**Тесты для ординаторов по функциональной диагностик (вступительные)500**

Вопрос №1

Для дилятационной кардиомиопатии эхокардиографически характерно:

1. нарушение систолической функции левого желудочка;
2. пристеночные тромбы;
3. динамическая обструкция выходного тракта левого желудочка;
4. нарушение систолической функции левого желудочка и пристеночные тромбы;
5. нарушение диастолической функции левого желудочка.

Вопрос №2

Типичными ЭКГ признаками желудочковой экстрасистолии являются все, кроме

1. расширение желудочкового комплекса;
2. изменение формы или полярности зубца Р;
3. изменение формы желудочкового комплекса;
4. наличие полной компенсаторной паузы;
5. 3-4 не верно.

Вопрос №3

При проведении ВЭМ пробы у больного зарегистрирована горизонтальная депрессия сегмента ST на 2,5 мм. Болевых ощущений не было. Пробу следует расценить

1. как положительную
2. как отрицательную
3. как сомнительную
4. 2-3 не верно
5. все перечисленное не верно

Вопрос №4

Из инструментальных неинвазивных методов исследования наиболее

точные сведения о наличии межжелудочкового дефекта дает:

1. электрокардиография;
2. рентгеновское исследование;
3. фонокардиография;
4. эхокардиография с допплерографией;
5. все не верно.

Вопрос №5

Наиболее информативным в диагностике экссудативного перикардита

Является:

1. шум трения перикарда;
2. увеличения границ сердца;
3. повышение давления в яремных венах;
4. пародоксальный" пульс;
5. ЭхоКГ исследование.

Вопрос №6

При гипертрофической кардиомиопатии соотношение толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка:

1. не превышает 1,0;
2. равно 2,0;
3. обычно более 1,3;
4. никогда не превышает 1,3;
5. все верно.

Вопрос №7

Для дилятационной кардиомиопатии эхокардиографически характерно:

1. нарушение диастолической функции левого желудочка;
2. нарушение систолической функции левого желудочка;
3. пристеночные тромбы;
4. нарушение систолической функции левого желудочка и пристеночные тромбы;
5. динамическая обструкция выходного тракта левого желудочка.

Вопрос №8

Типичными ЭКГ признаками желудочковой экстрасистолии являются все, кроме:

1. изменение формы или полярности зубца Р;
2. расширение желудочкового комплекса;
3. изменение формы желудочкового комплекса;
4. наличие полной компенсаторной паузы;
5. 2-4 не верно.

Вопрос №9

Укажите наиболее достоверный способ диагностической верификации кардиомиопатии:

1. ЭКГ;
2. ЭхоКГ;
3. ФКГ;
4. ВЭМ;
5. R-скопия грудной клетки.

Вопрос №10

Наиболее информативным методом диагностики дополнительных путей

проведения в миокарде является:

1. пищеводное отведение ЭКГ;
2. внутрипредсердное отведение ЭКГ;
3. эпикардиальное отведение ЭКГ;
4. электрофизиологическое исследование;
5. поверхностная ЭКГ.

Вопрос №11

Зубец Р на ЭКГ отражает:

1. деполяризацию предсердий;
2. продолжительность его составляет от 0,12 до 0,20 сек;
3. в норме он изоэлектричен;
4. 2-3 не верно;
5. все не верно.

Вопрос №12

ЭКГ данные, специфичные для ИБС. Стенокардии напряжения, стабильной формы?

1. отрицательный зубец Т;
2. подъем сегмента ST менее 1 мм;
3. уширение комплекса QRS;
4. все правильно;
5. депрессия сегмента ST ниже изолинии на 1 и более мм.

Вопрос №13

ЭКГ изменения, выявляемые при первичной остановке сердца, кроме:

1. синусовая тахикардия;
2. фибрилляция желудочков;
3. неустойчивая желудочковая тахикардия;
4. асистолия;
5. 2-4 не верно.

Вопрос №14

При мерцательной аритмии – все, кроме:

1. на ЭКГ- отсутствуют з.Р;
2. на ЭКГ- присутствуют волны мерцания предсердий (лучше идентифицируются в отведении V1);
3. у больных с митральным стенозом может провоцироваться отек легких;
4. Расстояние R-R неправильное;
5. Комплекс QRS уширен, деформирован.

Вопрос №16

Что необходимо для установления диагноза: "Коронарная болезнь сердца.Стенокардия"?

1. радиоизотопное исследование сердца с таллием в покое;
2. электрокардиография покоя;
3. коронарография с вентрикулографией;
4. эхокардиография;
5. 2-4 верно.

Вопрос №17

Основными методами диагностики пороков сердца являются:

1. Эхокардиография;
2. Фонокардиография;
3. Электрокардиография;
4. Ангиовентрикулография;
5. все перечисленное.

Вопрос №18

Ишемия миокарда на ЭКГ – это:

1. Снижение амплитуды з. R;
2. высокий з. R в V1;
3. глубокий уширенный з. Q;
4. Депрессия с. ST более 1 мм;
5. деформация комплекса QRS.

Вопрос №19

Наиболее достоверные критерии ГЛЖ:

1. Расширение левой границы сердца при физикальном обследовании;
2. Отклонение ЭОС влево;
3. Толщина ЗСЛЖ в диастолу 1,1см и более по данным ЭХОКГ;
4. депрессия с. ST и отрицательный Т в левых грудных отведениях;
5. 1 и 2 не верно.

Вопрос №20

Определите изменения ЭХОКГ при хроническом легочном сердце:

1. дилятация полостей сердца;
2. резкое сужение устья легочной артерии;
3. диффузный гипокинез стенок левого желудочка;
4. снижение фракции выброса < 55%;
5. ЛАД ср. (35 мм.рт.ст.).

Вопрос №21

Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме:

1. 1,5-3 кв.см;
2. 4-6 кв.см;
3. 2,5-3 кв.см;
4. 5-6 кв.см;
5. 3-4 не верно.

Вопрос №22

Регистрация патологического з. Q и подъем сегмента ST в отведениях II, III, AVF является признаком:

1. нижнего инфаркта миокарда;
2. бокового инфаркта миокарда;
3. передне-перегородочного инфаркта миокарда;
4. заднего инфаркта миокарда;
5. 1-3 не верно.

Вопрос №29

При фибрилляции желудочков характерно, кроме:

1. комплекс QRS не дифференцируется;
2. волны одинаковой высоты и ширины с частотой от 60 до 100 в минуту;
3. отсутствует изоэлектрический интервал;
4. все перечисленные не верно;
5. волны различной высоты и ширин.

Вопрос №30

Диагностические критерии нормального синусового ритма:

1. Зубец Р синусового происхождения всегда положителен в отведении AVR;
2. Форма з. Р может меняться от комплекса к комплексу;
3. Расстояние R-R может меняться более 10% в отдельных циклах;
4. все перечисленное не верно;
5. Постоянный и нормальный интервал РQ.

Вопрос №31

ЭКГ-критерии гипертрофии правого предсердия:

1. Индекс Макруза менее 1,1;
2. Двугорбый з. Р в I, II, AVL, V5, V6 отведениях;
3. В отведении V1 зубец Р – двухфазный, с преобладанием второй отрицательной фазы;
4. 2-3 не верно;
5. депрессия сегмента ST во II,IIIотведениях.

Вопрос №32

Больной 23 года, жалуется на сердцебиение, частые приступы которого беспокоят в течение 5 лет. Обьективно: выявлено учащение ритма до 120 в мин., что зарегистрировано на ЭКГ, ритм правильный, с нормальными зубцами Р, интервал R-R - 0,09", перед многими комплексами QRS присутствует дельта волна, QRS 0,14сек. Наиболее вероятно, что у больного:

1. синусовый ритм;
2. ускоренный идиовентрикулярный ритм;
3. синдром WPW;
4. феномен Венкебаха;
5. фибрилляция предсердий;

Вопрос №33

Диагноз не-Q волнового инфаркта миокарда ставится в случаях:

1. Динамического изменения ферментов крови (тропонин Т и I, МВ-КФК );
2. Типичного болевого синдрома;
3. Подъема сегмента ST, с последующим формированием отрицательного зубца Т;
4. Наличия зон гипокинеза участка миокарда по эхокардиографии;
5. Подъема сегмента ST, с последующим формированием патологического зубца Q и отрицательного зубца Т.

Вопрос №34

Внутрипредсердная блокада III степени характеризуется:

1. В каждом последующем комплексе нарастает расщепление зубца Р с последующим выпадением левопредсердной фазы;
2. укорочение растояния R-R;
3. Предсердия активируются независимо друг от друга;
4. Наличием дельта волны;
5. Интервал P-Q укорочен.

Вопрос №35

Все перечисленное относительно трепетания предсердий является

справедливым, за исключением:

1. Комплекс QRS не изменен;
2. Функциональная атриовентрикулярная блокада;
3. все перечисленное не верно;
4. ЧСС предсердий составляет 160-200 в мин;
5. Зубец Р отсутствует.

Вопрос №36

Сегмент S-T это:

1. деполяризация желудочков;
2. период от начала деполяризации предсердий до начала деполяризации желудочков;
3. деполяризация предсердий;
4. период времени между деполяризацией желудочков и быстрой реполяризацией миокарда желудочков;
5. все перечисленное не верно.

Вопрос №37

Продолжительность интервала P-Q составляет:

1. до 0,1 сек;
2. 0,12-0,2 сек;
3. более 0.20 сек;
4. все перечисленное не верно;
5. 3 -4 не верно.

Вопрос №38

Слабость синусового узла ассоциируется со всеми состояниями, кроме:

1. Брадикардии меньше 40 уд/мин;
2. Синоаурикулярной блокады;
3. Мерцательной аритмии брадисистолической формы;
4. Синдрома тахи-брадикардии;
5. Полной a-v блокады.

Вопрос №39

Все нарушения ритма сопровождаются сердечной декомпенсацией, кроме:

1. Миграции водителя ритма;
2. Желудочковой пароксизмальной тахикардии;
3. Трепетания предсердий;
4. Мерцательной тахиаритмии;
5. Полной A-V блокады.

Вопрос №40

Выберите признаки, характерные для наджелудочковой пароксизмальной тахикардии:

1. Положительные "вагусные" пробы;
2. Внезапное начало;
3. Уширенные желудочковые комплексы на ЭКГ в период пароксизма;
4. Нормальные комплексы на ЭКГ в период пароксизма;
5. Все ответы правильные, кроме 3.

Вопрос №41

При формировании гипертонического сердца наиболее ранним признаком является снижение диастолической функции левого желудочка, что из ниже перечисленного указывает на это:

1. Снижение фракции выброса левого желудочка ниже 50%;
2. Наличие митральной регургитации по УЗИ-Допплер;
3. Все ответы правильные;
4. Конечно-диастолический размер левого желу­дочка больше 5,2 см;
5. Левое предсердие больше 4,0 см.

Вопрос №42

К какой градации по Лауну относятся политопные желудочковые эстрасистолы?

1. Первой;
2. Второй;
3. Третьей;
4. Четвертой;
5. Пятой.

Вопрос №43

Для желудочковой пароксизмальной тахикардии характерны следующие признаки, кроме:

1. Залпа экстрасистол менее 5;
2. Уширенных желудочковых комплексов на ЭКГ;
3. Сердечного темпа больше 140 ударов в минуту;
4. Правильного ритма;
5. Залпа экстрасистол более 5.

Вопрос №44

ЭКГ- признаки гипертрофии правого предсердия являются следующие, кроме:

1. З. Р во II, III, AVF длительностью более 0,1 сек;
2. Двузфазного з. Р в с преобладанием положительной части;
3. Высоко-амплитудного и остроконечного з. Р II, III, AVF;
4. Положительного з. Р в V2 с заостренной вершиной;
5. Все перечисленное не верно

Вопрос №45

Увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-2 в сочетании с депрессией сегмента Т и положительным зубцом Т является признаком:

1. передне-перегородочного инфаркта миокарда;
2. бокового инфаркта миокарда;
3. нижнего инфаркта миокарда;
4. заднего инфаркта миокарда;
5. 1-2 не верно.

Вопрос №46

ЭКГ-диагностику ОИМ затрудняет:

1. Полная блокада правой ножки п. Гиса;
2. Полная блокада левой ножки п. Гиса;
3. Полная атрио-вентрикулярная блокада;
4. Частая ЖЭС;
5. Слабость синусового узла.

Вопрос №47

Признаками трансмурального инфаркта миокарда на ЭКГ являются:

1. Подьем с. ST и формирование патологического з. Q;
2. Подьем с. ST без формирования патологического з. Q с отрицательным з. Т;
3. Депрессия с. ST в сочетании с инверсией зубца Т;
4. Отрицательные зубцы Т в левых грудных отведениях;
5. Значительное снижение амплитуды зубца R и инверсия з. Т.

Вопрос №48

При наличии характерной клинической картины для установления диагноза крупноочагового инфаркта миокарда:

1. Обязательное проведение ЭХОКГ, коронароангиографии;
2. Достаточно регистрации патологического зубца Q с подъемом сегмента SТ;
3. Желательно определение активности ферментов сыворотки крови в динамике;
4. Обязательно проведение определение активности ферментов сыворотки крови в динамике;
5. Правильного ответа нет.

Вопрос №49

Регистрация патологического зубца Q и подъем ST в отведениях I, АVL, V5-V6, являются признаком:

1. передне- перегородочного ИМ;
2. нижнего ИМ;
3. бокового ИМ;
4. высокий ИМ;
5. верно 3,4.

Вопрос №50

Что из перечисленного не характерно для нарушения функции проводимости миокарда?

1. Периодика Самойлова-Венкебаха;
2. Миграция водителя ритма;
3. Ритм a-v соединения;
4. Деформированный желудочковый комплекс > 0,14";
5. Только 2,3.

Вопрос №51

Какая продолжительность корригированного интервала Q-T расценивается Вами как удлиненный интервал Q-T?

1. > 0,36";
2. > 0,44";
3. > 0,40";
4. > 0,42";
5. Правильно только 3 и 4.

Вопрос №52

Наиболее достоверно Вы можете подтвердить диагноз тромбоэмболии легочной артерии, используя:

1.Рентген исследование легких;

2.Исследование функции внешнего дыхания;

3. Радиоизотопное исследование перфузии легких;

4.Радиоизотопное исследование вентиляции легких;

5.Одновременное исследование перфузии и вентиляции легких.

Вопрос №53

В случае невозможности проведения провокационных тестов, для уточнения коронарной недостаточности можно использовать:

1. Электрокардиограмму в покое;
2. Электрокардиограмму при приступе болей;
3. Суточное мониторирование ЭКГ;
4. Эхокардиографию;
5. Правильные ответы 3, 4.

Вопрос №54

Диагноз не-Q волнового инфаркта миокарда ставится во всех случаях, кроме:

1. Динамического изменения ферментов крови (КФК,ЛДГ);
2. Типичного болевого синдрома;
3. Подъема сегмента ST, с последующим формированием отрицательного зубца Т;
4. Наличия зон гипокинеза участка миокарда по эхокардиографии;
5. Подъема сегмента ST, с последующим формированием патологического зубца Q и отрицательного зубца Т.

Вопрос №55

Мерцательная аритмия характеризуется всем, кроме:

1. Отсутствием з.Р;
2. Правильными интервалами R-R;
3. Неправильными интервалами R-R;
4. Наличием волн f;
5. Неизмененным комплексом QRS.

Вопрос №56

Больной К.,55лет, страдающий гипертонической бо­лезнью, жалуется на сильные боли в грудной клеткев течении 4 часов. На ЭКГ-депрессия сегмента S-Т в грудных отведениях (V3,V4,V6) =4мм. Наиболее вероятно, что у больного:

1. Стенокардия напряжения;
2. Стенокардия вазоспастическая;
3. ОИМ;
4. ТЭЛА;
5. Расслаивающая аневризма аорты.

Вопрос №57

Больная Н., 20лет, после мед. аборта внезапно потеряла сознание. Придя в сознание, пожаловалась на боли сжимающего характера в грудной клетке. На снятой ЭКГ зарегистрировано rS в I отведении и Qr в III отведении. Ваш предварительный диагноз:

1. ОИМ;
2. Торакалгия вертеброгенного генеза;
3. Тромбоэмболия легочной артерии;
4. Стенокардия Принцметалла;
5. Истерия.

Вопрос №58

Основным признаком выраженной гипертрофии правого желудочка является:

1. Смещение сегмента ST вниз и появление отрицательного з. Т в V1-V2;
2. Регистрация в V1-2 комплекса QRS типа Rs или qR, где R›7 мм;
3. Регистрация з. R в V5-6 ›26 мм;
4. Вертикальное положение ЭОС;
5. Длительность комплекса QRS › 0,12 сек.

Вопрос №59

В норме интервал PQ колеблется:

1. До 0,40 сек;
2. 0,08-0,12 сек;
3. 0,12-0,20 сек;
4. 0,20-0,40 сек;
5. 0,1-0,12 сек.

Вопрос №60

Постепенное удлинение интервала PQ с последующим выпадением желудочкового комплекса QRS набюдается при:

1. Синоаурикулярной блокаде;
2. Атриовентрикулярной блокаде I степени;
3. Атриовентрикулярной блокаде II степени Мобитц I;
4. Атриовентрикулярной блокаде II степени Мобитц II;
5. атриовентрикулярной блокаде III степени.

Вопрос №61

На ЭКГ 68-летнего мужчины с ХОЗЛ и АГ регистрируется: RV1- 8 мм, SV1-10 мм, RV5-29 мм, RV4 <RV5, отклонение ЭОС вправо. Эти изменения расценены как:

1. ГПП и ГПЖ;
2. ГПЖ и ГЛП;
3. ГПЖ и ГЛЖ;
4. ГЛЖ и ГПП;
5. ГЛЖ и ГЛП.

Вопрос №62

Полная атриовентрикулярная блокада характеризуется появлением на ЭКГ:

1. Удлинением интервала PQ более 0,20 сек;
2. Увеличением времени восстановления функции синусового узла более 1600 мсек;
3. Выпадение очередного з. Р комплекса QRS;
4. Постепенное удлинением интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS;
5. Диссоциация ритмов предсердий и желудочков.

Вопрос №63

Синусовая тахикардия на ЭКГ характеризуется:

1. Укорочением интервала R-R (ЧСС 90-160), сохранением чередования з. P и комплекса QRS;

2. Укорочением интервала R-R (ЧСС 90-160) с отсутствием правильного чередования з. Р и комплекса QRS;

3. Регулярными сокращениями с отсутствием з. Р и уширенным деформированным комплексом QRS;

4. Нерегулярными сокращениями неизмененных желудочковых комплексов QRS;

5. Регулярными сокращениями с сохранением чередования з. Р и желудочковых комплексов QRS.

Вопрос №64

Ранними экстрасистолами называют экстрасистолы, когда на ЭКГ регистрируется:

1. Преждевременное сокращение с сохранением чередования з. P и комплексов QRS;
2. Наслаивание на предшествующий з. Т экстрасистолического комплекса;
3. Расстояния перед экстрасистолическим комплексом и после него равны между собой;
4. После экстрасистолического комплекса следует сразу другой;
5. Комплекс QRS преждевременного сокращения не уширен , не деформирован.

Вопрос №65

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия на ЭКГ проявляется:

1. Увеличением ЧСС до 160-220 в мин с внезапным началом и концом;
2. Наличием на ЭКГ широких, деформированных комплексов QRS с частотой 140-220 в мин;
3. Частыми нерегулярными появлениями желудочковых комплексов QRS без з. Р;
4. Нормаьными неизмененными желудочковыми комплексами QRS похожими на синусовые сокращения ЧСС› 160;
5. Правильные ответы a,d.

Вопрос №66

Желудочковая пароксизмальная тахикардия характеризуется:

1. Учащением ЧСС до 140-220 в мин с неизмененными желудочковыми комплексами;
2. Широких, деформированных желудочковых комплексов QRS с частотой 140-220 в мин;
3. Широких, деформированных желудочковых комплексов QRS с частотой 40-100 в мин;
4. Широких комплексов QRS › 0,12 сек с постоянно предшествующим з. Р.

Вопрос №67

Специальным тестом для диагностики вариантной стенокардии Принцметала является:

1. Проба с дипиридамолом;
2. Велоэргометрия;
3. ЧПЭС предсердий;
4. Проба с обзиданом;
5. Гипервентиляционная и холодовая пробы.

Вопрос №68

Синдром слабости синусового узла бывает в том случае, если:

1. Удлинением интервала PQ более 0,26 сек;
2. Корригированное время восстановления функции синусового узла менее 550 мсек;
3. Время восстановления функции синусового узла более 1000 мсек;
4. Время восстановления функции синусового узла более 550 мсек;
5. Корригированное время восстановления функции синусового узла более 550 мсек.

Вопрос №69

О чем говорит появление на ЭКГ крупноволновой недифференцированной линии:

1. Мерцание предсердий;
2. Асистолия сердца;
3. Желудочковая тахикардия;
4. Наджелудочковая тахикардия;
5. Фибрилляция желудочков.

Вопрос №70

На ЭКГ желудочковый комплекс типа QS регистрируется при :

1. Интрамуральном инфаркте миокарда;
2. Вазоспастической стенокардии Принцметалла;
3. Синдроме ранней реполяризации желудочков;
4. Не Q-волновом инфаркте миокарда;
5. Трансмуральном инфаркте миокарда.

Вопрос №71

Для полной блокады правой ножки пучка Гиса характерно все, кроме:

1. Продолжительности комплекса QRS< 0,10″;
2. RSR в V1-V2;
3. Снижения с ST и инвертированного з. Т с доминирующим з RIII, V1,2;
4. Отклонение ЭОС вправо;
5. Широкого сглаженного з. S в V5,6.

Вопрос №72

Критерии прекращения диагностической ВЭМ-пробы (укажите неправильный ответ):

1. Изменения сегмента ST ишемического характера;
2. Падение систолического АД на 25-30%;
3. Усталость;
4. Возникновение приступов стенокардии;
5. Появление тяжелой одышки, удушья.

Вопрос №73

Проведение ВЭМ противопоказано при нижеописанных состояниях, кроме:

1. Выраженном стенозе устья аорты;
2. Внутрисердечном тромбе;
3. Выраженной недостаточности кровообращения;
4. При желудочковой экстрасистолии IV, V ст по Лауну;
5. При ОИМ в ст рубцевания.

Вопрос №74

Признаками гипертрофии левого желудочка является :

1. RV5+SV1 больше или равно 35 мм;
2. RV1-2 больше 7 мм;
3. RI меньше 10 мм, Ravl меньше 11 мм;
4. RV5-6+SV1-2 меньше 25;
5. RV5-6 меньше 15 мм.

Вопрос №75

При гипертрофии левого желудочка на ЭКГ могут быть следующие признаки, кроме:

1. Смещение ЭОС влево;
2. Смещение сегмента ST вниз и появления отрицательного з.Т в отведениях V5-6
3. Высокого з.R>26мм в отведениях V5-6;
4. Смещение сегмента ST вниз и появления отрицательного з.Т в отведениях V1-2;
5. з. RV5+з. SV1=36мм.

Вопрос №76

В каких случаях мы говорим о гипертрофии левого желудочка:

1. Смещение ЭОС влево, при этом RaVL>11мм;
2. Комплекс QRSV5-6 типа Rsr длительностью>0,14¹¹;
3. з. RV5<RV4;
4. Смещение сегмента ST вверх и отрицательный з.Т в отведениях V5-6;
5. Наличие з.SV5-6.

Вопрос №77

Признаками гипертрофии левого желудочка являются:

1. RV5+SV1> 35 мм;
2. RV1-2 > 7 мм;
3. RI> 10 мм, R в aVL< 11 мм;
4. RV5-6+SV1-2< 25 мм;
5. RV5-6 > 15 мм.

Вопрос №78

Отрезок (интервал) PQ отражает время прохождения возбуждения:

1. По желудочкам;
2. По предсердиям;
3. По предсердиям и желудочкам;
4. По предсердиям и атриовентрикулярному соединениюдо миокарда желудочков;
5. По предсердиям и атриовентрикулярному соединению и жеудочкам.

Вопрос №79

Патогномоничным симптомом острого крупноочагового инфаркта миокарда является:

1. з.Q шириной >0,04¹¹, глубиной > 1/3 R;
2. Депрессия сегмента ST ниже изолинии на 1мм;
3. Уширение комплекса QRS более 0,12¹¹;
4. Отрицательный з.Т в грудных отведениях;
5. Снижение амплитуды з.R в грудных отведениях.

Вопрос №80

Желудочковая пароксизмальная тахикардия характеризуется появлением на ЭКГ:

1. учащения ЧСС до 140-220 имп/мин с неизмененными желудочковыми комплексами;
2. широких деформированных желудочковых комплексов QRS с частотой сокращения 140-220 имп/мин;
3. широких деформированных желудочковых комплексов QRS с частотой сокращения 40-100 имп/мин;
4. широких QRS>0,12¹¹ с постоянно предшествующими з.Р;
5. деформированных, уширенных двугорбых з.Р перед или после каждого желудочкового комплекса.

Вопрос №81

При асистолии сердца на ЭКГ регистрируется:

1. мелковолновая не дифференцируемая волна;
2. крупноволновая не дифференцируемая волна;
3. прямая линия;
4. отсутствие з.P и изменение формы QRS;
5. наличие пауз на ЭКГ длительностью в 3 секунды.

Вопрос №82

По результатам ВЭМ пробы для стенокардии ФК III характерно:

1. двойное произведение 151-217 усл.ед.;
2. метаболическая стоимость -4-6,9 МЕ;
3. двойное произведение >277 усл.ед.;
4. метаболическая стоимость -2-3,9 МЕ;
5. правильные ответы 1 и 4.

Вопрос №83

К желудочковой экстрасистолии IV степени по Лауну относятся:

1. монотопные частные Ж.Э;
2. вставочные изолированные Ж.Э;
3. парные (групповые) Ж.Э;
4. ранние Ж.Э;
5. политонные Ж.Э.

Вопрос №84

Полная А-V блокада характеризуется появлением на ЭКГ:

1. выпадение очередного з.P и комплекса QRSудлиненного интервала PQ>0,20¹¹;
2. увеличения времени восстановления функции синусового узла более 1600 мс;
3. раздельного сокращения предсердий и желудочков;
4. постепенного удлинения интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS.

Вопрос №85

Для гипертрофии правого желудочка характерны следующие критерии, кроме:

1. ЭОС отклонена вправо;
2. косонисходящая депрессия с.ST и отрицательный з.T в V1-2;
3. ЭОС отклонена влево;
4. R/S>1 в V1;
5. Rv1+ Sv5 > или равно 10,5мм.

Вопрос №86

Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно все, кроме:

1. с.ST изоэлектрический;
2. наличие з.QS;
3. з.Q>или равно 0,03¹¹, 1/3 з.R;
4. з.T-отрицательный;
5. с.ST в виде монофаной кривой (сливается с положительным з.Т).

Вопрос №87

Проведение ВЭМ противопоказано при нижеописанных состояниях, кроме:

1. выраженном стенозе устья аорты;
2. внутрисердечном тромбе;
3. выраженной недостаточности кровообращения;
4. при желудочковой экстрасистолии IV,V ст. по Лауну4
5. при ОИМ в ст. Рубцевания.

Вопрос №88

Выберите признаки, характерные для предсердной пароксизмальной тахикардии:

1. внезапное начало;
2. положительные вагусные пробы;
3. уширенные желудочковые комплексы на ЭКГ в период пароксизма;
4. нормальные комплексы на ЭКГ в период пароксизма;
5. все ответы правильные, кроме c.

Вопрос №89

Увеличение высоты зубца R и T в отведениях V1-V2 является признаком:

1. передне- перегородочного ИМ;
2. заднее- высокого ИМ;
3. не Q волнового ИМ;
4. инфаркт миокарда правого желудочка;
5. трансептального ИМ.

Вопрос №90

Какому критерию отвечает понятие «впервые возникшая стенокардия напряжения»?

1. давность появления болей 6 мес.;
2. давность появления болей 4 мес.;
3. давность появления болей 1 мес;.
4. давность появления болей 2-3 мес.;
5. все перечисленное верно.

Вопрос №91

Регистрация патологического зубца Q или QS в V1-V3, II, III, QVF является признаком:

1. передне- перегородочного ИМ;
2. бокового ИМ;
3. трансептального ИМ;
4. заднее- высокого ИМ;
5. нижнего ИМ.

Вопрос №92

Что характерно для стенокардии Принцметалла, кроме?

1. хороший эффект от приема нитроглицерина;
2. быстропереходящий ST на ЭКГ на высоте болей;
3. появление приступов болей в покое;
4. хороший эффект от приема антагонистов кальция;
5. 2 и 3 ответ не верен.

Вопрос №93

В каких случаях мы говорим о гипертрофии левого желудочка:

1. смещение ЭОС влево, при этом RaVL>11мм;
2. смещение сегмента ST вверх и отрицательный з.Т в отведениях V5-6;
3. наличие з.SV5-6;
4. комплекс QRSV5-6 типа Rsr длительностью>0,14¹¹;
5. з. RV5<RV4.

Вопрос №94

Укажите ЭКГ признаки экссудативного перикардита:

1. деформация зубца Т;
2. низковольтажная ЭКГ;
3. депрессия сегмента ST в V4-V6;
4. элевация сегмента ST во II, III, aVF быстрой динамикой;
5. правильные ответы 2, 3.

Вопрос №95

При гипертрофии левого желудочка на ЭКГ могут быть следующие признаки, кроме:

1. высокого з.R>26мм в отведениях V5-6;
2. смещение сегмента ST вниз и появления отрицательного з.Т в отведениях V1-V2;
3. з. RV5+з. SV1=36мм;
4. смещение ЭОС влево;
5. смещение сегмента ST вниз и появления отрицательного з.Т в отведениях V5-6.

Вопрос №96

Патогномоничным симптомом острого крупноочагового инфаркта миокарда является:

1. з.Q шириной >0,04¹¹, глубиной > 1/3 R;
2. отрицательный з.Т в грудных отведениях;
3. снижение амплитуды з.R в грудных отведениях;
4. депрессия сегмента ST ниже изолинии на 1мм;
5. уширение комплекса QRS более 0,12¹¹.

Вопрос №97

При асистолии сердца на ЭКГ регистрируется:

1. мелковолновая не дифференцируемая волна;
2. крупноволновая не дифференцируемая волна;
3. прямая линия ;
4. отсутствие з.P и изменение формы QRS;
5. наличие пауз на ЭКГ длительностью в 3 секунды.

Вопрос №98

На ЭКГ желудочковый комплекс типа QS регистрируется при:

1. не Q-волновом инфаркте миокарда;
2. интрамуральном инфаркте миокарда;
3. вазоспастической стенокардии Принцметалла;
4. трансмуральном инфаркте миокарда;
5. синдроме ранней реполяризации желудочков.

Вопрос №99

По результатам ВЭМ пробы для стенокардии ФКII характерно:

1. двойное произведение 218-277 усл.ед.;
2. метаболическая стоимость -4-6,9 МЕ;
3. двойное произведение 151-217 усл.ед.;
4. метаболическая стоимость>7МЕ;
5. правильные ответы 1 и 2.

Вопрос №100

Для гипертрофии правого желудочка характерно:

1. RV5>или равно 26мм;
2. R/S в V1<1;
3. R/S в V5>1;
4. SV1<2мм;
5. R/S в V1>1.

Вопрос №101

К желудочковой экстрасистолии IV степени по Лауну относятся:

1. парные (групповые) Ж.Э;
2. ранние Ж.Э.;
3. политонные Ж.Э.;
4. монотопные частные Ж.Э.;
5. вставочные изолированные Ж.Э.

Вопрос №95

Полная А-V блокада характеризуется появлением на ЭКГ:

1. выпадение очередного з.P и комплекса QRS;
2. постепенного удлинения интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS;
3. удлиненного интервала PQ>0,20¹¹;
4. увеличения времени восстановления функции синусового узла более 1600 мс.;
5. раздельного сокращения предсердий и желудочков.

Вопрос №96

Для гипертрофии правого желудочка характерны следующие критерии, кроме:

1. ЭОС отклонена вправо;
2. ЭОС отклонена влево;
3. R/S>1 в V1;
4. Rv1+ Sv5 > или равно 10,5мм;
5. косонисходящая депрессия с.ST и отрицательный з.T в V1-2.

Вопрос №97

Какие изменения ЭКГ убедительно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении ВЭМ-пробы:

1. реверсия негативного зубца Т;
2. удлинение интервала рQ;
3. снижение сегмента SТ более 2 мм;
4. преходящая блокада правой ножки пучка Гиса;
5. появление предсердной эстрасистолии.

Вопрос №98

Какой основной электрокардиографический признак ишемического повреждения миокарда?

1. подъем сегмента ST выше изолинии и/или депрессия ST ниже изолинии;
2. расширение комплекса QRS более 0,10 сек.;
3. появление комплекса QS;
4. появление патологических зубцов Q;
5. появление отрицательных зубцов T;

Вопрос №99

Регистрация патологического зубца Q или QS в V1-V3, II, III, АVF является признаком:

1. передне- перегородочного ИМ;
2. бокового ИМ;
3. нижнего ИМ;
4. трансептального ИМ;
5. заднее- высокого ИМ.

Вопрос №100

Что характерно для стенокардии Принцметалла, кроме?

1. появление болей при физической нагрузке;
2. быстропереходящий ST на ЭКГ на высоте болей;
3. появление приступов болей в покое;
4. хороший эффект от приема антагонистов кальция;
5. все перечисленное не верно.

Вопрос №101

Стенокардия напряжения диагностируется следующими пробами, кроме?

1. чрезпищеводная элекрокардиостимуляция;
2. дипиридомоловая проба;
3. изадриновая проба;
4. Велоэргометрия;
5. гипервентиляционная проба.

Вопрос №102

При вазоспастической стенокардии на ЭКГ регистрируется:

1. з.Т в грудных отведениях;
2. патологический з.Q в грудных отведениях;
3. конкордантная элевация сегмента ST на 1 мм и выше;
4. дискордантная элевация сегмента ST на 1 мм и выше;
5. косовосходящая элевация сегмента ST на 1 мм и выше 3. отрицательные коронарные.

Вопрос №103

ЭКГ критерием коронарной недостаточности является:

1. горизонтальная депрессия сегмента ST < 1,0мм;

2. горизонтальная депрессия сегмента ST ≥ 1 мм или косонисходящая депрессия сегмента ST > 1мм, определяемая через 0,08" и более;

3. косовосходящая депрессия сегмента ST < 1,0, на протяжении менее 0,08";

4. a,c не верно;

1. все перечисленное не верно.

Вопрос №104

Появление на ЭКГ з.Q более 0,03", отсутствие з.R и подъем сегмента ST выше изолинии свидетельствует о:

1. мелкоочаговом инфаркте миокарда (или не Q-волновом);
2. приступе вазоспастической стенокардии;
3. трансмуральном инфаркте миокарда;
4. приступе стенокардии напряжения;
5. нетрансмуральном (интрамуральном) инфаркте миокарда.

Вопрос №105

Подострая стадия инфаркта миокарда характеризуется следующими признаками, кроме:

1. патологический з.Q;
2. монофазная кривая (подъем сегмента ST и слияние с положительным з.Т);
3. отрицательный коронарный з.Т;
4. сегмент ST на изолинии;
5. желудочкового комплекса типа QS.

Вопрос №106

В норме длительность желудочкового комплекса QRS:

1. более 0,12";
2. более 0,11";
3. менее 0,10";
4. менее 0,14";
5. менее 0,02".

Вопрос №107

Зубец Р на ЭКГ отражает?

1. деполяризацию межжелудочковой перегородки;
2. деполяризацию предсердий;
3. реполяризацию левого желудочка;
4. деполяризацию левого желудочка;
5. реполяризацию правого желудочка.

Вопрос №108

На ЭКГ синусовая тахикардия характеризуется:

1. укорочением интервала R-R (чсс 90 - 160), сохранением чередования з.Р и комплекса QRS;
2. укорочением интервала R-R (чcc. 90 - 160) с отсутствием правильного чередования з.Р и комплекса QRS;
3. нерегулярными сокращениями неизмененных желудочковых комплексов QRS;
4. регулярными сокращениями с сохранением чередования з.Р и ЧСС желудочковых комплексов QRS меньше 60 уд в мин;
5. регулярными сокращениями с отсутствием з.Р и уширенным деформированным комплексом QRS.

Вопрос №109

Уменьшение ЧСС 60 имп/мин с неизмененными QRS и удлинение интервала R-R характерно для:

1. синусовой аритмии;
2. блокады ножек пучка Гиса;
3. идиовентрикулярного ритма;
4. брадисистолической форме мерцательния предсердий;
5. синусовой брадикардии.

Вопрос №110

Предсердная экстрасистолия на ЭКГ не характеризуется:

1. зубец Р преждевременного сокращения деформирован, располагается перед желудочковым комплексом QRS;
2. комплекс QRS в преждевременном сокращении уширен, деформирован;
3. зубец Р преждевременного сокращения уширен, двухфазен располагается перед желудочковым комплексом QRS;
4. интервал R-R перед экстрасистолой короче нормальных R-R;
5. неполная компенсаторная пауза.

Вопрос №111

По Лауну к желудочковой экстрасистолии V ст. относятся:

1. парные (групповые) желудочковые экстрасистолы;
2. ранние желудочковые экстрасистолы;
3. политопные желудочковые экстрасистолы;
4. монотопные частые желудочковые экстрасистолы, периодами по типу бигемении;
5. вставочные интерполированные желудочковые экстрасистолы.

Вопрос №112

На ЭКГ пароксизмальная наджелудочковая тахикардия проявляется:

1. увеличением чсс до 160-220 в 1 мин с внезапным началом и внезапным концом;
2. наличием на ЭКГ широких, деформированных комплексов QRS с частотой 140-220 в 1 мин;
3. частыми нерегулярными появлениями желудочковых комплексов QRS без з.Р;
4. нормальными неизмененными желудочковыми комплексами QRS похожими на синусовые сокращения с чсс > 160 с правильным ритмом;
5. верно 1, 4.

Вопрос №113

На ЭКГ полная атриовентрикулярная блокада характеризуется появлением:

1. удлинением интервала PQ более 0,20";
2. выпадением очередного з.Р и комплекса QRS;
3. увеличением времени восстановления функции синусного узла более 1600 мсек;
4. раздельным сокращением предсердий и желудочков;
5. постепенным удлинением интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS.

Вопрос №114

Для нарушения функции проводимости миокарда не характерно:

1. периодика Самойлова-Венкебаха;
2. миграция водителя ритма;
3. ритм A-V соединения;
4. деформированный желудочковый комплекс больше 0,14";
5. мерцательная аритмия.

Вопрос №115

На ЭКГ при вазоспастической стенокардии регистрируется:

1. косовосходящая депрессия с ST < 1мм;
2. отрицательный з.Т;
3. депрессия с.ST на 1мм и более;
4. з.QS;
5. дискордантная элевация с.ST на 1мм и более.

Вопрос №116

ОИМ нижней стенки левого желудочка на ЭКГ характеризуется:

1. Q *≥*0,03" и 1/3R во II,III,aVf;
2. QS в V1,2;
3. QS в I, aVl;
4. высокие з.R и з.Т в V1,2;
5. q *≥*0,03", q равно R q в V5,6;

Вопрос №117

ЭКГ критерием для кардиалгии, обусловленной ОИМ является:

1. дискордантная элевация с.ST, QS;
2. S в I, qR в III;
3. конкордантная элевация с.ST;
4. депрессия с.ST > 1мм;
5. реверсия з.Т V 2-4 при физнагрузке.

Вопрос №118

При появлении следующих признаков ВЭМ проба прекращается при:

1. усталости;
2. повышении АД до 200/90 мм рт.ст.;
3. приступе стенокардии;
4. увеличении ЧСС свыше 100 уд/мин;
5. ответ не верен.

Вопрос №119

Для I стадии (стадия повреждения) ОИМ не характерно:

1. элевация с.ST в виде монофазной кривой;
2. реципрокные изменения с.ST;
3. уменьшение амплитуды з.R в зоне повреждения;
4. появление з.Q;
5. положительный глубокий з. Т.

Вопрос №120

По Лауну к желудочковой экстрасистолии IV стадии относятся:

1. парные (групповые) Ж.Э.;
2. ранние Ж.Э.;
3. политопные Ж.Э.;
4. монотопные частые Ж.Э.;
5. все не верно.

Вопрос №121

Для следующей патологии не характерно выпадение желудочкового комплекса QRS:

1. синоаурикулярная блокада II степени Мобиц I;
2. a-V блокада I степени;
3. a-V блокада II ст.Мобитц I;
4. a-V блокада II ст.Мобитц II;
5. a-V блокада II ст высокостепенная.

Вопрос №122

Какие ЭКГ критерии характерны для кардиалгии, обусловленной остеохондрозом:

1. элевация с. ST;
2. депрессия с ST > 1мм;
3. дискордантная элевация с ST, з.QS;
4. rS в I, qR в III;
5. реверсия отрицательного з. Т V2-4 при физической нагрузке.

Вопрос №123

Что не характерно на ЭКГ для подострой стадии инфаркта миокарда?

1. патологического з.Q;
2. желудочковые комплексы типа QS;
3. монофазная кривая (подъем с) ST и слияние с положит.з.Т;
4. отрицательный коронарный з.Т;
5. с.ST на изолинии.

Вопрос №124

Что не характерно для гипертрофия правого желудочка:

1. ЭОС отклонена вправо;
2. R/S >1 в V1;
3. Rv1 + Sv5 *≥*10,5мм;
4. косонисходящая депрессия с.ST и отрицательный з.Т в V1-2;
5. ЭОС отклонена влево.

Вопрос №125

Что не характерно для рубцовой стадии инфаркта миокарда:

1. наличие з.QS;
2. з.Q > или равно 0,03", 1/3 з.R;
3. с.ST в виде монофазной кривой (сливается с положительным з.Т);
4. с.ST изоэлектрический;
5. з.Т – положительный или сглаженный.

Вопрос №126

По Лауну к желудочковой экстрасистолии III ст. относятся:

1. единичные интерполированные ж.э.;
2. частые монотопные по типу бигеминии;
3. групповые парные ж.э.;
4. политопные ж.э.;
5. ранние ж.э.

Вопрос №127

На ЭКГ мерцание предсердий проявляется следующими признаками, кроме:

1. неправильного ритма желудочковых сокращений (интервалы RR разные);
2. наличие крупных «пилообразных» волн с проведением на желудочки 2:1, 4:1;
3. все перечисленное не верно;
4. наличия на протяжении всего сердечного цикла беспорядочных волн f имеющих различную амплитуду и форму;
5. отсутствия з.Р во всех отведениях.

Вопрос №128

Постепенное удлинение интервала PQ с последующим выпадением желудочкового комплекса наблюдается при:

1. синоаурикулярной блокаде;
2. a-V блокаде II ст. I типа;
3. a-V блокаде II ст. II типа;
4. предсердной блокаде;
5. полной A-V блокаде.

Вопрос №129

На ЭКГ желудочковая экстрасистолия характеризуется появлением:

1. измененной конечной части желудочкового комплекса QRST в виде депрессии ST;
2. уширенного и деформированного QRS в сердечном сокращении с з.Р;
3. преждевременного внеочередного появления измененного желудочкового комплекса QRS;
4. преждевременного внеочередного появления неизмененного желудочкового комплекса QRS;
5. все перечисленное не верно.

Вопрос №130

ВЭМ проба не противопоказана при:

1. выраженной сердечной недостаточности;
2. выраженном стенозе устья аорты;
3. внутрисердечном тромбе;
4. при желудочковой экстрасистолии II по Лауну;
5. при варикозно-расширенных венах нижних конечностей.

Вопрос №131

Выберите критерий гипертрофии левого желудочка:

1. R/S в V1 > 1;
2. R/S в V5 < 1;
3. Rv5 + Sv1 *≥*38мм;
4. Sv1 + Rv5 *≥*10,5мм;
5. Rv1 > 7мм.

Вопрос №132

Для гипертрофии левого желудочка характерно:

1. R/S в V1>1;
2. Rv1 + Sv6 > или равно 10,5 мм;
3. ЭОС отклонена вправо;
4. косонисходящая депрессия с ST и отрицательный зубец T в V1,2;
5. Rv5 + Sv1 ≥ 35 мм.

Вопрос №133

Какие изменения на ЭКГ убедительно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении велоэргометрической пробы?

1. депрессия сегмента ST ≥ 1 мм;
2. появление предсердной экстрасистолии;
3. реверсия негативного зубца Т;
4. удлинение интервала РQ;
5. переходящая блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопрос №134

Для нижней локализации острого трансмурального инфаркта миокарда наиболее типично проявление изменений в следующих отведениях на ЭКГ:

1. I, II стандартные отведения и аVL;
2. II, III стандартные отведения и аVF;
3. I стандартное отведение и V5-V6;
4. аVL и V1-V4 ;
5. только аVL.

Вопрос №135

Наиболее характерный ЭКГ – признак крупноочагового инфаркта миокарда:

1. патологический Q;
2. зубцы qS;
3. горизонтальная депрессия ST;
4. депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т;
5. подъем ST.

Вопрос №136

Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:

1. уменьшение вольтажа всех зубцов;
2. подъем сегмента ST;
3. депрессия ST ≥ 1 мм;
4. появление отрицательных зубцов Т;
5. тахикардия.

Вопрос №137

Что не характерно для 1 стадии (стадия повреждения) ОИМ:

1. элевация с. ST в виде монофазной кривой;
2. уменьшение амплитуды з. R в зоне повреждения;
3. появление з. Q;
4. конкордантные изменения сегмента ST;
5. реципрокные изменения с. ST4

Вопрос №138

Полная а-v блокада характеризуется появлением на ЭКГ:

1. выпадением очередного з. Р и комплекса QRS;
2. постепенным удлинением интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS;
3. удлиненным интервалом PQ> 0,20;
4. увеличением времени восстановления функции синусового узла более 1600 мс;
5. раздельным сокращения предсердий и желудочков.

Вопрос №139

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия на ЭКГ проявляется:

1. наличием на ЭКГ широких деформированных комплексов QRS с частотой 140-220 имп/мин;
2. частым нерегулярным появлением желудочковых комплексов QRS без з.P;
3. нормальными неизмененными комплексами QRS похожими на синусовые сокращения ЧСС > 160 имп/мин;
4. нормальными неизмененными комплексами QRS похожими на синусовые сокращения ЧСС 160-200 имп/мин;
5. верно 3,4.

Вопрос №140

Подберите подтверждающий ЭКГ- критерий для ТЭЛА:

1. дискордантная элевация с.ST, з.QS;
2. конкордантная элевация сег ST и з.Т;
3. депрессия с.ST > 1 мм;
4. rS в I, qR в III;
5. реверсия отрицательного з.TV2-4 при физической нагрузке.

Вопрос №141

Какой фактор не является показанием для прекращения велоэргометрической пробы:

1. изменения сегмента ST ишемического характера;
2. падение систолического АД на 25-30%;
3. усталость пациента;
4. возникновение приступа стенокардии;
5. появление тяжелой одышки, удушья.

Вопрос №142

Для гипертрофии левого желудочка характерно все, кроме:

1. ЭОС отклонена влево;
2. RV1 + SV5 > или равно 10,5 мм;
3. RV5+SV1 > или равно 38 мм;
4. RV5 > или равно 26 мм;
5. косонисходящая депрессия с ST и инверсия з. Т в V5.6.

Вопрос №143

Гипертрофия правого предсердия на ЭКГ характеризируется следующими признаками:

1. з.Р во II,III,AVF длительностью более 0,1", двугорбый;
2. высоко-амплитудного и остроконечного з.Р во II, III, AVF;
3. положительного з.Р в V2 с заостренной вершиной;
4. двухфазного з.Р в V1 с преобладанием положительной части;
5. верно 2,3,4.

Вопрос №144

Появление на ЭКГ крупноволновой недифференцированной линии говорит о?

1. мерцании предсердий;
2. асистолии сердца;
3. желудочковой тахикардии;
4. фибрилляции желудочков;
5. наджелудочковой тахикардии.

Вопрос №145

Основным признаком гипертрофии левого предсердия является:

1. высокий, остроконечный зР в II,III, aVF отведениях;
2. амплитуда зР в I отведении > зР в отведениях II, III, aVF;
3. увеличение ширины зР более 0,1" в I, II, aVL, V5-6 отведениях;
4. двухфазный з.Р с большим положительным компонентом в V1;
5. верно 2,3.

Вопрос №146

На ЭКГ при асистолии регистрируется:

1. мелковолновая недифференцируемая линия;
2. крупноволновая недифференцируемая линия;
3. прямая линия;
4. отсутсвие зР и изменение формы QRS;
5. наличие пауз на ЭКГ, длительностью в 3 секунды.

Вопрос №147

Гипертрофия левого желудочка устанавливается при:

1. R V5+SV1 ≥ 38 мм, R aVL > 11мм;
2. RV1 > 7 мм;
3. з.RV5 < RV4;
4. R V5-6 < 15 мм;
5. наличие з.S V5-6.

Вопрос №148

Для острого крупноочагового инфаркта миокарда патогномоничным симптомом является:

1. уширение комплекса QRS более 0,12";
2. отрицательный з. Т в грудных отведениях;
3. снижение амплитуды з. R в грудных отведениях;
4. з.Q шириной > 0,04", глубиной > 1/3 R;
5. депрессия сегмента ST ниже изолинии на 1мм.

Вопрос №149

Признаки инфаркта миокарда в отведениях aVL, I соответствуют:

1. передней стенки левого желудочка;
2. перегородочной области левого желудочка;
3. нижней стенки левого желудочка;
4. боковой стенки левого желудочка;
5. высоких отделов боковой стенки левого желудочка.

Вопрос №150

Стенокардия напряжения диагностируется следующими пробами, кроме?

1. чрезпищеводная элекрокардиостимуляция;
2. велоэргометрия;
3. гипервентиляционная проба;
4. дипиридомоловая проба;
5. изадриновая проба.

Вопрос №151

Для гипертрофии левого желудочка характерно:

1. R/SвV1>1;
2. Rv1 + Sv6 > или равно 10,5 мм;
3. ЭОС отклонена вправо;
4. косонисходящая депрессия с ST и отрицательный зубец T в V1,2;
5. Rv5 + Sv1 ≥ 35 мм.

Вопрос №152

Какие изменения на ЭКГ убедительно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении велоэргометрической пробы?

1. реверсия негативного зубца Т;
2. появление предсердной экстрасистолии;
3. удлинение интервала РQ;
4. депрессия сегмента ST ≥ 1 мм;
5. переходящая блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопрос №153

Для нижней локализации острого трансмурального инфаркта миокарда наиболее типично проявление изменений в следующих отведениях на ЭКГ:

1. I, II стандартные отведения и аVL;
2. II, III стандартные отведения и аVF;
3. I стандартное отведение и V5-V6;
4. аVL и V1-V4;
5. только аVL.

Вопрос №154

Наиболее характерный ЭКГ – признак крупноочагового инфаркта миокарда:

1. горизонтальная депрессия ST;
2. патологический Q;
3. зубцы qS;
4. депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т;
5. подъем ST.

Вопрос №155

Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:

1. уменьшение вольтажа всех зубцов;
2. подъем сегмента ST;
3. депрессия ST ≥ 1 мм;
4. появление отрицательных зубцов Т;
5. тахикардия.

Вопрос №156

Что не характерно для 1 стадии (стадия повреждения) ОИМ:

1. элевация с. ST в виде монофазной кривой;

2. реципрокные изменения с. ST;

3. уменьшение амплитуды з. R в зоне повреждения;

4. появление з. Q;

5. конкордантные изменения сегмента ST.

Вопрос №157

Полная а-v блокада характеризуется появлением на ЭКГ:

1.выпадением очередного з. Р и комплекса QRS;

2.постепенным удлинением интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS;

3.удлиненным интервалом PQ> 0,20;

4.увеличением времени восстановления функции синусового узла более 1600 мс;

5.раздельным сокращения предсердий и желудочков.

Вопрос №158

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия на ЭКГ проявляется:

1. наличием на ЭКГ широких деформированных комплексов QRS с частотой 140-220 имп/мин;

2. частым нерегулярным появлением желудочковых комплексов QRS без з.P;

3. нормальными неизмененными комплексами QRS похожими на синусовые сокращения ЧСС > 160 имп/мин;

4. внезапное начало и внезапное окончание пароксизма;

5. верно 3,4.

Вопрос №159

Подберите подтверждающий ЭКГ- критерий для ТЭЛА:

1. конкордантная элевация сег ST и з.Т;
2. депрессия с.ST > 1 мм;
3. дискордантная элевация с.ST, з.QS;
4. rS в I, qR в III;
5. реверсия отрицательного з.TV2-4 при физической нагрузке.

Вопрос №160

Какой фактор не является показанием для прекращения велоэргометрической пробы:

* + 1. изменения сегмента ST ишемического характера;
    2. падение систолического АД на 25-30%;
    3. усталость пациента;
    4. возникновение приступа стенокардии;
    5. появление тяжелой одышки, удушья.

Вопрос №161

Для гипертрофии левого желудочка характерно все, кроме:

1. ЭОС отклонена влево;

2.RV1 + SV5 > или равно 10,5 мм;

3.RV5 > или равно 26 мм;

4.косонисходящая депрессия с ST и инверсия з. Т в V5.6;

5.RV5+SV1 > или равно 38 мм.

Вопрос №162

Гипертрофия правого предсердия на ЭКГ характеризируется следующими признаками:

1. з.Р во II,III,AVF длительностью более 0,1", двугорбый;

2. высоко-амплитудного и остроконечного з.Р во II, III, AVF;

3. положительного з.Р в V2 с заостренной вершиной;

4. двухфазного з.Р в V1 с преобладанием положительной части;

5. верно 2,3,4.

Вопрос №163

Появление на ЭКГ крупноволновой недифференцированной линии говорит о:

1. мерцании предсердий;

2. фибрилляции желудочков;

3.асистолии сердца;

4. желудочковой тахикардии;

5. наджелудочковой тахикардии.

Вопрос №164

Основным признаком гипертрофии левого предсердия является:

1. высокий, остроконечный зР в II,III, aVF отведениях;

2. амплитуда зР в I отведении > зР в отведениях II, III, aVF;

3. увеличение ширины зР более 0,1" в I, II, aVL, V5-6 отведениях;

4. двухфазный з.Р с большим положительным компонентом в V1;

5. верно 2,3.

Вопрос №165

На ЭКГ при асистолии регистрируется:

1. мелковолновая недифференцируемая линия;

2. крупноволновая недифференцируемая линия;

3. прямая линия;

4. отсутсвие зР и изменение формы QRS;

5. наличие пауз на ЭКГ, длительностью в 3 секунды.

Вопрос №166

Гипертрофия левого желудочка устанавливается при:

1. R V5+SV1 ≥ 38 мм, R aVL > 11мм;

2. RV1 > 7 мм;

3. з.RV5 < RV4;

4. R V5-6 < 15 мм;

5. наличие з.S V5-6.

Вопрос №167

Для острого крупноочагового инфаркта миокарда патогномоничным симптомом является:

1. з.Q шириной > 0,04", глубиной > 1/3 R;

2. депрессия сегмента ST ниже изолинии на 1мм;

3. снижение амплитуды з. R в грудных отведениях;

4. уширение комплекса QRS более 0,12";

5.отрицательный з. Т в грудных отведениях.

Вопрос №168

Признаки инфаркта миокарда в отведениях aVL, I соответствуют:

1.передней стенки левого желудочка;

2. боковой стенки левого желудочка;

3. перегородочной области левого желудочка;

4. нижней стенки левого желудочка;

5. высоких отделов боковой стенки левого желудочка.

Вопрос №169

Стенокардия напряжения диагностируется следующими пробами, кроме?

1. велоэргометрия;

2. гипервентиляционная проба;

3.чрезпищеводная элекрокардиостимуляция;

4.дипиридомоловая проба;

5. изадриновая проба.

Вопрос №170

Синдром преждевременного возбуждения желудочков (синдром WPW) проявляется на ЭКГ следующим признаком:

1. удлинением интервала PQ более 0,20;
2. уширением комплекса QRS более 0,10;
3. внеочередным сокращением желудочков с деформацией комплекса QRS;
4. укорочением интервала PQ менее 0,12 и появлением дельта волны в комплексе QRS;
5. интервал PQ колеблется от 0,12 до 0,20.

Вопрос №171

Подъем ST и регистрация патологического з. Q в отведениях I, avL, V5-V6, являются признаком:

1. передне-перегородочного ИМ;

2. обширного бокового ИМ;

3.нижнего ИМ;

4. перегородочного ИМ;

5. высокий боковой ИМ.

Вопрос №172

Какой из методов наиболее эффективен в верификации ранней гипертрофии миокарда ЛЖ:

1. ЭКГ;
2. Велоэргометрия;
3. ЭхоКГ;
4. Коронарография;
5. чрезпищеводная электрокардиостимуляция.

Вопрос №173

При артериальной гипертензии, обусловленной патологией надпочечников, наиболее информативны:

1. ретропневмоперитонеум;

2. обзорный снимок брюшной полости;

3. компьютерная томография, ядерно- магнитный резонанс;

4. УЗИ- почек;

5. ангиография.

Вопрос №174

Укажите наиболее достоверный способ диагностической верификациикардиомиопатии:

1. ЭКГ;

2. ЭхоКГ;

3.R-скопия грудной клетки;

4. ФКГ;

5. ВЭМ.

Вопрос №175

При гипертрофической кардиомиопатии соотношение толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка:

1. не превышает 1,0;

2. равно 1,0;

3. никогда не превышает 1,3;

4. обычно более 1,3;

5.все верно.

Вопрос №176

Укажите изменения ЭКГ при гипертрофической кардиомиопатии:

1. псевдорубцовые изменения, нарушения ритма;

2. низкий вольтаж комплексов QRS;

3. гипертрофия правого желудочка;

4. элевация сегмента ST;

5. реципрокные изменения.

Вопрос №177

Укажите достоверный способ дифференциальной диагностики инфекционного миокардита и дилатационной кардиомиопатии:

1. ЭхоКГ;

2. биопсия миокарда;

3. холтеровское мониторирование;

4. ЧПЭС;

5. сцинтиграфия миокарда.

Вопрос №178

ЭКГ критериями трансмурального инфаркта миокарда является:

1. QS;
2. QR;
3. S-T;
4. Qr;
5. T.

Вопрос №179

Какие изменения на ЭКГ могут быть обнаружены при первичной остановке сердца:

1. синусовая тахикардия;
2. желудочковая тахикардия;
3. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия;
4. синусовая брадикардия;
5. фибрилляция желудочков, асистолия.

Вопрос №180

Основными методами диагностики пороков сердца являются:

1.эхокардиография;

2.фонокардиография;

3.рентгеноскопия грудной клетки с контрастированием пищевода;

4.ангиовентрикулография;

5.все перечисленное.

Вопрос №181

Какой из признаков отличает мерцание предсердий от трепетания:

1. частота желудочковых сокращений;
2. деформация комплекса QRS;
3. частота предсердных сокращений;
4. положение ЭОС;
5. регулярность, амплитуда, форма волн f.

Вопрос №182

При эхокардиографии у больных ГБ без наличия ассоциированных клинических состояний можно выявить:

1. зоны дискинезии;
2. зоны акинезии;
3. увеличение массы миокарда ЛЖ и толщины стенок левого желудочка;
4. диффузный гипокинез;
5. увеличение правых отделов.

Вопрос №183

Причинами АВ-диссоциациимогут быть следующиеварианты:

1. замедлениесинусового ритмас возникновением выскальзывающих;
2. комплексов и ритмов;
3. полнаяАВ-блокада;
4. желудочковаятахикардия;
5. a,c не верно.

Вопрос №184

Одним из отличийэхографическойкартины дивертикула желчного пузыря от околопузырного абсцесса является:

1.наличие сообщения междуполостьюжелчногопузыря и жидкостной

структурой рядом;

2. отсутствие сообщения между полостью желчного пузыря и жидкостнойструктурой рядом;

3. выявление взвешенных частиц в полости дивертикула;

4.все перечисленное верно;

5. 1, 3 верно.

Вопрос №185

Поддиафрагмальный абсцесс визуализируется:

1. между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы;

2. под висцеральной поверхностью печени и селезенки;

3. в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы;

4.между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы.

5. между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки;

Вопрос №186

По параметрам цвета при обычной методике цветовой допплерографии  невозможно:  
1. определить направление кровотока в сосудах;

2. приблизительно определить раскладку скоростныхпараметров потока крови на протяжении сосуда;

3. в большинстве случаев для среднихикрупных сосудовопределить характер кровотока (ламинарный, турбулентный) в конкретном участке

4. приблизительно определить объемную скорость кровотока в сосуде;

5.в большинстве случаев для средних икрупных сосудовопределить характер кровотока (артериальный, венозный); сосуда.

Вопрос №187

Нормальная эхокартина полостижелчногопузыряпредставляетсякак:

1.эхонегативное пространство;

2. эхонегативное пространство с линейными эхо-сигналами вдользадней

стенки желчного пузыря в области шейки;

3. эхонегативноепространство с линейнымиэхо-сигналами вдоль передней стенки желчного пузыря;

4. эхонегативное пространство с мелкодисперсной эхогенной взвесью;

5.полость желчного пузыря в норме не визуализируется.

Вопрос №188

Оптимальным методом для УЗИ предстательной железы является:1.трансабдоминальное сканирование;

2.трансуретральное;

3.трансректальное;

4.транслюмбальное;

5.фармакоэхография.

Вопрос №189

Ультразвуковым признаком портальной гипертензии не является:

1. расширение селезеночной вены более 6 мм в диаметре;

2. расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре;

3. увеличение селезенки;

4. увеличение желчного пузыря;

5.выявление порто-кавальных анастомозов.

Вопрос №190

Повышение эхогенности печени это проявление:

1. улучшения звукопроводимости тканью печени;

2. ухудшения звукопроводимости тканью печени;

3. улучшения качества ультразвуковых приборов;

4. правильной настройки ультразвукового прибора.

5.1, 4 верно

Вопрос №191

Назовите эхографическую особенность кист почечного синуса:

1. полость таких кист гипоэхогенна;

2. имеют форму дилатированной чашечки, лоханки;

3.за ними не определяется дорсальное усиление;

4. стенки кисты неравномерно утолщены;

5. в полости кист определяется внутренняя эхоструктура.

Вопрос №192

При разрыве селезенки как дополнительный эхографический признак может выявляться:

1. гипоэхогенность капсулы в области разрыва;

2. дистальное усиление за зоной разрыва;

3. дистальное ослабление за зоной разрыва;

4. наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве;

5.гиперэхогенность капсулы в области разрыва.

Вопрос №193

При ультразвуковом исследовании анатомическим ориентиром границы  передней поверхности головки поджелудочной железы служит:

1. воротная вена;
2. нижний край печени;
3. задняя стенка пилорического отдела желудка;

4.гастродуоденальная артерия;

5. луковица 12-перстной кишки.

Вопрос №194

Минимальный размер конкремента в желчном пузыре, выявляемогос помощьюультразвукового исследования встандартных условияхна приборах среднего класса, составляет:

1. 0,5 мм;

2. 1 мм;

3. 2 мм;

4. 3 мм;

5.4 мм.

Вопрос №195

Подпеченочный абсцесс визуализируется:

1. между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы;

2. между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки;

3. между контуром капсулы печени (или селезенки)  и  основной  массой;

4. под висцеральной поверхностью печени;

5. в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы паренхимы.

Вопрос №196

Обычная методикацветовой допплерографиипри исследовании очаговых изменений печени позволяет:

1. достоверноопределитьстепень и структуру васкуляризации измененного участка;

2. выявить нарушение строения сосудистогодеревапеченивзоне    очаговых изменений;

3.при наличии солидного поражения с высокой степенью достоверностидифференцировать доброкачественный и злокачественный характер поражения;

4. достоверновыявить наличиепатологическойнеоваскуляризациив злокачественном новообразовании;

5. верно 1, 3.

Вопрос №197

Что такое дуплексное сканирование?

1.одновременное использование двух режимов изображения;

2.Черно-белое двумерное изображение(в режиме серой шкалы);

3.спектральная или цветная допплерография;

4. верно 2,3;

5.верно все.

Вопрос №198

При ультразвуковом исследовании структуру щитовидной железы можно отнести к :

1.жидкость-содержащему органу;

2.паренхиматозному органу;

3.органу смешанного кистозно-солидного строения;

4.1 не верный;

5.3 верный.

Вопрос №199

Ультразвук - это звук, частота которого не ниже:

1. 15 кГц;

2. 20000 Гц;

3.1 МГц;

4. 30 Гц;

5.20 Гц.

Вопрос №200

Простая серозная киста визуализируется в виде:

1. многокамерного образования с эхопозитивной взвесью;

2. однокамерного тонкостенного образования с однородным содержимым;

3.многокамерного образования с папиллярными разрастаниями;

4. многокамерного образования с толстыми перегородками.

5. верно все.

Вопрос №201

В стандартных условиях желчный конкремент визуализируется как:

1. инкапсулированная структура;

2. солидное образование;

3. гиперэхогенная криволинейная структура;

4. структура не дающая отражения;

5. гиперэхогенное солидное образование.

Вопрос №202

Для эхографической картины печеночного абсцесса в острую и подострую фазы характерны все признаки, кроме:

1. выявляется полость с неоднородным содержимым и часто неровными онтурами;

2. в полости определяется наличие жидкого и густого содержимого часто с образованием уровня;

3. часто в полости абсцесса выявляются пузырьки газа;

4. в большинстве случаев визуализируется тонкостеннаягиперэхогенная капсула;

5.в окружающей паренхиме печени часто визуализируется неоднородный ободок повышенной эхогенности неравномерной толщины;

Вопрос №203

Достаточным условием адекватного ультразвукового исследования мочевого пузыря является:

1. наполнение мочевого пузыря до 50мл;
2. наполнение мочевого пузыря до 100мл;
3. наполнение мочевого пузыря до 250мл;
4. наполнение мочевого пузыря до 450мл;
5. наполнение мочевого пузыря до 650мл.

Вопрос №204

Причиной уширения желудочковых комплексов на ЭКГ может быть:

1.блокада ветвей пучка Гиса;

2. неспецифическаявнутрижелудочковая блокада;

3. преждевременное возбуждение желудочков;

4.все перечисленное;

5.1 и 2 верно.

Вопрос №205

Вовремя ритма атриовентрикулярного соединения на ЭКГ:

1. могут отсутствовать предсердные комплексы;

2.ретроградные зубцы Р могут регистрироваться позадижелудочковых

комплексов;

3.может отмечаться АВ-диссоциация;

4.возможно все перечисленное;

5. не верно 3.

Вопрос №206

Признаком синоатриальнойблокады II степени является:

1. эпизодическоевыпадение комплексов QRS;

2. эпизодическое исчезновение зубцов P-QRS;

3.отсутствие выскальзывающих сокращении вовремя паузы;

4.верно 1;

5. не верно3.

Вопрос №207

При АВ-блокаде 1 степени на ЭКГ отмечаются:

1.выпадениекомплексов QRS;

2.удлинение интервала PR;

3.АВ-диссоциация;

4.Все перечисленное;

5.верно 1,3.

Вопрос №208

При АВ-блокаде II степени на ЭКГ отмечается:

1.выпадение комплексов QRS;

2.укорочение интервала PR;

3.исчезновениезубцов Р;

4.уширениекомплексов QRS;

5. 2 и 3 верно.

Вопрос №209

Для АВ-блокадыII степени типа.1 (Мобитц-1) характерно:

1.отсутствие удлинения интервала PR;

2.частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса;

3.интервал РR после паузы всегда;

короче, чем интервал PR перед паузой;

4.прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадениемкомплексовQRS;

5. 3,4 верно.

Вопрос №210

Для АВ-блокады II степени типа 11 (Мобитц11)характерно:

1.постоянство интервалов PR;

2.прогрессивноеудлинение интервалов PR перед выпадением;

3.2 верно;

4.2, 3 не верно;

5.2, 3, 4 верно.

Вопрос №211

ПриАВ-блокадеIII степени (полная АВ-блокада) на ЭКГотмечаются:

1.эпизодическоевыпадение комплексов QRS;

2.выскальзывающие эктопическиеритмы;

3.полная АВ-диссоциация;

4.1 верно;

5.2 верно.

Вопрос №212

В случае полнойАВ-блокады при регистрации выскальзывающегоритма с нормальными, неуширеннымикомплексами QRSлокализация блокады может быть:

1. на уровне АВ-узла;

2. на уровне пучка Гиса;

3. на уровне ветвей пучка Гиса;

4. на любом уровне проводящей системы;

5.1 и 2верно.

Вопрос №213

В случаеполнойАB-блокады при регистрации выскальзывающегоритма с уширенными комплексами QRS локализацияблокады может быть:

1.науровне АB– узла;

2.на уровне пучка Гиса;

3.на уровне ветвей пучка Гиса;

4. на любомуровне;

5. верно 1.

Вопрос №214

Экстрасистолией называют:

1. эктонические комплексы;

2. преждевременные комплексы;

3.сокращения, возникающие после паузы;

4.все ответыправильны;

5. 1, 2 верно.

Вопрос №215

Выскальзывающими сокращениями называют:

1. эктоническиекомплексы;

2. сокращения, возникающие после паузы;

3.все ответыправильны;

4. правильногоответа нет;

5. преждевременные комплексы;

Вопрос №216

ЭКГ признаки желудочковой тахикардии:

1. частота желудочковыхсокращений 200-300 вминуту;

2. ширина QRS более 0.12 сек;

3. наличие дельта волны;

4."захваты синусовых сокращений";

5. 2и 4верно.

Вопрос №217

Синдром Фредерика- это сочетание:

1. сочетание мерцание предсердий и полной avблокады;

2. синдромVPWиполной аvблокады;

3.замедления внутрипредсердпой и avпроводимости;

4. мерцанияпредсердий и полной блокады левой ножкипучка Гиса

Вопрос №218

Что из перечисленного является ЭКГ признакамиav блокады?

1. удлинение интервала PQ -0.20;

2.постепенноеукорочение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS;

3. независимыйритм предсердий и желудочков, причем комплексов QRS больше. чем з.Р;

4. независимый ритм предсердий и желудочков причем З.Рбольше QRS;

5.Верно 1 и5.

Вопрос №219

Проводимость av узла улучшается:

1.при повышении активностиблуждающего нерва;

2. при введении верапамила;

3.при введении атропина;

4. повышении активности симпатической нервнойсистемы;

5. 3 и 4 верно.

Вопрос №220

ЭКГ при остром перикардите похожа па ЭКГ при остроминфаркте миокарда. Однако, при остром перикардитеособенностями ЭКГ являются:

1.подьем сегмента ST конкордантного типа во многих отведениях;

2.изменениекомплекса QRS (появляются глубокий Q);

3.инверсия зубца Tпроисходит одновременно со снижением сегмента ST;

4. инверсия зубца Tпроисходит после снижения сегмент ST доизоэлекгрического уровня;

5. верно 1 и 5.

Вопрос №221

Типичными ЭКГ признаками предсердной экстрасистолии являются:

1. изменение формы или полярности зубца Р;

2. расширение желудочкового комплекса;

3. изменение формы желудочкового комплекса;

4. наличие неполной компенсаторной паузы;

5. 1и 4 верно.

Вопрос №222

ТипичнымиЭКГ признаками желудочковой экстрасистолии являются:

1. изменение формы или полярности зубца Р;

2. расширение желудочкового комплекса;

3. изменение формы желудочкового комплекса;

4. наличие неполной компенсаторной паузы;

5. 2 и 3верно.

Вопрос №223

Для трепетания предсердий характерно:

1.частота возбуждения предсердий 160-200в мин;

2.частота возбуждения предсердий 240-350 в мин;

3.волны трепетания F возникают ритмично и имеют одинаковуюформу и

высоту;

4. на ЭКГ имеются признаки атриовентрикулярной блокады 2:2,3:2,4:1, и тд.

5.2,3,4 верно.

Вопрос №224

При мерцательной аритмии частота сокращений желудочков зависит:

1. отскорости проведения импульса по предсердиям;

2. отскорости проведения импульса от эндокарда к эпикарду левогожелудочка;

3. отскорости проведения импульса по волокнам Пуркинье;

4. от рефрактерного периода атриовентрикулярного соединения;

5. от состояния синоатриальной проводимости.

Вопрос №225

Критерий Корнелла это:

1. SI + RIII;

2. Sv5 + Rv1;

3. RI + SIII;

4. Ravl + Sv3;

5. Rv5 + Sv1.

Вопрос №226

Критерий Корнелла у женщин равен :

1. ≥ 11 мм;

2. ≥ 15 мм;

3. ≥ 30 мм;

4. ≥ 26 мм;

5. ≥ 20 мм.

Вопрос №227

Критерий Корнелла у мужчины равен :

1. ≥ 10,5 мм;

2. ≥ 7 мм;

3. ≥ 28 мм;

4. ≥ 35 мм;

5. все неправильно.

Вопрос №228

Клетки Пуркинье являются центром автоматизма:

1. второго порядка;

2. третьего порядка;

3. первого порядка;

3. четвертого порядка;

3. верно 1,3.

Вопрос №229

Синоатриальная блокада IIcт. II типа характеризуется :

1. удлинением PQ интервала;

2. выпадением комплекса QRS;

3. уширением комплекса QRS;

4. верно 1,3;

5. выпадением з.Р и компл.QRS.

Вопрос №230

Предсердная пароксизмальная тахикардия с функциональной AVблокадой 2:1 это:

1. Эктопические зубцы Р, где каждый второй без комплекса QRS;

2. Число QRS –комплексов – 90 в минуту, а число з Р-180 в минуту;

3. Число QRS –комплексов – 40 в минуту, а число з Р-80 в минуту;

4. Правильно –1, 3;

5. Правильно –1, 2.

Вопрос №231

Трепетание предсердий это:

1. Правильное чередование волн F с частотой 250 и >;

2. Альтернация комплексов QRS;

3. Наличие волн f;

4. Правильно –1, 2;

5. Правильно –1, 3;

Вопрос №232

Синдром Фредерика это:

1. Наличие AV блокады IIст I типа;

2. Мерцание предсердий;

3. Полной AV блокады;

4. Правильно - 1, 3;

5. Правильно –2,3.

Вопрос №233

Синдром Фредерика это:

1. Желудочковая экстрасистолия;

2. Мерцание предсердий;

3. AV блокада III ст;

4. Правильно- a,c;

5. Правильно – 2, 3.

Вопрос №234

Синдром Фредерика это:

1. Наджелудочковая экстрасистолия;
2. Мерцание предсердий;
3. Полная AV блокада дистального типа;
4. Правильно – 2, 3;
5. Правильно 1,2

Вопрос №235

Мерцание предсердий с правильным ритмом это:

1. CA блокада I ст;
2. AV блокада II ст, I тип;
3. AV блокада II ст, II типа;
4. Межпредсердная блокада II ст4
5. Полная AV блокада.

Вопрос №236

Полная AV блокада проксимального типа характеризуются:

1. Деформированными комплексами QRS;
2. Частотой комплексов QRS 40-60 в минуту;
3. Уширенными комплекс QRS> 0,12;
4. Нормальной шириной комплексов QRS;
5. Частотой комплексов QRS – 25-40 в минуту.

Вопрос №237

AV блокады III ст дистального типа характеризуются:

1. Деформацией QRS комплексов;
2. Уширением комплексов QRS> 0,12;
3. Частотой комплексов QRS -25-40 в минуту;
4. Нормальными комплексами QRS;
5. Все верно кроме 4.

Вопрос №238

ТЭЛА это:

1. Патологический Q в I стандартном отведении;
2. Патологический Q в V1-V3;
3. S I, Q III;
4. Электрическая ось отклонена влево;
5. Соотношение R/SV5,6 > 1,0.

Вопрос №239

Выберите признак, характерный для мерцательной аритмии:

1. На ЭКГ зубец Р отрицательный перед желудочковым комплексом;
2. Разные интервалы R-R;
3. Двугорбый зубец Р;
4. Разный интервал PQ;
5. Зубец Р +/-.

Вопрос №240

Признаки синоатриальной блокады I ст. это:

1. выраженная тахикардия;
2. выпадение комплекса QRS;
3. уширение з.Р ;
4. выраженная брадикардия;
5. все верно.

Вопрос №241

Полная АВ блокада это :

1. уширение комплекса QRS;
2. укорочение интервала PQ;
3. отсутствие связи между з.Р и компл.QRS;
4. частота желудочковых сокращений 100 в 1 мин.;
5. Выпадение з.Р.

Вопрос №242

Гипертрофия левого желудочка у женщин это :

1. Rav1 + Sv3 ≥ 20мм;
2. RI + SIII ≥ 25мм;
3. Rv1 + Sv5= 12 мм;
4. верно 1, 2;
5. верно 1, 3.

Вопрос №243

Гипертрофия левого желудочка у мужчин это :

1.соотношение R/Sv1 > 1.0;

2. угол £ = 120º ;

3.Ravl + Sv1 ≥ 28 мм;

4. время активации левого желудочка (Jv5,6) ≤ 0,05сек ;

5. верно 1,3.

Вопрос №244

Межпредсердная блокада IIcт. I типа это:

1. межпредсердная диссоциация;

2. прогрессирующее удлинение интервала PQ;

3 прогрессирующее удлинение зубца Р;

4. урежение ЧСС;

5. прогрессирующее удлинение зубца Р с последующим выпадением левопредсердного компонента.

Вопрос №245

Для АВ блокады III ст. дистального типа характерно:

1. Частота желудочных комплексов 90 в минуту;
2. Частота желудочных сокращений 65 в минуту;
3. Выпадение комплексов QRS;
4. Уширение комплексов QRS ≥ 0,12 сек;
5. Правильно 1,2.

Вопрос №246

Для мерцания предсердий характерно:

1. Электрическая альтернация;
2. Отсутствие з. Р;
3. Наличие волн «f»;
4. Наличие правильных волн «F»;
5. Все верно кроме d пункта.

Вопрос №247

Для предсердной экстарасистолии характерно:

1.Преждевременное сокращение предсердий и желудочков;

2.Наличие не полной компенсаторной паузы;

3.Верно1,2;

4.Отсутствие сокращений предсердий;

5. правильного ответа нет.

Вопрос №248

Для желудочковой экстарасистолии характерно:

1.Наличие полной компенсаторной паузы;

2.Расширение комплекса QRS;

3.Наличие неполной компенсаторной паузы;

4.Преждевременное сокращение желудочков;

5.Верно все кроме3.

Вопрос №249

Феномен Ашмана это:

1.Укорочение интервала PQ;

2.Удлинение интервала PQ;

3.Выпадение з. Р;

4.Аберрантное проведение – деформация QRS;

5.Выпадение комплекса QRS.

Вопрос №250

АВ блокада I ст. характеризуется:

1. Удлинением интервала PQ;

2. Выпадением комплекса QRS;

3. Выпадением з. Р.;

4. Удлинением з. Р.;

5. Прогрессирующим удлинением интервала PQ;

Вопрос №251

Признакиблокады передней ветви левой ножки пучка Гиса:

1. Уширение комплекса QRS ≥ 0,12 секунд;
2. Деформация комплекса QRS;
3. Отключение электрической оси сердца вправо Альфа = +1200;
4. Резкое отклонение ЭОС влево, угол Альфа = - 600
5. SI – Q III.

Вопрос №252

Признаки блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса

1. Деформация комплекса QRS
2. Уширение комплекса QRS≥ 0,12 секунд
3. Отклонение эл. Оси сердца вправо, угол Альфа + 1200
4. Отклонение эл. Оси сердца влево
5. Удлинение интервала PQ

Вопрос №253

Признаки полной блокады левой ножки пучка Гиса:

1. Уширение комплекса QRS ≥ 0.12 секунд;

2. Отклонение эл. Оси сердца вправо;

3. Деформация комплекса QRS;

4. Дискордантные изменения в комплексе QRS – T;

5. Все верно кроме 2.

Вопрос №254

Неполная блокада левой ножки пучка Гиса эл. Оси сердца:

1. Резкое отклонение эл.оси сердца влево;

2. Поздний Rв AVR;

3. Отсутствие зубца Q в V 5.6;

4. Уширение комплекса QRS ≥ 0.12 секунд;

5. Угол Альфа = + 1200

Вопрос №255

АВ блокада II ст I типа характеризуется:

1. удлинением з.Р;

2. прогрессирующим удлинением интервала PQc последующим выпадением

комплекса QRS;

3. предсердно – желудочковой диссоциацией;

4. удлинением интервала PQ без выпадения комплекса QRS;

5. уширением з.Р.

Вопрос №256

Межпредсердная блокада I ст это:

1. Синусовая брадикардия;
2. Синусовая тахикардия;
3. уширение з.Р > 0,12;
4. уширение комплекса QRS;
5. выпадение з. Р.

Вопрос №257

Время активации правого пресердия:

1. 0,10 сек;
2. 0,04 сек;
3. 0,05 сек;
4. 0,06 сек;
5. 0,10 сек.

Вопрос №258

Время активации левого предсердия:

1. 0,10 сек;
2. 0,04 сек;
3. 0,06 сек;
4. 0,02 сек;
5. 0,12 сек.

Вопрос №259

Признаки гипертрофия левого предсердия:

1. уширение з.Р > 0,10 сек;

2. время активации левого предсердия 0,04;

3. з. Р ≥ 2,5 мм;

4. время активации левого предсердия > 0,06;

5. правильно 1,4.

Вопрос №260

Гипертрофия правого предсердия характеризуется:

1. уширением з. Р > 0,10;
2. увеличением амплитуды з.Р ≥ 2,5 мм;
3. 3. увеличением отрицательной фазы з. Р vI;
4. увеличением времени активации левого предсердия > 0,06;
5. увеличением времени расщепления з. Р > 0,02 сек.

Вопрос №261

Гипертрофия правого предсердия это:

1. увеличение амплитуды з. Р ≥ 2,5 мм;
2. увеличение времени активации правого предсердия ≥ 0,04 сек;
3. уширение з. Р ≥ 0,12 сек;
4. верно 1,3;
5. верно 2,3.

Вопрос №262

Гипертрофия левого предсердия это:

1. увеличение времени активации правого предсердия ≥ 0,04 сек;
2. увеличение времени активации левого предсердия ≥ 0,06 сек;
3. увеличение амплитуды отрицательной фазы з. Р vI;
4. правильно 2,3;
5. правильно 1,3.

Вопрос №263

Гипертрофия левого желудочка это:

1. амплитуда з. RV 5.6 ≥ 26 мм;
2. соотношение R/S в отведении vI ≥ 1;
3. амплитуда з. SvI ≥ 30 мм;
4. правильно 1,2;
5. правильно 2,3.

Вопрос №264

Гипертрофия левого желудочка это:

1. амплитуда RvI ≥ 7 мм;
2. амплитудаRI ≥ 15 мм;
3. RI + SIII ≥ 25 мм;
4. правильно 2, 3;
5. правильно 1, 2.

Вопрос №265

Гипертрофия левого желудочка это:

1. Rv 5,6 + SvI ≥ 35 мм;
2. Время внутренного отклонения (время активации левого желудочка) ≥ 0,05;
3. уширение комплекса QRS ≥ 0.09;
4. соотношение R/S ≥ 1,0;
5. все правильно кроме 4.

Вопрос №266

Гипертрофия правого желудочка это:

1. амплитуда зубца SvI ≥ 30 мм;
2. RvI + Sv 5,6 ≥ 10,5 мм;
3. соотношение R|S в vI ≥ 1,0;
4. правильно 1, 2;
5. правильно 2, 3.

Вопрос №267

Гипертрофия правого желудочка это:

1. увеличение времени активации правого желудочка ≥ 0,35 сек;
2. амплитуда RvI ≥ 7мм;
3. соотношение R|S в vI< 1,0;
4. правильно 1,2;
5. правильно 1,3.

Вопрос №268

Гипертрофия правого желудочка это:

1. Sv 1,2 ≤ 2 мм;
2. Rv 5,6 ≤ 5 мм;
3. Sv 5,6 ≥ 7 мм;
4. ЭОС отклонена вправо;
5. верно все.

Вопрос №269

Гипертрофия правого желудочка это:

1. R аvr ≥ Q аvr , R аvr ≥ 4 мм;
2. соотношение R|S ≤ 1,0;
3. RvI + Sv 5 = 11 мм ;
4. верно 1, 2;
5. верно 1, 3.

Вопрос №270

Предсердная пароксизмальная тахикардия характеризуются:

1. Наличием эктопических зубцов Р;
2. Частотой сердечных сокращений > 250 в минуту;
3. Частотой сердечных сокращений 150-250 в минуту;
4. Правильно 1, 3;
5. Правильно 1, 2.

Вопрос №271

Выберите наиболее типичное изменение ЭКГ для мерцательной аритмии:

1. Отсутствует зубец Р;
2. Отрицательный зубец Р перед QRS комплексом;
3. Отрицательный зубец Р позади QRS комплекса;
4. Разный интервал PQ;
5. Отмечается одинаковая продолжительность интервалов R-R.

Вопрос №272

Один из основных признаков мерцательной аритмии по данным ЭКГ:

1. имеются волны f разной амплитуды и длительности;
2. Отрицательный зубец Р перед QRS комплексом;
3. Отрицательный зубец Р позади QRS комплекса4
4. Разный интервал PQ;
5. Интервалы R-R одинаковые.

Вопрос №273

Что из перечисленного более всего относится к мерцательной аритмии по данным ЭКГ?

1. Удлинение интервала PQ;
2. Отрицательный зубец Р перед QRS комплексом;
3. Отрицательный зубец Р позади QRS комплекса;
4. Интервал PQ не меняется;
5. Интервалы R-R разные.

Вопрос №274

Что наиболее характерно для мерцательной аритмии по данным ЭКГ?

1.Отрицательный зубец Р перед QRS комплексом;

2. Вместо зубца Р волны « f » разной амплитуды и длительности;

3.Отрицательный зубец Р позади QRS комплекса;

4.Интервал PQ не меняется;

5. Длительность интервалов R-R не изменяется.

Вопрос №275

В пользу мерцательной аритмии по данным ЭКГ наиболее значимым является:

1. Зубец Р наслаивается на QRS комплекс;
2. Отрицательный зубец Р позади QRS комплекса;
3. Имеются волны « f » разной величины, амплитуды и длительности;
4. Интервал PQ не меняется;
5. Интервалы R-R не меняются.

Вопрос №276

На ЭКГ – отсутствуют зубцы Р, вместо них волны f разной амплитуды и длительности, лучше видны в отведениях II, III, avF, V1-V2. Какое нарушение ритма наиболее вероятно у больного?

1. Трепетание предсердий;
2. Атриовентрикулярная блокада I степени;
3. Синусовая аритмия;
4. Атриовентрикулярная блокада II степени;
5. Мерцательная аритмия.

Вопрос №277

Для трепетания предсердий по данным ЭКГ наиболее характерно следующее:

1. Зубца P нет;
2. Зубец P наслаивается на QRS комплекс;
3. Зубец P отрицательный позади QRS комплекса;
4. Зубец Р +/-;
5. Зубец Р двугорбый.

Вопрос №278

Наиболее верным для трепетания предсердий по данным ЭКГ будет:

1. Зубец P наслаивается на QRS комплекс;
2. Вместо зубца P определяются волны F одинаковые по длине, форме, высоте;
3. Зубец P отрицательный позади QRS комплекса;
4. Зубец Р +/-;
5. Разные интервалы PQ.

Вопрос №279

Что из указанного по данным ЭКГ наиболее характерно для трепетания предсердий?

1. Частота предсердных волн 700-750 в минуту;
2. Зубец P отрицательный позади QRS комплекса;
3. Зубец Р +/-;
4. Зубец P уширен, расщеплен;
5. Вместо зубца P определяются предсердные волны F напоминающие по форме зубцы пилы.

Вопрос №280

Наиболее типичным для трепетания предсердий по данным ЭКГ будет:

1. Зубца P нет, имеются волны F одинаковые по длине, форме, высоте, напоминающие зубцы пилы;
2. Частота предсердных волн 60-80 в минуту;
3. Зубец P отрицательный позади QRS комплекса;
4. Зубец P уширен, расщеплен;
5. 5)QRS комплекс деформирован, уширен.

Вопрос №281

Какой признак наиболее характерен для трепетания предсердий?

1. Частота предсердных волн 1200-1500 в минуту;
2. Зубец Р отрицательный позади QRS комплекса;
3. Определяются волны F одинаковые по длине, форме, высоте, зубец Р отсутствует;
4. Зубец Р отрицательный перед QRS комплексом;
5. QRS комплекс уширен.

Вопрос №282

Поступил мужчина 55 лет с жалобами на сердцебиение, одышку, общую слабость. Больным себя считает около 3-х дней, в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. На ЭКГ зубец P не регистрируется. Имеются предсердные волны F с частотой 250 в минуту, одинаковые по длине, форме и высоте, состоят из крутого восходящего и пологого нисходящего колена (зубцы пилы), хорошо видны в отведениях II, III, avF, V1. Интервалы R-R одинаковы. Комплекс QRS не изменен. Какое нарушение ритма у больного?

1. Фибрилляция предсердий;
2. Трепетание предсердий, правильная форма;
3. Синусовая аритмия;
4. Атриовентрикулярная блокада I степени;
5. Атриовентрикулярная блокада II степени.

Вопрос №283

Мужчина 75 лет поступил с жалобами на сердцебиение, одышку, общую слабость. Данные жалобы беспокоят около месяца, в анамнезе хроническая ишемическая болезнь сердца около 10 лет. На ЭКГ зубец P не регистрируется. Имеются предсердные волны F с частотой 270 в минуту, одинаковые по длине, форме и высоте, состоят из крутого восходящего и пологого нисходящего колена (зубцы пилы), хорошо видны в отведениях II, III, avF, V1. Интервалы R-R разные. Комплекс QRS не изменен. Какое нарушение ритма у больного?

1. Фибрилляция предсердий;
2. Трепетание предсердий, неправильная форма;
3. Синусовая аритмия;
4. Атриовентрикулярная блокада I степени;
5. Атриовентрикулярная блокада II степени.

Вопрос №284

Признаком СССУ – синдрома слабости синусового узла является:

1. Умеренная брадикардия;

2. Выраженная стойкая брадикардия;

3. Синусовая аритмия;

4. Желудочковая экстрасистолия;

5. Атриовентрикулярная блокада I степени.

Вопрос №285

Выберите наиболее характерный признак для СССУ – синдрома слабости синусового узла:

1.Мерцательная аритмия, нормосистолическая форма;

2. Внезапное периодическое исчезновение синусового ритма;

3. Желудочковая экстрасистолия;

4. Суправентрикулярная экстрасистолия;

5. Атриовентрикулярной блокаде I степени.

Вопрос №286

СССУ – синдром слабости синусового узла это:

1. Тахикардия;

2. Перегрузка левого предсердия;

3. Стойкая выраженная брадисистолическая форма мерцательной аритмии;

4. Желудочковая экстрасистолия;

5. Атриовентрикулярная блокада I степени.

Вопрос №287

то наиболее характерно для СССУ – синдрома слабости синусового узла?

1. Синусовый ритм;

2. Синусовая аритмия;

3. Синдром «тахикардия-брадикардия»;

4. Желудочковая экстрасистолия;

5. Атриовентрикулярная блокада I степени.

Вопрос №288

Поступил мужчина 60 лет с жалобами на сердцебиение, чувство «замирания» сердца, одышку, головокружение, слабость. В анамнезе – 2 года назад перенес инфаркт миокарда. При аускультации: тоны сердца глухие, брадикардия, пульс 40-42 удара в минуту, АД – 160/80 мм.рт.ст. На ЭКГ – резко выраженная синусовая брадикардия 40 ударов в минуту. Брадикардия сохраняется и после введения раствора атропина. При ортостатической пробе также отсутствует учащение ритма. Какое осложнение вероятнее всего развилось у пациента?

1. Синусовая аритмия;

2. Атриовентрикулярная блокада 1 степени;

3. Атриовентрикулярная блокада 2 степени;

4. СССУ;

5.Экстрасистолия.

Вопрос №289

Поступил мужчина 40 лет с жалобами на сердцебиение, чувство «замирания» сердца, одышку, головокружение, слабость. В анамнезе: 6 месяцев назад перенес респираторную вирусную инфекцию. При аускультации: тоны сердца глухие, ритм неправильный, АД – 110/80 мм.рт.ст. На ЭКГ – пароксизмальная форма мерцательной аритмии с числом сокращений желудочков примерно 185 в минуту сменилась остановкой синусового узла. Какое нарушение ритма у больного?

1. Синусовая аритмия;

2. Атриовентрикулярная блокада 1 степени;

3. Атриовентрикулярная блокада 2 степени;

4. Синдром слабости синусового узла – (СССУ);

5. Экстрасистолия.

Вопрос №290

У женщины 70 лет жалобы на сердцебиение, чувство «замирания» сердца, одышку, головокружение, слабость. В анамнезе – дважды перенесла инфаркт миокарда. При аускультации: тоны сердца глухие, АД – 140/80 мм.рт.ст. На ЭКГ – ЧСС 35-40 в минуту. Проба с атропином – отрицательная. Что вероятнее всего развилось у больной?

1. Синусовая аритмия;

2. Атриовентрикулярная блокада I степени;

3. Атриовентрикулярная блокада II степени;

4. Синдром слабости синусового узла;

5. Экстрасистолия.

Вопрос №291

Поступил мужчина 30 лет с жалобами на сердцебиение, чувство «замирания» сердца, одышку, головокружение, слабость. В анамнезе – 2 года назад перенес миокардит. При аускультации: тоны сердца глухие, ритм неправильный, АД – 100/60 мм.рт.ст. На ЭКГ – пароксизмальная форма мерцательной аритмии с числом сокращений желудочков примерно 175 в минуту сменилась остановкой синусового узла. Какое нарушение ритма вероятнее всего развилось у больного?

1. Синусовая аритмия;

2. СССУ - синдром слабости синусового узла;

3. Атриовентрикулярная блокада Iстепени;

4. Атриовентрикулярная блокада II степени;

5. Экстрасистолия.

Вопрос №292

Наиболее характерным ЭКГ- признаком трепетания предсердий является;

1. Наличие предсердных волн F, имеющих характерную пилообразную форму (II, III, aVF,V1,V2);

2. Отрицательный зубец Р в отведениях V1- V 2;

3. Отрицательный зубец Р позади QRS комплекса;

4. QRS комплекс в виде QS;

5. Наличие цикла беспорядочных волн f, имеющих различную форму и амплитуду (II, III, aVF,V1,V2).

Вопрос №293

Для тахисистолической формы мерцательной аритмии наиболее характерная частота сокращения желудочков в 1 минуту:

1. свыше 100;

2. ниже 60;

3. 60 – 90;

4. 40 -50;

5. ниже 40;

Вопрос №294

Для брадисистолической формы мерцательной аритмии характерная частота сокращения желудочков в 1 минуту:

1.100;

2. 85;

3. 65;

4. ниже 40;

5. 70.

Вопрос №295

Мужчина 65 лет поступил с жалобами на сжимающие боли за грудиной иррадирующие в левую руку, купировались нитроглицерином, появлялись при физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца. В анамнезе артериальная гипертония в течение 20 лет с максимальным подъемом до 200/100 мм.рт.ст. Последний год принимал верапамил 240 мг в сутки. На ЭКГ увеличение интервала PQ более 0,24 сек. Что вероятнее всего у больного развилось?

1. Полная блокада левой ножки пучка Гиса;

2. Атриовентрикулярная блокада I степени;

3. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса;

4. Полная блокада правой ножки пучка Гиса;

5. Синоатриальная блокада.

Вопрос №296

При атриовентрикулярной блокаде I степени интервал P – Q равен:

1. 0,12";

2. 0,14";

3. 0,16";

4. 0,08";

5. 0,26".

Вопрос №297

Удлинение интервала P – Q наблюдается при:

1.Атрио-вентрикулярной блокаде I степени ;

2. При полной атрио-вентрикулярной блокаде ;

3. Предсердной экстрасистолии;

4. Желудочковой экстрасистолии;

5. Гипертрофии предсердий.

Вопрос №298

Редкий ритм (ЧСС 40 ударов в минуту и меньше) с приступом Морганьи - Эдемс - Стокса наиболее характерен при:

1. При блокаде левой ножки пучка Гиса;

2. Полной атрио-вентрикулярной блокаде;

3. Атриовентрикулярной блокаде I степени;

4. Желудочковой экстрасистолии;

5. Межпредсердной блокаде.

Вопрос №299

ЭКГ признаком атрио-вентрикулярной блокады I степени является:

1. Интервал PQ менее 0,20 секунд;

2. Увеличение интервала PQ более 0,20 секунд;

3. Деформация или изменение полярности зубца P;

4. Резкое отклонение электрической оси сердца влево;

5. Преждевременное появление измененного комплекса QRS.

Вопрос №300

ЭКГ признаками атриовентрикулярной блокады III степени являются:

1. Число сокращений желудочков180-220 ударов в минуту;

2. Число сокращений желудочков 90-130 ударов в минуту;

3. Число сокращений желудочков 140-250 ударов в минуту;

4. Полное разобщение предсердного и желудочкового ритмов;

5. Число сокращений желудочков 70 ударов в минуту.

Вопрос №301

В клинику поступил мужчина 70 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, головные боли, давящие боли за грудиной, купирующиеся нитроглицерином. В анамнезе инфаркт миокарда 2 года назад. На ЭКГ постепенное нарастающее удлинение интервала P-Q до выпадения желудочкового комплекса, после чего возникает длинная пауза. Эти изменения наиболее характерны для следующей патологии:

1. Атриовентрикулярная блокада I степени;

2. Атриовентрикулярная блокада II степени;

3. Атриовентрикулярная блокада III степени;

4. Мерцательная аритмия;

5. Трепетание предсердий.

Вопрос №302

Периоды Венкебаха-Самойлова наиболее характерны для:

1. Атриовентрикулярной блокады I степени;

2. Атриовентрикулярной блокады II степени;

3. Полной атриовентрикулярной блокады;

4. Синусовой аритмии;

5. Полной блокады левой ножки пучка Гиса.

Вопрос №303

Под влиянием импульсов из какого узла сокращаются предсердия при полной АВ-блокаде:

1. Синусового узла;

2. Верхнего отдела атриовентрикулярного узла;

3. Среднего отдела атриовентрикулярного узла;

4. Нижнего отдела атриовентрикулярного узла;

5. Волокон Пуркинье.

Вопрос №304

Показанием для проведения постоянной электрокардиостимуляции является:

1. Синусовая брадикардия 44-42 удара в 1 мин;

2. Атриовентрикулярная блокада I степени;

3. Приступы Морганьи-Адамс-Стокса;

4. Полная блокада левой ножки пучка Гиса;

5. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопрос №305

На ЭКГзарегистрирована блокада II степени, Мобитц I. Какие изменения выявляются на ЭКГ при данной патологии?

1. уширение комплекса QRS в отведениях V5-V6;

2. удлинение интервала P- Q более 0,20";

3. постепенное от комплекса к комплексу удлинение интервала P-Q с последующим выпадением одного и более комплексов QRS;

4. равномерно удлиненный интервал P- Q с выпадением каждого 2 комплекса QRS;

5. Зубец Р более 0,20 с.

Вопрос №306

У мужчины 60 лет, находящегося в реанимационном отделении по поводу крупноочагового задне-диафрагмального инфаркта миокарда развилась кратковременная потеря сознания с судорожным синдромом, непроизвольным мочеиспусканием. Тоны сердца приглушены, ЧСС 34 в   1 минуту. АД –130/70 мм рт ст. На ЭКГ атриовентрикулярная диссоциация. Число QRS   – 34 в 1 минуту. Число P – 80 в 1 минуту. Ширина QRS комплекса – 0,14 сек. Какое осложнение развилось у больного:

1. синоаурикулярная блокада – II степени;

2. АB-блокада II степени Мобитц I;

3. полная АB-блокада;

4. АB-блокада II степени Мобитц II;

5. блокада ножек пучка Гиса.

Вопрос №307

усилилось сердцебиение.Тоны сердца громкие, ритм неправильный.Короткий систолический шум на верхушке. ЧСС – 128 в 1 мин, РS – 78 в 1 мин, аритмичный. На ЭКГ: R-R- разные, волны f во II, III avF , V1 ;зубец P отсутствует. Какое нарушение ритма вероятнее всего у больной?

1. предсердная экстрасистолия;

2. желудочковая экстрасистолия;

3. пароксизмальная тахикардия из AV-узла;

4. мерцание предсердий;

5. трепетание предсердий.

Вопрос №308

Синдром Морганьи-Адамса-Стокса наблюдается при:

1. синусовой тахикардии;

2. полной атрио-вентрикулярной блокаде;

3. синусовой аритмии;

4. синусовой брадикардии;

5. полной блокаде левой ножки пучка Гиса.

Вопрос №309

Периоды Самойлова-Венкебаха наблюдаются при:

1. атриовентрикулярная блокада 1 степени;

2. атриовентрикулярная блокада Мобитц І;

3. внутрипредсердная блокада;

4. полная атрио-вентрикулярная блокада;

5. блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопрос №310

Раздельное сокращение предсердия и желудочков характерно для:

1. AV блокады 1 степени;

2. AV блокада 2 степени Мобитц 1;

3. AV блокада 2 степени Мобитц 2;

4. САблокада 2 степени;

5. полная АВ блокада.

Вопрос №311

Признаками гипертрофии левого желудочка является:

1. RV5 + SV1 больше или равно 35 мм;

2. RV1-2 больше 7 мм;

3. RI меньше 10мм, R AVL меньше 11 мм;

4. R V5-6+SV1-2 меньше 25;

5. R V5-6 меньше 15 мм.

Вопрос №312

Специальным тестом для диагностики вариантной стенокардии Принцметалла является:

1. проба с дипиридамолом;

2. ВЭМ проба;

3. ЧПЭС предсердийпроба собзиданом;

4. гипервентиляционная и холодовая пробы;

5. правильные ответы 1, 3.

Вопрос №313

По результатам ВЭМ пробы для стенокардии ФК II характерно:

1. двойное произведение218-277 усл ед;
2. метаболическая стоимость -4-6,9 МЕ;
3. двойное произведение 151-217 усл ед;
4. метаболическая стоимость> 7 МЕ;
5. правильные ответы 1, 2.

Вопрос №314

Какие изменения на ЭКГ убедительно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении ВЭМ пробы:

1. реверсия негативного зубца T;
2. удлинение интервала PQ;
3. снижение сегмента ST более 2 мм;
4. пояление предсердной экстрасистолии;
5. преходящая блокада правой ножки п. Гиса.

Вопрос №315

Проведение ВЭМ противопоказано при нижеописанных состояниях,кроме:

1. выраженном стенозе устья аорты;
2. внутрисердечном тромбе;
3. выраженной недостаточности кровообращения;
4. при желудочковой экстрасистолии IV, V по Лауну;
5. при ОИМ в стадии рубцевания.

Вопрос №316

ЭКГ признаки при ОИМ:

1. Зубец QS в сочетании с подъем с. ST;
2. Депрессия с. ST;
3. Низкий вольтаж зубцов;
4. Высокий равносторонний зубец Т;
5. Верно 3.

Вопрос №317

Зубец Р на ЭКГ отражает:

1. деполяризацию предсердий;
2. продолжительность его составляет от 0.12 до 0.20 сек;
3. в норме он изоэлектричен;

4. верно 1,2;

5.верно 2,3.

Вопрос №318

Продолжительность интервала P-Q составляет:

1. до 0.1 сек.;
2. 0.12 – 0.20 сек.;
3. Более 0.20 сек.;

4. верно 1,3;

5. верно 2,3.

Вопрос №319

Регистрация патологического Q и подъем с. ST в отведениях II, III, AVF:

1. бокового инфаркта миокарда;
2. нижнего инфаркта миокарда;
3. передне – перегородочного инфаркта миокарда;
4. заднего инфаркта миокарда;

5.верно 1.

Вопрос №320

ЭКГ - диагностику ОИМ затрудняет:

1. Полная блокада правой ножки пучка Гиса;
2. Полная блокада левой ножки пучка Гиса;
3. Полная атрио-вентрикулярная блокада;
4. Частая ЖЭС;
5. Сино – атриальная блокада.

Вопрос №321

ЭКГ признаки трансмурального инфаркта миокарда:

1. Подъем с.ST и формирование патологического з.QS;
2. Подъем с.ST без формирования патологического з.Q с отрицательным з.Т;
3. Депрессия с. ST в сочетании с инверсией зубца Т;
4. Отрицательные зубцы Т в левых грудных отведениях;
5. 3 верно.

Вопрос №322

На ЭКГ желудочковый комплекс типа QS регистрируется при:

1. Синдроме ранней реполяризации желудочков;
2. Не Q-волновом инфаркте миокарда;
3. Трансмуральном инфаркте миокарда;
4. Интрамуральном инфаркте миокарда;
5. Вазоспастической стенокардии Принцметалла.

Вопрос №323

Регистрация патологического зубца Q или QS в V1 – V3, является:

1. передне – перегородочного инфаркта миокарда;
2. бокового инфаркта миокарда;
3. высокий инфаркта миокарда;
4. заднее-высокого инфаркта миокарда;
5. нижнего инфаркта миокарда.

Вопрос №324

На ЭКГ ишемия миокарда это:

1. депрессия с. ST более 1 мм;

2. снижение амплитуды з.R;

3.глубокий уширенный з. Q;

4. высокий з. R в V1;

5.верно 2,3.

Вопрос №325

Интервал PQ отражает время прохождения возбуждения :

1. по предсердиям;
2. по желудочкам;
3. по предсердиям и атриовентрикулярному соединению;
4. по предсердиям и желудочкам;
5. по атриовентрикулярному соединению и желудочкам.

Вопрос №326

При асистолии сердца на ЭКГ регистрируется:

1. мелковолновая не дифференцируемая волна;
2. крупноволновая не дифференцируемая волна;
3. прямая линия;
4. отсутствие з. P и изменение формы QRS;
5. 1,2 верно.

Вопрос №327

ЭКГ признаки при гипертрофии левого желудочка:

1. R в V6 = 28 мм, продолжительность QRS ≥ 0,11 cек.;
2. смещание ЭОС влево, при этом R AVL >11мм;
3. з. RV5 <RV4;
4. наличие з. S V5 – V6 отв.;
5. 3, 4 верно.

Вопрос №328

ЭКГ признаки экссудативного перикардита:

1. низковольтажная ЭКГ;
2. деформация зубца Т;
3. депрессия с. ST в V4 – V6 отв.;
4. удлинение QT;
5. 3,4 верно.

Вопрос №329

На ЭКГ желудочковый комплекс типа QS регистрируется при:

1. не Q- волновом инфаркте миокарда;
2. трансмуральном инфаркте миокарда;
3. интрамуральном инфаркте миокарда;
4. синдроме ранней реполяризации желудочков;
5. 1, 4 верно.

Вопрос №330

Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно все, кроме:

1. с.ST в виде монофазной кривой (сливается с положительным з.Т);
2. наличие з. QS;
3. з. Q> или равно 0.03 сек., 1/3 з. R;
4. з. Т отрицательный;
5. с. ST изоэлектрический.

Вопрос №331

Регистрация патологического зубца Q и подъем с. ST в отведениях I, AVL, V5-V6,

являются признаком:

1. передне – перегородочного инфаркта миокарда;
2. бокового инфаркта миокарда;
3. нижнего инфаркта миокарда;
4. заднее – высокого инфаркта миокарда;
5. 4 верно.

Вопрос №332

Регистрация патологического зубца Q или QS в II,III, AVF отв.:

1. передне- перегородочного инфаркта миокарда;
2. бокового инфаркта миокарда;
3. нижнего инфаркта миокарда;
4. заднее-высокого инфаркта миокарда;
5. 1,2 верно.

Вопрос №333

Для гипертрофии правого желудочка характерны следующие, кроме:

1. ЭОС отклонена вправо;
2. R/S > 1 в V1 отв.;
3. R V1 + SV 5 > или равно 10.5 мм;
4. косонисходящая депрессия с. ST и отрицательный з.Т в V1-V2 отв;
5. ЭОС отклонена влево.

Вопрос №334

Полная A-V блокада характеризуется появлением на ЭКГ:

1. выпадение очередного з.P и комплекса QRS;
2. 2)постепенного удлинения интервала PQc последующим выпадением QRS;
3. удлиненного интервала PQ>0.20'';
4. раздельного сокращения предсердий и желудочков;
5. 2 ,3 верно.

Вопрос №335

Для гипертрофии левого желудочка характерны:

1. смещение ЭОС влево , при этом R aVL >11 мм;
2. комплекс QRS V5-V6 типа Rsr длительностью >0.14'';
3. з. RV5- RV4;
4. смещение с. ST вверх и отрицательный з. Т в V5-V6 отв.;
5. 2,3 верно.

Вопрос №336

Признаки острого крупноочагового инфаркта миокарда:

1. снижение амплитуды з. R в грудных отведениях;
2. з.Q шириной >0.04'', глубиной >1/3 R;
3. депрессия с. ST ниже изолинии на 1мм;
4. отрицательный з. Т в грудных отведениях;
5. 3,4 верно.

Вопрос №337

Критерии прекращения диагностической ВЭМ пробы , кроме:

1. изменения с. ST ишемического характера;
2. падение систолического АД на 25 -30 %;
3. усталость;
4. возникновение приступов стенокардии;
5. 1,2 верно.

Вопрос №338

ВЭМ проба противопоказано , кроме:

1. выраженном стенозе устья аорты;
2. внутрисердечном тромбе;
3. выраженной недостаточности кровообращения;
4. при ОИМ в стадии рубцевания;
5. 2,3 верно.

Вопрос №339

На ЭКГ крупноволновой недифференцированной линии это:

1. мерцание предсердий;
2. фибрилация желудочков;
3. желудочковая тахикардия;
4. наджелудочковая тахикардия;
5. 1 верно.

Вопрос №340

ЭКГ признаки при желудочковой пароксизмальной тахикардии:

1. учащения ЧСС до 140-220 уд. в мин. с неизмененными QRS комплексами;

2. широкие деформированные желудочковые комплексы QRS с ЧСС=140- 220 уд. в мин;

3. широкие QRS> 0.12 сек. с постоянно предшествующими з. P;

4. деформированные, уширенные , двугорбые з.P перед или после каждого

желудочкового комплекса;

5. 3,4 верно.

Вопрос №341

Признаки ВЭМ пробы при коронарной недостаточности:

1. реверсия з.Т;
2. удлинение интервала PQ;
3. сниженин с. ST более 2.00 мм;
4. преходящая блокада правой ножки пучка Гиса;
5. 1,2 верно.

Вопрос №342

Характерные признаки при предсердной пароксизмальной тахикардии,кроме:

1. внезапное начало;

2. положительные вагусные пробы;

3. уширенные желудочковые комплексы на ЭКГ;

4. нормальные комплексы на ЭКГ в переиод пароксизма;

5. 1,2 верно.

Вопрос №343

ЭКГ признаки при синусовой тахикардии :

1. укорочение интервала R-R, с сохранением чередования з.P и комплекса QRS;
2. укорочение интарвала R-R с отсутствием правильного чередования з. P и комплекса QRS;
3. нерегулярные сокращения неизмененных желудочковых комплексовQRS;
4. регулярные сокращения с отсутствием з.P и уширенным деформированным комплексом QRS;
5. 3,4 верно.

Вопрос №344

В норме интервал PQ колеблется:

1. до 0.40 сек.;
2. 0.08 – 0.12 сек.;
3. 0.12 – 0.20 сек.;
4. 0.20 – 0.40 сек.;
5. 1,2 верно.

Вопрос №345

К усиленным отведениям от конечностей относится:

1. V1 – V3;
2. AVR, AVL, AVF;
3. I, II, III;
4. D, A, J;
5. верно 2,3.

Вопрос №346

Какие отведения ЭКГ относятся к однополюсным:

1. I, II, III;
2. AVR, AVL, AVF;
3. V1 – V6;
4. верно 1,3;
5. верно 2,3.

Вопрос №347

Отклонение электрической оси влево:

1. угол £ = +70º;
2. угол £ = +120º;
3. угол £ = -60º;
4. угол £ = +30º;
5. угол £ = +20º.

Вопрос №348

Как распространяется волна деполяризации:

1. от эпикарда к эндокарду;
2. от эндокарда к эпикарду;
3. 1 не верно;
4. 2 верно;
5. 1, 3 не верно.

Вопрос №349

Нормальная продолжительность зубца P составляет:

1. 0,12-0,14 с;
2. 0,08-0,10 с;
3. 0,14-0,16 с;
4. 0,16-0,20 с;
5. верно 4.

Вопрос №350

Интервал P-Q на ЭКГ отражает процесс:

1. реполяризации желудочков;
2. возбуждения обеих предсердий;
3. распространения возбуждения по межжелудочковой перегородке;
4. распространения возбуждения по правому и левому желудочка;
5. прохождения возбуждения от предсердий к желудочкам.

Вопрос №351

Показанием к проведению трансэзофагальной эхокардиографии является подозрение на:

1. тромбоз ушка левого предсердия;
2. инфекционный эндокардит;
3. миксому;
4. дефект межпредсердной перегородки;
5. верно все.

Вопрос №352

Показанием к проведению стресс-ЭхоКГ исследования является:

1. порок;
2. миксома;
3. перикардит;
4. ишемическая болезнь сердца;
5. 3 верно.

Вопрос №353

Размер аорты в парастернальной позиции на уровне конца

створок аортального клапана в норме составляет:

1. менее 30 мм;
2. более 40 мм;
3. не более 40 мм;
4. менее 25 мм;
5. более 50.

Вопрос №354

Размеры левого желудочка в парастернальной позиции в конце

диастолы на уровне концов створок митрального клапана в норме со-

ставляет:

1. не более 56 мм;
2. не более 46 мм;
3. менее 26 мм;
4. менее 40 мм;
5. более 70 мм.

Вопрос №355

Размеры правого предсердия в апикальной 4 -х камерной позиции в диастолу в норме составляет*:*

1. не более 14 мм;
2. менее 25 мм;
3. не более 38 мм;
4. 14 - 25 мм;
5. более 40 мм.

Вопрос №356

Фракция выброса левого желудочка в норме составляет следующий процент от объема левого желудочка:

1. менее 20 %;
2. 20-30 %;
3. 30-40 %;
4. 40-50 %;
5. более 50 %.

Вопрос №357

Нарушение глобальной сократимости миокарда левого желудочка может быть вызвано:

1. инфарктом миокарда;
2. декомпенсированным пороком;
3. ишемической болезнью сердцa;
4. верно все;
5. 1 не верно.

Вопрос №358

У больных с дилатационной кардиомиопатией выявляют:

1. дилатацию левого предсердия;
2. уменьшение объема камер сердца;
3. гипертрофию стенок сердца;
4. дилатацию всех камер сердца;
5. верно 3.

Вопрос №359

Нарушение диастолической функции левого желудочка характерно для больных с*:*

1. нестабильной стенокардией;
2. инфарктом миокарда;
3. гипертонической болезнью;
4. все вышеперечисленные;
5. 2 не верно.

Вопрос №360

Участок нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка в виде акинезии характерен для:

1. врожденного порока сердца;
2. мелкоочагового инфаркта миокарда;
3. крупноочагового инфаркта миокарда;
4. гипертрофической кардиомиопатии;
5. 3, 4 верно.

Вопрос №361

B остром периоде трансмурального инфаркта миокарда на ЭКГ будут выявляться следующие изменения:

1. депрессия сегмента RS-Т;
2. узкий комплекс QRS;
3. смещение сегмента RS-Т выше изолинии и сливающегося с ним в начале положительного зубца Т;
4. зубец Q равный 1/2 зубца R, продолжительностью 0,04 сек;
5. уширение комплекса QRS.

Вопрос №362

У больного 42 лет, перенесшего 2 года назад инфаркт миокарда, во время физической нагрузки внезапно появилось сердцебиение, сопровождающееся ощущением нехватки воздуха, общей слабостью. На ЭКГ зарегистрирована пароксизмальная тахикардия из АV-узла. Отметьте ЭКГ - признаки пароксизмальной тахикардии из АV-узла:

1. ЧСС 140-250, ритм правильный, наличие перед каждым комплексом QRS зубца Р;
2. ЧСС 140-220, деформация и расширение QRS более 0,12 сек, с дискордантным расположением RS-Т и Т;
3. ЧСС 140-250, ритм правильный, QRS не изменен, зубец Р отсутствует;
4. отсутствие зубца Р, волны F в II, III, AVF, V1-V2 отведениях;
5. ЧСС 120 в 1 мин, ритм правильный, Р перед комплексом QRS.

Вопрос №363

Больной 60 лет с диагнозом: ИБС Постинфарктный кардиосклероз внезапно потерял сознание. Состояние сопровождалось эпилептиформными судорогами, непроизвольным актом мочеиспускания и дефекации. На ЭКГ зарегистрирована АV-блокада II степени, Мобитц II. Какие изменения выявляются на ЭКГ при данной патологии:

1. уширение комплекса QRS V5-V6;
2. удлинение интервала Р-Q более Q 20";
3. укорочение интервала Р-Q менее Q 12", дельта-волна;
4. равномерно удлиненный интервал Р-Q с выпадением каждого 2 комплекса QRS;
5. постепенное от комплекса к комплексу удлинение интервала Р-Q с последующим выпадением комплекса QRS.

Вопрос №364

Отметьте ЭКГ признак полной блокады левой ножки пучка Гиса:

1. rSR в АVF;
2. rSR V1-V2;
3. QRS менее 0, 12 сек;
4. зубец R широкий зазубрен в I, AVL,V5-V6, S глубокий во II, III, AVF, V1-V2;
5. положительная дельта волна в V1-V4.

Вопрос №365

Предсердной экстрасистоле на ЭКГ соответствует:

1. отрицательный зубец Р в отведениях II, III, АVF экстрасистолического комплекса QRS, расположенный после комплекса QRS;
2. полная компенсаторная пауза;
3. зубец Р (деформированный или с измененной полярностью) перед комплексом QRS экстрасистолы;
4. QRS экстрасистолы уширен;
5. зубец Р экстрасистолы отсутствует.

Вопрос №366

Причиной уширения желудочковых комплексов на ЭКГ может быть:

1. блокада ветвей пучка Гиса;
2. неспецифическая внутрижелудочковая блокада;
3. преждевременное возбуждение желудочков;
4. комплексы с абберантным проведением;
5. все перечисленное.

Вопрос №367

Признаками синдрома WPW на ЭКГ являются:

1. укорочение интервала PQ;
2. уширение комплексов QRS;
3. псевдорубцовые изменения;
4. наличие «ранней» дельта-волны;
5. все перечисленное.

Вопрос №368

Наиболее частым вариантом тахикардии, возникающей у больных с синдромом WPW, является:

1. мерцательная аритмия;
2. пароксизмальная реципрокная АВ- тахикардия;
3. желудочковая тахикардия;
4. наджелудочковая экстрасистолия;
5. желудочковая экстрасистолия.

Вопрос №369

Возникновение желудочковой тахикардии типа «пирует» чаще отмечено на фоне приема:

1. хинидина;
2. этмозина;
3. верапамила;
4. этацизина;
5. кордарона.

Вопрос №370

При мерцательной аритмии у больных с синдромом WPW противопоказано применение:

1. хинидина;
2. новокаинамида;
3. этацизина;
4. сердечных гликозидов;
5. кордарона.

Вопрос №371

Экстрасистолией называют:

1. эктопические комплексы;
2. преждевременные комплексы;
3. сокращения, возникающие после паузы;
4. все ответы правильны;
5. правильного ответа нет.

Вопрос №372

Выскальзывающими сокращениями называют:

1. эктопические комплексы;
2. преждевременные комплексы;
3. сокращения, возникающие после паузы;
4. все ответы правильны;
5. правильного ответа нет.

Вопрос №373

Относительными показаниями к восстановлению синусового ритма при

постоянной форме мерцательной аритмии являются:

1. возникновение тромбоэмболий;
2. появление признаков недостаточности кровообращения;
3. устранение предполагаемой причины мерцательной аритмии;
4. ничего из перечисленного;
5. все перечисленное.

Вопрос №374

Для купирование приступа желудочковой тахикардии в первую очередь, как правило, применяют:

1. обзидан;
2. новокаинамид;
3. кордарон;
4. лидокаин;
5. этацизин.

Вопрос №375

Для купирования приступа желудочковой тахикардии может быть

эффективным назначение всех перечисленных препаратов, за исключением:

1. лидокаина;
2. новокаинамида;
3. сердечных гликозидов;
4. кордарон;
5. обзидана.

Вопрос №376

Электрокардиографическими признаками СССУ являются:

1. выраженная синусовая брадикардия;
2. синоатриальная блокада 2 степени;
3. синдром тахи-брадикардия;
4. стойкая брадисистолическая форма мерцательной аритмии;
5. все перечисленное.

Вопрос №377

Повышенная вероятность возникновения тромбоэмболий после восстановлениясинусового ритма при постоянной форме мерцательной

аритмии имеется у больных:

1. митральным пороком сердца;
2. тромбоэмболиями в анамнезе;
3. гипертрофической кардиомиопатией;
4. дилатационной кардиомиопатией;
5. при всех перечисленных состояниях.

Вопрос №378

Наиболее эффективным препаратом для купирования пароксизмальных АВ- тахикардий среди нижеперечисленных препаратов является:

1. новокаинамид;
2. верапамил;
3. обзидан;
4. дигоксин;
5. кордарон.

Вопрос №379

При АВ блокаде I степени на ЭКГ отмечается:

1. выпадение комплексов QRS;
2. удлинение интервала PQ;
3. исчезновение зубцов Р;
4. АВ- диссоциация;
5. уширение комплексов QRS.

Вопрос №380

При АВ блокаде II степени на ЭКГ отмечается:

1. выпадение комплексов QRS;
2. удлинение интервала PQ;
3. прогрессивное удлинение интервалов PQ перед выпадением комплексов QRS;
4. интервал PQ после паузы всегда короче, чем интервал PQ перед паузой;
5. все перечисленное.

Вопрос №381

При СА блокаде II степени на ЭКГ отмечается:

1. выпадение комплексов РQRS;
2. прогрессирующее укорочение интервалов Р-Р;
3. пауза СА блокады равна 2R-R;
4. первый после паузы интервал Р-Р более продолжительный, чем перед ней;
5. все перечисленное.

Вопрос №382

К наджелудочковым тахиаритмиям не относятся:

1. синусовая тахикардия;
2. предсердная тахикардия;
3. мерцательная аритмия;
4. атриовентрикулярные тахикардии;
5. желудочковые тахикардии.

Вопрос №383

Так называемая непароксизмальная тахикардия из АВ соединения возникает при:

1. интоксикации сердечными гликозидами;
2. миокардитах;
3. инфаркте миокарда нижней локализации;
4. приеме симпатомиметиков;
5. всех перечисленных состояниях.

Вопрос №384

К пассивным эктопическим ритмам не относятся:

1. ритм из АВ соединения;
2. миграция суправентрикулярного водителя ритма;
3. экстрасистолия;
4. АВ- диссоциация;
5. выскакивающие сокращения.

Вопрос №385

К активным эктопическим ритмам относят:

1. предсердные экстрасистолы;
2. парасистолия;
3. желудочковые экстрасистолы;
4. пароксизмальная тахикардия;
5. все перечисленные формы.

Вопрос №386

Типичными ЭКГ признаками предсердной экстрасистолии является:

1. расширение желудочкового комплекса;
2. изменение формы и полярности зубца P и наличие полной компенсаторной паузы;
3. изменение формы или полярности зубца P и наличие неполной компенсаторной паузы;
4. наличие полной компенсаторной паузы;
5. наличие патологического зубца Q во II, III, AVF.

Вопрос №387

Типичными ЭКГ признаками желудочковой экстрасистолии являются:

1. наличие двухфазного зубца P;
2. изменение формы и полярности зубца Т;
3. расширение и изменение формы желудочкого комплекса, наличие неполной компенсаторной паузы;
4. продолжительность QRS < 0,11сек.;
5. расширение и изменение желудочкового комплекса, наличие полной компенсаторной паузы.

Вопрос №388

Для мерцания предсердий характерно:

1. наличие измененной формы зубца P;
2. расстояние R-R одинаковое;
3. комплексы QRS расширены и изменены;
4. наличие зубца P, расстояние R-R неправильное;
5. отсутствие зубца P, расстояние R-R неправильное.

Вопрос №389

Продолжительность интервала PQ в норме составляет:

1. 0,10 – 0,16 сек.;
2. до 0,1 сек.;
3. до 0,12 сек.;
4. 0,14-0,22 сек.;
5. 0,12-0, 2 сек.

Вопрос №390

К какой градации по Лауну относятся ранние желудочковые экстрасистолы:

1. Первой;
2. четыре А;
3. четыре Б;
4. пятой;
5. третьей.

Вопрос №391

Мерцательная аритмия характеризуется всем, кроме:

1. наличием зубца P;
2. отсутствием зубца P;
3. неправильным интервалом R-R;
4. наличием f волн;
5. продолжительность QRS 0,06-0,10 сек.

Вопрос №392

Больная Б. 57 лет, подскользнулась , упала и потеряла сознание. После, придя в сознание пожаловалась на боли сжимающего характера в грудной клетке. На ЭКГ: Sr в I отведении и QS в III отведении. Поставьте диагноз:

1. геморрагический инсульт;
2. ОИМ;
3. Тромбоэмболия легочной артерии;
4. стенокардия напряжения;
5. стенокардия Принцметалла.

Вопрос №393

Для пароксизмальной наджелудочковой тахикардии характерно наличие на ЭКГ:

1. ЧСС-100-140 уд в мин., наличие измененных комплексов QRS;
2. ЧСС160-200 уд в мин с постепенным началом и концом;
3. ЧСС-160-220- уд в мин с внезапным началом и концом;
4. наличие измененных зубцов P и измененных комплексов QRS;
5. ЧСС-160-180 уд в мин, наличие полной компенсаторной паузы.

Вопрос №394

Полная блокада правой ножки п. Гиса характеризуется:

1. продолжительность комплекса QRS 0,10-0,22 сек.;
2. наличие двухфазных зубцов P;
3. отклонение ЭОС влево;
4. RSR в V1-V2;
5. RSR в V5-V6.

Вопрос №395

Для фибрилляции желудочков характерно:

1. отсутствие зубца P, наличие зубца R;
2. появление на ЭКГ крупноволновой недифференцированной линии;
3. расстояние R-R разное;
4. изменение полярности зубца P;
5. наличие волн f и расстояние R-R разное.

Вопрос №396

Полная блокада левой ножки п. Гиса характеризуется:

1. RSR в V1-V2;
2. RSR в V5-V6;
3. ЭОС отклонена вправо;
4. изменение полярности зубца P;
5. продолжительнось комплекса QRS-0,10-0,11сек.

Вопрос №397

Для AV блокады 1 степени характерно:

1. PQ= 0,12-0,20 сек.;
2. PQ= 0,10-0,12 сек.;
3. PQ= 0,24 сек.;
4. PQ =0,16-0,18 сек.;
5. увеличение расстояния R-R.

Вопрос №398

Для ЭКГ признака ишемического повреждения миокарда характерно:

1. появление комплекса QS во II, III, AVF;
2. появление зубца Q в V5 V6;
3. депрессия сегмента ST ниже изолинии;
4. расширение зубца Q >0,3 сек.;
5. появление RSR в V1-V2.

Вопрос №399

Регистрация патологического зубца Q или QS во II, III, AVF характерно для:

1. переднее-перегородочного ИМ;
2. бокового ИМ;
3. высокого бокового ИМ;
4. нижнего ИМ;
5. перегородочного ИМ.

Вопрос №400

Участок нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка в виде акинезии характерен для:

1. крупноочагового инфаркта миокарда;
2. гипертрофической кардиомиопатии;
3. врожденного порока сердца;
4. мелкоочагового инфаркта миокарда;
5. 3, 4 верно.

Вопрос №401

Для предсердных экстрасистол исходящих из нижних отделов предсердий характерно:

1. зубец Р положительный позади QRS комплекса;
2. зубец Р положительный, деформированный перед QRS комплексом;
3. зубец Р отрицательный позади QRS комплекса;
4. зубец Р отрицательный перед QRS комплексом;
5. зубец Р двухфазный перед QRS комплексом.

Вопрос №402

Для экстрасистол, исходящих из АВ узла с одновременным возбуждением предсердий и желудочков характерно:

1. зубец Р положительный позади QRS комплекса;
2. зубец Р положительный, деформированный перед QRS комплексом;
3. зубец Р отрицательный позади QRS комплекса;
4. зубец Р сливается с уширенным QRS комплексом;
5. зубец Р сливается с неуширенным QRS комплексом.

Вопрос №403

Для экстрасистол, исходящих из АВ узла с возбуждением желудочков, предшествующим возбуждению предсердий, характерно:

1. зубец Р положительный позади неуширенного QRS комплекса;
2. зубец Р положительный, деформированный перед QRS комплексом;
3. зубец Р отрицательный позади неуширенного QRS комплекса;
4. зубец Р сливается с уширенным QRS комплексом;
5. зубец Р сливается с неуширенным QRS комплексом.

Вопрос №404

Для желудочковых экстрасистол характерно:

1. зубец Р положительный позади неуширенного QRS комплекса;
2. зубец Р положительный, деформированный перед QRS комплексом;
3. неполная компенсаторная пауза;
4. зубец Р сливается с неуширенным QRS комплексом;
5. полная компенсаторная пауза.

Вопрос №405

Выберите признак, характерный для желудочковых экстрасистол:

1. QRS комплекс уширен, деформирован;
2. зубец Р положительный, деформированный перед QRS комплексом;
3. зубец Р двухфазный перед QRS комплексом;
4. зубец Р отрицательный перед уширенным, деформированным QRS комплексом;
5. зубец Р отрицательный позади уширенного, деформированного QRS комплекса.

Вопрос №406

Для пароксизмальной узловой тахикардии с преждевременным проведением на желудочки и ретроградным проведением на предсердия характерно:

1. отсутствие зубца Р;
2. отрицательный зубец Р располагается позади неуширенного желудочкового комплекса;
3. положительный зубец Р располагается перед неуширенным желудочковым комплексом ;
4. отрицательный зубец Р располагается позади уширенного желудочкового комплекса;
5. положительный зубец Р располагается перед уширенным желудочковым.

Вопрос №407

Синусовый узел находится:

1. под эпикардом между устьями верхней полой вены;
2. под эндокардом вблизи соединения нижней полой вены иправого предсердия;
3. под эпикардом вблизи соединения легочной вены и левогопредсердия;
4. под эндокардом вблизи соединения легочной вены и левогопредсердия;
5. правильного ответа нет.

Вопрос №408

Проводящая система сердца включает в себя:

1. межузловые проводящие пути;
2. предсердно-желудочковый узел;
3. ножки пучка Гиса;
4. волокна Пуркинье;
5. все вышеперечисленное.

Вопрос №409

Основными сократительными белками являются:

1. миозин;
2. тропомиозин;
3. тропонин;
4. актин;

5. правильно 1,5.

Вопрос №410

К проводящей системе сердца не относится:

1. синусовый узел;

2.клетки сократительногомиокарда;

3.А-В узла;

4.пучка Гиса и его разветвлений;

5. волокон Пуркинье.

Вопрос №411

Основная часть предсердно-желудочкового тракта расположена:

1. под эпикардом правого предсердия;

2. под эндокардом правого предсердия;

3. под эндокардом левого предсердии;

4. в миокарде правого предсердия;

5. под эпикардом левого предсердия.

Вопрос №412

Пенетрирующая часть предсердно-желудочкового узла расположена:

1. в межпредсердной перегородке;
2. в межжелудочковой перегородке;
3. под эндокардом правого желудочка;
4. в миокарде правого желудочка;
5. в миокарде левого желудочка.

Вопрос №413

Пучок Кента это тракт:

1. от левого предсердия к левому желудочку;

2. от предсердно-желудочкового узла и ножки пучка Гиса к  
миокарду желудочков;

3. от предсердия к основному стволу пучка Гиса;

4. переднего края синусового узла до левого предсердия;

5. заднего края синусового узла до задней части предсердно-желудочкового узла.

Вопрос №414

Пучок Бахмана это тракт:

1. верхнего и заднего края синусового узла до предсердно-желудочкового узла;

2. переднего края синусового узла до левого предсердия;

3. заднего края синусового узла до задней части предсердно-

желудочковогоузла;

4. от левого предсердия к левому желудочку;

5. от предсер дно-желудочкового узла и ножки пучка Гиса кмиокарду желудочков.

Вопрос №415

Пучок Джеймса это тракт:

1. от левого предсердия к левому желудочку;

2. от предсердно-желудочкового узла и ножки пучка Гиса к  
миокарду жлудочков;

3. от предсердия к основному стволу пучка Гиса;

4. верхнего и заднего края синусового узла до предсердно-  
желудочкового узла;

5. переднего края синусового узла до левого предсердия.

Вопрос №416

Пучок Махайма это тракт:

1.от левого предсердия к левому желудочку;

2.верхнего и заднего края синусового узла до предсердно-  
желудочкового узла;

3.переднего края синусового узла до левого предсердия;

4.от правого предсердия к правому желудочку;

5. от предсердно-желудочкового узла и ножки пучка Гиса к миокарду желудочков.

Вопрос №417

При АВ блокаде I степени на ЭКГ отмечается:

1. выпадение комплексов QRS;
2. удлинение интервала PQ;
3. АВ- диссоциация;
4. уширение комплексов QRS;
5. исчезновение зубцов Р.

Вопрос №418

При АВ блокаде II степени на ЭКГ отмечается:

* 1. выпадение комплексов QRS;
  2. удлинение интервала PQ;
  3. прогрессивное удлинение интервалов PQ перед выпадением комплексов QRS;
  4. интервал PQ после паузы всегда короче, чем интервал PQ перед паузой;
  5. все перечисленное.

Вопрос №419

При СА блокаде II степени на ЭКГ отмечается:

1. выпадение комплексов РQRS;

2. 2 прогрессирующее укорочение интервалов Р-Р;

3. пауза СА блокады равна 2R-R;

4. первый после паузы интервал Р-Р более продолжительный, чем перед ней;

5. все перечисленное.

Вопрос №420

На ЭКГ для полной блокады левой ножки пучка Гиса не характерно:

* 1. Комплекс QRS уширен, больше 0,12 секунд;
  2. В отведении V5,6 широкий зубец R;
  3. ВВО в отведениях V5,6 больше 0,08 секунд;
  4. В отведениях V1,2 широкий, глубокий зубец S;
  5. Смещение сегмента ST вниз и (-) зубец Т в отведениях V1,2.

Вопрос №421

Степень аортальной регургитации при цветном Допплеров-

ском сканировании можно определить как тяжелую если площадь струи

занимает следующий процент от объема выносящего тракта левого же-

лудочка:

1. 20-40%;
2. более 40 %;
3. менее 10%;
4. менее 20%;
5. более 50 %.

Вопрос №422

Степень трикуспидальной регургитации при цветном Доппле-

ровском сканировании можно определить как тяжелую если площадь

струи занимает следующий процент от объема правого предсердия:

1. 20-40%;
2. более 40 %;
3. менее 10%;
4. менее 20%;
5. более 50 %.

Вопрос №423

Степень митральной регургитации при цветном Допплеров-

ском сканировании можно определить как тяжелую если площадь струи

занимает следующий процент от объема левого предсердия:

1. 20-40%;
2. более 40 %;
3. менее 10%;
4. менее 20%;
5. 4 верно.

Вопрос №424

Степень аортальной регургитации при цветном Допплеров-

ском сканировании можно определить как средней тяжести если пло-

щадь струи занимает следующий процент от объема выносящего трак-

та левого желудочка:

1. 20-40%;
2. более 40 %;
3. менее 10%;
4. менее 20%;
5. 3 верно.

Вопрос №425

Степень митральной регургитации при цветном Допплеров-

ском сканировании можно определить как средней тяжести если пло-

щадь струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

1. 20-40%;
2. более 40 %;
3. менее 10%;
4. менее 20%;
5. более 50 %.

Вопрос №426

Степень митральной регургитации при цветном Допплеров-

ском сканировании можно определить как небольшую если площадь

струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

1. 20-30%;
2. более 40 %;
3. 30-40%;
4. менее 20%;
5. 3 верно.

Вопрос №427

При исследовании в режиме цветного Допплеровского скани-

рования поток трикуспидального стеноза принято картировать следую-

щим цветом:

1. красно-желтым, турбулентным;
2. желто-синим, турбулентным;
3. красным;
4. синим;
5. 4 верно.

Вопрос №428

При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирова-

ния поток митрального стеноза принято картировать следующим цветом:

1. красно-желтым, турбулентным;
2. желто-синим, турбулентным;
3. красным;
4. синим;
5. 3 верно.

Вопрос №429

При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования кровоток от датчика принято картировать следующим цветом:

1. красно-желтым, турбулентным;
2. желто-синим, турбулентным;
3. красным;
4. синим;
5. 2 верно.

Вопрос №430

При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования кровоток к датчику принято картировать следующим цветом:

1. красно-желтым, турбулентным;
2. желто-синим, турбулентным;
3. красным;
4. синим;
5. 4 верно.

Вопрос №431

Уширение и деформация QRS характерны для:

1. АВ блокады IIIcт. проксимального типа;
2. полной блокады правой ножки пучка Гиса;
3. WPW синдрома;
4. верно 1,2;
5. верно 2,3.

Вопрос №432

Уширение и деформация QRS характерно для:

1. WPW синдрома;
2. полной блокады правой ножки пучка Гиса;
3. АВ блокады I ст.;
4. верно 1,2;
5. верно 1,3.

Вопрос №433

Удлинение и расщепление зубца Р характерно для:

* 1. АВ блокады I ст.;
  2. С-А блокады II ст.;
  3. Мерцания предсердий;
  4. Трепетания предсердий;
  5. межпредсердной диссоциации.

Вопрос №434

Межпредсердная блокада II степени I типа характеризуется:

1. удлиением интервала PQ> 0,22 сек;
2. удлинением `P – P` интервалов с последующим выпадением P-QRS;
3. постепенным увеличением интервала PQ с последующим выпадениемQRS;
4. удлиением з.Р;

5. удлиением и расщеплением зубца Р с последующимвыпадением левопредсердного компонента.

Вопрос №435

Зубец Q в норме отсутсвует в отведениях:

1. V 5,6;
2. I, II;
3. VI, V 2;
4. III, avf;
5. AVE, V 4.

Вопрос №436

К двуполюсным отведениям относятся:

1. I,II,III;
2. AVR, AVL, АVF;
3. Д,А,J ( по небу );
4. верно 1,2;
5. верно 1,3.

Вопрос №437

Огибающая артерия отходит от:

* 1. правой коронарной артерии;
  2. левой коронарной артерии;
  3. может отходить как от правой, так и от левой коронарной артерии;
  4. обычно отходит самостоятельно устьем коронарного синуса;
  5. правильного ответа нет.

Вопрос №438

Из правой коронарной артерии обычно получает кровоснабжение:

1. верхушка;
2. правый желудочек;
3. А-В узел ;
4. боковая стенка левого желудочка;
5. верно 2,3.

Вопрос №439

Диафрагмальная поверхность сердца представлена в основном:

1. правым желудочком;
2. левым желудочком ;
3. правым предсердием;
4. левым предсердием ;
5. верхушкой сердца.

Вопрос №440

Велоэргометричекая проба считается положительной при:

1. жалобах на боли за грудной давящего характера;
2. повышение артериального давления на 25% ;
3. горизонтальной депрессии с.ST на 1 мм;
4. горизонтальной депрессии с. SТ на 0,5;
5. частой желудочковой экстрасистолии.

Вопрос №441

Аортальный клапан состоит из;

1. пяти створок;
2. четырех створок;
3. трех створок;
4. двух створок;
5. одной створки.

Вопрос №442

Критерии прекращения ВЭМ-пробы:

* 1. наджелудочковые экстрасистолы;
  2. повышение АД до 200/90 мм рт.ст;
  3. мерцание предсердия;
  4. физическая усталость;
  5. депрессия с ST на 0,5 мм.

Вопрос №443

Что является центром автоматизма II порядка:

1. клетки Пуркинье;
2. пучок Гиса;
3. А-В узел;
4. пучок Бахмана;
5. С-А узел.

Вопрос №444

Что является центром автоматизма III порядка:

1. С-А узел;
2. пучок Тореля;
3. А-В узел;
4. клетки Пуркинье;
5. пучок Гиса.

Вопрос №445

Центр автоматизма I порядка это:

* 1. А-В узел;
  2. пучок Бахмана;
  3. С-А узел;
  4. ножки пучка Гиса;
  5. пучок Венкебаха.

Вопрос №446

Для диагностики стенокардии напряжения используют:

1. пробу с дипиридамолом;
2. гипервентиляционную пробу;
3. пробу с изодрином;
4. верно 1,2;
5. верно 1,3.

Вопрос №447

Для третьего фунционального класса стенокардии напряжения характерно:

1. метаболичекая стоимость 5,1 МЕ;
2. двойное произведение 195;
3. метаболическая стоимость 3,1 МЕ;
4. верно 1,2;
5. верно 2,3.

Вопрос №448

Для второго функционального класса стенокардии напряжения характерно:

1. двойное произведение 232;
2. метаболическая стоимость 6,1 МЕ;
3. двойное произведение 211;
4. верно 1,3;
5. верно 2,3.

Вопрос №449

Для диагостики вазоспастической стенокардии используют:

1. пробу с дипиридамолах;
2. ВЭМ – пробу;
3. гипервентиляционную пробу;
4. пробу с изодрином;
5. правильного ответа нет.

Вопрос №450

Критерии прекращения ВЭМ – пробы:

1. Повыение артериального давления до 230/120 мм. рт.ст.;
2. Повышение артериального давления на 25% от исходного;
3. снижение артериального давления на 10%;
4. верно 2,3;
5. верно 1,3.

Вопрос №451

Нарушение глобальной сократимости левого желудочка характерно для:

1. постинфарктного кардиосклероза;
2. дилатационной кардиомиопатии;
3. декомпенсации порока;
4. верно все;
5. все не верно.

Вопрос №452Специальным тестом для диагностики вариантной стенокардии Принцметала является:

1. Проба с дипиридамолом;
2. Велоэргометрия;
3. ЧПЭС предсердий;
4. Проба с обзиданом;
5. Гипервентиляционная и холодовая пробы.

Вопрос №453

Вегетации небольших размеров при инфекционном эндокар-

дите составляют в диаметре:

1. 10-20мм;
2. менее 5 мм;
3. 5-10 мм;
4. более 10 мм;
5. верно все.

Вопрос №454

Эхокардиографическими признаками острого инфаркта мио-

карда правого желудочка являются:

1. дилатация нижней полой вены;

2. трикуспидальная регургитация;

3. нарушение глобальной сократимости правого желудочка;

4. дилатация правого желудочка;

5. верно все.

Вопрос №455

Вегетации умеренных размеров при инфекционном эндокар-

дите составляют в диаметре:

1. 10-20 мм;

2. менее 5 мм;

3. 5-10 мм;

4. более 10 мм;

5. все вышеперечисленные.

Вопрос №456

При эхокардиографическом исследовании у больных с вегета-

циями больших размеров при инфекционном эндокардите диагностируют:

1. дилатацию камер сердца;

2. наличие регургитации;

3. выпот в полости перикарда;

4. нарушение целостности хордального аппарата пораженного клапана;

5. верно все.

Вопрос №457

Критерии прекращения диагностической ВЭМ-пробы (укажите неправильный ответ):

1. Изменения сегмента ST ишемического характера;
2. Падение систолического АД на 25-30%;
3. Усталость;
4. Возникновение приступов стенокардии;
5. Появление тяжелой одышки, удушья.

Вопрос №458

Проведение ВЭМ противопоказано при нижеописанных состояниях, кроме:

1. Выраженном стенозе устья аорты;
2. Внутрисердечном тромбе;
3. Выраженной недостаточности кровообращения;
4. При ОИМ в ст рубцевания;
5. При желудочковой экстрасистолии IV, V ст по Лауну.

Вопрос №459

Систолическое давление в легочной артерии может быть из-

мерено как:

1. диастолический градиент давления между легочной артерией и

правым желудочком давление в правом предсердии;

2. систолический градиент давления между левым предсердием

и левым желудочком;

3. систолический градиент давления между правым предсердием

и правым желудочком + давление в правом предсердии;

4. диастолический градиент давления между левым предсердием

и левым желудочком;

5. диастолический градиент давления между правым предсердием и правым желудочком.

Вопрос №460

Причиной легочной регургитации могут явится:

1. легочная гипертензия;

2. ревматизм;

3. кальциноз створок;

4. карциноидный синдром;

5. верно все.

Вопрос №461

Степень аортальной регургитации при цветном Допплеров-

ском сканировании можно определить как тяжелую если площадь струи

занимает следующий процент от объема выносящего тракта левого же-

лудочка:

1. 10-20%;
2. 20-40%;
3. более 40 %;
4. менее 10%;
5. менее 20%.

Вопрос №462

Степень трикуспидальной регургитации при цветном Доппле-

ровском сканировании можно определить как тяжелую если площадь

струи занимает следующий процент от объема правого предсердия:

1. 10-20%;
2. 20-40%;
3. более 40 %;
4. менее 10%;

5. менее 20%.

Вопрос №463

Степень митральной регургитации при цветном Допплеров-

ском сканировании можно определить как тяжелую если площадь струи

занимает следующий процент от объема левого предсердия:

1. 10-20%;
2. 20-40%;
3. более 40 %;
4. менее 10%;
5. менее 20%.

Вопрос №464

Степень аортальной регургитации при цветном Допплеров-

ском сканировании можно определить как средней тяжести если пло-

щадь струи занимает следующий процент от объема выносящего трак-

та левого желудочка:

1. 50-60%;
2. 20-40%;
3. более 40 %;
4. менее 10%;
5. менее 20%.

Вопрос №465

Степень митральной регургитации при цветном Допплеров-

ском сканировании можно определить как средней тяжести если пло-

щадь струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

1. 20-40%;
2. более 40 %;
3. менее 10%;
4. менее 20%;
5. менее 10%.

Вопрос №466

Степень митральной регургитации при цветном Допплеров-

ском сканировании можно определить как небольшую если площадь

струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

1. 20-30%;
2. более 40 %;
3. 30-40%;
4. менее 20%;
5. менее 10%.

Вопрос №467

При исследовании в режиме цветного Допплеровского скани-

рования поток трикуспидального стеноза принято картировать следую-

щим цветом:

1. красно-желтым, турбулентным;
2. желто-синим, турбулентным;
3. красным;
4. синим;
5. черно-белым.

Вопрос №468

При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирова-

ния поток митрального стеноза принято картировать следующим цветом:

1. красно-желтым, турбулентным;
2. желто-синим, турбулентным;
3. красным;
4. синим;
5. черно-белым.

Вопрос №469

При исследовании в режиме цветного Допплеровского скани-

рования кровоток от датчика принято картировать следующим цветом:

1. красно-желтым, турбулентным;
2. желто-синим, турбулентным;
3. синим;
4. черно-белым;
5. красным.

Вопрос №470

При исследовании в режиме цветного Допплеровского скани-

рования кровоток к датчику принято картировать следующим цветом:

1. красно-желтым, турбулентным;
2. желто-синим, турбулентным;
3. красным;
4. синим;
5. черно-белым.

Вопрос №471

Одним из отличий  эхографической  картины  дивертикула  желчного  пузыря от околопузырного абсцесса является:  
 1. наличие сообщения между  полостью  желчного  пузыря  и  жидкостной  
   структурой рядом;  
 2. отсутствие сообщения между полостью желчного пузыря  и  жидкостной  
  структурой рядом;  
 3. выявление взвешенных частиц в полости дивертикула;

4. все ответы не верны;

5. верны 1 и 3.

Вопрос №472

Поддиафрагмальный абсцесс визуализируется:  
1. между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы;  
2. между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки;  
3. под висцеральной поверхностью печени и селезенки;

4. в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы;  
5. между контуром капсулы печени (или селезенки)  и  основной  массой  
    паренхимы.

Вопрос №473

По параметрам цвета при обычной методике цветовой допплерографии  невозможно:  
 1. определить направление кровотока в сосудах;  
 2. приблизительно определить раскладку скоростных  параметров  потока  
    крови на протяжении сосуда;  
3.приблизительно определить объемную скорость кровотока в сосуде;  
4. в большинстве случаев для средних  и  крупных  сосудов  определить  
    характер кровотока (артериальный, венозный);  
5. в большинстве случаев для средних  и  крупных  сосудов  определить  
    характер кровотока (ламинарный,  турбулентный)  в  конкретном  участке  
    сосуда.

Вопрос №474

Нормальная эхокартина  полости  желчного  пузыря  представляется  как:  
1. эхонегативное пространство;  
2. эхонегативное пространство с линейными эхо-сигналами вдоль  задней  
    стенки желчного пузыря в области шейки;  
3. эхонегативное  пространство  с  линейными   эхо-сигналами   вдоль  
    передней стенки желчного пузыря;  
4. эхонегативное пространство с мелкодисперсной эхогенной взвесью;  
5. полость желчного пузыря в норме не визуализируется.

Вопрос №475

Оптимальным методом для УЗИ предстательной железы является:  
1. трансабдоминальное сканирование;  
2. трансректальное;  
3.трансуретральное;  
4.транслюмбальное;  
5.фармакоэхография.

Вопрос №476

Ультразвуковым признаком портальной гипертензии не является:  
1. увеличение желчного пузыря;

2. расширение селезеночной вены более 6 мм в диаметре;  
3. расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре;  
4. увеличение селезенки;  
5. выявление порто-кавальных анастомозов.

Вопрос №477

Повышение эхогенности печени это проявление:  
1. улучшения звукопроводимости тканью печени;  
2.  улучшения качества ультразвуковых приборов;

3.  ухудшения звукопроводимости тканью печени;  
4.  правильной настройки ультразвукового прибора;

5. все ответы не верны.

Вопрос №478

Назовите эхографическую особенность кист почечного синуса:

1. полость таких кист гипоэхогенна;  
2. за ними не определяется дорсальное усиление;  
3. в полости кист определяется внутренняя эхоструктура;

4. имеют форму дилатированной чашечки, лоханки;  
5.стенки кисты неравномерно утолщены.

Вопрос №479

При разрыве селезенки как дополнительный эхографический  признак может выявляться:

 1. наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве;  
2. гипоэхогенность капсулы в области разрыва;  
 3. дистальное усиление за зоной разрыва;  
4. дистальное ослабление за зоной разрыва.

5. гиперэхогенность капсулы в области разрыва.

Вопрос №480

При ультразвуковом исследовании анатомическим ориентиром границы  передней поверхности головки поджелудочной железы служит:  
 1. воротная вена;  
 2. нижний край печени;  
 3. задняя стенка пилорического отдела желудка;  
 4. гастродуоденальная артерия;  
 5. луковица 12-перстной кишки.  
  
Вопрос №481

Минимальный размер конкремента в желчном пузыре,  выявляемого  с помощью  ультразвукового  исследования  в  стандартных   условиях  на приборах среднего класса, составляет:  
1.  0,5 мм;  
2.  1 мм;  
3. 2 мм;  
4.  3 мм;  
5.  4 мм.  
  
Вопрос №482

Подпеченочный абсцесс визуализируется:  
1. между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы;  
2. между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки;  
3. в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы;

4. под висцеральной поверхностью печени;  
5. между контуром капсулы печени (или селезенки)  и  основной  массой  
    паренхимы.

Вопрос №483

Обычная  методика  цветовой  допплерографии  при   исследовании  
      очаговых изменений печени позволяет:  
1. достоверно  определить   степень   и   структуру   васкуляризации  
    измененного участка;  
2. выявить  нарушение  строения  сосудистого  дерева  печени  в  зоне  
    очаговых изменений;  
3. при наличии солидного поражения с высокой  степенью  достоверности  
дифференцировать   доброкачественный   и   злокачественный    характер  
    поражения;  
4. достоверно  выявить  наличие  патологической  неоваскуляризации  в  
    злокачественном новообразовании;  
5. верно 1 и 4.  
  
Вопрос №484

Что такое дуплексное сканирование:

1.одновременное использование двух режимов изображения;  
2.Черно-белое двумерное изображение(в режиме серой шкалы);  
3.спектральная или цветная допплерография;  
4. верно 2,3;

5. верно все.  
  
Вопрос №485

При ультразвуковом исследовании структуру щитовидной железы можно отнести к:

1. жидкость-содержащему органу;  
2. паренхиматозному органу;  
3. Органу смешанного кистозно-солидного строения;   
4. Все ответы верны;

5. все ответы не верны.

Вопрос №486

Ультразвук - это звук, частота которого не ниже:  
1. 15 кГц;  
2. 1 МГц;  
3. 30 Гц;

4. 20000 Гц;   
5. 20 Гц.

Вопрос №487

Простая серозная киста визуализируется в виде:  
1. многокамерного образования с эхопозитивной взвесью;  
2. многокамерного образования с папиллярными разрастаниями;

3.однокамерного тонкостенного образования с однородным содержимым;  
4. многокамерного образования с толстыми перегородками;  
5. верно все.  
  
Вопрос №488

В стандартных условиях желчный конкремент визуализируется как:  
1.инкапсулированная структура;  
2. солидное образование;  
3. структура не дающая отражения;

4. гиперэхогенная криволинейная структура;  
5. гиперэхогенное солидное образование.

Вопрос №489

Для эхографической  картины  печеночного  абсцесса  в  острую  и подострую фазы характерны все признаки, кроме:  
1. выявляется полость с неоднородным  содержимым  и  часто  неровными контурами;  
2. в полости определяется наличие жидкого и густого содержимого часто с образованием уровня;  
3. часто в полости абсцесса выявляются пузырьки газа;  
4. в большинстве случаев визуализируется тонкостенная  гиперэхогенная капсула;  
5. в окружающей паренхиме печени часто  визуализируется  неоднородный ободок повышенной эхогенности неравномерной толщины;  
6.  верно 2,3 и 4.  
  
Вопрос №490

Достаточным условием адекватного ультразвукового исследования мочевого пузыря является:  
 1.наполнение мочевого пузыря до 50мл;  
 2. наполнение мочевого пузыря до 100мл;  
 3. наполнение мочевого пузыря до 250мл;  
 4. наполнение мочевого пузыря до 450мл;  
 5. наполнение мочевого пузыря до 650мл.

Вопрос №491

Для диагностики стенокардии напряжения используют:

пробу с:

1. Дипиридамолом;
2. гипервентиляционную пробу;
3. пробу с изодрином;
4. верно 1,2;
5. верно 1,3.

Вопрос №492

Для третьего фунционального класса стенокардии напряжения характерно:

1. стоимость 5,1 МЕ;
2. двойное произведение 195;
3. метаболичекая метаболическая стоимость 3,1 МЕ;
4. верно 1,2;
5. верно 2,3.

Вопрос №493

Для второго функционального класса стенокардии напряжения характерно:

1. двойное произведение 232;
2. метаболическая стоимость 6,1 МЕ;
3. двойное произведение 211;
4. верно 1,2;
5. верно 2,3.

Вопрос №494

Для диагостики вазоспастической стенокардии используют:

1. пробу с дипиридамолах;
2. ВЭМ – пробу;
3. гипервентиляционную пробу;
4. пробу с изодрином;
5. правильного ответа нет.

Вопрос №495

Критерии прекращения ВЭМ – пробы:

1. Повыение артериального давления до 230/120 мм РТ.ст.;
2. Повышение артериального давления на 25% от исходного;
3. снижение артериального давления на 10%;
4. верно 2,3;
5. верно 1,3.

Вопрос №496

Нарушение глобальной сократимости левого желудочка характерно для:

1. постинфарктного кардиосклероза;
2. дилатационной кардиомиопатии;
3. декомпенсации порока;
4. верно все;
5. все не верно.

Вопрос №497

Специальным тестом для диагностики вариантной стенокардии Принцметала является:

1. Проба с дипиридамолом;
2. Велоэргометрия;
3. ЧПЭС предсердий;
4. Проба с обзиданом;
5. Гипервентиляционная и холодовая пробы.

Вопрос №498

Вегетации небольших размеров при инфекционном эндокардите составляют в диаметре:

1. 10-20мм;
2. менее 5 мм;
3. 5-10 мм;
4. более 10 мм;
5. верно все.

Вопрос №499

Эхокардиографическими признаками острого инфаркта миокарда правого желудочка являются:

1. дилатация нижней полой вены;
2. трикуспидальная регургитация;
3. нарушение глобальной сократимости правого желудочка;
4. дилатация правого желудочка;
5. верно все.

Вопрос №500

Вегетации умеренных размеров при инфекционном эндокардите составляют в диаметре:

1. 10-20 мм;

2. менее 5 мм;

3.5-10 мм;

4. более 10 мм;

5.все вышеперечисленные.