологического Q, изоэлектричного сегмента ST и коронарного Т говорят о: |
| О | А | Подостой фазе крупноочагового инфаркта миокарда |
| О | Б | Острой фазе крупноочагового инфаркта миокарда |
| О | В | Фазе рубцевания крупноочагового инфаркта миокарда |
| О | Г | Острой фазе трансмурального инфаркта миокарда |
| О | Д | Подостой фазе трансмурального инфаркта миокарда |
| О | Е | Фазе рубцевания трансмурального инфаркта миокарда |
|  |  |  |
| В | 225 | Горизонтальная элевация сегмента SТ в I, aVL, V5-V6 говорит о: |
| О | А | Субэпикардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Б | Субэпикардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | В | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Г | Субэндокардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | Д | Субэндокардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Е | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 226 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и сглаженный Т в I, aVL говорит о: |
| О | А | Фаза рубцевания инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
| О | Б | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | В | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Д | Острая фаза инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
| О | Е | Подострая фаза инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 227 | Патологический Q, элевация сегмента ST в V2-V6 говорит о: |
| О | А | Острая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Б | Подострая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | В | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Г | Острая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Е | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
|  |  |  |
| В | 228 | При регистрации ЭКГ электрод V1 накладывается: |
| О | А | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | Б | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии справа |
| О | В | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | Г | В 4-ом межреберье слева от грудины |
|  |  |  |
| В | 229 | При выполненной физической нагрузке в 75 Вт толерантность к физической нагрузке: |
| О | А | Ниже средней |
| О | Б | Низкая |
| О | В | Средняя |
| О | Г | Выше средней |
| О | Д | Высокая |
|  |  |  |
| В | 230 | Какой из препаратов должен быть отменен за 2 суток до проведения велоэргометрии: |
| О | А | Коринфар |
| О | Б | Эналаприл |
| О | В | Кардиомагнил |
| О | Г | Диувер |
|  |  |  |
| В | 231 | Нагрузка временем для диастолического давления при суточном мониторировании артериального давления равная 15% говорит о: |
| О | А | Отсутствии гипертензии |
| О | Б | Транзиторной гипертензии |
| О | В | Стабильной гипертензии |
|  |  |  |
| В | 232 | Границей нормы средних значений артериального давления в ночные часы является: |
| О | А | 120/80 мм рт.ст. |
| О | Б | 110/70 мм рт.ст. |
| О | В | 140/90 мм рт.ст. |
| О | Г | 150/100 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 233 | Значение степени ночного снижения равное 5 говорит о типе кривой: |
| О | А | Non-dipper |
| О | Б | Night picker |
| О | В | Dipper |
| О | Г | Over-dipper |
|  |  |  |
| В | 234 | При регистрации ЭКГ электрод V6 накладывается: |
| О | А | В 5-ом межреберье по средне-подмышечной линии слева |
| О | Б | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | В | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
| О | Г | В 5-ом межреберье по задне-подмышечной линии слева |
|  |  |  |
| В | 235 | Соотношение показателей спирограммы типа ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно характерно для: |
| О | А | Обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | Б | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции |
| О | В | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием рестрикции |
| О | Г | Рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
|  |  |  |
| В | 236 | Для смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции характерно взаимоотношение показателей |
| О | А | ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно |
| О | Б | ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно |
| О | В | ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно |
| О | Г | ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно |
|  |  |  |
| В | 237 | Значение показателя ФЖЕЛ равное 22% от должной величины является: |
| О | А | Резко сниженным |
| О | Б | Нормальным |
| О | В | Относится к условной норме |
| О | Г | Умеренно сниженным |
| О | Д | Значительно сниженным |
|  |  |  |
| В | 238 | Значение показателя ЖЕЛ равное 93% от должной величины является: |
| О | А | Нормальным |
| О | Б | Относится к условной норме |
| О | В | Умеренно сниженным |
| О | Г | Значительно сниженным |
|  |  |  |
| В | 239 | При регистрации ЭКГ на правую руку накладывается: |
| О | А | Красный электрод |
| О | Б | Желтый электрод |
| О | В | Зеленый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 240 | Наибольшее значение для верификации дилатации левого желудочка имеет эхокардиографический показатель: |
| О | А | Индекс конечного диастолического размера |
| О | Б | Толщина стенок левого желудочка |
| О | В | Относительная толщина стенок левого желудочка |
| О | Г | Масса миокарда левого желудочка |
| О | Д | Индекс миокарда левого желудочка |
| О | Е | Размер полости левого желудочка в диастолу |
|  |  |  |
| В | 241 | Какой клапан расположен между правым предсердием и правым желудочком: |
| О | А | Трикуспидальный |
| О | Б | Аортальный |
| О | В | Митральный |
| О | Г | Клапан легочного ствола |
|  |  |  |
| В | 242 | При регистрации ЭКГ на левую руку накладывается: |
| О | А | Желтый электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Зеленый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 243 | Концентрическое ремоделирование левого желудочка прогностически неблагоприятно в отношении: |
| О | А | Жизнеугрожающих желудочковых нарушений ритма |
| О | Б | Прогрессирования хронической сердечной недостаточности |
| О | В | Появления мерцания предсердий |
|  |  |  |
| В | 244 | Нормальной глобальной сократительной способностью левого желудочка по Тейхольцу считается фракция выброса левого желудочка не ниже: |
| О | А | 55 |
| О | Б | 45 |
| О | В | 50 |
| О | Г | 60 |
|  |  |  |
| В | 245 | Кровоснабжение боковых сегментов левого желудочка преимущественно осуществляется: |
| О | А | Огибающей коронарной артерией |
| О | Б | Левой передней нисходящей коронарной артерией |
| О | В | Правой нисходящей коронарной артерией |
| О | Г | Разным сочетанием всех коронарных артерий в зависимости от варианта строения коронарного русла |
|  |  |  |
| В | 246 | При значении конечного систолического размера левого желудочка 42 мм левый желудочек: |
| О | А | Дилатирован в систолу |
| О | Б | Уменьшен в систолу |
| О | В | Нормальный |
|  |  |  |
| В | 247 | Если размер левого предсердия в диастолу в М-режиме равен 45 мм, то левое предсердие: |
| О | А | Дилатировано |
| О | Б | Уменьшено |
| О | В | Нормальное |
|  |  |  |
| В | 248 | При регистрации ЭКГ на левую ногу накладывается: |
| О | А | Зеленый электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Желтый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 249 | Если сепарация листков перикарда под задней стенкой левого желудочка в диастолу равна 2,2 мм, то объем жидкости в перикарде: |
| О | А | Патологический |
| О | Б | Физиологический |
| О | В |  |
| О | Г |  |
|  |  |  |
| В | 250 | Максимальное давление в легочном стволе считается нормальным при значении меньше: |
| О | А | 30 мм рт.ст. |
| О | Б | 20 мм рт.ст. |
| О | В | 40 мм рт.ст. |
| О | Г | 50 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 251 | При регистрации ЭКГ на левую руку накладывается: |
| О | А | Желтый электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Зеленый электрод |
| О | Г | Черный электрод |
|  |  |  |
| В | 252 | Сколько больших клеток миллиметровой бумаги при скорости регистрации ЭКГ равной 25 мм/с содержится в записи, продолжительностью 1 с: |
| О | А | 5 |
| О | Б | 2 |
| О | В | 6 |
| О | Г | 10 |
|  |  |  |
| В | 253 | Изменения в I, aVL, V5-V6 свидетельствуют о поражении: |
| О | А | Боковой области левого желудочка |
| О | Б | Передней стенки левого желудочка |
| О | В | Задне-диафрагмальной области левого желудочка |
| О | Г | Передне-перегородочной области левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 254 | Водителем ритма III порядка является: |
| О | А | Ножки пучка Гиса |
| О | Б | CA-узел |
| О | В | AV-соединение |
| О | Г | Волокна Пуркинье |
|  |  |  |
| В | 255 | Возбуждение правого предсердия находит свое отражение при регистрации ЭКГ в V1 в: |
| О | А | I (+) фазе зубца Р |
| О | Б | II (-) фазе зубца Р |
| О | В | III (изоэлектричной) фазе зубца Р |
| О | Г | зубце U |
|  |  |  |
| В | 256 | Интервал PQ измеряется: |
| О | А | От начала Р до начала Q |
| О | Б | От начала Р до конца Q |
| О | В | От конца Р до конца Q |
| О | Г | От конца Р до начала Q |
|  |  |  |
| В | 257 | Самый низкоамплитудный зубец S регистрируется в: |
| О | А | V6 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V2 |
| О | Г | V4 |
|  |  |  |
| В | 258 | При R(I) = R(II) = R(III) ЭОС: |
| О | А | Расположена нормально |
| О | Б | Резко отклонена влево |
| О | В | Отклонена влево |
| О | Г | Расположена горизонтально |
| О | Д | Расположена вертикально |
| О | Е | Отклонена вправо |
| О | Ж | Резко отклонена вправо |
|  |  |  |
| В | 259 | При ЧСС = 90 уд/мин продолжительность интервала R-R: |
| О | А | 0,66 с |
| О | Б | 0,72 с |
| О | В | 0,8 с |
| О | Г | 1,0 с |
|  |  |  |
| В | 260 | Продолжительность интервала R-R – 5 больших клеток миллиметровой бумаги, скорость протяжки пленки – 25 мм/с. Какова ЧСС? |
| О | А | 60 уд/мин |
| О | Б | 50 уд/мин |
| О | В | 75 уд/мин |
| О | Г | 100 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 261 | При AV-диссоциации активность синусового узла: |
| О | А | Меньше, чем AV-соединения |
| О | Б | Больше, чем AV-соединения |
| О | В | Равна активности AV-соединения |
| О | Г | Зависит от наличия блокады ножек пучка Гиса |
|  |  |  |
| В | 262 | Для полной блокады левой ножки пучка Гиса характерно: |
| О | А | rS в V1-V2, плато в I, aVL, V6, продолжительность QRS 0,14 с |
| О | Б | rSR’ в V1-V2, RS в V5-V6, продолжительность QRS 0,09 с |
| О | В | rSR’ в V1-V2, RS в V5-V6, продолжительность QRS 0,14 с |
| О | Г | rS в V1-V2, плато в I, aVL, V6, продолжительность QRS 0,09 с |
|  |  |  |
| В | 263 | При типе А синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта дополнительный пучок проведения соединяет: |
| О | А | Левое предсердие с левым желудочком |
| О | Б | Левое предсердие с правым желудочком |
| О | В | Правое предсердие с левым желудочком |
| О | Г | Правое предсердие с правым желудочком |
|  |  |  |
| В | 264 | При регистрации ЭКГ в 4-ом межреберье справа от грудины накладывается: |
| О | А | V1 |
| О | Б | V2 |
| О | В | V3 |
| О | Г | V4 |
| О | Д | V5 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 265 | При нормосистолической форме мерцания предсердий средняя ЧСЖ: |
| О | А | 60-90 уд/мин |
| О | Б | Меньше 60 уд/мин |
| О | В | Больше 90 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 266 | При экстрасистолии из левого желудочка: |
| О | А | Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса |
| О | Б | Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса |
| О | В | Правильного ответа нет. |
|  |  |  |
| В | 267 | Неправильная форма может быть при: |
| О | А | Мерцании и трепетании предсердий |
| О | Б | Трепетании предсердий |
| О | В | Мерцании предсердий |
| О | Г | Ни в одном из вариантов |
|  |  |  |
| В | 268 | Парной экстрасистолой называют: |
| О | А | 2 преждевременных комплекса подряд |
| О | Б | Только 1 преждевременный комплекс |
| О | В | 3 и более преждевременных комплекса подряд |
| О | Г | Чередование нормальных комплексов с преждевременными |
|  |  |  |
| В | 269 | Субэндокардиальной ишемией называют: |
| О | А | Горизонтальное смещение сегмента ST ниже изолинии |
| О | Б | Горизонтальное смещение сегмента ST выше изолинии |
| О | В | Изменение формы зубца Т с «+» на «сгл» или «сл-» |
| О | Г | Изменение формы зубца Т с «+» на «кор-» |
|  |  |  |
| В | 270 | При регистрации ЭКГ электрод V2 накладывается: |
| О | А | В 4-ом межреберье слева от грудины |
| О | Б | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии справа |
| О | В | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
|  |  |  |
| В | 271 | При подострой фазе трансмурального инфаркта миокарда выявляется: |
| О | А | Правильные ответы 2 и 3 |
| О | Б | Патологический Q |
| О | В | QS |
| О | Г | Горизонтальная элевация ST |
| О | Д | ST на изолинии, коронарный Т |
| О | Е | Правильные ответы 1 и 3 |
| О | Ж | Правильные ответы 1 и 4 |
| О | З | Правильные ответы 2 и 4 |
|  |  |  |
| В | 272 | Т «кор-» в I, aVL, V5-V6 говорит о: |
| О | А | Нарушении коронарного кровообращения в области боковой стенки |
| О | Б | Нарушении коронарного кровообращения в области нижней стенки |
| О | В | Нарушении коронарного кровообращения в высокой боковой области |
| О | Г | Нарушении процессов реполяризации в области нижней стенки |
| О | Д | Нарушении процессов реполяризации в области боковой стенки |
| О | Е | Нарушении процессов реполяризации в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 273 | Горизонтальная элевация сегмента SТ в II, III, aVF говорит о: |
| О | А | Субэпикардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | Б | Субэпикардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | В | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Г | Субэндокардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | Д | Субэндокардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Е | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 274 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и сглаженный Т в I, aVL, V5-V6 говорит о: |
| О | А | Фаза рубцевания инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Б | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | В | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Д | Острая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Е | Подострая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 275 | Возникновение депрессии сегмента ST может быть следствием: |
| О | А | Всего перечисленного |
| О | Б | Ишемии миокарда |
| О | В | Мелкоочагового инфаркта миокарда |
| О | Г | Реципрокных изменений при крупноочаговом инфаркте |
| О | Д | Правильно 1 и 2 |
|  |  |  |
| В | 276 | При регистрации ЭКГ на середине расстояния между 4-ым межреберьем слева от грудины и 5-ым межреберьем по левой среднеключичной линии накладывается: |
| О | А | V3 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V2 |
| О | Г | V4 |
| О | Д | V5 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 277 | Проба с дозированной физической нагрузкой не позволяет: |
| О | А | Определение функционального класса хронической сердечной недостаточности |
| О | Б | Определение толерантности к физической нагрузкой |
| О | В | Определение функционального класса стенокардии |
| О | Г | Определение типа реакции на физическую нагрузку |
|  |  |  |
| В | 278 | Если толерантность к физической нагрузке высокая, то пациент полностью выполнил нагрузку в: |
| О | А | 150 Вт |
| О | Б | 50 Вт |
| О | В | 75 Вт |
| О | Г | 100 Вт |
|  |  |  |
| В | 279 | Коронароактивным является: |
| О | А | Амлодипин |
| О | Б | Фозикард |
| О | В | Диувер |
| О | Г | Престариум |
|  |  |  |
| В | 280 | При появлении диагностически значимого смещения сегмента ST при велоэргометрии реакция на физическую нагрузку расценивается как: |
| О | А | Ишемическая |
| О | Б | Физиологическая |
| О | В | Аритмическая |
| О | Г | Гиперкинетическая |
|  |  |  |
| В | 281 | Нормальным значением среднего систолического давления в дневные часы является: |
| О | А | Меньше 140 мм рт.ст. |
| О | Б | Меньше 100 мм рт.ст. |
| О | В | Меньше 120 мм рт.ст. |
| О | Г | Меньше 160 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 282 | Тип кривой Non-dipper бывает при значении показателя степени ночного снижения: |
| О | А | От 0 до 10 |
| О | Б | Меньше 0 |
| О | В | От 10 до 20 |
| О | Г | Больше 20 |
|  |  |  |
| В | 283 | Тип кривой Over-dipper бывает при значении показателя степени ночного снижения: |
| О | А | Больше 20 |
| О | Б | Меньше 0 |
| О | В | От 0 до 10 |
| О | Г | От 10 до 20 |
|  |  |  |
| В | 284 | При значениях нагрузки давлением для САД (день) = 62%, САД (ночь) = 77% заключение выглядит следующим образом: |
| О | А | Стабильная систолическая гипертензия в течение всех суток |
| О | Б | Стабильная систолическая гипертензия днем, транзиторная - ночью |
| О | В | Стабильная систолическая гипертензия ночью, транзиторная – днем |
| О | Г | Стабильная систолическая гипертензия днем |
| О | Д | Стабильная систолическая гипертензия ночью |
|  |  |  |
| В | 285 | Соотношение показателей спирограммы типа ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно характерно для: |
| О | А | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции |
| О | Б | Обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | В | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием ре-стрикции |
| О | Г | Рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
|  |  |  |
| В | 286 | Для смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием рестрикции характерно взаимоотношение показателей: |
| О | А | ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно |
| О | Б | ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно |
| О | В | ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно |
| О | Г | ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно |
|  |  |  |
| В | 287 | При регистрации ЭКГ электрод V3 накладывается: |
| О | А | На середине расстояния между V2 и V4 |
| О | Б | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | В | В 4-ом межреберье слева от грудины |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
|  |  |  |
| В | 288 | 5 классу по градации Lown-Wolf соответствует регистрация при холтеровском мониторировании: |
| О | А | Ранних желудочковых экстрасистол |
| О | Б | Редких одиночных монотопных мономорфных желудочковых экстрасистол |
| О | В | Частых одиночных монотопных мономорфных желудочковых экстрасистол |
| О | Г | Одиночных политопных полиморфных экстрасистол |
| О | Д | Парных желудочковых экстрасистол |
| О | Е | Групповых желудочковых экстрасистол |
|  |  |  |
| В | 289 | Наибольшее значение для верификации гипертрофии левого желудочка имеет эхокар-диографический показатель: |
| О | А | Индекс миокарда левого желудочка |
| О | Б | Толщина стенок левого желудочка |
| О | В | Относительная толщина стенок левого желудочка |
| О | Г | Масса миокарда левого желудочка |
| О | Д | Размер полости левого желудочка в диастолу |
| О | Е | Индекс конечного диастолического размера |
|  |  |  |
| В | 290 | Укажите количество легочных артерий в выносящем тракте правого желудочка: |
| О | А | 1 |
| О | Б | 2 |
| О | В | 3 |
| О | Г | 4 |
|  |  |  |
| В | 291 | При значениях показателей (по ASE): ИМ – 88,2 г/м2, ОТС – 0,41, иКДР – 3,32 см/м2 у пациента: |
| О | А | Дилатация левого желудочка |
| О | Б | Отсутствуют признаки ремоделирования левого желудочка |
| О | В | Концентрическое ремоделирование левого желудочка |
| О | Г | Концентрическая гипертрофия левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 292 | В норме в М-режиме при эхокардиоскопии митральный клапан: |
| О | А | Правильные ответы 1 и 3 |
| О | Б | М-образной формы |
| О | В | П-образной формы |
| О | Г | Противофаза «+» |
| О | Д | Противофаза «-» |
| О | Е | Правильные ответы 2 и 4 |
|  |  |  |
| В | 293 | При регистрации ЭКГ электрод V4 накладывается: |
| О | А | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | Б | В 4-ом межреберье слева от грудины |
| О | В | На середине расстояния между V3 и V5 |
| О | Г | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
|  |  |  |
| В | 294 | Эксцентрическое ремоделирование левого желудочка прогностически неблагоприятно в отношении: |
| О | А | Прогрессирования хронической сердечной недостаточности |
| О | Б | Жизнеугрожающих желудочковых нарушений ритма |
| О | В | Появления мерцания предсердий |
|  |  |  |
| В | 295 | Сниженной глобальной сократительной способностью левого желудочка по Тейхольцу считается фракция выброса левого желудочка ниже: |
| О | А | 55 |
| О | Б | 45 |
| О | В | 50 |
| О | Г | 60 |
|  |  |  |
| В | 296 | Огибающая коронарная артерия обеспечивает кровоснабжение: |
| О | А | Средне- и базально- боковых и задних сегментов левого желудочка |
| О | Б | Средне-нижнего, базально-нижнего, базально-перегородочного сегментов левого желудочка |
| О | В | Передне-перегородочных, перегородочных, передних и апикальных сегментов левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 297 | Объем жидкости в перикарде, рассчитанный по Тейхольцу, считается физиологическим при значении меньше: |
| О | А | 70 мл |
| О | Б | 40 мл |
| О | В | 100 мл |
| О | Г | 200 мл |
|  |  |  |
| В | 298 | При регистрации ЭКГ в 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева накладывается: |
| О | А | V5 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V2 |
| О | Г | V3 |
| О | Д | V4 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 299 | Максимальное давление в легочном стволе считается повышенным при значении больше: |
| О | А | 30 мм рт.ст. |
| О | Б | 20 мм рт.ст. |
| О | В | 40 мм рт.ст. |
| О | Г | 50 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 300 | Если передняя створка митрального клапана пролабирует на 2 мм, то это значит, что у пациента: |
| О | А | Вариант нормы |
| О | Б | I степень пролапса ПСМК |
| О | В | II степень пролапса ПСМК |
| О | Г | III степень пролапса ПСМК |
|  |  |  |
| В | 301 | При регистрации ЭКГ в 5-ом межреберье по средне-подмышечной линии слева накладывается |
| О | А | V6 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V2 |
| О | Г | V3 |
| О | Д | V4 |
| О | Е | V5 |
|  |  |  |
| В | 302 | При стандартной скорости регистрации ЭКГ 1 маленькая клетка миллиметровой бумаги по продолжительности составляет |
| О | А | 0,02 с |
| О | Б | 0,005 с |
| О | В | 0,01 с |
| О | Г | 0,04 с |
|  |  |  |
| В | 303 | Положительный зубец Р при синусовом ритме регистрируется в |
| О | А | II, III, aVF |
| О | Б | I, aVL |
| О | В | II, III, aVR |
| О | Г | aVR |
|  |  |  |
| В | 304 | Продолжительность интервала PQ в норме |
| О | А | 0,12-0,2 с |
| О | Б | меньше 0,1 с |
| О | В | 0,1 – 0,12 с |
| О | Г | меньше 0,12 с |
|  |  |  |
| В | 305 | При R(I) < R(II) < R(III) ЭОС |
| О | А | Отклонена вправо |
| О | Б | Резко отклонена влево |
| О | В | Отклонена влево |
| О | Г | Расположена горизонтально |
| О | Д | Расположена нормально |
| О | Е | Расположена вертикально |
| О | Ж | Резко отклонена вправо |
|  |  |  |
| В | 306 | При продолжительности интервала R-R равного 0,6 с ЧСС составляет |
| О | А | 100 уд/мин |
| О | Б | 70 уд/мин |
| О | В | 85 уд/мин |
| О | Г | 120 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 307 | При регистрации ЭКГ красный электрод накладывается на |
| О | А | Правую руку |
| О | Б | Левую руку |
| О | В | Правую ногу |
| О | Г | Левую ногу |
|  |  |  |
| В | 308 | P-pulmonale – это |
| О | А | Высокий остроконечный Р |
| О | Б | Двухфазный Р |
| О | В | Двугорбый Р |
|  |  |  |
| В | 309 | При гипертрофии левого желудочка амплитуда зубца R в aVL |
| О | А | Больше 10 мм |
| О | Б | Меньше 10 мм |
| О | В | Больше амплитуды зубца S |
| О | Г | Меньше амплитуды зубца S |
|  |  |  |
| В | 310 | Для AV-блокады II степени Мобитц I характерно |
| О | А | Прогрессивное удлинение интервала PQ |
| О | Б | Удлиненный, но постоянный по продолжительности интервал PQ |
| О | В | Укороченный интервал PQ |
| О | Г | Нормальный по продолжительности интервал PQ |
|  |  |  |
| В | 311 | При регистрации ЭКГ на левую ногу накладывается |
| О | А | Зеленый электрод |
| О | Б | Черный электрод |
| О | В | Красный электрод |
| О | Г | Желтый электрод |
|  |  |  |
| В | 312 | Т положительный в |
| О | А | I,II,III,aVF,aVL,V2-6 |
| О | Б | Во всех отведениях |
| О | В | I,aVL,aVR,V2 |
| О | Г | I, III,aVF,V1 |
|  |  |  |
| В | 313 | P-mitrale указывает на гипертрофию |
| О | А | Левого предсердия |
| О | Б | Правого предсердия |
| О | В | Левого желудочка |
| О | Г | Правого желудочка |
|  |  |  |
| В | 314 | Динамика амплитуды зубцов в комплексах QRS грудных отведений вида R(V1) < R(V2) < R(V3) < R(V4) < R (V5) < R (V6) бывает при |
| О | А | Гипертрофии левого желудочка |
| О | Б | Гипертрофии правого желудочка |
| О | В | Расценено как вариант нормы |
|  |  |  |
| В | 315 | Для неполной блокады левой ножки пучка Гиса характерно |
| О | А | rS в V1-V2, плато в I, aVL, V6, продолжительность QRS 0,09 с |
| О | Б | rS в V1-V2, плато в I, aVL, V6, продолжительность QRS 0,14 с |
| О | В | rSR’ в V1-V2, RS в V5-V6, продолжительность QRS 0,09 с |
| О | Г | rSR’ в V1-V2, RS в V5-V6, продолжительность QRS 0,14 с |
|  |  |  |
| В | 316 | При регистрации ЭКГ на правую ногу накладывается |
| О | А | Черный электрод |
| О | Б | Красный электрод |
| О | В | Желтый электрод |
| О | Г | Зеленый электрод |
|  |  |  |
| В | 317 | При тахисистолической форме мерцания предсердий средняя ЧСЖ |
| О | А | Больше 90 уд/мин |
| О | Б | Меньше 60 уд/мин |
| О | В | 60-90 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 318 | QRS обычно не деформирован при |
| О | А | Предсердных экстрасистолах AV-узловых экстрасистолах |
| О | Б | AV-узловых экстрасистолах и желудочковых экстрасистолах |
| О | В | Предсердных экстрасистолах |
| О | Г | AV-узловых экстрасистолах |
| О | Д | Желудочковых экстрасистолах |
|  |  |  |
| В | 319 | При экстрасистолии из правого желудочка |
| О | А | Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса |
| О | Б | Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса |
| О | В | Правильного ответа нет |
|  |  |  |
| В | 320 | Отсутствие зубцов Р, f-f волны, rSR' (V1-V2), RS V5-V6, продолжительность QRS – 0,14 с, разные интервалы R-R характерны для сочетания |
| О | А | Мерцания предсердий и полной блокады правой ножки пучка Гиса |
| О | Б | Мерцания предсердий и полной AV-блокады |
| О | В | Мерцания предсердий и полной СА-блокады |
| О | Г | Мерцания предсердий и полной блокады левой ножки пучка Гиса |
|  |  |  |
| В | 321 | По форме комплекса QRS полную блокаду правой ножки напоминает: |
| О | А | Левожелудочковая экстрасистола |
| О | Б | Правожелудочковая экстрасистола |
| О | В | Дистально-узловая экстрасистола |
| О | Г | Проксимально-узловая экстрасистола |
|  |  |  |
| В | 322 | Субэндокардиальной ишемией называют |
| О | А | Горизонтальное смещение сегмента ST ниже изолинии |
| О | Б | Горизонтальное смещение сегмента ST выше изолинии |
| О | В | Изменение формы зубца Т с «+» на «сгл» или «сл |
| О | Г | Изменение формы зубца Т с «+» на «кор |
|  |  |  |
| В | 323 | Горизонтальная депрессия сегмента SТ в I, aVL, V5-V6 говорит о |
| О | А | Субэндокардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Б | Субэпикардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | В | Субэпикардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Г | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Д | Субэндокардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | Е | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 324 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и коронарный Т в I, aVL говорит о |
| О | А | Подострая фаза инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
| О | Б | Фаза рубцевания инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
| О | В | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Д | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Е | Острая фаза инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 325 | Т «кор-» в V2-3 говорит о |
| О | А | Нарушении коронарного кровообращения в передне-перегородочной области |
| О | Б | Нарушении коронарного кровообращения в высокой боковой области |
| О | В | Нарушении процессов реполяризации в области передней стенки распространенные |
| О | Г | Нарушении процессов реполяризации в передне-перегородочной области |
| О | Д | Нарушении коронарного кровообращения в области передней стенки распространенные |
| О | Е | Нарушении процессов реполяризации в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 326 | Патологический Q, элевация сегмента ST в II, III, aVF говорит о: |
| О | А | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Б | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | В | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Острая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Е | Фаза рубцевания инфаркта миокарда боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 327 | Т «сгл» в I, aVL говорит о |
| О | А | Нарушении процессов реполяризации в высокой боковой области |
| О | Б | Нарушении коронарного кровообращения в области нижней стенки |
| О | В | Нарушении коронарного кровообращения в области боковой стенки |
| О | Г | Нарушении коронарного кровообращения в высокой боковой области |
| О | Д | Нарушении процессов реполяризации в области нижней стенки |
| О | Е | Нарушении процессов реполяризации в области боковой стенки |
|  |  |  |
| В | 328 | При регистрации ЭКГ электрод V2 накладывается |
| О | А | В 4-ом межреберье слева от грудины |
| О | Б | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии справа |
| О | В | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
|  |  |  |
| В | 329 | Является противопоказанием для проведения теста с физической нагрузкой |
| О | А | Мерцание предсердий |
| О | Б | Синдром слабости синусового узла |
| О | В | АВ-блокада I степени |
| О | Г | Желудочковая экстрасистолия I класса по градации Lown-Wolf |
|  |  |  |
| В | 330 | Если толерантность к физической нагрузке средняя, то пациент полностью выполнил нагрузку в |
| О | А | 100 Вт |
| О | Б | 50 Вт или меньше |
| О | В | 75 Вт |
| О | Г | 125 Вт |
| О | Д | 150 Вт и больше |
|  |  |  |
| В | 331 | Относительным противопоказанием к проведению пробы является ЧСС |
| О | А | Выше 100 уд/мин |
| О | Б | Ниже 50 уд/мин |
| О | В | Ниже 60 уд/мин |
| О | Г | Выше 90 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 332 | Проведение велоэргометрии с целью диагностики ишемической болезни сердца нецелесообразно |
| О | А | На фоне блокады левой ножки пучка Гиса |
| О | Б | При наличии у больного в анамнезе пароксизмальной тахикардии |
| О | В | При наличии в анамнезе синкопальных состояний |
| О | Г | Всего перечисленного |
| О | Д | Ничего из перечисленного |
|  |  |  |
| В | 333 | При велоэргометрии достижение субмаксимальной ЧСС без изменения сегмента ST, АД на последней ступени – 199/98 мм рт.ст., субъективно: одышка; позволяет оценить пробу как |
| О | А | Отрицательную |
| О | Б | Отрицательную с особенностями |
| О | В | Сомнительную |
| О | Г | Положительную |
| О | Д | Незавершенную |
|  |  |  |
| В | 334 | 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ дает возможность диагностировать |
| О | А | Безболевую ишемию миокарда и нарушения ритма сердца |
| О | Б | Безболевую ишемию миокарда |
| О | В | Нарушения ритма сердца |
| О | Г | Нет правильного ответа |
|  |  |  |
| В | 335 | Нагрузка временем для систолического давления при суточном мониторировании артериального давления считается нормальной при значении |
| О | А | Менее 25% |
| О | Б | Менее 15% |
| О | В | Менее 35% |
| О | Г | Менее 50% |
|  |  |  |
| В | 336 | Нормальным значением среднего систолического давления в ночные часы является: |
| О | А | Меньше 120 мм рт.ст. |
| О | Б | Меньше 140 мм рт.ст. |
| О | В | Меньше 160 мм рт.ст. |
| О | Г | Меньше 100 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 337 | Значение степени ночного снижения равное -10 говорит о типе кривой |
| О | А | Night picker |
| О | Б | Non-dipper |
| О | В | Dipper |
| О | Г | Over-dipper |
|  |  |  |
| В | 338 | Значение степени ночного снижения равное 13 говорит о типе кривой |
| О | А | Dipper |
| О | Б | Night picker |
| О | В | Non-dipper |
| О | Г | Over-dipper |
|  |  |  |
| В | 339 | Для обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания характерно взаимоотношение показателей |
| О | А | ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно |
| О | Б | ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно |
| О | В | ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно |
| О | Г | ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно |
|  |  |  |
| В | 340 | Соотношение показателей спирограммы типа ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно характерно для |
| О | А | Рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | Б | Обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | В | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции |
| О | Г | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием рестрикции |
|  |  |  |
| В | 341 | Ранние желудочковые экстрасистолы, выявленные при холтеровском мониторировании, соответствуют по градации Lown-Wolf |
| О | А | 5 классу |
| О | Б | 1 классу |
| О | В | 2 классу |
| О | Г | 3 классу |
| О | Д | 4а классу |
| О | Е | 4б классу |
|  |  |  |
| В | 342 | Наибольшее значение для верификации гипертрофии левого желудочка имеет эхокардиографический показатель |
| О | А | Индекс миокарда левого желудочка |
| О | Б | Толщина стенок левого желудочка |
| О | В | Относительная толщина стенок левого желудочка |
| О | Г | Масса миокарда левого желудочка |
| О | Д | Размер полости левого желудочка в диастолу |
| О | Е | Индекс конечного диастолического размера |
|  |  |  |
| В | 343 | Укажите количество створок аортального клапана |
| О | А | 3 |
| О | Б | 2 |
| О | В | 1 |
| О | Г | 4 |
|  |  |  |
| В | 344 | О повышенном значении индекса миокарда у женщин (по ASE) следует говорить при значении показателя |
| О | А | Больше 95 г/м2 |
| О | Б | Больше 105 г/м2 |
| О | В | Больше 115 г/м2 |
| О | Г | Больше 85 г/м2 |
|  |  |  |
| В | 345 | Площадь митрального клапана равная 1,5 см2 говорит о: |
| О | А | Умеренном митральном стенозе |
| О | Б | Отсутствии признаков митрального стеноза |
| О | В | Незначительном митральном стенозе |
| О | Г | Значительном митральном стенозе |
|  |  |  |
| В | 346 | Прогностически неблагоприятно в отношении жизнеугрожающих желудочковых нарушений ритма |
| О | А | Концентрическое ремоделирование левого желудочка |
| О | Б | Эксцентрическое ремоделирование левого желудочка |
| О | В | Данное патологическое состояние не зависит от типа ремоделирования левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 347 | Сниженной глобальной сократительной способностью левого желудочка по Тейхольцу считается фракция выброса левого желудочка ниже |
| О | А | 55 |
| О | Б | 50 |
| О | В | 45 |
| О | Г | 60 |
|  |  |  |
| В | 348 | Объем жидкости в перикарде, рассчитанный по Тейхольцу, считается патологическим при значении больше |
| О | А | 70 мл |
| О | Б | 100 мл |
| О | В | 200 мл |
| О | Г | 40 мл |
|  |  |  |
| В | 349 | Максимальное давление в легочном стволе считается повышенным при значении больше |
| О | А | 30 мм рт.ст. |
| О | Б | 20 мм рт.ст. |
| О | В | 50 мм рт.ст. |
| О | Г | 40 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 350 | СA-узел расположен |
| О | А | В ушке правого предсердия |
| О | Б | В области пересечения атриовентрикулярной перегородки и перегородки между левыми и правыми отделами сердца |
| О | В | В области овального окна |
| О | Г | Диффузно в миокарде желудочков |
|  |  |  |
| В | 351 | При регистрации ЭКГ электрод V4 накладывается |
| О | А | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | Б | На середине расстояния между V3 и V5 |
| О | В | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
| О | Г | В 4-ом межреберье слева от грудины |
|  |  |  |
| В | 352 | При скорости регистрации ЭКГ равной 25 мм/с 1 маленькая клетка миллиметровой бумаги по продолжительности составляет |
| О | А | 0,04 с |
| О | Б | 0,005 с |
| О | В | 0,01 с |
| О | Г | 0,02 с |
|  |  |  |
| В | 353 | Какая область миокарда левого желудочка отражается в I, aVL |
| О | А | высокая боковая |
| О | Б | передняя |
| О | В | задне-базальная |
| О | Г | передне-перегородочная |
|  |  |  |
| В | 354 | Водителем ритма I порядка является |
| О | А | CA-узел |
| О | Б | AV-соединение |
| О | В | Ножки пучка Гиса |
| О | Г | Волокна Пуркинье |
|  |  |  |
| В | 355 | В V1 |
| О | А | R<S |
| О | Б | R=S |
| О | В | R>S |
|  |  |  |
| В | 356 | При продолжительности интервала R-R равного 0,8 с ЧСС составляет |
| О | А | 75 уд/мин |
| О | Б | 50 уд/мин |
| О | В | 60 уд/мин |
| О | Г | 66 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 357 | При регистрации ЭКГ в 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева накладывается |
| О | А | V5 |
| О | Б | V4 |
| О | В | V3 |
| О | Г | V2 |
| О | Д | V1 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 358 | Зубец Т может быть не положительным |
| О | А | V1 |
| О | Б | V2 |
| О | В | V3 |
| О | Г | V4 |
|  |  |  |
| В | 359 | При гипертрофии правого желудочка ЭОС |
| О | А | Отклонена вправо или расположена вертикально |
| О | Б | Резко отклонена влево |
| О | В | Отклонена влево или расположена горизонтально |
| О | Г | Расположена нормально |
| О | Д | Резко отклонена вправо |
|  |  |  |
| В | 360 | При полной AV-блокаде |
| О | А | Интервалы R-R больше по продолжительности, чем интервалы P-P |
| О | Б | Интервалы R-R меньше по продолжительности, чем интервалы P-P |
| О | В | Зубец Р не связан с комплексом QRS и интервалы R-R больше по продолжительности, чем интервалы P-P |
| О | Г | Зубец Р не связан с комплексом QRS и интервалы R-R меньше по продолжительности, чем интервалы P-P |
|  |  |  |
| В | 361 | P-pulmonale лучше видно в |
| О | А | III, aVF |
| О | Б | I, aVL |
| О | В | II, aVR |
|  |  |  |
| В | 362 | При гипертрофии левого желудочка ЭОС |
| О | А | Отклонена влево или расположена горизонтально |
| О | Б | Расположена нормально |
| О | В | Отклонена вправо или расположена вертикально |
| О | Г | Резко отклонена вправо |
| О | Д | Резко отклонена влево |
|  |  |  |
| В | 363 | Для AV-блокады II степени Мобитц II характерно |
| О | А | Удлиненный, но постоянный по продолжительности интервал PQ |
| О | Б | Укороченный интервал PQ |
| О | В | Нормальный по продолжительности интервал PQ |
| О | Г | Прогрессивное удлинение интервала PQ |
|  |  |  |
| В | 364 | Проводимостью называется |
| О | А | Способность сердца проводить импульсы от места их возникновения до сократительного миокарда |
| О | Б | Способность миокарда возбуждаться под влиянием импульсов |
| О | В | Способность сердца сокращаться под влиянием импульсов |
| О | Д | Способность сердца вырабатывать импульсы, вызывающие возбуждение |
|  |  |  |
| В | 365 | При AV блокаде III степени выскальзывающий ритм с широкими комплексами QRS дает основание предположить развитие блокады |
| О | А | На любом уровне |
| О | Б | На уровне АВ-узла |
| О | В | На уровне пучка Гиса |
| О | Г | На уровне ветвей пучка Гиса |
|  |  |  |
| В | 366 | При регистрации ЭКГ красный электрод накладывается на |
| О | А | Правую руку |
| О | Б | Левую руку |
| О | В | Правую ногу |
| О | Г | Левую ногу |
|  |  |  |
| В | 367 | Бывает ли правильная форма при мерцании предсердий |
| О | А | Нет |
| О | Б | Да |
|  |  |  |
| В | 368 | Трепетание предсердий правильной формы 2:1 обозначает, что |
| О | А | На 2 F-волны приходится 1 комплекс QRS |
| О | Б | На 2 комплекса QRS регистрируется 1 волна F |
| О | В | На 2 комплекса с трепетанием предсердий приходится 1 комплекс синусового ритма |
| О | Г | Минимальная ЧСС в 2 раза меньше максимальной |
|  |  |  |
| В | 369 | Если регистрируется 1 преждевременное сокращение, то принято говорить о |
| О | А | Одиночной экстрасистоле |
| О | Б | Парной экстрасистоле |
| О | В | Групповых экстрасистолах |
| О | Г | Аллоритмии |
|  |  |  |
| В | 370 | Субэпикардиальной ишемией называют |
| О | А | Горизонтальное смещение сегмента ST выше изолинии |
| О | Б | Горизонтальное смещение сегмента ST ниже изолинии |
| О | В | Изменение формы зубца Т с «+» на «сгл» или «сл-» |
| О | Г | Изменение формы зубца Т с «+» на «кор-» |
|  |  |  |
| В | 371 | Горизонтальная депрессия сегмента SТ в II, III, aVF говорит о |
| О | А | Субэндокардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | Б | Субэндокардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | В | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Г | Субэпикардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | Д | Субэпикардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Е | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 372 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и коронарный Т в I, aVL, V5-V6 говорит о |
| О | А | Подострая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Б | Фаза рубцевания инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | В | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Д | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Е | Острая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 373 | Патологический Q, элевация сегмента ST в V2-V3 говорит о |
| О | А | Острая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Б | Подострая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | В | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Г | Острая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Е | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
|  |  |  |
| В | 374 | Горизонтальная элевация сегмента SТ в I, aVL говорит о: |
| О | А | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Б | Субэпикардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | В | Субэпикардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Г | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Д | Субэндокардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | Е | Субэндокардиальной ишемии в области боковой стенки |
|  |  |  |
| В | 375 | К признакам гипертрофии левого желудочка относится: |
| О | А | Увеличение амплитуды зубцов R в левых отведениях (I, аVL, V5-V6), увеличение глубины зубцов S в правых грудных отведениях (V1-V2), дискордантное смещение сегмента ST и зубца T |
| О | Б | Увеличение амплитуды зубцов R в левых отведениях (I, аVL, V5-V6) |
| О | В | Увеличение глубины зубцов S в правых грудных отведениях (V1-V2) |
| О | Г | Дискордантное смещение сегмента ST и зубца T |
| О | Д | Ничего из перечисленного |
|  |  |  |
| В | 376 | При выполненной физической нагрузке в 50 Вт толерантность к физической нагрузке |
| О | А | Низкая |
| О | Б | Ниже средней |
| О | В | Средняя |
| О | Г | Выше средней |
| О | Д | Высокая |
|  |  |  |
| В | 377 | Какой из препаратов должен быть отменен за 2 суток до проведения велоэргометрии |
| О | А | Эгилок |
| О | Б | Гипотиазид |
| О | В | Моноприл |
| О | Г | Престариум |
|  |  |  |
| В | 378 | Относительным противопоказанием к проведению пробы является диастолическое давление |
| О | А | Выше 100 мм рт.ст. |
| О | Б | Выше 90 мм рт.ст. |
| О | В | Ниже 60 мм рт.ст. |
| О | Г | Ниже 70 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 379 | В возрасте 20 лет субмаксимальная ЧСС равна |
| О | А | 170 уд/мин |
| О | Б | 157 уд/мин |
| О | В | 162 уд/мин |
| О | Г | 166 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 380 | При тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ |
| О | А | В III отведении появляется зубец Q, имеются признаки гипертрофии правого желудочка, появляются высокие зубцы Р во II, III, аVF отведениях, имеются признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса |
| О | Б | В III отведении появляется зубец Q |
| О | В | Имеются признаки гипертрофии правого желудочка |
| О | Г | Появляются высокие зубцы Р во II, III, аVF отведениях |
| О | Д | Имеются признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса |
| О | Е | Нет правильного ответа |
|  |  |  |
| В | 381 | Величина нагрузки давлением при суточном мониторировании артериального давления для систолического давления считается повышенной при значении |
| О | А | Больше 5 |
| О | Б | Больше 10 |
| О | В | Больше 25 |
| О | Г | Больше 2 |
|  |  |  |
| В | 382 | Повышенным значением среднего систолического давления в дневные часы является: |
| О | А | Больше 140 мм рт.ст. |
| О | Б | Больше 160 мм рт.ст. |
| О | В | Больше 100 мм рт.ст. |
| О | Г | Больше 120 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 383 | Тип кривой Non-dipper бывает при значении показателя степени ночного снижения |
| О | А | От 0 до 10 |
| О | Б | От 10 до 20 |
| О | В | Больше 20 |
| О | Г | Меньше 0 |
|  |  |  |
| В | 384 | При регистрации ЭКГ зеленый электрод накладывается на |
| О | А | Левую ногу |
| О | Б | Правую руку |
| О | В | Левую руку |
| О | Г | Правую ногу |
|  |  |  |
| В | 385 | При значениях нагрузки давлением для САД (день) = 42%, САД (ночь) = 82% заключение выглядит следующим образом |
| О | А | Стабильная систолическая гипертензия ночью, транзиторная – днем |
| О | Б | Стабильная систолическая гипертензия днем |
| О | В | Стабильная систолическая гипертензия ночью |
| О | Г | Стабильная систолическая гипертензия в течение всех суток |
| О | Д | Стабильная систолическая гипертензия днем, транзиторная - ночью |
|  |  |  |
| В | 386 | Для обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания характерно взаимоотношение показателей |
| О | А | ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно |
| О | Б | ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно |
| О | В | ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно |
| О | Г | ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно |
|  |  |  |
| В | 387 | Соотношение показателей спирограммы типа ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно характерно для |
| О | А | Рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | Б | Обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | В | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции |
| О | Г | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием рестрикции |
|  |  |  |
| В | 388 | При регистрации ЭКГ черный электрод накладывается на |
| О | А | Правую ногу |
| О | Б | Левую ногу |
| О | В | Правую руку |
| О | Г | Левую руку |
|  |  |  |
| В | 389 | При холтеровском мониторировании редкими называют экстрасистолы, если их количество |
| О | А | Меньше 30 в час |
| О | Б | Меньше 20 в час |
| О | В | Меньше 40 в час |
| О | Г | Меньше 50 в час |
|  |  |  |
| В | 390 | Какой клапан расположен в выносящем тракте правого желудочка |
| О | А | Клапан легочного ствола |
| О | Б | Аортальный |
| О | В | Митральный |
| О | Г | Трикуспидальный |
|  |  |  |
| В | 391 | Площадь митрального клапана равная 2,7 см2 говорит о |
| О | А | Незначительном митральном стенозе |
| О | Б | Умеренном митральном стенозе |
| О | В | Значительном митральном стенозе |
| О | Г | Отсутствии признаков митрального стеноза |
|  |  |  |
| В | 392 | При регистрации ЭКГ электрод V1 накладывается |
| О | А | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | Б | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | В | В 4-ом межреберье слева от грудины |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии справа |
|  |  |  |
| В | 393 | Прогностически неблагоприятно в отношении жизнеугрожающих желудочковых нарушений ритма |
| О | А | Концентрическое ремоделирование левого желудочка |
| О | Б | Эксцентрическое ремоделирование левого желудочка |
| О | В | Данное патологическое состояние не зависит от типа ремоделирования левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 394 | Сниженной глобальной сократительной способностью левого желудочка по Simpson считается фракция выброса левого желудочка ниже |
| О | А | 50 |
| О | Б | 55 |
| О | В | 60 |
| О | Г | 45 |
|  |  |  |
| В | 395 | Кровоснабжение средне-перегородочного и апикально-перегородочного сегментов левого желудочка преимущественно осуществляется |
| О | А | Левой передней нисходящей коронарной артерией |
| О | Б | Правой нисходящей коронарной артерией |
| О | В | Огибающей коронарной артерией |
| О | Г | Разным сочетанием всех коронарных артерий в зависимости от варианта строения коронарного русла |
|  |  |  |
| В | 396 | При регистрации ЭКГ в 4-ом межреберье слева от грудины накладывается |
| О | А | V2 |
| О | Б | V3 |
| О | В | V4 |
| О | Г | V5 |
| О | Д | V6 |
| О | Е | V1 |
|  |  |  |
| В | 397 | Если сепарация листков перикарда под задней стенкой левого желудочка в диастолу равна 5,7 мм, то объем жидкости в перикарде |
| О | А | Патологический |
| О | Б | Физиологический |
|  |  |  |
| В | 398 | Максимальное давление в легочном стволе считается повышенным при значении больше |
| О | А | 30 мм рт.ст. |
| О | Б | 40 мм рт.ст. |
| О | В | 50 мм рт.ст |
| О | Г | 20 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 399 | Провисание передней створки митрального клапана на 3-6 мм соответствует |
| О | А | I степени пролапса ПСМК |
| О | Б | II степени пролапса ПСМК |
| О | В | III степени пролапса ПСМК |
| О | Г | Варианту нормы |
|  |  |  |
| В | 400 | При AV-блокаде высоких градаций уместна установка кардиостимулятора в режиме |
| О | А | DDD |
| О | Б | AAI |
| О | В | VVI |
|  |  |  |
| В | 401 | При регистрации ЭКГ электрод V3 накладывается |
| О | А | На середине расстояния между V2 и V4 |
| О | Б | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | В | В 4-ом межреберье слева от грудины |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
|  |  |  |
| В | 402 | При скорости регистрации ЭКГ равной 25 мм/с 1 большая клетка миллиметровой бумаги по продолжительности составляет |
| О | А | 0,2 с |
| О | Б | 0,02 с |
| О | В | 0,05 с |
| О | Г | 0,1 с |
|  |  |  |
| В | 403 | Какие отведения отражают aVR, aVL, aVF |
| О | А | Усиленные от конечностей |
| О | Б | Усиленные от грудной клетки |
| О | В | Грудные |
| О | Г | Стандартные |
|  |  |  |
| В | 404 | AV-соединение расположено |
| О | А | В области пересечения атриовентрикулярной перегородки и перегородки между левыми и правыми отделами сердца |
| О | Б | В ушке правого предсердия |
| О | В | В области овального окна |
| О | Г | Диффузно в миокарде желудочков |
|  |  |  |
| В | 405 | Отведениями переходной зоны принято называть |
| О | А | V3-V4 |
| О | Б | V5-V6 |
| О | В | V1-V2 |
|  |  |  |
| В | 406 | При продолжительности интервала R-R равного 1,0 с ЧСС составляет |
| О | А | 60 уд/мин |
| О | Б | 66 уд/мин |
| О | В | 75 уд/мин |
| О | Г | 50 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 407 | Продолжительность интервала R-R – 6 больших клеток миллиметровой бумаги, скорость протяжки пленки – 50 мм/с. Какова ЧСС? |
| О | А | 100 уд/мин |
| О | Б | 50 уд/мин |
| О | В | 60 уд/мин |
| О | Г | 75 уд/мин |
|  |  |  |
| В | 408 | При регистрации ЭКГ электрод V4 накладывается |
| О | А | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | Б | На середине расстояния между V3 и V5 |
| О | В | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
| О | Г | В 4-ом межреберье слева от грудины |
|  |  |  |
| В | 409 | P-pulmonale указывает на гипертрофию |
| О | А | Правого предсердия |
| О | Б | Левого желудочка |
| О | В | Правого желудочка |
| О | Г | Левого предсердия |
|  |  |  |
| В | 410 | R(V5)+S(V2) ≥ 35 мм при |
| О | А | Гипертрофии левого желудочка |
| О | Б | R-типе гипертрофии правого желудочка |
| О | В | RSR-типе гипертрофии правого желудочка |
| О | Г | S-типе гипертрофии правого желудочка |
|  |  |  |
| В | 411 | Амплитуда положительного зубца в комплексах QRS правых грудных отведений больше амплитуды положительных зубцов QRS в левых грудных отведениях |
| О | А | R-типе гипертрофии правого желудочка |
| О | Б | Гипертрофии левого желудочка |
| О | В | RSR-типе гипертрофии правого желудочка |
| О | Г | S-типе гипертрофии правого желудочка |
|  |  |  |
| В | 412 | Об AV-блокаде I степени принято говорить при продолжительности PQ |
| О | А | Больше 0,2 с |
| О | Б | Продолжительность интервала PQ не имеет диагностической ценности при данной патологии |
| О | В | Меньше 0,12 с |
| О | Г | 0,12 – 0,2 с |
|  |  |  |
| В | 413 | Способность миокарда возбуждаться под влиянием импульсов называют |
| О | А | Возбудимостью |
| О | Б | Сократимостью |
| О | В | Автоматизмом |
| О | Г | Проводимостью |
|  |  |  |
| В | 414 | При регистрации ЭКГ в 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева накладывается |
| О | А | V4 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V2 |
| О | Г | V3 |
| О | Д | V5 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 415 | Волны F-F при трепетании предсердий чаще можно наблюдать в |
| О | А | II, III и aVF отведениях в V1-V2 отведениях |
| О | Б | I, aVL отведениях |
| О | В | II, III и aVF отведениях |
| О | Г | V1-V2 отведениях |
| О | Д | V4-V6 отведениях |
|  |  |  |
| В | 416 | При средней ЧСЖ при мерцательной аритмии равной 75 уд/мин форма называется |
| О | А | Нормосистолической |
| О | Б | Тахисистолической |
| О | В | Брадисистолической |
|  |  |  |
| В | 417 | QRS обычно не расширен при |
| О | А | В предсердных экстрасистолах, AV-узловых экстрасистолах |
| О | Б | В AV-узловых экстрасистолах и в желудочковых экстрасистолах |
| О | В | Предсердных экстрасистолах |
| О | Г | AV-узловых экстрасистолах |
| О | Д | Желудочковых экстрасистолах |
|  |  |  |
| В | 418 | Для нижне-предсердной экстрасистолы характерно |
| О | А | Неполная компенсаторная пауза, отсутствие аберрации в/желудочковой проводимости, инвертированный зубец Р перед комплексом QRS |
| О | Б | Неполная компенсаторная пауза, отсутствие аберрации в/желудочковой проводимости, инвертированный зубец Р после комплекса QRS |
| О | В | Неполная компенсаторная пауза, отсутствие аберрации в/желудочковой проводимости, отсутствие зубца Р |
| О | Г | Неполная компенсаторная пауза, отсутствие аберрации в/желудочковой проводимости, зубец Р перед комплексом QRS такой же по полярности как при синусовом ритме |
|  |  |  |
| В | 419 | Одиночной экстрасистолой называют |
| О | А | Только 1 преждевременный комплекс |
| О | Б | 2 преждевременных комплекса подряд |
| О | В | 3 и более преждевременных комплекса подряд |
| О | Г | Чередование нормальных комплексов с преждевременными |
|  |  |  |
| В | 420 | Горизонтальное смещение сегмента ST ниже изолинии носит название |
| О | А | Субэндокардиальная ишемия |
| О | Б | Нарушение процессов реполяризации |
| О | В | Нарушение коронарного кровообращения |
| О | Г | Субэпикардиальная ишемия |
|  |  |  |
| В | 421 | При регистрации ЭКГ электрод V5 накладывается |
| О | А | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
| О | Б | В 5-ом межреберье по средне-подмышечной линии слева |
| О | В | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | Г | На середине расстояния между V3 и V6 |
|  |  |  |
| В | 422 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и коронарный Т в II, III, aVF говорит о: |
| О | А | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Б | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | В | Острая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Г | Подострая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Д | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Е | Фаза рубцевания инфаркта миокарда боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 423 | Т «сгл» в II, III, aVF говорит о: |
| О | А | Нарушении процессов реполяризации в области нижней стенки |
| О | Б | Нарушении процессов реполяризации в области боковой стенки |
| О | В | Нарушении процессов реполяризации в высокой боковой области |
| О | Г | Нарушении коронарного кровообращения в области нижней стенки |
| О | Д | Нарушении коронарного кровообращения в области боковой стенки |
| О | Е | Нарушении коронарного кровообращения в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 424 | Горизонтальная элевация сегмента SТ в I, aVL, V5-V6 говорит о |
| О | А | Субэпикардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Б | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | В | Субэндокардиальной ишемии в области нижней стенки |
| О | Г | Субэндокардиальной ишемии в области боковой стенки |
| О | Д | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Е | Субэпикардиальной ишемии в области нижней стенки |
|  |  |  |
| В | 425 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и сглаженный Т в I, aVL говорит о |
| О | А | Фаза рубцевания инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
| О | Б | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | В | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Д | Острая фаза инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
| О | Е | Подострая фаза инфаркта миокарда высокой боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 426 | При инфаркте миокарда задней стенки (заднедиафрагмальный инфаркт) на ЭКГ отмечается |
| О | А | Увеличение высоты зубцов R в отведениях V1-V2 и депрессия сегмента ST в отведениях V1-V2 |
| О | Б | Появление патологических зубцов Q в отведениях II, III, аVF |
| О | В | Увеличение высоты зубцов R в отведениях V1-V2 |
| О | Г | Подъем сегмента ST в отведениях V1-V2 |
| О | Д | Депрессия сегмента ST в отведениях V1-V2 |
|  |  |  |
| В | 427 | При регистрации ЭКГ электрод V6 накладывается |
| О | А | В 5-ом межреберье по средне-подмышечной линии слева |
| О | Б | В 5-ом межреберье по задне-подмышечной линии слева |
| О | В | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | Г | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
|  |  |  |
| В | 428 | Если толерантность к физической нагрузке ниже средней, то пациент полностью выполнил нагрузку в |
| О | А | 75 Вт |
| О | Б | 100 Вт |
| О | В | 125 Вт |
| О | Г | 150 Вт |
| О | Д | 50 Вт |
|  |  |  |
| В | 429 | Препараты какого действия могут исказить результаты пробы с дозированной физической нагрузкой |
| О | А | Коронароактивные |
| О | Б | Липидснижающего |
| О | В | Антигипертензивного |
| О | Г | Мочегонного |
|  |  |  |
| В | 430 | Как посчитать максимально допустимую ЧСС: |
| О | А | 220 – возраст |
| О | Б | 200 – вес |
| О | В | 200 – диастолическое давление |
| О | Г | 220 – среднее артериальное давление |
|  |  |  |
| В | 431 | Повышенным значением среднего систолического давления в ночные часы является |
| О | А | Больше 120 мм рт.ст. |
| О | Б | Больше 140 мм рт.ст. |
| О | В | Больше 160 мм рт.ст. |
| О | Г | Больше 100 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 432 | Значение степени ночного снижения равное -10 говорит о типе кривой: |
| О | А | Night picker |
| О | Б | Non-dipper |
| О | В | Dipper |
| О | Г | Over-dipper |
|  |  |  |
| В | 433 | При регистрации ЭКГ черный электрод накладывается на |
| О | А | Правую ногу |
| О | Б | Левую ногу |
| О | В | Правую руку |
| О | Г | Левую руку |
|  |  |  |
| В | 434 | При значениях нагрузки давлением для САД (день) = 2%, САД (ночь) = 82% заключение выглядит следующим образом |
| О | А | Стабильная систолическая гипертензия ночью |
| О | Б | Стабильная систолическая гипертензия в течение всех суток |
| О | В | Стабильная систолическая гипертензия днем, транзиторная - ночью |
| О | Г | Стабильная систолическая гипертензия ночью, транзиторная – днем |
| О | Д | Стабильная систолическая гипертензия днем |
|  |  |  |
| В | 435 | Соотношение показателей спирограммы типа ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно характерно для: |
| О | А | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции |
| О | Б | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием рестрикции |
| О | В | Рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | Г | Обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
|  |  |  |
| В | 436 | Для смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием рестрикции характерно взаимоотношение показателей |
| О | А | ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно |
| О | Б | ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно |
| О | В | ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно |
| О | Г | ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно |
|  |  |  |
| В | 437 | При регистрации ЭКГ электрод V1 накладывается |
| О | А | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | Б | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | В | В 4-ом межреберье слева от грудины |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии справа |
|  |  |  |
| В | 438 | При холтеровском мониторировании частыми называют экстрасистолы, если их количество: |
| О | А | Больше 30 в час |
| О | Б | Больше 40 в час |
| О | В | Больше 50 в час |
| О | Г | Больше 20 в час |
|  |  |  |
| В | 439 | Наибольшее значение для верификации гипертрофии левого желудочка имеет эхокардиографический показатель |
| О | А | Индекс миокарда левого желудочка |
| О | Б | Размер полости левого желудочка в диастолу |
| О | В | Индекс конечного диастолического размера |
| О | Г | Толщина стенок левого желудочка |
| О | Д | Относительная толщина стенок левого желудочка |
| О | Е | Масса миокарда левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 440 | Укажите количество створок митрального клапана |
| О | А | 2 |
| О | Б | 3 |
| О | В | 4 |
| О | Г | 1 |
|  |  |  |
| В | 441 | О нормальном значении индекса миокарда у мужчин (по ASE) следует говорить при значении показателя |
| О | А | Меньше 115 г/м2 |
| О | Б | Меньше 85 г/м2 |
| О | В | Меньше 95 г/м2 |
| О | Г | Меньше 105 г/м2 |
|  |  |  |
| В | 442 | Площадь митрального клапана равная 4,23 см2 говорит о |
| О | А | Отсутствии признаков митрального стеноза |
| О | Б | Незначительном митральном стенозе |
| О | В | Умеренном митральном стенозе |
| О | Г | Значительном митральном стенозе |
|  |  |  |
| В | 443 | При регистрации ЭКГ в 4-ом межреберье слева от грудины накладывается |
| О | А | V2 |
| О | Б | V3 |
| О | В | V4 |
| О | Г | V6 |
| О | Д | V1 |
|  |  |  |
| В | 444 | Сниженной глобальной сократительной способностью левого желудочка по Simpson считается фракция выброса левого желудочка ниже |
| О | А | 50 |
| О | Б | 55 |
| О | В | 60 |
| О | Г | 45 |
|  |  |  |
| В | 445 | Кровоснабжение базально-перегородочного, нижних сегментов левого желудочка преимущественно осуществляется |
| О | А | Правой нисходящей коронарной артерией |
| О | Б | Огибающей коронарной артерией |
| О | В | Разным сочетанием всех коронарных артерий в зависимости от варианта строения коронарного русла |
| О | Г | Левой передней нисходящей коронарной артерией |
|  |  |  |
| В | 446 | Поток регургитации на АК, достигающий верхушки сердца, соответствует |
| О | А | IV ст. |
| О | Б | I ст. |
| О | В | II ст. |
| О | Г | III ст |
|  |  |  |
| В | 447 | При регистрации ЭКГ электрод V3 накладывается |
| О | А | На середине расстояния между V2 и V4 |
| О | Б | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | В | В 4-ом межреберье слева от грудины |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
|  |  |  |
| В | 448 | Если объем жидкости в перикарде, рассчитанный по Тейхольцу, равен 123 мл, то он: |
| О | А | Патологический |
| О | Б | Физиологический |
|  |  |  |
| В | 449 | Максимальное давление в легочном стволе считается повышенным при значении больше |
| О | А | 30 мм рт.ст. |
| О | Б | 40 мм рт.ст. |
| О | В | 50 мм рт.ст. |
| О | Г | 20 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 450 | Если передняя створка митрального клапана пролабирует на 7 мм, то это значит, что у пациента |
| О | А | II степень пролапса ПСМК |
| О | Б | III степень пролапса ПСМК |
| О | В | Вариант нормы |
| О | Г | I степень пролапса ПСМК |
|  |  |  |
| В | 451 | При регистрации ЭКГ электрод V2 накладывается: |
| О | А | В 4-ом межреберье слева от грудины |
| О | Б | В 4-ом межреберье справа от грудины |
| О | В | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | Г | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии справа |
|  |  |  |
| В | 452 | Для проведения анализа ритма рациональнее использовать скорость регистрации ЭКГ равную |
| О | А | 25 мм/с |
| О | Б | 50 мм/с |
| О | В | 100 мм/с |
| О | Г | 200 мм/с |
|  |  |  |
| В | 453 | Изменения выявленные в V1-V6 свидетельствуют о поражении: |
| О | А | Передней стенки распространенного характера |
| О | Б | Задне-диафрагмальной области левого жеулдочка |
| О | В | Задне-боковой области левого желудочка |
| О | Г | Боковой стенки левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 454 | Водителем ритма II порядка является |
| О | А | AV-соединение |
| О | Б | CA-узел |
| О | В | Ножки пучка Гиса |
| О | Г | Волокна Пуркинье |
|  |  |  |
| В | 455 | Положительная фаза зубца Р в V1 отвечает за возбуждение |
| О | А | Правого предсердия |
| О | Б | Левого предсердия |
| О | В | Правого желудочка |
| О | Г | Левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 456 | Продолжительность интервала PQ при регистрации со скоростью протяжки пленки 25 мм/сек составляет не больше |
| О | А | 5 маленьких клеток миллиметровой бумаги |
| О | Б | 2 меленьких клеток миллиметровой бумаги |
| О | В | 10 маленьких клеток миллиметровой бумаги |
| О | Г | 20 маленьких клеток миллиметровой бумаги |
|  |  |  |
| В | 457 | Правыми грудными отведениями принято называть |
| О | А | V1-V2 |
| О | Б | V3-V4 |
| О | В | V5-V6 |
| О | Г |  |
|  |  |  |
| В | 458 | При R(I) < R(II) = R(III) ЭОС: |
| О | А | Расположена вертикально |
| О | Б | Резко отклонена влево |
| О | В | Отклонена влево |
| О | Г | Расположена горизонтально |
| О | Д | Расположена нормально |
| О | Е | Отклонена вправо |
|  |  |  |
| В | 459 | При регистрации ЭКГ на середине расстояния между 4-ым межреберьем слева от грудины и 5-ым межреберьем по левой среднеключичной линии накладывается |
| О | А | V3 |
| О | Б | V1 |
| О | В | V4 |
| О | Г | V5 |
| О | Д | V2 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 460 | При отсутствии зубца R в желудочковом комплексе он носит название |
| О | А | QS |
| О | Б | QT |
| О | В | S |
| О | Г | ST |
|  |  |  |
| В | 461 | P-mitrale – это: |
| О | А | Двугорбый Р |
| О | Б | Высокий остроконечный Р |
| О | В | Двухфазный Р |
| О | Г |  |
|  |  |  |
| В | 462 | Если угол альфа равен + 128◦, то ЭОС: |
| О | А | Резко отклонена вправо |
| О | Б | Резко отклонена влево |
| О | В | Расположена горизонтально |
| О | Г | Отклонена вправо |
| О | Д | Расположена вертикально |
| О | Е | Отклонена влево |
|  |  |  |
| В | 463 | Сократимостью называется: |
| О | А | Способность сердца сокращаться под влиянием импульсов |
| О | Б | Способность миокарда возбуждаться под влиянием импульсов |
| О | В | Способность сердца вырабатывать импульсы, вызывающие возбуждение |
| О | Г | Способность сердца проводить импульсы от места их возникновения до сократительного миокарда |
|  |  |  |
| В | 464 | Наиболее опасно при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта возникновение |
| О | А | Мерцания предсердий |
| О | Б | Желудочковых экстрасистол |
| О | В | Суправентрикулярных экстрасистол |
| О | Г | Синусовой аритмии |
|  |  |  |
| В | 465 | При мерцании предсердий перед комплексом QRS регистрируется: |
| О | А | f-f волны |
| О | Б | Нормальный зубец Р |
| О | В | Инвертированный зубец Р |
| О | Г | F-F волны |
|  |  |  |
| В | 466 | При средней ЧСЖ при мерцательной аритмии равной 132 уд/мин форма называется: |
| О | А | Тахисистолической |
| О | Б | Брадисистолической |
| О | В | Нормосистолической |
|  |  |  |
| В | 467 | QRS обычно расширен при |
| О | А | Желудочковых экстрасистолах |
| О | Б | Предсердных экстрасистолах |
| О | В | AV-узловых экстрасистолах |
| О | Г | Правильные ответы 1 и 2 |
| О | Д | Правильные ответы 2 и 3 |
|  |  |  |
| В | 468 | Пилообразная изолиния между комплексами QRS, зарегистрированная в II, III, aVF является проявлением |
| О | А | Трепетения предсердий |
| О | Б | Полной AV-блокады |
| О | В | AV-блокадой II степени Мобитц I |
| О | Г | СА-блокады II степени I типа |
|  |  |  |
| В | 469 | Аллоритмией называют: |
| О | А | Чередование нормальных комплексов с преждевременными |
| О | Б | Только 1 преждевременный комплекс |
| О | В | 2 преждевременных комплекса подряд |
| О | Г | 3 и более преждевременных комплекса подряд |
|  |  |  |
| В | 470 | Горизонтальное смещение сегмента ST выше изолинии носит название |
| О | А | Субэпикардиальная ишемия |
| О | Б | Субэндокардиальная ишемия |
| О | В | Нарушение процессов реполяризации |
| О | Г | Нарушение коронарного кровообращения |
|  |  |  |
| В | 471 | При подострой фазе крупноочагового инфаркта миокарда выявляется:  1. Патологический Q  2. QS  3. Горизонтальная элевация ST  4. ST на изолинии, коронарный Т |
| О | А | Правильные ответы 1 и 3 |
| О | Б | Правильные ответы 1 и 4 |
| О | В | Правильные ответы 2 и 3 |
| О | Г | Правильные ответы 2 и 4 |
|  |  |  |
| В | 472 | Патологический Q, изоэлектричный сегмент ST и коронарный Т в V2-V6 говорит о: |
| О | А | Подострая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | Б | Острая фаза инфаркта миокарда передней стенки распространенного |
| О | В | Острая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Г | Фаза рубцевания инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации |
|  |  |  |
| В | 473 | Т «кор-» в II, III, aVF говорит о: |
| О | А | Нарушении коронарного кровообращения в области нижней стенки |
| О | Б | Нарушении коронарного кровообращения в области боковой стенки |
| О | В | Нарушении коронарного кровообращения в высокой боковой области |
| О | Г | Нарушении процессов реполяризации в области нижней стенки |
| О | Д | Нарушении процессов реполяризации в области боковой стенки |
| О | Е | Нарушении процессов реполяризации в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 474 | Патологический Q, элевация сегмента ST в I, aVL, V5-V6 говорит о: |
| О | А | Острая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Б | Острая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | В | Подострая фаза инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Г | Фаза рубцевания инфаркта миокарда нижней локализации |
| О | Д | Подострая фаза инфаркта миокарда боковой локализации |
| О | Е | Фаза рубцевания инфаркта миокарда боковой локализации |
|  |  |  |
| В | 475 | Горизонтальная элевация сегмента SТ в V2-6 говорит о: |
| О | А | Субэпикардиальной ишемии в передне-перегородочной области |
| О | Б | Субэпикардиальной ишемии в области передней стенки распространенные |
| О | В | Субэпикардиальной ишемии в высокой боковой области |
| О | Г | Субэндокардиальной ишемии в области передней стенки распространенные |
| О | Д | Субэндокардиальной ишемии в передне-перегородочной области |
| О | Е | Субэндокардиальной ишемии в высокой боковой области |
|  |  |  |
| В | 476 | Признаком инфаркта миокарда задней стенки (заднедиафрагмальный инфаркт) является: |
| О | А | Все перечисленное |
| О | Б | Ничего из перечисленного |
| О | В | Увеличение высоты и ширины зубцов R в отведениях V1-V2 |
| О | Г | Депрессия сегмента ST в отведениях V1-V2 |
| О | Д | Положительные зубцы T в отведениях V1-V2 |
|  |  |  |
| В | 477 | Если толерантность к физической нагрузке выше средней, то пациент полностью выполнил нагрузку в: |
| О | А | 125 Вт |
| О | Б | 100 Вт |
| О | В | 150 Вт |
| О | Г | 75 Вт |
| О | Д | 50 Вт |
|  |  |  |
| В | 478 | На какой промежуток времени необходимо отменять коронароактивные препараты перед пробой с дозированной физической нагрузкой |
| О | А | 2 суток |
| О | Б | 1 сутки |
| О | В | 8 часов |
| О | Г | 4 суток |
| О | Д | 2 часа |
|  |  |  |
| В | 479 | Критерием прекращения пробы с дозированной нагрузкой является достижение субмаксимальной ЧСС, которая равна: |
| О | А | 85% от максимально прогнозируемой |
| О | Б | 95% от максимально прогнозируемой |
| О | В | 75% от максимально прогнозируемой |
| О | Г | 65% от максимально прогнозируемой |
|  |  |  |
| В | 480 | При появлении при велоэргометрии мерцания предсердий |
| О | А | Пробу прекращают |
| О | Б | Пробу продолжают пока пароксизм не закончится |
| О | В | Пробу продолжают до достижения субмаксимальной ЧСС |
| О | Г |  |
|  |  |  |
| В | 481 | При регистрации ЭКГ черный электрод накладывается на: |
| О | А | Правую ногу |
| О | Б | Правую руку |
| О | В | Левую руку |
| О | Г | Левую ногу |
|  |  |  |
| В | 482 | Нагрузка временем для систолического давления при суточном мониторировании артериального давления считается повышенной при значении |
| О | А | Более 25% |
| О | Б | Более 35% |
| О | В | Более 50% |
| О | Г | Более 15% |
|  |  |  |
| В | 483 | Величина вариабельности артериального давления при суточном мониторировании артериального давления для систолического давления в дневные часы равная 10 является |
| О | А | Нормальной |
| О | Б | Сниженой |
| О | В | Повышенной |
| О | Г |  |
|  |  |  |
| В | 484 | Границей нормы средних значений артериального давления в дневные часы является |
| О | А | 140/90 мм рт.ст |
| О | Б | 110/70 мм рт.ст. |
| О | В | 120/80 мм рт.ст. |
| О | Г | 150/100 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 485 | Тип кривой Over-dipper бывает при значении показателя степени ночного снижения: |
| О | А | Больше 20 |
| О | Б | От 10 до 20 |
| О | В | От 0 до 10 |
| О | Г | Меньше 0 |
|  |  |  |
| В | 486 | При значениях нагрузки давлением для САД (день) = 52%, САД (ночь) = 37% заключение выглядит следующим образом |
| О | А | Стабильная систолическая гипертензия днем, транзиторная - ночью |
| О | Б | Стабильная систолическая гипертензия в течение всех суток |
| О | В | Стабильная систолическая гипертензия ночью, транзиторная – днем |
| О | Г | Стабильная систолическая гипертензия днем |
| О | Д | Стабильная систолическая гипертензия ночью |
|  |  |  |
| В | 487 | Для обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания характерно взаимоотношение показателей |
| О | А | ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ инд. Тиффно |
| О | Б | ЖЕЛ = ОФВ1 << инд. Тиффно |
| О | В | ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно |
| О | Г | ЖЕЛ < ОФВ1 > инд. Тиффно |
|  |  |  |
| В | 488 | Соотношение показателей спирограммы типа ЖЕЛ < ОФВ1 ≤ инд. Тиффно характерно для |
| О | А | Рестриктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | Б | Обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания |
| О | В | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием обструкции |
| О | Г | Смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания с преобладанием рестрикции |
|  |  |  |
| В | 489 | Значение показателя ОФВ1/ЖЕЛ равное 37% от должной величины является |
| О | А | Резко сниженным |
| О | Б | Нормальным |
| О | В | Относится к условной норме |
| О | Г | Умеренно сниженным |
|  |  |  |
| В | 490 | При регистрации ЭКГ в 4-ом межреберье слева от грудины накладывается |
| О | А | V2 |
| О | Б | V3 |
| О | В | V4 |
| О | Г | V5 |
| О | Д | V1 |
| О | Е | V6 |
|  |  |  |
| В | 491 | Наибольшее значение для верификации гипертрофии левого желудочка имеет эхокардиографический показатель |
| О | А | Индекс миокарда левого желудочка |
| О | Б | Масса миокарда левого желудочка |
| О | В | Относительная толщина стенок левого желудочка |
| О | Г | Индекс конечного диастолического размера |
| О | Д | Размер полости левого желудочка в диастолу |
| О | Е | Толщина стенок левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 492 | Какой клапан расположен между левым предсердием и левым желудочком: |
| О | А | Митральный |
| О | Б | Трикуспидальный |
| О | В | Аортальный |
| О | Г | Клапан легочного ствола |
|  |  |  |
| В | 493 | О нормальном значении индекса миокарда у женщин (по ASE) следует говорить при значении показателя |
| О | А | Меньше 95 г/м2 |
| О | Б | Меньше 85 г/м2 |
| О | В | Меньше 105 г/м2 |
| О | Г | Меньше 115 г/м2 |
|  |  |  |
| В | 494 | Площадь митрального клапана равная 0,85 см2 говорит о: |
| О | А | Значительном митральном стенозе |
| О | Б | Отсутствии признаков митрального стеноза |
| О | В | Незначительном митральном стенозе |
| О | Г | Умеренном митральном стенозе |
|  |  |  |
| В | 495 | Сниженной глобальной сократительной способностью левого желудочка по Simpson считается фракция выброса левого желудочка ниже: |
| О | А | 50 |
| О | Б | 55 |
| О | В | 45 |
|  |  |  |
| В | 496 | Правая нисходящая коронарная артерия обеспечивает кровоснабжение: |
| О | А | Средне-нижнего, базально-нижнего, базально-перегородочного сегментов левого желудочка |
| О | Б | Средне- и базально- боковых и задних сегментов левого желудочка |
| О | В | Передне-перегородочных, перегородочных, передних и апикальных сегментов левого желудочка |
|  |  |  |
| В | 497 | При регистрации ЭКГ электрод V4 накладывается: |
| О | А | В 5-ом межреберье по среднеключичной линии слева |
| О | Б | На середине расстояния между V3 и V5 |
| О | В | В 5-ом межреберье по передне-подмышечной линии слева |
| О | Г | В 4-ом межреберье слева от грудины |
|  |  |  |
| В | 498 | Если объем жидкости в перикарде, рассчитанный по Тейхольцу, равен 52 мл, то он: |
| О | А | Физиологический |
| О | Б | Патологический |
|  |  |  |
| В | 499 | Максимальное давление в легочном стволе считается повышенным при значении больше |
| О | А | 30 мм рт.ст. |
| О | Б | 20 мм рт.ст. |
| О | В | 40 мм рт.ст. |
| О | Г | 50 мм рт.ст. |
|  |  |  |
| В | 500 | Если передняя створка митрального клапана пролабирует на 5 мм, то это значит, что у пациента: |
| О | А | I степень пролапса ПСМК |
| О | Б | II степень пролапса ПСМК |
| О | В | III степень пролапса ПСМК |
| О | Г | Вариант нормы |
|  |  |  |