001. Соответствует ли температура в помещении 20-25°C нормальным условиям хранения электрокардиографа и другой аппаратуры:

да

нет

002. При скорости движения бумаги 50 мм/с, продолжительность 1 мм равна:

0,01 с

0,02 с

0,03 с

0,04 с

0,05 с

003. Необходимые средства для оказания экстренной помощи кардиологическим больным в ЭКГ-кабинете:

нитроглицерин

наркотики, пипольфен, инсулин

аспаркам

004. Расчетная норма нагрузки для врача и медицинской сестры отделения функциональной диагностики при 7-дневной рабочей неделе:

24 усл.ед.

33 усл.ед.

45 усл.ед.

005. В ЭКГ-кабинете кушетка должна находиться от проводов электросети на расстоянии:

50 см

1 м

1,5 - 2 м

006. Какова расчетная норма нагрузки для врача и медицинской сестры отделения функциональной диагностики на 6,5-часовой рабочий день:

24 усл.ед.

33 усл.ед.

45 усл.ед.

007. Норматив времени на одно холтеровское 24-часовое мониторирование ЭКГ:

6 усл.ед.

12 усл.ед.

18 усл.ед.

008. Укажите норматив времени на одно холтеровское 24-часовое мониторирование ЭКГ:

6 усл.ед.

12 усл.ед.

18 усл.ед.

009. Нормальный параметр корригированного времени восстановления функции синусового узла:

> 595 мсек

< 595 мсек

> 640 мсек

010. Норматив на проведение одной велоэргометрии на врача функциональной диагностики в режиме ступенеобразновозрастающей непрерывной нагрузки:

6 усл.ед.

12 усл. ед.

18 усл.ед.

011. Стандартная скорость движения бумаги в электрокардиографе:

20 мм/сек

50 мм/сек

100 мм/сек

012. Горизонтальное смещение ST более 1 мм, как реакция на физическую нагрузку, характерно для:

НЦД

ИБС

миокардита

гипертонической болезни

кардиалгии

диафрагмальной грыжи

013. При проведении пробы с дозированной физической нагрузкой можно:

уточнить диагноз ишемической болезни сердца

определить толерантность к физической нагрузке

оценить эффективность терапии нарушений ритма

выявить нарушения ритма, которые могут быть у больного

все варианты верны

014. Состояния, требующие особого внимания при проведении ВЭМ:

потливость

экстрасистолия в анамнезе

прием b-блокаторов

язвенная болезнь желудка

блокада правой ножки пучка Гиса

015. Критерии значимого смещения сегмента ST при холтеровскоммониторировании ЭКГ:

депрессия сегмента ST более 1 мм на расстоянии 60 мсекот точки j,горизонтального или косонисходящего типа

продолжительность депрессии более 1 мин.

минимальное время нормализации изменений сегмента ST более 1 мин

все варианты верны

016. Проведение ВЭМ прекращается, если со стороны сердца возникают:

выраженные нарушения функции проводимости на разных уровнях

аритмии с частыми (1:10) экстрасистолами

ранние желудочковые экстрасистолы

AV-блокада I степени

наджелудочковая экстрасистолия с частотой менее 1:10

редкие желудочковые экстрасистолы

017. Если в отведении AVL амплитуда R наибольшая, а во II отведении амплитуда R= S, угол альфа равен:

0 градусов

+90 градусов

-30 градусов

-60 градусов

018. В понятие "Парадоксальная проба" при проведении пробы с нитроглицерином и бета-блокаторами вкладывается:

улучшение процессов реполяризации на ЭКГ

отсутствие изменений на ЭКГ

повышение артериального давления

ухудшение процессов реполяризации

019. Возможные причины остановки ВЭМ, связанные с АД и ЧСС:

неизменность или снижение АД во время ВЭМ

снижение АД диастолического

достижение должной нагрузки

020. ЭКГ-признаки остановки ВЭМ, связанные с изменением зубцов:

реверсия исходно негативного з. Т в период восстановления

углубление и расширение з. Q или QS

увеличение вольтажа з. P

021. Показания для проведения пробы с атропином:

синусовая тахикардия

желудочковая экстрасистолия

нарушения AВ-проводимости

022. Обнаружение каких объективных проявлений неадекватности реакции на нагрузку является основанием к прекращению ВЭМ:

холодный пот, цианоз

повышение АД до 200/90 мм.рт.ст.

гиперемия лица

023. Противопоказания для проведения пробы с хлористым калием:

гастриты

язвенная болезнь

AV-блокады по ЭКГ

Все перечисленное верно

024. Критерии выявления проаритмогенного влияния антиаритмической терапии по данным ХМ ЭКГ:

четырехкратное увеличение общего суточного числа желудочковых экстрасистол

10-ти кратное увеличение парных желудочковых экстрасистол

появление эпизодов неустойчивой желудочковых тахикардии

появление новой морфологической формы желудочковой тахикардии

Все перечисленное верно

025. Абсолютные клинические противопоказания к проведению ВЭМ:

заболевания сердца, протекающие с цианозом

недостаточность кровообращения 2-3 ст.

тромбофлебит

026. Достоверный ЭКГ-признак ишемии миокарда при проведении пробы с физической нагрузкой:

горизонтальная депрессия сегмента ST

инверсия зубца T

появление нарушений ритма и проводимости

027. Причины остановки ВЭМ при обнаружении субъективных проявлений неадекватности реакций на нагрузку:

нарастающая слабость

резкое утомление

головокружение

затрудненное дыхание

отказ больного от проведения пробы

все перечисленное верно

028. Какие отклонения выявляются при аускультации и регистрации ФКГ у больного с гипертонической болезнью II-III ст.:

усиление 1 тона на верхушке

ослабление 1 тона на верхушке

акцент 2 тона над аортой

029. ЭКГ-признаки, указывающие на необходимость прекращения ВЭМ:

снижение сегмента ST горизонтального типа на 1 мм и более

снижение сегмента ST с вогнутостью, направленной вверх на 2 мм

косовосходящая депрессия сегмент ST, точки j> 2мм от изолинии, отрезок q-x> 50%

снижение сегмента STкосонисходящее, продолжительность снижения участка > 0,08 сек

все перечисленное верно

030. Проведение холодовой пробы следует прекратить при:

повышении систолического АД до 170 мм рт.ст.

приступе стенокардии

синусовой тахикардии до 120 сокр./мин

031. Относительные клинические противопоказания к проведению ВЭМ:

период реконвалесценции менее 3 мес. после перенесенного инфаркта миокарда

хронические формы эндо- или миокардита

выраженная артериальная гипертония (АД 240/120 мм рт.ст. и более)

болезни обмена (диабет, тиреотоксикоз, микседема)

наличие ЭКС класса АОО

все перечисленное верно

032. Нарушения ритма, имеющие положительное значение в диагностике аритмогенных причин пароксизмальных расстройств сознания (синкопе, пресинкопе) при ХМ ЭКГ:

АВ-блокада III или II степени типа Мобица

мерцательная аритмия с ЧСС для желудочков более 180 в мин.

частая желудочковая экстрасистолия

033. Какие экстрасистолы относятся к ранним:

возникающие в середине диастолы

возникающие в конце диастолы

возникающие через 0,05 сек после з. Т

наслаивающиеся на з.Т

возникающие после з.U

034. Что характерно для предсердной экстрасистолии:

p. Р эктопический, преждевременный

з. Р уширен во всех отведениях более 0,12 сек.

з. Р перед QRS отсутствует

комплекс QRS уширен более0,12 сек., деформирован

035. ЭКГ-признаки мерцательной аритмии:

формула синусового ритма не нарушена

зубец P отсутствует, аритмия для желудочков

зубец P находится за QRS

для желудочков правильный ритм

036. Чем проявляется гипертрофия и перегрузка предсердий на ЭКГ:

увеличением амплитуды з. Р

уширением з. Р

изменением положения электрической оси предсердий

все перечисленное верно

037. Что можно отнести к нарушениям проводимости:

AV-диссоциацию

отказ синусового узла

сино-атриальные блокады

038. Возможные последствия, связанные с приемом b-адреноблокаторов:

удлинение интервала PQ

увеличение амплитуды з. Т

укорочение интервала QT

039. Признаки синусовой брадикардии:

зубец P отсутствует

частота ритма 30 в мин.

внезапное начало

частота ритма 40-60 в мин.

040. Нормальные параметры з. Р:

ширина з. Р 0,03-0,06

ширина з. Р 0,07-0,10, амплитуда з. Р=0,5-2,5 мм

эл. ось предсердий 20-30 градусов

амплитуда з. Р=2,5-4,0 мм

041. Признаки типичной желудочковой парасистолии:

отсутствие устойчивого интервала сцепления, колебание интервалов > 0,1 сек.

наличие сливных желудочковых комплексов с предшествующимз. P

наличие общего делителя для всех межэктопических интервалов

возникновение QRS в поздней диастоле

все пречисленное верно

042. Чем преходящая внутрижелудочковая блокада отличается от желудочковой экстрасистолии:

наличием перед комплексом QRS з. P, одинаковой формой всех зубцов Р

отсутствием перед комплексом QRS з. P

разностью интервалов Р-Р

преждевременностью комплекса QRS

043. Признаки перегрузки левого предсердия:

расширение з. Р более 0,1сек во II и AVL отведениях

расширение (более 0,04сек) и углубление отрицательной фазы з. Р в VI

двугорбый з. Р в отведениях I, AYL, Y5-6

отклонение электрооси предсердий влево

все перечисленное верно

044. Ситуации, в которых при полной AV-блокаде может быть аритмия для желудочков:

полная AV-блокада на стволовом уровне и перемежающаяся блокада ножек пучка Гиса

синдром Фредерика

полная узловая AV-блокада, ритм из AV-соединения перемежающаяся с ритмом низлежащих отделов

полная AV-блокада и полная блокада правой ножки пучка Гиса

045. Основные признаки блокады передне-верхнего разветвления левой ножки пучка Гиса:

угол альфа > -30°, SII-SIII > или = RII-RIII, комплекс QRS < 0.12 сек

угол альфа < 10°

комплекс QRS > 0.12 сек

синдром SI-Q III

046. ЭКГ-признаки острой перегрузки сердца при ТЭЛА:

появление глубокогоз. Q в III отведении

появление глубокогоз. S в I отведении

увеличение амплитуды з. R в отведении V1

появление глубокогоз. S в отведении V5-6

все перечисленное верно

047. Признаки AВ-блокады II степени II типа:

зубец P преждевременный без QRS

интервал P-Q удлинен, выпадения QRS нет

интервал P-Q нормальный, в одном из комплексов з. P синусовый без QRS

увеличение продолжительности з. P, интервала P-Q, комплекса QRS

048. Характерные признаки желудочковой экстрасистолии:

преждевременность

зубец Р отсутствует перед QRS

компенсаторная пауза полная

сегмент S-T направлен в противоположную сторону от QRS

все перечисленное верно

049. Нормальные параметры зубца Q:

зубец = 1/2-1/3 R

зубец = 1/4-1/5 R, зубец = 1/5-1/6 R, зубец = 0,01-0,03 сек.

зубец = 0,04-0,05 сек.

зубец = 0,05-0,06 сек.

050. Какие нарушения ритма можно отнести к параритмии:

парасистолия

синдром Фредерика

полная AV-диссоциация

полная AV-блокада

все перечисленное верно

051. Нормальные параметры интервала PQ:

P-Q = 0,04-0,08 сек

P-Q = 0,09-0,12 сек

P-Q = 0,12-0,20 сек

P-Q = 0,21-0,23 сек

P-Q = 0,24-0,26 сек

052. При повороте верхушки сердца кпереди на ЭКГ регистрируются:

появление з. Q в I отведении и з. S в III отведении

появление з. Q в I, II, III, AVF, AVL отведениях, исчезновение з. S в I, II, III, AVF отведениях

появление з. S в I, II, III, AVF отведениях

исчезновение з. Q в I, II, III, AVF отведениях

углубление з. Q в V5-6

053. Предвестники синдрома слабости синусового узла:

миграция источника ритма

постэкстрасистолическая депрессия синусового узла

выскальзывающие сокращения

синусовая брадикардия

все перечисленное верно

054. Основные признаки синдрома WPW типа А:

дельта-волна в III и AVF отведениях отрицательная

дельта-волна в III и V1 отведениях положительная, комплекс QRS в правых и левых грудных отведениях направлен вверх

комплекс QRS в V1 имеет форму qrSили QS

дельта-волна отсутствует, интервал P-Q < 0.12

055. Какие нарушения ритма можно отнести к предфибрилляторному состоянию предсердий:

узловая тахикардия

частые политопные предсердные экстрасистолы

синусовая тахикардия

056. Признаки синоатриальной блокады II степени II типа:

з. Р синусовый, QRS отсутствует

з. Р преждевременный без QRS

внезапное выпадение з. Р и QRS

интервал P-Q до 0,24 сек.

деформация комплекса QRS

057. Какие желудочковые экстрасистолы относятся к частым по данным ХМЭКГ:

до 30 в час

более 30 в час

более 10 в час

058. Основные функции мембраны:

передача нервного импульса

место локализации электролитных насосов

локализация рецепторов

поддержание ионного равновесия внутри и вне клетки

все перечисленное верно

059. Типичный признак коронарной недостаточности:

инверсия з. Т

высокий гигантский з. Т

косовосходящее смещение сегмента S-T

горизонтальная депрессия сегмента S-T

преходящая внутрижелудочковая блокада

060. Назовите признаки AV-диссоциации:

предсердия сокращаются в своем ритме, более медленном по отношению к желудочкам

сокращение предсердий отсутствует, на ЭКГ - желудочковые комплексы

предсердия сокращаются в своем ритме, более частом по отношению к желудочкам

преждевременные комплексы P-QRS-T по типу бигеминии

мерцание предсердий в сочетании с полной АВ блокадой, для желудочков-идиовентрикулярный ритм

мигрирующий предсердный ритм

061. Какие экстрасистолы относятся к ранним:

возникающие в середине диастолы

возникающие в конце диастолы

возникающие через 0,05 сек. после з. Т

наслаивающиеся на з. Т

возникающие после з. U

062. ЭКГ -признаки экстрасистолии:

постоянный интервал сцепления

компенсаторная пауза полная

компенсаторная пауза неполная

преждевременное возникновение импульса

все перечисленное верно

063. Признаки AB-блокады II степени II типа:

з. Р преждевременный без QRS

интервал P-Q удлинен, выпадения QRS нет

интервал P-Q нормальный, в одном из комплексов з. Р синусовый без QRS

увеличение продолжительности з. Р, интервала P-Q, комплекса QRS

064. Относительные противопоказания к проведению ВЭМ:

синусовая тахикардия с ЧСС 100 и более

частые групповые и ранние экстрасистолы

блокада левой ножки пучка Гиса, синдром W-P-W

умеренно выраженный стеноз аорты

выраженная дилатация сердца

легочная недостаточность с уменьшением ЖЕЛ < 50 %

все варианты верны

065. Какие нарушения ритма можно отнести к номотопным:

предсердную пароксизмальную тахикардию

сино-атриальную блокаду

синусовую тахикардию

замещающий гетеротопный ритм

ускоренный идиовентрикулярный ритм

066. Основные центры автоматизма:

ушко правого предсердия

А-B соединение, волокна Пуркинье, синусовый узел

левое предсердие

межпредсердная перегородка

067. Признаки синусового ритма:

положительный з. Р перед QRS, постоянное расстояние P-Q в пределах 0,12-0,20 сек.

положительный з. Р после QRS

изменение полярности з. Р В AVR

изменяющееся расстояние P-Q, з. Р не связан с QRS

068. Как называются следующие подряд 3 экстрасистолы:

тригеминия

неустойчивая тахикардия

069. Нормальные параметры з. R:

RIII>RII>RI

R II > R I > R III, RV4 >RV5 >RV6, ширина з. R = 0,08-0,10

R V6 > R V5 > R V4 > R V3 > R V2 > R V1

ширина з. R = 0,11-0,13

070. Какие экстрасистолы относятся к частым:

до 5 в мин.

более 15 в мин.

071. Что из перечисленного может быть связано с гипокалиемией:

уменьшение амплитуды з. Т

высокие остроконечные з. Т

уширение комплекса QRS

072. Назовите предвестники синдрома слабости синусового узла:

миграция источника ритма

синусовая брадиаритмия

постэкстрасистолическая депрессия синусового узла

выскальзывающие сокращения

все перечисленное верно

073. Как определяется вертикальная позиция сердца:

высоком з. R В AVL и глубоком з. SВ AVF

высокие з. R В AVL и AVF отведениях

глубоком з. S В AVL и AVF отведениях

высоком з. R В AVF и глубоком з. S В AVL

з. R В AVL равен з.R В AVF

074. Интервал РR в норме не должен быть меньше:

0,15 сек.

0,12 сек.

0,10 сек.

0,08 сек.

0,05 сек.

075. Ось отведения АVF перпендикулярна оси:

I отведения

II отведения

III отведения

отведения AVL

076. Основные признаки блокады передне-верхнего разветвления левой ножки пучка Гиса:

угол альфа больше 30°, SII-SIII > RII-RIII, комплекс QRS < 0,12 сек.

угол альфа меньше 10°

комплекс QRS > 0,12 сек.

синдром SI-Q III

077. Признаки гипертрофии левого предсердия на ЭКГ:

увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1

увеличение высоты зубца Р в отведениях II, III и AVF

заостренная форма зубцов Р

078. Признаки гипертрофии левого предсердия на ЭКГ:

увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1

двугорбость зубца Р

уширение зубца Р более 0,11 с

079. Двухфазный зубец Р чаще всего регистрируется в норме в отведении:

AVF

III

VI

AVR

080. Вольтажным критерием гипертрофии левого желудочка (индексом Соколова-Лайона) считается увеличение суммарной амплитуды зубцов R (в отведении V5 или V6) и S (в отведении V1 или V2) более:

20 мм

25 мм

30 мм

35 мм

40 мм

081. Укажите, в каких случаях регистрируются высокиез. R в грудных отведениях V1-V2:

вариант нормальной ЭКГ

инфаркт задне-базальных отделов левого желудочка

отклонение верхушки сердца кзади

отклонение верхушки сердца кпереди

082. ЭКГ-признаки рецидива инфаркта миокарда:

омоложение признаков инфаркта миокарда в основных отведениях

углубление и уширение патологическогоз. Q

расширение зоны некроза

исчезновение признаков рубцовых изменений на противоположной стенке

все перечисленное верно

083. Признаки желудочковой экстрасистолии:

преждевременность

з. Р отсутствует перед QRS

компенсаторная пауза полная

сегмент S-T направлен в противоположную сторону от QRS

все перечисленное верно

084. Гипертрофия и перегрузка левого желудочка проявляется:

смещением электрооси сердца влево, смещением переходной зоны вправо в грудных отведениях

смещением электрооси сердца вправо

смещением переходной зоны влево в грудных отведениях

потерей инверсии з. Т в грудных отведениях

085. Признаки АВ-блокады III степени:

интервалы P-P > R-R, параритмия

интервалы P-P < R-R, параритмия

интервалы P-P = R-R, параритмия

зубец Р отсутствует, водитель ритма из А-В соединения

зубец Р отрицательный после QRS

086. С помощью каких регуляторных белков осуществляется сопряжение возбуждения и сокращения:

миозин

альбумин

миоглобин

тропонин

актин

087. Основные признаки синдрома WPW типа А:

дельта-волна в III и AVF отведениях отрицательная

дельта-волна в III и V1 отведениях положительная, комплекс QRS в правых и левых грудных отведениях направлен вверх

комплекс QRS в V1 имеет форму QS или qrS

дельта-волна отсутствует, интервал P-Q 0,12

088. Какие изменения в миокарде могут быть обратимыми при остром коронарном синдроме:

субэндокардиальный некроз

субэндокардиальное повреждение

089. Чем отличается приходящая внутрижелудочковая блокада от желудочковой экстрасистолии:

наличие перед комплексом QRS з. Р

отсутствие перед комплексом QRS з. Р

интервалы Р-Р разные

внезапное уширение комплекса QRS

090. Изменения, характерные для поворота сердца вокруг продольной оси по часовой стрелке:

переходная зона смещается вправо

переходная зона смещается влево

091. Критерии повышенного АД по результатам СМАД:

ср/сут. АД больше 140/90мм рт. ст.

ср/сут. АД больше 135/85 мм рт. ст.

ср/сут. АД больше 150/95 мм рт. ст.

дневные значения АД более 150/90 мм рт. ст.

дневные значения АД более 140/85 мм рт. ст.

дневные значения АД более 160/95 мм рт. ст.

ночные значения АД более 130/80 мм рт. ст.

ночные значения АД менее 140/90 мм рт. ст.

все перечисленное верно

092. Заболевание, при котором характерен патологический з. Q:

ишемия миокарда

некроз

гипоксия

повреждение

093. По каким формулам определяется скорость утреннего подъема:

 (САДmax - САДmin) / (tmax - tmin)

(ДАДmax - ДАДmin) / (tmax - tmin)

(САД ср - ДАД ср) / (tmax - tmin)

094. Признаки, характерные для типичнойпарасистолии:

отсутствие компенсаторной паузы

разные предэктопические интервалы

возникновение QRS в поздней диастоле

возникновение QRS в ранней диастоле

наличие "сливных" комплексов

все варианты верны

095. Что такое бигеминия:

две идущие подряд экстрасистолы

экстрасистола после каждого импульса основного ритма

096. Признаки синусовой тахикардии:

внезапное начало и внезапный конец, частота ритма 200 и более в минуту

постепенное начало и постепенный конец, частота ритма 150 в минуту

аритмия более 0,15 сек.

097. Какие признаки предсердной блокады I степени:

з. Р уширен> 0,12 сек.

з. Руширен до 0,11 сек.

удлинение интервала P-Q за счет сегмента P-Q

деформация комплекса QRS

выпадение предсердных комплексов

098. Какие экстрасистолии относят к экстрасистолам высоких градаций или угрожающим:

политопные экстрасистолы

три подряд и больше экстрасистол

желудочковые экстрасистолы типа R на T

спаренные экстрасистолы

все перечисленное верно

099. Отрицательный зубец Р при узловой пароксизмальной тaxикардии чаще расположен:

за комплексом QRS

перед комплексом QRS

совпадает с комплексом QRS

100. Что из перечисленного может быть связано с гиперкалиемией:

укорочение интервала QT

высокие, остроконечные з. Т

уширение комплекса QRS

все перечисленное верно

101. Признаком пароксизмальной синоатриальнойтaxикардии является:

внезапное начало и внезапный конец тахикардии

положительный зубец Р перед комплексом QRS в большинстве отведений

в некоторых случаях наличие АВ-блокады

все варианты верны

102. Признаки пароксизмальной желудочковой тaxикардии:

уширение комплекса QRS > 0,14"

наличие синусовых зубцов Р, не связанных с комплексом QRS

появление проводных синусовых импульсов (захватов)

появление сливных комплексов QRS

все варианты верны

103. У больных с острым нарушением мозгового кровообращения может наблюдаться:

удлинение интервала QT

увеличение амплитуды з. Т

инверсия з. Т

депрессия сегм.ST

высокий остроконечный з. Т

все варианты верны

104. Интервал РR в норме не должен превышать:

0,12 сек.

0,15 сек.

0,18 сек.

0,20 сек.

0,22 сек.

105. Угол между осями стандартных (I, II, III) отведений ЭКГ составляет:

15 градусов

30 градусов

60 градусов

90 градусов

106. "S"-тип конфигурации QRS при гипертрофии правого желудочка наблюдается при:

хронических неспецифических воспалительных заболеваниях легких

тромбоэмболии легочной артерии

дилатационнойкардиомиопатии

107. Ось отведения AVL перпендикулярна оси:

I отведения

II отведения

III отведения

отведения аVR

108. Наличие гипертрофии правого желудочка при несомненных признаках гипертрофии левого желудочка можно выявить, если на ЭКГ имеется:

угол альфа, равный (+) 100 градусов и более

высокий R в отведениях V1-V2

признаки неполной блокады правой ножки в отведении V1

глубокие зубцы S в отведениях V5-V6

все варианты верны

109. Зубец Р в норме всегда отрицателен в отведении:

AVF

AVL

AVR

III

110. Соотношение амплитуд зубцов Р в стандартных отведениях при нормальном положении электрической оси сердца чаще всего бывает:

PI>PII>PIII

PII>PI>PIII

PIII>PII>PI

111. При синусовой тaxикардии возможно:

Укорочение интервала PQ

Увеличение значения угла альфа

Укорочение интервала QT

Изменение формы сегментов PQ и ST -"Якореобразная" форма PQRST

все варианты верны

112. Если в 1 отведении амплитуда R=S, а в AVF амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

+90 градусов

0 градусов

+30 градусов

-90 градусов

113. Дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т при гипертрофии левого желудочка вызвано:

сердечной недостаточностью вследствие гипертрофии

очаговыми изменениями миокарда

вторичными изменениями реполяризации вследствие гипертрофии

нарушениями сократительной функции

114. Желудочковые комплексы типа rSr в отведении V1 являются признаком:

блокады правой ножки п. Гиса

блокады левой ножки п. Гиса

115. Признаки гипертрофии правого желудочка:

отклонение электрической оси вправо

в отведении V1 зубец R больше зубца S

в отведении V6 зубец S больше зубца R

все варианты верны

116. Если в отведении AVRR=S, а в III отведении амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

+90 градусов

+120 градусов

+60 градусов

0 градусов

117. При горизонтальном положении электрической оси угол альфа равен:

от 0 градусов до +39 градусов

от +40 градусов до +69 градусов

от +70 градусов до +90 градусов

от 0 градусов до -30 градусов

от +91 градуса до +120 градусов

118. При вертикальном положении электрической оси угол альфа равен:

от 0 градусов до +39 градусов

от +40 градусов до +69 градусов

от +70 градусов до +90 градусов

от +91 градуса до + 120 градусов

более +120 градусов

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

всегда свидетельствует об ишемии межжелудочковой перегородки

может быть вариантом нормы

всегда бывает при нарушениях проводимости по правой ножке пучка Гиса

120. Деполяризация желудочков начинается с:

правой части межжелудочковой перегородки

левой части межжелудочковой перегородки

базальной части левого желудочка

верхушки сердца

121. Деполяризация желудочков заканчивается:

в правой части межжелудочковой перегородки

в верхушке сердца

в базальной части левого желудочка

в базальной части правого желудочка

122. К позиционным изменениям следует отнести:

уширение комплекса QRS до 0,10 сек

снижение амплитуды R между любой из пар отведенийV2-V3, V3-V4, V4-V5, V5-V6

подъем сегмента ST в отведениях V5-V6

отрицательный Т в отведениях V1-2

123. Зубец Т электрокардиограммы отражает:

проведение импульса по межжелудочковой перегородке

проведение импульса по волокнам Пуркинье

реполяризацию желудочков

124. Конечной частью желудочкового комплекса называется:

интервал QT

комплекс QRS

сегмент ST и зубец Т

зубец Т

125.I стандартное отведение является:

биополярным отведением

монополярным отведением

монополярным усиленным отведением

126. AV-соединение:

является центром автоматизма II порядка

является центром автоматизма III порядка

127. Для зубца Q в норме не характерна:

амплитуда, равная1/3 амплитуды зубца R в III стандартном отведении

ширина 0,03 сек в отведении аVL

амплитуда, равная 15% от зубца R в отведенииV2-V1

128. Продолжительность интервала PQ при увеличении ЧСС в норме:

увеличивается

уменьшается

обычно не меняется

129. Интервал QT включает:

комплекс QRS

сегмент ST

зубец T

все варианты верны

130. В отведении V1 высокий R, соотношение зубцов R/S=1. ST снижен на 2 мм, положительный Т. Наиболее вероятно наличие:

неполной блокады правой ножки пучка Гиса

гипертрофии правого желудочка

задне-базального инфаркта миокарда

одного из вариантов нормальной ЭКГ

131. Зубец S в правых грудных отведениях отражает обычно:

потенциалы левого желудочка

потенциалы правого желудочка

потенциалы базальной части левого желудочка

132. 35 монополюсных грудных отведений ЭКГ целесообразно применять:

для уточнения характера нарушения внутрижелудочковой проводимости

при подозрении на инфаркт правого желудочка

для определения объема поражения при переднем инфаркте миокарда

для определения объема поражения при нижедиафрагмальном инфаркте миокарда

133. Ширина комплекса QRS в отведениях от конечностей в норме не должна превышать:

0,08 сек.

0,09 сек.

0,10 сек.

0,11 сек.

134. Переходная зона (амплитуда R=S) обычно соответствует отведениям:

V1-V2

V3-V4

V5

V6

135. Подъем сегм.ST у больных без ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в состоянии покоя, может наблюдаться при:

острых перикардитах

ТЭЛА в отведении V1 и V2

синдроме СРРЖ

все перечисленное верно

136. Сегмент ST отражает процесс:

деполяризации предсердий

деполяризации желудочков

возбуждения межжелудочковой перегородки

медленнойреполяризации желудочков

быстройреполяризации желудочков

137. Высокий остроконечный зубец Р в отведениях III, AVF отмечается при:

тромбоэмболии легочной артерии

миксоме правого предсердия

хронических неспецифических заболеваниях легких

все варианты верны

138. Для ЭКГ при гипертрофии правого предсердия не характерно:

отрицательный зубец Р в AVL

увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1

увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1

увеличение амплитуды зубца Р более 2,5 мм во II, III и AVF отведениях

сглаженный зубец Р в I отведении

139. ЭКГ признаком, мало характерным для гипертрофии левого желудочка, является:

амплитуда зубца R в отведенииV5, равная 25мм

уширение QRS до 0,10 сек

смещение сегмента ST вниз в отведении V5-V6

значение угла альфа, равное (-) 35 градусам

наличие зубца Q в отведении V1-V2

140. Продолжительность зубца Р в норме составляет:

0,02 сек.

до 0,10 сек.

до 0,12 сек.

до 0,13 сек.

141. При гипертрофии правого желудочка изменения ЭКГ позволяют предположить также наличие гипертрофии левого желудочка, если имеется:

глубокий S в отведениях V1-V2

угол альфа, равный -30 градусам

косонисходящая депрессия ST в V5-6

все варианты верны

142. При нормальном положении электрической оси сердца максимальный зубец R регистрируется в отведении:

AVL

I

II

III

AVF

143.Появление широкого двугорбого зубца Р в отведениях I, II и AVF обычно обусловлено:

развитием гипертрофии левого предсердия

замедлением межпредсердной проводимости

все варианты верны

144. Для эктопического ритма из левого предсердия характерна регистрация отрицательных зубцов Р в отведении:

I

AVR

III

V1

145. ЭКГ-изменения, характерные для гипертонической болезни II-III степени:

увеличение з. Q в левых грудных отведениях

смещение переходной зоны к правым грудным отведениям

уплощение з. Т в I, AVL, V5-6

исчезновение или резкое снижение амплитуды з. R в V1-2,высокий з. RV5-V6

все перечисленное верно

146. Признаки парасистолии:

изменяющегося интервала сцепления

сливных комплексов

поздних преждевременных комплексов

возможности вычислить общий делитель для всех межэктопических интервалов

все перечисленное верно

147. Наиболее достоверным признаком выскальзывающего импульса является:

уширение комплекса QRS

удлинение интервала PQ

продолжительность нормального импульса до эктопического больше нормального расстояния RR

148. Если в отведении AVF амплитуда R=S, а в I отведении амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

+90 градусов

0 градусов

+30 градусов

-90 градусов

149. Стандартными отведениями ЭКГ называют:

отведения от конечностей

двухполюсные отведения от конечностей

однополюсные отведения от конечностей

грудные отведения

150. Признаки сино-атриальной блокады II степени I типа:

Все интервалы P-P равны

пауза равна сумме двух Р-Р

интервал Р-Р после паузы равен Р-Р до паузы

пауза не равна сумме двух Р-Р, интервал Р-Р после паузы длиннее, чем до паузы

151. При блокаде левой передней ветви зубец R максимальной амплитуды регистрируется в отведении:

AVR

AVL

AVF

I

II

152. В шестиосевой системе отведений (Бейли) ось I отведения расположена:

горизонтально

вертикально

под углом +30 градусов

под углом -30 градусов

под углом +60 градусов

153. Для атриовентрикулярной блокады II степени с периодикой Самойлова - Венкебаха характерно:

прогрессивное укорочение интервалов RR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS)

прогрессивное удлинение интервала PR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS)

все перечисленное верно

154. В шестиосевой системе отведений (Бейли) ось II отведения расположена:

под углом -30 градусов

под углом +30 градусов

под углом +60 градусов

под углом -60 градусов

155. В шестиосевой системе отведений (Бейли) ось отведения AVF расположена:

горизонтально

вертикально

под углом -30 градусов

под углом +60 градусов

под углом +120 градусов

156. В шестиосевой системе отведений (Бейли) ось III отведения расположена:

под углом +30 градусов

вертикально

под углом -30 градусов

под углом +60 градусов

под углом +120 градусов

157. В шестиосевой системе отведений (Бейли) ось отведения AVR расположена под углом:

-30 градусов

-150 градусов

158. При горизонтальном положении электрической оси сердца максимальный зубец R регистрируется в отведении:

AVL

I

II

III

AVR

159. Наиболее характерным признаком политопной экстрасистолии является:

меняющаяся форма комплекса QRS

изменение продолжительности интервалов сцепления

все варианты верны

160. При вертикальном положении электрической оси сердца максимальный зубец R регистрируется в отведении:

AVL

AVF

AVR

I

III

161. При отклонении электрической оси сердца вправо максимальный зубец R регистрируется в отведении:

AVL

AVF

II

III

AVR

162. Максимальный зубец R в отведении AVL, равнофазный комплекс QRS (R=S) в отведении AVR. В этом случае угол альфа равен:

-30 градусов

-60 градусов

+30 градусов

+60 градусов

-90 градусов

163. Максимальный зубец R в отведении AVR, равнофазный комплекс QRS (R=S) в отведении AVL. В этом случае угол альфа равен:

-30 градусов

-90 градусов

+120 градусов

-120 градусов

+210 градусов

164. Максимальный зубец R в отведении AVR, равнофазный комплекс QRS (R=S) в отведении AVF.В этом случае угол альфа равен:

+210 градусов

+180 градусов

+120 градусов

-90 градусов

0 градусов

165. Максимальный зубец R в III отведении, равнофазный комплекс QRS (R=S) в отведении II.В этом случае угол альфа равен:

+ 120 градусов

+150 градусов

+90 градусов

-30 градусов

-90 градусов

166. Максимальные зубцы R в отведениях AVL и AVR, в I отведении равнофазный комплекс QRS. В этом случае угол альфа равен:

-30 градусов

-60 градусов

-90 градусов

+60 градусов

+90 градусов

167. Максимальные зубцы R в отведениях I и II, в III отведении равнофазный комплекс QRS. В этом случае угол альфа равен:

0 градусов

-30 градусов

+30 градусов

+60 градусов

+90 градусов

168. Деполяризация желудочков начинается с:

левой стороны межжелудочковой перегородки

правой стороны межжелудочковой перегородки

передней стенки левого желудочка

передней стенки правого желудочка

всех отделов желудочков одновременно

169. Нормальный зубец Q в левых отведениях (AVL, V4-6) отражает деполяризацию:

передней стенки правого желудочка

передней стенки левого желудочка

межжелудочковой перегородки

базальных отделов желудочков

верхушки сердца

170. При скорости движения бумаги 25 мм/с, продолжительность 1 мм равна:

0,01 с

0,02 с

0,03 с

0,04 с

0,05 с

171. Какой процесс отражает сегмент ST:

деполяризации предсердий

деполяризации желудочков

возбуждения межжелудочковой перегородки

медленнойреполяризации желудочков

быстройреполяризации желудочков

172. Высота зубца Р в норме не превышает:

0,5 мм

1,0 мм

1,5 мм

2,0 мм

2,5 мм

173. Продолжительность интервала PQ у взрослых в норме составляет:

0,08-0,12 сек

0,14-0,20 сек

0,22-0,24 сек

0,26-0,48 сек

174. При экстрасистолии из левого желудочка:

форма комплекса QRS экстрасистолы в ответвлениях V1-6 напоминает блокаду правой ножки пучкаГиса

форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса

175. При экстрасистолии из правого желудочка:

форма комплекса QRS экстрасистолы напоминает в отведениях V1-6 блокаду правой ножки пучка Гиса

форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса

176. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов натрия:

больше, чем во внеклеточной жидкости

меньше, чем во внеклеточной жидкости

такая же, как во внеклеточной жидкости

177. Ось отведения AVR перпендикулярна оси:

I отведения

II отведения

III отведения

отведения AVF

178. Признаком парасистолии является:

обычно меняющийся интервал сцепления между нормальным и эктопическим импульсом

периодическое появление сливных комплексов QRS

наличие кратных отношений интерэктопических интервалов

все варианты верны

179. Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать с:

трепетанием желудочков

пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW

узловой пароксизмальной тахикардией

предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени

180. В дифференциальной диагностике трепетания предсердий и предсердной тахикардии с АВ-блокадой II степени наиболее важным признаком является:

изменение конфигурации предсердных комплексов

высокая частота предсердных комплексов

высокая частота желудочковых комплексов

наличие вторичных изменений конечной части желудочного комплекса

181. Синусовая аритмия:

нередко наблюдается у молодых людей

может быть проявлением нарушения функции синусового узла

в большинстве случаев связана с актом дыхания

может быть обусловлена нарушениями синоатриальной проводимости

все варианты верны

182. Отрицательная фаза зубца Р в отведении V1 обусловлена:

возбуждением правого предсердия

возбуждением левого предсердия

проведением импульса по пучку Бахмана

183. Наиболее частым признаком эктопического ритма из нижней части правого предсердия является:

наличие инвертированного зубца Р перед комплексом QRS, II, III, AVF

уширение зубца Р

увеличение амплитуды зубца Р

увеличение интервала РР

184. Если в отведениях AVL R=S, а во II отведении зубец R наибольший, угол альфа равен:

+30 градусов

+60 градусов

+90 градусов

0 градусов

185. При повороте сердца верхушкой вперед на ЭКГ появляется:

отклонение электрической оси влево

отклонение электрической оси вправо

блокада левой передней ветви

блокада левой задней ветви

электрическая ось типа QI-QII-QIII

186. При миграции водителя ритма по предсердиям на ЭКГ отмечаются:

изменения расстояния РР

изменение амплитуды и полярности Р

отсутствие зубца Р у некоторых комплексов QRS

все варианты верны

187. "Бифасцикулярной" блокадой является:

блокада левой ножки п. Гиса

блокада правой ножки п. Гиса в сочетании с блокадой левой передней или левой задней ветви

перемежающаяся блокада левой передней и левой задней ветвей

все варианты верны

188. При АВ-диссоциации:

интервал RR меньше, чем интервал РР

можно обнаружить сливные комплексы QRS

периодически могут появляться синусовые комплексы

все варианты верны

189. Какие нарушения ритма можно отнести к параритмии:

парасистолия

экстрасистолия

фибрилляция желудочков

полная A-V блокада

190. Для экстрасистол из АВ-соединения характерно:

наличие неполной компенсаторной паузы

обычно неуширенный комплекс QRS

отсутствие зубца Р перед комплексом QRS

все варианты верны

191. Внутренняя сторона клеточной мембраны миоцита в состоянии покоя заряжена:

отрицательно

положительно

заряд равен 0

192. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов калия:

больше, чем во внеклеточной жидкости

меньше, чем во внеклеточной жидкости

такая же, как во внеклеточной жидкости

193. При тaxикардии с частотой возбуждения желудочков 160 в мин. уширенными комплексами QRS следует предполагать наличие:

пароксизма желудочковой тахикардии

пароксизма суправентрикулярной тахикардии с аберрацией внутрижелудочковой проводимости

пароксизма антидромной тахикардии при синдроме WPW

все варианты верны

194. Фаза "0" потенциала действия клеток проводящей системы сердца и миокарда обусловлена:

выходом из клетки ионов калия

входом в клетку ионов натрия

входом в клетку ионов кальция

выходом из клетки ионов кальция

195. Наименьшей по продолжительности фазой потенциала действия является:

нулевая

1

2

3

4

196. Самой продолжительной фазой потенциала действия миокарда является:

нулевая

1

2

3

197. 2-я фаза потенциала действия клеток миокарда преимущественно обусловлена:

быстрым входом ионов натрия внутрь клетки

выходом ионов хлора из клетки

входом ионов кальция внутрь клетки

входом ионов калия

198. При трепетании предсердия возбуждаются с частотой:

100 в мин.

150 в мин.

200 в мин.

250 в мин.

199. АВ-блокаду с проведением 2:1 при трепетании предсердий:

можно рассматривать как физиологическую

следует рассматривать как проявление скрытого нарушения АВ-проводимость

200. Волны F при мерцании предсердий чаще можно наблюдать в:

II, III, и VF отведениях

V1-2отведениях

V4-6 отведениях

I, AVL отведениях

201. Скорость проведения импульса зависит от:

скорости и амплитуды 0 фазы потенциала действия

уровня потенциала покоя

все варианты верны

202. Для узловой пароксизмальной тaxикардии характерно:

наличие отрицательного зубца Р во II, III, AVF отведениях перед комплексом QRS

резкое удлинение PQ в момент возникновения тахикардии

обязательное уширение комплекса QRS при большой частоте сердечных сокращений

203. Деполяризация в миокарде желудочков в норме направлена:

от эндокарда к эпикарду

от эпикарда к эндокарду

204. Для гипертрофии левого предсердия не характерно:

увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1

индекс Макруза 1,7 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту РQ)

ширина зубца Р в I и AVL отведениях, равная 0,12 сек.

205. Отрицательный зубец Р в отведениях III и VF может регистрироваться при:

эктопическом предсердном ритме

отклонении электрической оси предсердия влево

все варианты верны

206. Амплитуда зубца Р во II отведении в норме составляет:

менее 2,0 мм

до 2,5 мм

до 3,5 мм

до 4,0 мм

207. При АВ-диссоциации наблюдается:

одновременное существование 2-х водителей ритма в предсердии и желудочке

ретроградная блокада проведения возбуждения из желудочка в предсердия

все варианты верны

208. Для замещающего ритма из волокон Пуркинье характерна частота:

менее 20 в мин.

20-30 в мин.

40-50 в мин.

60-80 в мин.

209. Признаками феномена WPW являются:

укороченный интервал PQ

наличие волны дельта

расширение комплекса QRS

все варианты верны

210. Для эктопического ритма из левого предсердия характерно:

наличие зубца Р за комплексом QRS

отсутствие зубца Р перед комплексом QRS

наличие зубца Р, имеющего форму "Щит и меч" в нескольких отведениях

211. Продолжительность рефрактерного периода в клетках миокарда при ускорении ритма:

уменьшается

увеличивается

не изменяется

212. При эктопическом ритме из АВ-соединения на ЭКГ может отмечаться:

ретроградный зубец Р за комплексом QRS

отсутствие зубца Р

брадикардия

все перечисленное верно

213. Импульсы проводятся с наименьшей скоростью:

в межузловых предсердных трактах

в АВ-узле

в общем стволе пучка Гиса

214. Для ускоренного идиовентрикулярного ритма характерно:

наличие ретроградного зубца Р перед комплексом QRS

частота сердечных сокращений> 60 минуту

215. Для замещающего ритма из АВ-соединения характерна частота:

менее 20 в мин.

20-30 в мин.

40-50 в мин.

60-80 в мин.

90-100 в мин.

216. При экстрасистолии:

продолжительность предэкстрасистолического интервала меньше нормального расстояния RR

всегда наблюдается расширение и деформация комплекса QRS

217. Рефрактерный период в клетках рабочего миокарда приходится на следующие фазы потенциала действия:

0, 1, 2

0, 1, 2, 3

0, 1, 2, 3, 4

218. Направление реполяризации в желудочках в норме от:

эпикарда к эндокарду

эндокарда к эпикарду

219. Основные функции митохондрий:

энергетическая

ионообменная

сократительная

220. Уширенный, двугорбый Р в отведениях I и AVL встречается:

при митральном пороке сердца

при пролапсе митрального клапана с регургитацией

при дилатационнойкардиопатии

при ИБС с сердечной недостаточностью

все варианты верны

221. При синусовой брадикардии возможно:

удлинение интервала PQ

увеличение амплитуды зубца Т

расширение зубца Р

удлинение интервала QT

все варианты верны

222. Вектор электродвижущих сил сердца всегда направлен от:

минуса к плюсу

плюса к минусу

223. Возникновение нарушения ритма по типу парасистолии возможно при:

существовании 2-х водителей ритма

наличии блокады входа эктопического центра автоматизма

все варианты верны

224. Типы групп больных - "Dipper" – это:

нормальное снижение АД в ночные часы

недостаточное снижение АД в ночные часы

чрезмерное снижение АД в ночные часы

ночное АД выше дневного

225. По каким формулам определяются величины утреннего подъема АД:

САД ср. - ДАД ср.

САДmax (c 4 до 10 утра) – САДmin (с 4 до 10 утра)

САДmax (с 00 до 8 утра) – САДmin (с 00 до 8 утра)

226. Суточный индекс – это:

 (ср.САД дневн. - ср.САД ноч.) / ср.САД дневн. х 100

(ср.АДС - ср.АДД) / ср.АД х 100

227. Существуют ли специфические нарушения ритма и проводимости при миокардите:

нет

да

228. Возможные последствия, связанные с в/в введением новокаинамида:

уширение комплекса QRS

удлинение интервала QT

удлинение интервала PQ

появление тахикардии типа "пируэт"

все варианты верны

229. Основная функция саркоплазматическогоретикулюма:

питательная

участие в транспорте ионов кальция

сократительная

энергетическая

пластическая

генетическая

230. При синоатриальной блокаде II степени может наблюдаться:

постепенное замедление синоатриальной проводимости с последующим выпадением очередного импульса

не меняющееся время синоатриального проведения с выпадением очередного импульса

все варианты верны

231. Критерии положительной велоэргометрической пробы при диагностике ИБС:

возникновение пароксизма желудочковой тахикардии

горизонтальная депрессия сегмента ST в одном или нескольких отведениях 1 мм и более

развитие синкопального состояния

появление одышки

232. Наиболее характерным признаком блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса является:

резкое отклонение электрической оси влево

отклонение электрической оси вправо

деформация комплекса QRS

расширение комплекса QRS > 0,10"

изменение конечной части желудочкового комплекса

233. У больных с острым нарушением мозгового кровообращения может наблюдаться:

удлинение интервала QT

увеличение амплитуды з. Т

инверсия з. Т

депрессия сегм.ST

высокий остроконечный з. Т

все варианты верны

234. Выработку энергии в кардиомиоцитеосуществляют:

лизосомы

эндоплазматической ретикулум

митохондрии

ядро

миофибриллы

миозин

235. Признаки синусовой тахикардии:

внезапное начало и внезапный конец, частота ритма 200 и более в минуту

постепенное начало и постепенный конец, частота ритма 150 в минуту

236. При ритме атриовентрикулярного соединения:

зубцы Р отсутствуют

зубцы Р отрицательны во II отведении и регистрируются позади комплексов QRS

зубцы Р отрицательны во II отведении и регистрируются перед комплексами QRS

наблюдается атриовентрикулярная диссоциация

все варианты верны

237. ЭКГ -признаки предсердной диссоциации:

два независимых предсердных ритма, все комплексы QRS одинаковой формы

ритм из правого предсердия и A-V соединения

ритм только из A-V соединения

все комплексы QRS различной формы

238. Динамика ЭКГ -признаков при развитии тромбоэмболии легочной артерии:

резкое отклонение эл. оси сердца влево

синдром SI-QIII

синдром SII-SIII острая перегрузка левого желудочка

239. Локализация парасистолии:

желудочковая

А-В соединения

предсердная

сочетанная из 2-3 разных камер сердца

дублированная или множественная в одной камере сердца

все варианты верны

240. Характерные признаки синусовой экстрасистолии:

з. Р идентичен синусовому, интервал сцепления устойчивый

з. Р отрицательный, интервал сцепления непостоянный

постэктопический интервал укорочен

241. Основные признаки синдрома WPW типа В:

дельта-волна в III и V1-V2 отведениях отрицательная

комплекс QRS в правых грудных отведениях направлен вниз

комплекс QRS в III и V1 отведениях типа QS

все перечисленное верно

242. Признаки синусовой брадикардии:

постепенное начало, частота ритма 40-60 в мин.

з. Р отсутствует, частота ритма 30 в мин., внезапное начало

243. Чем проявляется гипертрофия и перегрузка левого желудочка:

смещением эл. оси сердца влево, смещением переходной зоны вправо в грудных отведениях

смещением эл. оси сердца вправо, смещением переходной зоны влево в грудных отведениях

244. Где осуществляется выработка энергии в кардиомиоците:

лизосомах

эндоплазматическом ретикулуме

митохондриях

ядре

миофибриллах

миозине

245. Типичный признак коронарной недостаточности:

инверсия з. Т

высокий гигантский з. Т

косовосходящее смещение сегмента S-T

горизонтальная депрессия сегмента S-T

преходящая внутрижелудочковая блокада

конкордатная форма депрессии сегмента S-T

246. ЭКГ -критерии синусовой аритмии:

частота ритма 40-150 в минуту, з. Р постоянной формы перед QRS

з. Р отрицательный за QRS, внезапное начало и внезапный конец

247. Изменения, характерные для поворота сердца вокруг продольной оси сердца против часовой стрелки:

углубление з. Q в левых грудных отведениях

переходная зона смещается вправо

появление з. Q в I отведении

появление з. S в III отведении

все перечисленное верно

248. В каких случаях при полной AВ-блокаде может быть аритмия для желудочков:

полная A-V блокада на стволовом уровне и перемеж. блокада ножек пучка Гиса

синдром Фредерика

полная узловая A-V блокада, ритм из A-V соед. перем-ся с ритмом низлеж. отд.

полная A-V блокада и полная блокада правой ножки пучка Гиса

249. Какие зубцы регистрируются при повороте верхушки сердца кпереди на ЭКГ:

появление з. Q в I отведении и з. S в III отведении

появление з. Q в I, II, III, AVF, AVL отведениях

появление з. S в I, II, III, AVF отведениях

исчезновение з. Q в I, II, III, AVF отведениях

углубление з. Q в V5-V6

250. ЭКГ-признаки полной блокады правой ножки пучка Гиса:

комплекс QRS > 0,12 сек.

з. S широкий, сохраняется до V6

комплекс QRS в V1-V2 типа rSr, rsR

вторичные изменения сегмента S-T и з. Т в V1

все перечисленное верно

251. Заболевания, при которых наиболее часто наблюдается мерцательная аритмия:

митральный стеноз

диффузно-токсический зоб

алкогольная миокардиодистрофия

кардиосклероз

все перечисленное верно

252. Признаки перегрузки левого предсердия:

отрицательная фаза з. Р в V1 больше 0,04 сек, при амплитуде 1 мм и более

двугорбныйз. Р в отведениях I, AYL, Y5-6

отклонение эл. оси предсердий влево

все перечисленное верно

253. ЭКГ-изменения, характерные для гипертонической болезни II-III степени:

увеличение з. Q в левых грудных отведениях

смещение переходной зоны к правым грудным отведениям

уплощение з. Т в I, AVL, V5-6

исчезновение или резкое снижение амплитуды з. R в V1-2,высокий з. R V5-6

все перечисленное верно

254. Какие нарушения ритма можно отнести к номотопным:

предсердная пароксизмальная тахикардия

синоатриальная блокада

синусовая тахикардия

замещающий гетеротопный ритм

ускоренный идиовентрикулярный ритм

255. Признаки предсердного ритма:

ритм правильный

нормальный QRS

отсутствие синусового з. Р

положительный з. Р в AVR

з. Р(-),предшествует комплексу QRS с интервалом P-Q = 0,12-0,20

все перечисленное верно

256. Признаки желудочковой парасистолии:

отсутствие устойчивого интервала сцепления, колебание интервалов более 0,1 сек.

наличие сливных желудочковых комплексов с предшествующимз. Р

наличие общего делителя для всех межэктопических интервалов

возникновение QRS в поздней диастоле

уширение и деформация комплекса QRS

все перечисленное верно

257. Какие ЭКГ-признаки общие для гипертрофии правого желудочка и блокаде передне-верхнего разветвления левой ножки п. Гиса:

глубокий з. S в грудных отведениях Y5-6

нарушение инверсии для QRS в отведении AYR

высокий з. R в грудных отведениях Y1-2

все перечисленное верно

258. ЭКГ-признаки острой перегрузки сердца при ТЭЛА:

появление глубокогоз. Q в III отведении

появление глубокогоз. S в I отведении

увеличение амплитуды з. R в отведении V1

появление глубокогоз. S в отведении V5-6

все перечисленное верно

259. Для отклонения эл. оси сердца влево характерно:

высокий з. R в I отведении и глубокийз. S в III отведении

в AVF глубокий з. S

в AVL высокий з. R

все перечисленное верно

260. Возможные причины появления гетеротопных ритмов:

сино-атриальная блокада III степени

пониженная активность синусового узла

повышенная активность гетеротопных центров

полная A-V блокада

все перечисленное верно

261. Где находится депо Са в кардиомиоцитах:

в митохондриях

в нексусе

в Т-системе

в саркоплазматическом ретикулуме

в аппарате Гольджи

в рибосомах

262. Нормальные параметры з. Q:

З.= 1/2-1/3 R

З.= 1/4-1/5 R, З.= 0,01-0,03 сек.

З.= 0,04-0,05 сек.

З.= 0,05-0,06 сек.

263. Что характерно для предсердных экстрасистолий:

зубец P эктопический, преждевременный, неполная компенсаторная пауза

зубец P уширен во всех отведениях, более 0,12 сек.

зубец P перед QRS отсутствует

комплекс QRS уширен, более 0.12 сек., деформирован

264. Признаки сино-атриальной блокады II степени I типа:

P-P1 >P2-P3

интервал Р-Р после паузы длиннее, чем до паузы

пауза не равна сумме двух Р-Р

все перечисленное верно

265. Нормальные параметры интервала PQ:

P-Q = 0,04-0,08 сек.

P-Q = 0,09-0,12 сек.

P-Q = 0,12-0,20 сек.

P-Q = 0,21-0,23 сек.

P-Q = 0,24-0,26 сек.

266. В каких отведениях хорошо выражены волны "F":

I, II, AVL

AVR

отведения по Небу

V1, V2

V5-6

267. Возможные состояния, наблюдаемые при миокардитах:

депрессия сегм.ST

сглаженный или отрицательный з. Т

блокада ножек п. Гиса

псевдоинфарктныйз. Q

все варианты верны

268. Регуляторные белки, осуществляющие сопряжение возбуждения и сокращения:

миозин

альбумин

миоглобин

тропонин

актин

269. Для АВ-блокады характерно:

продолжительность PQ > 0,20" при ЧСС 60-80 в 1 мин

укорочение PQ при увеличении частоты сердечных сокращений

270. При синоатриальной блокаде II степени по типу Мобитц I наблюдается:

выпадение комплексов PQRST

укорочение интервала РР перед выпадением импульсов

выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса PQRST

все варианты верны

271. После перенесенного острого перикардита на ЭКГ длительно могут наблюдаться:

подъем сегмента ST в ряде отведений

снижение сегмента ST в отведениях с V1 по V5

отрицательный з. Т в нескольких отведениях

все перечисленное верно

272. Какие основные признаки синдрома WPW типа "В":

дельта-волна в III и V1-V2 отведениях отрицательная

комплекс QRS в правых грудных отведениях направлен вниз

комплекс QRS в III и V1 отведениях типа QS

все перечисленное верно

273. ЭКГ-признаки предсердной диссоциации:

два независимых предсердных ритма, все комплексы QRS одинаковой формы

ритм из правого предсердия и A-V соединения, все комплексы QRS различной формы

274. Синоаурикулярная блокада 2:1 на ЭКГ выглядит как:

синусовая брадикардия

синусовая аритмия

экстрасистолия из верхней части предсердия по типу бигеминии

275. При синоатриальной блокаде 3:2:

3 импульса возникают в синусовом узле, из них 2 блокируются в синоатриальной зоне

3 импульса возникают в синусовом узле, из них 2 проводятся на предсердие

3 импульса возникают в синусовом узле, 3 проводятся на желудочке (проведенные синусовые и выскальзывающие импульсы)

276. Высокие остроконечные з. Т характерны для:

гиперкалиемии

гипокалиемии

гиперкальциемии

гипокальциемии

277. Что из перечисленного может быть связано с тиреотоксикозом:

синусовая тахикардия

СССУ

АВ- блокада II ст.

278. Признаки AV-блокады III степени:

интервалы P-P > R-R, параритмия

интервалы P-P < R-R, параритмия

интервалы P-P = R-R, параритмия

зубец P отсутствует, водитель ритма из A-V соединения

зубец P отрицательный после QRS

279. Вертикальная позиция сердца определяется:

высоким з. R в AVL и глубоким з. S в AVF

высоким з. R в AVL и AVF отведениях

глубоким з. S в AVL и AVF отведениях

высоким з. R в AVF и глубоком з. S в AVL

равенством зубца R в AVL и AVF

280. Признак предсердной блокады I степени:

зубец P уширен > 0,12 сек

зубец P уширен до 0,11 сек

удлинение интервала P-Q за счет сегмента P-Q

деформация комплекса QRS

выпадение предсердных комплексов

281. Признаки предсердного ритма:

ритм правильный

нормальный QRS

отсутствие синусового з. P

положительный з. P в AVR

зубец P(-), предшествует комплексу QRS с интервалом P-Q = 0,12-0,20

все перечисленное верно

282. В каких случаях регистрируются высокиез. R в грудных отведениях V1-V2 у взрослых:

синдром W-P-W типа А

гипертрофия правого желудочка

инфаркт задне-базальных отделов левого желудочка

все перечисленное верно

283. Возможные последствия, связанные с приемом б-адреноблокаторов:

удлинение интервала PQ

увеличение амплитуды з. Т

укорочение интервала QT

284. Для уточнения диагноза верхне-бокового инфаркта миокарда целесообразно дополнительно зарегистрировать:

отведения по Небу

корригированные ортогональные отведения по Франку

отведения V5-6 на 2 ребра выше

285. При межпредсердной блокаде на ЭКГ может наблюдаться:

появление уширенного двугорбого зубца Р

мерцание левого предсердия

все варианты верны

286. При полной межпредсердной блокаде на ЭКГ наблюдается (предсердно-предс. диссоциация):

на фоне нормального синусового ритма независимая электрическая активность левого предсердия

эктопический ритм из АВ-соединения и возбуждение предсердия импульсом синусового узла

эктопический ритм из нижней части правого предсердия

287. Состояние миокарда, при котором характерен патологический з. Q:

ишемия миокарда

некроз

гипоксия

повреждение

288. Появление на ЭКГ пауз (прямая линия) продолжительностью 2-3 сек. является признаком:

сино-атриальной блокады I степени

сино-атриальной блокады II степени

сино-атриальной блокады III степени

атриовентрикулярной блокады II степени

289. Признак сино-атриальной блокады II степени II типа:

зубец P синусовый, QRS отсутствует

зубец P преждевременный без QRS

отсутствие з. P и QRS

интервал P-Q до 0,24 сек.

деформация комплекса QRS

290. Признаки возможной гипертрофии левого желудочка вследствие диастолической перегрузки (перегрузки объемом):

увеличение амплитуды зубцов R в отведениях AVL, I, V5-6

увеличение глубины зубцов Q в отведениях V5-6

увеличение высоты зубцов Т в отведениях V5-6

все варианты верны

291. Основные функции мембраны:

передача нервного импульса

место локализации электролитных насосов

локализация рецепторов

поддержание ионного равновесия внутри и вне клетки

все перечисленное верно

292. Что из перечисленного может быть связано с гипокалиемией:

уменьшение амплитуды з. Т

высокие остроконечные з. Т

уширение комплекса QRS

293. На блокаду задней ветви левой ножки пучка Гиса с наибольшей вероятностью может указывать угол альфа, равный:

0 градусов

-15 градусам

+90 градусам

+120 градусам

294. Подъем сегм.ST у больных без ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в состоянии покоя, может наблюдаться при:

острых перикардитах

ТЭЛА в отведении V1 и V2

синдроме СРРЖ

все перечисленное верно

295. Для неполной блокады левой ножки пучка Гиса не характерно:

уширение комплекса QRS более 0,12"

наличие расширенного и зазубренного зубца R в отведениях V5-6 AVL

исчезновение зубца Q в I V5-6 отведениях

296. Бигеминия– это:

две идущие подряд экстрасистолы

экстрасистола после каждого импульса основного ритма

297. Характеристика зубцов левого типа ЭКГ:

высокий з. R в III и II отведениях

высокий з. R в I отведении и глубокийз. S в III отведении

глубокий з. S в I отведении и высокийз. R в III отведении

высокие з. R в I, II, III отведениях

глубокие з. S в I, II, III отведениях

298. При ТЭЛА на ЭКГ:

в III отведении появляется з. Q

имеются признаки гипертрофии правого желудочка

появляются высокиез. Р во II,III и AVF

признаки неполной блокады правой н.п.Гиса

все варианты верны

299. Основные центры автоматизма:

A-V соединение

волокна Пуркинье

синусовый узел

все перечисленное верно

300. Достоверный признак ИБС на ЭКГ покоя:

депрессия ST на 1 мм в нескольких отведениях

наличие отрицательного зубца Т в нескольких отведениях

частая политопная желудочковая экстрасистолия

301. Следующие подряд 3 желудочковые экстрасистолы – это:

тригеминия

парная экстрасистолия

пароксизм неустойчивой желудочковой тахикардии

302. Нормальные параметры зубца R:

R III > R II > R I

R II > R I > R III, ширина з. R = 0,08-0,10

R V6 > R V5 > R V4 > R V3 > R V2 > R V1

ширина з. R = 0,11-0,13

303. Какие ЭКГ-признаки общие для гипертрофии правого желудочка и блокады передне-верхнего разветвления левой ножки пучка Гиса:

увеличение продолжительности QRS > 0,12 сек.

глубокий з. S в грудных отведениях Y5-6

высокий з. R в грудных отведениях Y1-2

резкое отклонение электрооси сердца влево

смещение переходной зоны вправо

304. В шестиосевой системе отведений (Бейли) ось отведения AVL расположена:

горизонтально

вертикально

под углом +30 градусов

под углом -30 градусов

под углом +60 градусов

305. При АВ-блокаде II степени по типу Мобитц II наблюдается:

постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением желудочкового комплекса

постепенное укорочение интервала РР перед выпадением желудочкового комплекса

выпадение одного или нескольких комплексов QRS

306. Изменения, характерные для поворота сердца вокруг продольной оси по часовой стрелке:

переходная зона смещается влево

появление з. Q в III, AVF отведениях

появление з. S в I отведении

все перечисленное верно

307. При синоатриальной блокаде I степени на ЭКГ:

имеет место синусовая брадикардия с удлинением интервала РР

часто наблюдается синусовая аритмия

могут появляться выскальзывающие сокращения

патологических изменений не отмечается

308. Признаки синусового ритма:

положительный з. P перед QRS, постоянное расстояние P-Q в пределах 0,12-0,20 сек.

положительный з. P после QRS

изменение полярности з. P в AVR

изменяющееся расстояние P-Q, з. P не связан с QRS

309. Регистрация в отведениях I и V6 уширенных зубцов R (без зубцов Q и S) является признаком блокады:

правой ножки п. Гиса

левой ножки п. Гиса

левой передней ветви

левой задней ветви

неспецифической внутрижелудочковой блокады

310. Реполяризация миокарда желудочков в норме начинается:

у эндокарда

у эпикарда

винтрамуральных слоях миокарда

одновременно во всех слоях миокарда

311. ЭКГ-признаки экстрасистолии:

постоянный интервал сцепления

компенсаторная пауза полная

компенсаторная пауза неполная

преждевременное возникновение импульса

все перечисленное верно

312. Для полной блокады левой ножки пучка Гиса без очаговых изменений не характерны:

ширина комплекса QRS > 0,12"

уширение зубца R в отведениях V5-6 I AVL

углубление и уширение в отведениях зубца S V1-2 III aLF

наличие зубца Q в отведениях V5-6

увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях V5-6 I AVL

дискордантное смещение сегмента ST

313. Для полной блокады правой ножки пучка Гиса не характерно:

ширина комплекса QRS > 0,12"

высокие и широкие зубцы R в отведениях V1-2

глубокие и широкие зубцы S в отведениях V5-6

увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях V1-2

увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях V5-6

314. Нормальные параметры з. P:

ширина з. P 0,07-0,10

электроось предсердий от +45° до +50°

амплитуда з. P=0,5-2,5 мм

все перечисленное верно

315. Какие нарушения ритма можно отнести к предфибрилляторному состоянию предсердий:

узловую тахикардию

частые политопные предсердные экстрасистолы

синусовую тахикардию

синусовую брадикардию

316. При АВ-блокаде II степени с коэффициентом проведения 3:2 из:

3 синусовых импульсов на желудочки проводится 2

3 синусовых импульсов 2 блокируются

317. Характерные признаки синусовой экстрасистолии:

зубец P идентичен синусовому

интервал сцепления устойчивый

постэктопический интервал соответствует длине нормального R-R

все перечисленное верно

318. На блокаду передней ветви левой ножки пучка Гиса с наибольшей вероятностью может указывать угол альфа, равный:

0 градусов

-10 градусам

-45 градусам

+100 градусам

319. Гипертрофия правого желудочка на ЭКГ может проявляться в виде:

R-типа

RSR-типа

S-типа

все варианты верны

320. При блокаде правой ножки пучка Гиса и передней ветви левой ножки пучка Гиса наблюдается:

форма QRS в виде rSR в отведенияхV1-2

зубец S в отведении V6

высокий R AVL

глубокий S III, AVF

все варианты верны

321. При блокаде правой ножки пучка Гиса и передней ветви левой ножки пучка Гиса значение угла альфа равно:

-30 градусам

около 0 градусов

от +40 градусов до +90 градусов

отклонение вправо +90 градусов

322. Зубец Q в отведениях V5-6 на фоне блокады левой ножки пучка Гиса может регистрироваться при:

гипертрофии левого желудочка

очаговых изменениях боковой стенки

323. Наиболее характерный признак блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса – это:

отклонение электрической оси вправо

резкое отклонение электрической оси вправо

расширение комплекса QRS > 0,10"

деформация комплекса QRS

изменение конечной части желудочкового комплекса

324. Типы групп больных "NonDipper" – это:

нормальное снижение АД в ночные часы

недостаточное снижение АД в ночные часы

чрезмерное снижение АД в ночные часы

ночное АД выше дневного

325. Типы групп больных "Night -peaker" – это:

нормальное снижение АД в ночные часы

недостаточное снижение АД в ночные часы

чрезмерное снижение АД в ночные часы

ночное АД выше дневного

326. В какой промежуток времени определяются величины утреннего подъема АД:

с 4 до 6 час.

с 6 до 9 час.

с 4 до 10 час.

327. Типы групп больных "Over -Dipper" – это:

нормальное снижение АД в ночные часы

недостаточное снижение АД в ночные часы

чрезмерное снижение АД в ночные часы

ночное АД выше дневного

328. Индекс времени гипертензии (ИВ) – это:

время повышенного АД в среднем за сутки

это процент измерений, превышающих нормальное АД в среднем за сутки

329. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда правого желудочка:

конкордатный подъем сегмента S-T в отведениях V1, V3R, V4R

ЭКГ-признаки инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка

развитие А-В блокады

перегрузка правого желудочка

все перечисленное верно

330. Какой инфаркт чаще может проявиться остро возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса:

обширный передне-боковой

нижний

верхушечный

331. Что характерно для желудочковой пароксизмальной тахикардии:

частота ритма 160-120 в минуту

частота ритма 130-250 в минуту

отсутствие з. P перед QRS

комплекс QRS расширен и деформирован

все перечисленное верно

332. Какие препараты не противопоказаны при острой AV-блокаде I ст.:

изадрин

бета-блокаторы

верапамил

сердечные гликозиды

эуфиллин

лидокаин

333. ЭКГ-признаки подострого периода инфаркта миокарда:

стабильность положения сегмента S-T относительно изолинии

обратное развитие изменений QRS и з. Т

реципрокные изменения

все перечисленное верно

334. Какие отведения являются основными при диагностике задне-базального инфаркта:

I отведение, AVL, V2-4

A, J, V1-3

Слопака , V7-9, D

I, II отведения, AVL, V1-4

335. Для каких заболеваний характерен патологический з. Q:

ишемии миокарда

некроза

гипоксии

повреждения

электролитных нарушений

дистрофии миокарда

336. В базовую терапию синдрома удлиненного QT включаются:

инфузия солей калия

прием хинидина

прием новокаинамида

прием антагонистов кальция

прием b-блокаторов

337. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда правого желудочка:

конкордантный подъем сегмента S-T в отведениях V1, V3R, V4R

ЭКГ-признаки инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка

развитие АV-блокады

перегрузка правого желудочка

все перечисленное верно

338. ЭКГ-признаки стадии рубцевания при неосложненном инфаркте миокарда:

отсутствие динамики комплекса QRS

инверсия з. Т в отведении AYR

отсутствие динамики в реципрокных отведениях

все перечисленное верно

339. Препараты, используемые в диагностике ИБС и нарушений процессов реполяризации:

лидокаин

мезатон

димедрол

адреналин

наркотики

дибазол

калия хлорид

340. Достаточно специфичным признаком инфаркта миокарда правого желудочка является:

блокада правой ножки пучка Гиса

патологический зубец Q в III и аVF отведениях

подъем ST в отведениях V1-2

341. Укажите ЭКГ-признаки, характерные для перикардита на фоне инфаркта миокарда:

наличие признаков трансмурального инфаркта миокарда

исчезновение реципрокности в динамике в остром, подостром периоде

резкое снижение вольтажа во всех отведениях

все перечисленное верно

342. Какие отведения являются реципрокными при диагностике передне-септального инфаркта миокарда:

грудные отведения Y7-9

грудные отведения Y1-3, D, A

грудные отведения Y5-6, AYL, AYR

II, III отведения, AYF

343. В каких отведениях регистрируются признаки циркулярного инфаркта миокарда:

Слопака, D, A, J, AVL

V1-6, J

AVL, AVF, V3R, V4R

V7-9, D, A, J, V2-5

во всех, кроме AVL, в AVR реципрокные признаки

I, II, III отведения, V1-6

344. Какие методы помогают в дифференциальной диагностике предсердных, АВ- и желудочковых тахикардий:

оценка частоты ритма

вагусные пробы

проба С АТФ

регистрация приступа (его начала)

все перечисленное верно

345. В каких отведениях регистрируются прямые ЭКГ- признаки нижнебокового инфаркта миокарда:

II, III, AVF, V5-V6

V1-V6

I, AVL, A

346. При наличии патологического зубца Q в I и AVL отведениях очаговые изменения локализуются:

в задне-базальной области левого желудочка

в верхне-боковой области левого желудочка

в правом желудочке

в передне-перегородочной области

347. На ЭКГ, зарегистрированной спустя 2 часа после купирования ангинозного приступа, длившегося около 1 часа, изменений нет. В этом случае:

диагноз инфаркта можно исключить

диагноз инфаркта можно исключить, если отсутствует повышение уровня ферментов

инфаркт миокарда возможен, необходимо дальнейшее наблюдение за ЭКГ и уровнем ферментов

348. Какие из указанных изменений ЭКГ наблюдаются при инфаркте миокарда задне-базальной локализации:

соотношение амплитуд зубцов R/S не менее 1,2

отсутствие зубца S в отведениях V5-6

положительный зубец Т наряду с высоким R и снижением сегмента ST в отведениях V1-2

349. В отведении V1 высокий R, соотношение амплитуд зубцов R/S=1,2, сегмент ST снижен, зубец Т отрицательный. Наиболее вероятно наличие:

одного из вариантов нормальной ЭКГ

задне-базального инфаркта миокарда

неполной блокады правой ножки пучка Гиса или гипертрофии правого желудочка

350. Диагностический ЭКГ-признак аневризмы миокарда левого желудочка:

застывшая форма сегмента S-T в сочетании с признаками трансмурального инфаркта

инверсия з. Т

нарушение внутрижелудочковой проводимости

признаки мелкоочагового инфаркта миокарда

систолическая перегрузка левого желудочка

351. В отведениях V3-4 регистрируется зубец Q продолжительностью 0,02, глубиной 2 мм. Можно предположить наличие:

блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса

гипертрофии межжелудочковой перегородки

352. В каких отведениях имеются реципрокные изменения при задне-базальной локализации инфаркта миокарда:

I, II, III отведения, AVF, Слопака

D, II отведения, V3-6

J, A, V5-6

V1-2, V3R, A

353. Возможные механические осложнения инфаркта миокарда в острой стадии:

острая митральная недостаточность в результате отрыва сосочковой мышцы

синдром Дресслера

рецидив

354. При возникновении повторного крупноочагового инфаркта миокарда в области рубца на ЭКГ можно наблюдать:

углубление зубца Q

переход зубца Q в QS

подъем сегмента ST

все варианты верны

355. При наличии патологического зубца Q в II, III и AVF отведениях очаговые изменения локализуются в:

задне-базальной области левого желудочка

верхне-боковой области левого желудочка

правом желудочке

передне-перегородочной области

области нижней стенки

356. Какие препараты не противопоказаны при острой AV-блокаде I ст.:

изадрин

бета-блокаторы

верапамил

сердечные гликозиды

эуфиллин

лидокаин

357. При инфаркте предсердий на ЭКГ может наблюдаться:

снижение сегмента PQ во II, III и аVF отведениях

подъем сегмента во PQ во II, III,аVF отведениях

подъем сегмента PQ в I, аVL,V5-6 отведениях

мерцательная аритмия

все варианты верны

358. В каких отведениях регистрируются признаки циркулярного инфаркта миокарда:

Слопака, D, A, J, AVL

V1-6, J

AVL, AVF, V3R, V4R

V7-9, D, A, J, V2-5

все отведения, кроме AVL, в AVR реципрокные признаки

I, II, III отведения, V1-6

359. ЭКГ-признаки острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда:

подъем сегмента S-T > 2 мм

патологический з. Q

реципрокные изменения

монофазная кривая (з.Парди)

все перечисленное верно

360. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:

может не быть изменения ЭКГ

может отмечаться инверсия зубцов Т

может отмечаться депрессия сегмента SТ

может отмечаться подъем сегмента SТ

все варианты верны

361. Что включено в базовую терапию синдрома удлиненного QT:

инфузия солей калия

прием хинидина

прием новокаинамида

прием антагонистов кальция

прием в-блокаторов

362. Что наиболее характерно для желудочковой пароксизмальной тахикардии:

наличие з. P перед QRS, комплекс QRS нормальной величины и формы

отсутствие з. P перед QRS, комплекс QRS расширен и деформирован

363. Для какого инфаркта характерно появление патологического зубца Q и элевации сегмента ST в отведенияхV1-V3:

заднего

бокового

переднее-перегородочного

364. Укажите ЭКГ-признаки повторного инфаркта миокарда:

омоложение признаков инфаркта миокарда в основных отведениях

углубление и уширение патологическогоз. Q

расширение зоны некроза

исчезновение признаков рубцовых изменений на противоположной стенке

развитие нарушений ритма на фоне болевого синдрома

все варианты верны

365. Какие отведения являются основными при диагностике передне-септального инфаркта миокарда:

II отведение, Слопака, AYR

грудные отведения Y1-3, J, А

крайние правые отведения, D

II, III отведения, AYF

366. У больного во II, III и AVF отведениях имеется патологический Q и подъем ST на 3 мм отрицательный Т. Можно предположить наличие инфаркта миокарда, который, наиболее вероятно, имеет давность:

сутки

2-3 суток

2 недели

более 2-х недель

367. Препараты, используемые в дифференциальной диагностике суправентрикулярных и желудочковых тахикардий:

нитроглицерин

лидокаин

мезатон

димедрол

адреналин

анаприлин

дибазол

калия хлорид

пипольфен

368. Динамика ЭКГ-признаков при развитии тромбоэмболии легочной артерии на фоне инфаркта миокарда:

резкое отклонение эл. оси вправо

острая перегрузка правого предсердия

потеря инверсии QRS в отведении AVR

все перечисленное верно

369. Критерии диагностики инфаркта миокарда, осложненного внутрижелудочковой блокадой:

оценка ЭКГ в динамике

признаки атипичного проявления внутрижелудочковой блокады

уменьшение в динамике амплитуды з. R

развитие арборизационной блокады

появление в динамике з. Q

все варианты верны

370. Диагностические ЭКГ-признаки аневризмы миокарда левого желудочка:

систолическая перегрузка левого желудочка

застывшая форма сегмента S-T в сочетании с признаками трансмурального инфаркта

инверсия з. Т

нарушение внутрижелудочковой проводимости

признаки мелкоочагового инфаркта миокарда

371. Какие отведения являются основными при высокой боковой локализации инфаркта миокарда:

I, II отведения, V5-6

A, J, V5-7

I,II отведения, AVL, V7-9

AVL, I отведение, высокие левые грудные отведения V5-7

372. Какие препараты наиболее эффективны при желудочковой пароксизмальной тахикардии:

этацизин

вискен

лидокаин

сердечные гликозиды

аймалин

373. При инфаркте миокарда задней стенки (задне-базальный инфаркт) на ЭКГ отмечается:

подъем сегмента ST в отведениях V1-2

депрессия сегмента ST в отведениях V1-2

374. Признак инфаркта миокарда задней стенки (задне-базальный инфаркт):

увеличение высоты и ширины зубцов R в отведениях V1-2

депрессия сегмента ST в отведениях V1-2

положительные зубцы Т в отведениях V1-2

все варианты верны

375. Основным ЭКГ признаком крупноочагового инфаркта миокарда является появление:

инверсии зубцов Т

подъема сегмента SТ

депрессии сегмента SТ

патологического зубца Q

снижение высоты зубца R

376. В каких отведениях имеются реципрокные изменения при задне-базальной локализации инфаркта миокарда:

I, II, III отведения, AVF, Слопака

D, II отведения, V3-6

J, A, V5-6

V1-2, V3R, A

377. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичной является регистрация на ЭКГ:

инверсия зубцов Т

подъем сегмента SТ

сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и отрицательного зубца Т

увеличения амплитуды зубца Т

378. При передне-перегородочном инфаркте миокарда характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях:

IиAVL

II, III, AVF

V1-V4

V3-V4

V5-V6

379. При инфаркте миокарда нижней локализации характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях:

IиII

II, III, AVF

V1-V2

V5-V6

380. При инфаркте миокарда боковой локализации характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях:

II, III, AVF

V1-V4

I, AVL, V5-6

V1-2

381. ЭКГ-признаки стадии рубцевания при неосложненном инфаркте миокарда:

отсутствие динамики комплекса QRS

формирование з. Q

нестабильность сегмента S-T

уменьшение амплитудыз. R

382. В каких отведениях регистрируются прямые признаки обширного заднего инфаркта миокарда:

II, III, AVF, D. S1-S4

I, AVL, V5-V6

I, AVL, V1-V4

383. Регистрация подъема сегмента ST в отведении V1 у больных с острым инфарктом миокарда нижней локализации является признаком:

сопутствующего инфаркта задней стенки (задне-базальных отделов)

сопутствующего инфаркта правого желудочка

сопутствующего передне-перегородочного инфаркта

384. Регистрация депрессии сегмента ST в отведениях V1-V3 у больных с инфарктом миокарда нижней локализации может быть признаком:

так называемых реципрокных изменений

вовлечения задней стенки (задне-базальных отделов)

сопутствующего мелкоочагового инфаркта миокарда передней стенки

все варианты верны

385. Появление комплексов QS наиболее характерно для инфаркта миокарда:

передне-перегородочной локализации

нижней локализации

боковой локализации

задней стенки

386. У больных с блокадой левой ножки п. Гиса появление зубцов Q в отведениях AVL, I, V5-6 является признаком инфаркта миокарда:

передне-перегородочной локализации

нижней локализации

боковой локализации

задней стенки

387. У больных с блокадой левой передней ветви п. Гиса признаком крупноочаговых изменений нижней локализации является:

регистрация комплексов QS во II отведении

регистрация зубцов Q во II отведении

зубец R во II отведении меньше, чем зубцы R в отведениях III и AVF

зубец R во II отведении 1,5 мм и меньше

все варианты верны

388. Основные ЭКГ-признаки типичной предсердной тахикардии:

эктопический з. P перед QRS, желудочковый комплекс QRS не изменен

синусовый з. P перед QRS, желудочковый комплекс уширен и деформирован

389. В каких отведениях регистрируются прямые признаки передне- верхушечного инфаркта миокарда:

II, III, AVF, V5-V6

I, AVL, V5-V6

I, AVL, V1-V4

390. ЭКГ-признаки, характерные для перикардита на фоне инфаркта миокарда:

наличие признаков трансмурального инфаркта миокарда

исчезновение реципрокности в динамике в остром, подостром периоде

резкое снижение вольтажа во всех отведениях

все перчисленное верно

391. Какие препараты наиболее эффективны при желудочковой пароксизмальной тахикардии:

этацизин

вискен

лидокаин

сердечные гликозиды

аймалин

392. Какие методы помогают в дифференциальной диагностике предсердных, AV- и желудочковых тахикардий:

оценка частоты ритма

вагусные пробы

проба с АТФ

регистрация приступа (его начала)

все перчисленное верно

393. Патологический зубец Q характерен для:

ишемии миокарда

некроза

гипоксии

повреждения

электролитных нарушений

дистрофии миокарда

394. Какие отведения являются основными при высокой боковой локализации инфаркта миокарда:

I, II отведения, V5-6

A, J, V5-7

I, II отведения, AVL, V7-9

AVL, I отведение, высокие левые грудные отведения V5-V6

395. ЭКГ-признаки острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда:

подъем сегмента S-T > 2 мм

патологический з. Q

реципрокные признаки

монофазная кривая (з.Парди)

все перечисленное верно

396. Какие отведения являются основными при диагностике задне-базального инфаркта:

I отведение, AVL, V2-4

A, J, V1-3

Слопака, V7-9, D

I, II отведения, AVL, V1-4

397. Возможные последствия, связанные с в/в введением новокаинамида:

уширение комплекса QRS

удлинение интервала QT

удлинение интервала PQ

398. Динамика ЭКГ-признаков при развитии тромбоэмболии легочной артерии на фоне инфаркта миокарда:

резкое отклонение электрической оси сердца влево

синдром SI-QIII

синдром SII-SIII

острая перегрузка левого желудочка

399. Какие отведения являются основными при диагностике передне-септального инфаркта миокарда:

II отведение, Слопака, AYR

грудные отведения Y1-3, J

крайние правые отведения, D

II, III отведения, AYF

400. Что является убедительным признаком предсердной пароксизмальной тахикардии:

частота ритма 120-150 в минуту

эктопический з. P перед комплексом QRS

комплекс QRS либо нормальной формы, либо уширен и деформирован

начало приступа с желудочковой экстрасистолы

начало приступа с любой экстрасистолы

401. Какие отведения являются реципрокными при диагностике передне-септального инфаркта миокарда:

грудные отведения Y7-9

грудные отведения Y1-3, D, A

грудные отведения Y5-6, AYL, AYR

II, III отведения, AYF

402. Какие изменения в миокарде могут быть обратимыми при острой коронарной недостаточности:

субэндокардиальный некроз

субэндокардиальное повреждение

субэпикардиальный некроз

403. Что является убедительным признаком предсердной пароксизмальной тахикардии:

QRS всегда нормальной формы

частота ритма 120-150 в минуту

эктопический з. P перед комплексом QRS

комплекс QRS либо нормальной формы, либо уширен и деформирован

начало приступа с желудочковой экстрасистолы

начало приступа с любой экстрасистолы

404. Возможные сроки развития повторного инфаркта миокарда:

1 год и более

1 месяц и более

5 лет и более

Все перечисленное верно

405. Препарат, используемый в дифференциальной диагностике суправентрикулярных и желудочковых тахикардий:

нитроглицерин

лидокаин

мезатон

димедрол

адреналин

наркотики

анаприлин

дибазол

аспаркам

АТФ

406. Укажите препараты, используемые в диагностике ИБС и нарушений процессов реполяризации:

лидокаин

мезатон

димедрол

адреналин

наркотики

анаприлин

дибазол

аспаркам

АТФ

407. Нормальная величина корригированного интервала QT:

0,22-0,25 сек

0,35-0,42 сек

0,45-0,5 сек

408. ЭКГ-признаки перегрузки правого предсердия и правого желудочка проявляются при пороках:

стеноз митрального клапана

незаращение артериального (боталлова) потока

аортальный стеноз

изолированный стеноз легочной артерии

409. ФКГ-признаки "митрализации" стеноза устья аорты:

диастолический шум, сливающийся со вторым тоном, большой амплитуды с четкой ромбовидной формой в яремной ямке

систолический шум на верхушке

диастолический шум на верхушке

тон OS

410. ФКГ-признаки недостаточности трикуспидального клапана:

лентовидный или убывающий систолический шум над мечевидным отростком

проведение шума до передней аксиллярной линии

усиление шума на вдохе

появление дополнительного тона через 0,14 сек. после второго тона

все перечисленное верно

411. Критерии инструментальной диагностики пролапса митрального клапана:

на ЭхоКГ: пролабирование створок митрального клапана

на ЭхоКГ: увеличение полости правого предсердия , усиление II тона

на ЭКГ: признаки перегрузки правых отделов сердца

412. Что входит в мелодию митрального стеноза:

хлопающий I тон на верхушке

диастолический шум на верхушке

акцент II тона на легочной артерии

все перечисленное верно

413. Возможные причины снижения амплитуды I тона:

снижение упругости миокарда

увеличение отношения диаметра полостей сердца к толщине их стенок

увеличение размера клапанного дефекта

выраженноесклерозирование створок и хорд клапанного аппарата

все перечисленное верно

414. Какие формы характерны для шумов регургитации:

веретенообразный шум

ромбовидный шум

убывающий шум

овальный шум

415. При выраженной недостаточности аортального клапана на ЭКГ отмечаются:

увеличение амплитуды з. R V5, 6 и глубины з. S V1, 2

депрессия интервала S-T в V4-6, I, AVL

появление увеличенного, но не уширенного з. Q в V5, 6

нарушение инверсии з. Т в AVR

все перечисленное верно

416. Заболевания, при которых наиболее часто наблюдается мерцательная аритмия:

гипотиреоз

диффузно-токсический зоб

перикардит

417. Какие тоны регистрируются на нормальной ФКГ:

первый и второй тоны, третий, четвертый тоны

систолический щелчок

щелчок открытия митрального клапана

418. Раздвоение II тона на легочной артерии характерно для:

выраженного митрального стеноза

митральной недостаточности

блокады левой ножки пучка Гиса

все перечисленное верно

419. ФКГ-признаки стеноза устья аорты:

систолический шум, не сливающийся с первым тоном, большой амплитуды с четкой ромбовидной формой над аортой

систолический (пансистолический) шум

ослабление второго тона над аортой

все перечисленное верно

420. Возможные причины аортального стеноза:

ревматизм

тупая травма грудной клетки

инфаркт миокарда

инфекционно-аллергический миокардит

421. ФКГ-признаки субаортального стеноза:

систолический шум, не сливается с первым тоном, большой амплитуды с четкой ромбовидной формой на верхушке

сохраненный второй тон над аортой

шум проводится в подмышечную впадину

все перечисленное время

422. Что характерно для недостаточности митрального клапана:

систолический шум, ромбовидный, на верхушке

систолический шум, ромбовидный или убывающий в зоне Боткина

ослабление первого тона на верхушке

расщепление второго тона с усилением легочного компонента на основании

появление третьего тона на верхушке

все перечисленное верно

423. ФКГ-признаки митрального стеноза:

усиление (хлопающий) первый тон на верхушке

интервал Q-I тон 0,08 - 0,12 сек.

тон OS

диастолический шум, связанный с OS

диастолический шум, пресистолический

все перечисленное верно

424. Усиление второго тона на легочной артерии характерно при:

стенозе митрального клапана

аортальной недостаточности

трикуспидальной недостаточности

изолированном стенозе легочной артерии

стенозе устья аорты

425. При R-логическом исследовании сердца отклонение контрастированного пищевода по дуге малого радиуса указывает на:

митральную недостаточность

аортальную недостаточность

митральный стеноз

аортальный стеноз

кардиосклероз

перикардит

426. Чем может быть обусловлено снижение амплитуды I тона:

снижением упругости мышечной стенки желудочка

увеличением отношения диаметра полости сердца к толщине их стенок

увеличением размера клапанного дефекта

склерозированием створок клапанов

все перечисленное верно

427. ФКГ-признаки недостаточности клапанов аорты:

высокочастотный, малой амплитуды протодиастолический шум в зоне Боткина

диастолический шум убывающий, связанный со 2-м тоном

уменьшение амплитуды второго тона на аорте

мезодиастолический шум флинта на верхушке

все перечисленное верно

428. Какие формы характерны для шумов изгнания:

веретенообразный шум

ромбовидный шум

овальный шум

все перечисленное верно

429. Тон открытия митрального клапана после II тона при митральном стенозе появляется через:

0,12-0,18 сек.

0,04-0,12 сек.

0,16 сек.

0,02-0,05 сек.

0,08-0,14 сек.

430. Метод реографии позволяет:

проводить качественный анализ состояния сосудистого русла, оценивать кровенаполнение тканей, определять сократимость миокарда

определять электрофизиологическую функцию миокарда, оценивать состояние клапанного аппарата сердца

431. Общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) определяется:

тонусом крупных сосудов

тонусом артериол, состоянием прекапиллярных сфинктеров

степенью дилатации венул

венозным руслом в целом

432. Кровенаполнение по РЭГ считается нормальным при РИ:

<1,0

>1,0

>1,5

433. проба с наклоном и поворотом головы применяется при:

повышении тонуса церебральных артерий в каротидном бассейне

повышении тонуса церебральных артерий и снижении кровенаполнения в вертебробазиллярном бассейне

434. Ударный объем – это:

разница между систолическим и диастолическим объемом

количество крови, поступающее в сосудистое русло за одну систолу желудочков

количество крови, поступающее в диастолу желудочка

объем крови в предсердиях

435. Реографический индекс отражает:

кровенаполнение тканей в исследуемой области

скорость перемещения крови в сосудах исследуемой области

436. Показатель Q-А отражает:

время от начала возбуждения желудочков до появления пульсовой волны на СОС

скорость наполнения мелких и средних артерий

тоногенное возбуждение желудочков

437. Нормальное значение Q-А для предплечья:

0,1-0,18 сек.

0,18-0,19 сек.

0,20-0,28 сек.

438. Нормальное значение Q-A для голени:

0,27-0,37 сек.

0,23-0,25 сек.

0,18-0,20 сек.

439. Какие показатели изменяются при нарушении бронхиальной проходимости на всем протяжении бронхиального дерева:

ОФВ1

МОС 50%

МОС 75%

Все перечисленное верно

440. Какие показатели изменяются при обструктивных нарушениях функции внешнего дыхания:

ОФВ1

тест Тиффно

ПОС

Все перечисленное верно

441. Какие показатели изменяются при смешанных нарушениях функции внешнего дыхания:

ОФВ1

МВЛ

ПОС

ЖЕЛ

Все перечисленное верно

442. Метод спирографии позволяет:

выявлять дыхательную недостаточность

определять вид нарушений вентиляционной способности легких

показывать уровень поражения бронхиального дерева

оценивать эффективность лечения

Все перечисленное верно

443. Какой показатель изменяется в первую очередь при реструктивных нарушениях функции внешнего дыхания:

ОФВ

МВЛ

тест Тиффно

ПОС

ЖЕЛ

444. Расчет мгновенных объемных скоростей проводится с целью:

определения дыхательного объема

оценки биомеханики дыхания

определения бронхиальной проходимости

анализа показателей газового состава крови

445. Какие задачи позволяет решать метод пневмотахометрии:

определяет динамику действия бронходилятаторов

подбирать дозу лекарственных препаратов

проводить профосмотры

все перечисленное верно

446. Характеристика дыхания при нарушении вентиляционной способности легких по обструктивному типу:

частое, поверхностное, с преобладанием вдоха

редкое, глубокое, с преобладанием выдоха

447. Нормальное значение показателя теста Тиффно (в %):

54-39

65-53

80 и более

448. Показатель скорости форсированного выдоха на уровне 75% от форсированной ЖЕЛ:

МОС 50%

МВЛ

ОФВ

МОС 75%

тест Тиффно

449. Характеристика дыхания при нарушении вентиляционной способности легких по реструктивному типу:

Частое, поверхностное, с преобладанием вдоха

Редкое, глубокое, с преобладанием выдоха

450. Показатель скорости форсированного выдоха на уровне 50% от форсированной ЖЕЛ:

ПСДВ

ОФВ

МВЛ

МОС 50%

МОС 75%

451. Нормальное значение показателя ЖЕЛ (в %):

80-70

30-45

90 и более

40 и менее

50-60

452. Нормальное значение показателя ОФВ за 1 секунду:

35-40

36-54

55-70

85-95

70-65

453. Имеет ли значение инверсия з. Т в динамике суточного холтеровского ЭКГ-мониторирования при диагностике ИБС:

нет

да

454. Имеет ли диагностическое значение депрессия сегмента ST менее 2 мм при сочетании ее с ангинозными болями во время холтеровской регистрации ЭКГ:

да

нет

455. Существуют ли специфические нарушения ритма и проводимости при миокардите:

нет

да

456. Противопоказания для ЧПЭС:

ИБС со стенокардией 4 ф.кл.

электрическая нестабильность миокарда

острая коронарная недостаточность длительностью менее 4 недель с момента возникновения

аневризма аорты, синуса Вальсальвы, аневризма желудочков сердца

внутрисердечные тромбы, тромбозы крупных сосудов, протезы клапанов сердца, тромбофлебиты

ХСН 2Б- 3 ст.

фибрилляция предсердий на момент обследования

все варианты верны

457. Критерии выявления проаритмогенного влияния антиаритмической терапии по данным ХМ ЭКГ:

4-х кратное увеличение общего суточного числа желудочковых экстрасистол

10-ти кратное увеличение числа парных желудочковых экстрасистол

появление эпизодов устойчивой желудочковой тахикардии

все перечисленное верно

458. Нарушения ритма, имеющие положительное значение в диагностике аритмогенных причин синкопальных состояний по данным ХМ ЭКГ:

СА-блокада или отказ СА-узла с паузой более или равной 3 сек.

пароксизм мерцания предсердий с ЧСС для желудочков более 180 уд/мин.

желудочковая бигеминия

частая желудочковая экстрасистолия

459.Возможные состояния, наблюдаемые при миокардитах:

депрессия сегм.ST

сглаженный или отрицательный з. Т

блокада ножек п. Гиса

псевдоинфарктныйз. Q

все варианты верны

460. Высокие остроконечные з. Т характерны для:

гиперкалиемии

гипокалиемии

гиперкальциемии

гипокальциемии

461. Показания к проведению постояннойэлектрокардиостимуляции:

синдром Морганьи - Адамса - Стокса

клиническая смерть

крайняя степень застойной сердечной недостаточности

блокада ножек пучка Гиса

462. При ТЭЛА на ЭКГ:

в III отведении появляется з. Q

имеются признаки гипертрофии правого желудочка

появляются высокиез. Р во II, III и AVF

признаки неполной блокады правой ножки п. Гиса

все варианты верны

463. Противопоказания для ЧП ЭКГ:

заболевания пищевода (варикозное расширение вен, эзофагиты, опухоли, стриктуры)

тяжелое состояние больных вследствие далеко зашедших болезней легких и ССЗ

неотложные состояния в результате обострения ИБС (ОКС, прогрессирующая стенокардия)

приступы бронхиальной астмы, выраженная клиника обструктивного синдрома

все варианты верны

464. Укажите противопоказания к ЧПЭС:

острый период инфаркта миокарда

гипертоническая болезнь

постинфарктный кардиосклероз

465. Какая система отведений используется в большинстве случаев для проведения методики холтеровского ЭКГ-мониторирования:

стандартные отведения

отведения по Небу

однополюсные грудные отведения

прекардиальные биполярные отведения

466. Абсолютные показания к проведению ЧПЭС:

остановка сердца

остро возникшая AV-блокада с приступами Морганьи - Адамса - Стокса

резкая брадикардия с нарушением кровообращения

возвратная суправентрикулярная тахикардия

467. Противопоказания к ЧПЭС:

острый период инфаркта миокарда

гипертоническая болезнь

постинфарктный кардиосклероз

468. После перенесенного острого перикардита на ЭКГ длительно могут наблюдаться:

подъем сегмента ST в ряде отведений

снижение сегмента ST в отведениях с V1 по V5

сохраняться патологическиез. Q в грудных отведениях

469. Критерии значимого смещения сегмента ST:

депрессия сегмента ST более 1 мм на расстоянии 60 мсек. от Т.J, горизонтального или косонисходящего типа

продолжительность депрессии более 1 мин.

минимальное время нормализации изменений сегмента ST более 1 мин.

все варианты верны

470. Противопоказания к проведению электрокардиостимуляции:

аортальные пороки сердца

митральные пороки сердца

крайняя степень застойной сердечной недостаточности

471. Признак истощения источника питания электрокардиостимулятора:

изменение интервала (частоты) стимуляции

внезапное изменение электрической оси сердца

внезапное изменение полярности артефакта

472. Какие ЭКГ-критерии являются надежными показателями ишемической болезни при холтеровскоммониторировании ЭКГ, даже при отсутствии ангинальной боли:

депрессия сегмента ST > 2 мм, в точке на 0,08 сек от J длящейся 1 минуту.

депрессия сегмента ST<1 мм, в сочетании с равносторонним отрицательным з. T

473. Противопоказания к проведению электрокардиостимуляции:

аортальные пороки сердца

митральные пороки сердца

крайняя степень застойной сердечной недостаточности

474. Какая система отведений используется в большинстве случаев для проведения методики холтеровского ЭКГ-мониторирования:

стандартные отведения

отведения по Небу

однополюсные грудные отведения

прекардиальные биполярные отведения

475. ЭКГ-картирование целесообразно применять для:

уточнения характера внутрижелудочковой проводимости

при подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка

определения объема поражения при переднем инфаркте миокарда

476. Критерии значимого смещения сегмента ST по данным холтеровскогомониторирования ЭКГ:

депрессия сегмента ST равная или более 1 мм на расстоянии 60 мсек. от точки соединения, горизонтального или косонисходящего вида

продолжительность депрессии более или равная 1 мин.

минимальное время нормализации сегмента ST равное или более 1 мин.

все варианты верны

477. Показания к проведению постояннойэлектрокардиостимуляции:

синдром Морганьи - Адамса - Стокса

клиническая смерть

крайняя степень застойной сердечной недостаточности

блокада ножек пучка Гиса

478. Признак истощения источника питания электрокардиостимулятора:

изменение интервала (частоты) стимуляции

внезапное изменение электрической оси сердца

внезапное изменение полярности артефакта

479. Что из перечисленного может быть связано с тиреотоксикозом:

изменение положения эл. оси сердца

синусовая тахикардия

СССУ

АВ- блокада II ст.

480. Суточный холтеровский мониторинг позволяет проводить:

диагностику различных видов аритмий

неинвазивную оценку эффективности антиаритмического и антиангинального лечения

изучение корреляции между нарушениями ритма и клиническими симптомами

контроль за функциями пейсмекера

диагностику изменений реполяризациипри ИБС

все варианты верны

481. По каким формулам не определяется скорость утреннего подъема:

 (САДmax - САДmin) / (tmax - tmin)

(ДАДmax - ДАДmin) / (tmax - tmin)

(САД ср - ДАД ср) / (tmax - tmin)

482. Показания для проведения ЧПЭС:

оценка функции автоматизма СА-узла и СА-проведения для диф. диагностики СССУ

оценка состояния АВ-проведения

выявление дополнительных пучков проведения

определение генеза тахикардий с узкими и широкими комплексами QRS

диф. диагностика тахикардий

распознавание различных форм АВ-реципрокных тахикардий

все варианты верны

483. Типы групп больных - "Dipper" – это:

нормальное снижение АД в ночные часы

недостаточное снижение АД в ночные часы

чрезмерное снижение АД в ночные часы

ночное АД выше дневного

484. Нормальные параметры корригированного времени восстановления функции синусового узла:

> 595 мсек.

< 595 мсек.

< 640 мсек.

485. Типы групп больных "NonDipper" – это:

нормальное снижение АД в ночные часы

недостаточное снижение АД в ночные часы

чрезмерное снижение АД в ночные часы

ночное АД выше дневного

486. По каким формулам определяются величины утреннего подъема систолического АД:

САДmax - ДАДmax с 4 до 10 утра

САДmax - САДmin с 4 до 10 утра

САДmax - САДmin с 4 до 6 утра

САД ср.- ДАД ср.

487. Суточный индекс – это:

 (ср.САД дневн. - ср.САДноч.) / ср.САД дневн. х 100

(ср.АДС - ср.АДД) / ср.АД х 100

488. Типы групп больных "Night -peaker" – это:

нормальное снижение АД в ночные часы

недостаточное снижение АД в ночные часы

чрезмерное снижение АД в ночные часы

ночное АД выше дневного

489. Типы групп больных "Over -Dipper" – это:

нормальное снижение АД в ночные часы

недостаточное снижение АД в ночные часы

чрезмерное снижение АД в ночные часы

ночное АД выше дневного

490. Нормальные параметры времени восстановления функции синусового узла:

< 1470 мсек.

> 1470 мсек.

> 2000 мсек.

491. В какой промежуток времени определяются величины утреннего подъема АД:

с 4 до 6 час.

с 6 до 9 час.

с 4 до 10 час.

492. Нормальный параметр времени восстановления функции синусового узла:

< 1470 мсек.

> 1470 мсек.

> 2000 мсек.

493. Индекс времени гипертензии (ИВ) – это:

время повышенного АД в среднем за сутки

процент измерений, превышающих нормальное АД в среднем за сутки

494. Что (из указанного) позволяет проводить суточный холтеровский мониторинг:

диагностику различных видов аритмий

неинвазивную оценку эффективности антиаритмического и антиангинального лечения

изучение корреляции между нарушениями ритма и клиническими симптомами

контроль за функциями пейсмекера

диагностику изменений реполяризациипри ИБС

все варианты верны

495. Снижение вольтажа комплексов и зубцов ЭКГ часто наблюдается при:

микседеме

выпоте в полость перикарда

хронических обструктивныхзаболеваниях легких

все варианты верны

496. На фоне гипертрофии левого желудочка признаками сопутствующей гипертрофии правого желудочка могут быть:

отклонение электрической оси вправо

в отведении AVR зубец R больше зубца Q

в отведении V5 зубец S больше зубца R

отрицательный зубец T в V1

все варианты верны

497. Причины появления отрицательныхз. Т на ЭКГ:

гипервентиляция

дисгормональные нарушения

мелкоочаговый инфаркт миокарда

все перечисленное верно

498. При остром перикардите часто отмечается подъем сегмента РR в отведении:

AVL

AVF

AVR

V5

VR4

499. С приемом бета-адреноблокаторов может быть связано:

удлинение интервала PQ

увеличение амплитуды зубца Т

укорочение интервала QT

увеличение интервала РР

все варианты верны

500. При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ из перечисленного наиболее специфично появление:

признака Q III SI

блокады правой ножки п. Гиса

синусовой брадикардии

предсердных экстрасистол

501. Вторичные изменения миокарда при гипертрофии левого желудочка отражаются на ЭКГ в виде:

уменьшения высоты зубца Т

инверсии зубца Т

дискордантного смещения сегмента SТ и зубца Т

увеличение высоты зубца Т в отведении V1

все варианты верны

502. Укорочение сегмента ST является признаком:

гиперкалиемии

гипокалиемии

гиперкальциемии

гипокальциемии

503. Сочетание признаков гипертрофии левого предсердия и правого желудочка является признаком:

стеноза легочной артерии

дефекта межпредсердной перегородки

митрального стеноза

аортальной недостаточности

504. ЭКГ-синдром SI QIII характерен для:

острого перикардита

аномалии Эбштейна

острого легочного сердца

пневмоторакса

505. При тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ:

в III отведении появляется зубец Q

имеются признаки гипертрофии правого желудочка

появляются высокие зубцы P во II, III, AVF отведениях

имеются признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса

все варианты верны

506. После перенесенного острого перикардита на ЭКГ может длительно наблюдаться:

подъем ST в ряде отведений

снижение ST в отведенияхV1-5

отрицательный зубец Т в нескольких отведениях

507. У здоровых лиц (без признаков сердечно-сосудистых заболеваний) на ЭКГ могут отмечаться:

синдром SI, SII, SIII

S-тип ЭКГ

неполная блокада правой ножки п. Гиса

все варианты верны

508. "R-тип" гипертрофии правого желудочка с комплексами QR в отведении V1 часто отмечается у больных с:

выраженной артериальной легочной гипертензией

стенозом легочной артерии

тетрадойФалло

все варианты верны

509. У больных с дефектом межжелудочковой перегородки:

ЭКГ может быть в пределах нормы

могут быть признаки гипертрофии левого желудочка

могут быть признаки гипертрофии правого желудочка

могут быть признаки гипертрофии обоих желудочков

все варианты верны

510. У больных с гипертрофией правого желудочка при наличии в отведении V1 комплексов типа QR часто выявляется:

выраженная гипертрофия правого желудочка

гипертрофия правого предсердия

недостаточность 3-х створчатого клапана

все варианты верны

511. Какие фармакологические пробы помогают в диагностике СРРЖ, усиливая проявления синдрома:

проба с новокаинамидом

проба с обзиданом

с хлоридом калия

проба с атропином

проба с нитроглицерином

512. Нормы величины корригированного интервала QT по ЭКГ покоя:

0,22 - 0,25 сек.

0,25 - 0,30 сек.

0,35 - 0,42 сек.

0,46 - 0,55 сек.

513. Для синдрома Бругада характерно:

блокада левой ножки п. Гиса

блокада правой ножки п. Гиса, подъем сегмента ST в отведениях V1-V3, приступы полиморфной желудочковой тахикардии

АВ-блокада

СА-блокада

подъем сегмента ST в отведениях V5-V6

депрессия сегмента ST в отведениях V1-V3

подъем сегмента ST в отведениях V5-V6

увеличение интервала QT

514. Характерные признаки синдрома Холта-Орама:

врожденные пороки сердца

пороки развития верхних конечностей

пролапс митрального клапана

прогрессивные нарушения ритма сердца

все перечисленное верно

515. При миокардитах могут наблюдаться:

депрессия ST

сглаженный или отрицательный з. Т

блокада ножек п. Гиса

псевдо инфарктный з.Q

все варианты верны

516. Что не характерно для появления отрицательных зубцов Т на ЭКГ:

гипервентиляции

дисгормональных нарушений

нарушений мозгового кровообращения

мелкоочагового инфаркта миокарда

все перечисленное верно

517. Высокие остроконечные ("пикообразные") зубцы Т характерны для:

гиперкалиемии

гипокалиемии

гиперкальциемии

гипокальциемии

518. Возможные причины появления очень высоких зубцов Т:

гиперкалиемия

ваготония

сверхострая фаза инфаркта миокарда

нарушения мозгового кровообращения

все варианты верны

519. С гипокалиемией может быть связано:

уменьшение амплитуды зубца Т

увеличение амплитуды зубца U

депрессия сегмента ST

все варианты верны

520. Не наблюдается подъем сегмента ST у пациентов без ИБС при:

острых перикардитах

ТЭЛА в отведениях V1-V2

нарушение внутрижелудочкового проведения

при СРРЖ

521. После перенесенного острого перикардита на ЭКГ может длительно наблюдаться:

подъем сегмента ST в ряде отведений

снижение сегмента ST в ряде отведений

отрицательный з. T в ряде отведений

все варианты верны

522. При миокардитах может наблюдаться:

депрессия сегмента ST

сглаженный или отрицательный зубец Т

блокада ножек пучка Гиса

псевдоинфарктный зубец Q

все варианты верны

523. При ТЭЛА на ЭКГ появляются:

з.Q в III отведении

признаки полной блокады левой ножки п. Гиса

синусовая брадикардия

524. Специфичными для миокарда являются:

нарушения проводимости на различных уровнях

эктопические ритмы

синусовая тахикардия

мерцательная аритмия и экстрасистолия

специфических нарушений ритма и проводимости нет

525. Признаки гипертрофии правого предсердия на ЭКГ могут встречаться при:

гипокалиемии

астенической конституции

526. Для больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких характерно:

низкий вольтаж ЭКГ

S-тип ЭКГ

признаки гипертрофии правого предсердия

отсутствие увеличения высоты зубца R в грудных отведениях от V1 к V4

все варианты верны

527. К признакам гипертрофии левого желудочка относится:

увеличение амплитуды зубцов R в левых отведениях (AVL, I, V5-6)

увеличение глубины зубцов S в правых грудных отведениях (V1-2)

дискордантное смещение сегмента SТ и зубца Т

все варианты верны

528. С тиреотоксикозом может быть связано:

увеличение амплитуды зубцов Р, Т и комплекса QRS

изменение положения электрической оси сердца

синусовая тахикардия

все варианты верны

529. К признакам гипертрофии правого предсердия на ЭКГ относится:

увеличение высоты зубцов Р в отведениях II и V1

исчезновение положительной фазы зубца Р в отведении V1

увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1

530. Признаки, не характерные для СРРЖ:

горизонтальный или косонисходящий сегмент ST выпуклостью книзу

горизонтальный или косонисходящий сегмент ST выпуклостью кверху

наличие точки соединения на нисходящем колене з. R

наличие точки соединения на восходящем колене з. R

поворот эл. оси по часовой стрелке

поворот эл. оси против часовой стрелки

резкое нарастание амплитуды з. R в грузных отведениях с одновременным уменьшением или исчезновением з. S

531. С гиперкалиемией может быть связано:

укорочение интервала QТ

высокие остроконечные з. Т

уширение комплекса QRS

все варианты верны

532. Гигантские отрицательные зубцы Т (очень глубокие и резко уширенные) чаще всего регистрируются у больных с:

мелкоочаговым инфарктом миокарда

тромбоэмболией легочной артерии

синдромом раннейреполяризации желудочков

субарахноидальным кровоизлиянием

пролапсом митрального клапана

533. Уменьшение амплитуды зубца Т и появление высоких зубцов "U" является признаком:

гиперкалиемии

гипокалиемии

гиперкальциемии

гипокальциемии

534. У больных с острым нарушением мозгового кровообращения может наблюдаться:

удлинение интервала QT

увеличение амплитуды зубца Т

инверсия зубца Т

депрессия сегмента SТ

все варианты верны

535. Возникновение депрессии сегмента ST может быть следствием:

ишемии миокарда

мелкоочагового инфаркта миокарда

реципрокных изменений при крупноочаговом инфаркте

все варианты верны

536. Подъем сегмента SТ в большинстве отведений характерен для:

тромбоэмболии легочной артерии

гипокалиемии

гиперкалиемии

острого перикардита

537. Удлинение сегмента ST является признаком:

гиперкалиемии

гипокалиемии

гиперкальциемии

гипокальциемии

538. Для синдрома ранней реполяризации желудочков наиболее характерна регистрация на ЭКГ:

отрицательных зубцов Т

депрессии сегмента SТ

подъема сегмента SТ и высокий R

глубоких остроконечных зубцов S

539. Гигантские отрицательные з. Т, глубокие и резко уширенные чаще всего регистрируются у больных с:

мелкоочаговым инфарктом миокарда

ТЭЛА

СРРЖ

пролапсом митрального клапана

субарахноидальным кровоизлиянием

540. Высокие остроконечные пикообразныез. Т характерны для:

гиперкалиемии

гипокалиемии

гиперкальциемии

гипокальциемии

541. С внутренним введением новокаинамида может быть связано:

уширение комплекса QRS

удлинение интервала QT

удлинение интервала PQ

появление тахикардии типа "пируэт"

все варианты верны

542. Базовая терапия синдрома удлиненного QT:

инфузия солей калия

прием хинидина

прием новокаинамида

прием антагонистов кальция

прием b-блокаторов

543. У больных с выпотом в полость перикарда на ЭКГ может отмечаться:

Верный ответ:3

снижение вольтажа

электрическая альтернация

все варианты верны

544. Уширение комплексов QRS, удлинение интервала PR и уменьшение зубца R характерно для выраженной:

гиперкалиемии

гипокалиемии

гиперкальциемии

гипокальциемии

545. У больных с острым нарушением мозгового кровообращения может наблюдаться:

удлинение интервала QТ

увеличение амплитуды з. Т

инверсия з. Т

депрессия сегмента ST

все варианты верны

546. Вариант гипертрофии правого желудочка "S-тип" наиболее характерен для больных с:

митральным стенозом

митральной недостаточностью

дефектом межпредсердной перегородки

хроническим обструктивным заболеванием легких

дефектом межжелудочковой перегородки

547. Признаком острого легочного сердца на ЭКГ является:

синдром QIII SI

возникновение блокады правой ножки п. Гиса

появление отрицательных зубцов Т в отведениях V1-4

смещение переходной зоны влево

все варианты верны

548. С гипокалиемией может быть связано:

уменьшение амплитуды з. Т

увеличение амплитуды з. U

депрессия сегмента ST

все варианты верны

549. C гиперкалиемией может быть связано:

укорочение интервала QT

высокие остроконечные зубцы Т

уширение комплекса QRS

все варианты верны

550. Дополнительные исследования, используемые в диагностике СРРЖ:

проба с дозированной физической нагрузкой

холодовая проба

ортостатическая проба

проба с гипервентиляцией