

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Функциональная диагностика» (Высшая категория) для аттестации

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:

<https://medik-akkreditacia.ru/product/funkcionalnaya/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Функциональная диагностика» (4200 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/diagnostika-funkcionalnaya/>

2) Тесты для аккредитации «Мануальная терапия» (1400 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/manualnaya/>

Основные направления исследований, составляющих специальность «функциональная диагностика» - это:

«...инструментальное исследование функции кровообращения, дыхания, пищеварения, нервной и эндокринной систем, а также других видов функциональной диагностики с учетом профиля учреждений и местных условий»

Лабораторные методы диагностики

Комплекс методов лучевой и ультразвуковой диагностики органов брюшной полости

Радиоизотопные методы диагностики

Эндоскопические методы исследования

В структуре смертности населения России в настоящее время ведущее место занимают:

Болезни системы кровообращения

Инфекционные и паразитарные заболевания

Новообразования

Болезни системы пищеварения

Травмы и отравления

Регламентация деятельности службы ФД в РФ отражена в:

В. Постановление Государственного комитета Российской Федерации по статистике № 175 от 10.09.02.

Г. Приказе N 350 от 20.11.2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации».

Б. Приказе МЗ РФ N 33 от 06.02.95 г. \n«Об утверждении Положения об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации».

А. Приказе МЗ РФ N 970н от 26.12.16 г. \n«О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».

Д. Приказе N 344/76 от 27.08.2004 г.«Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации».

Расчетная норма для врача на дополнительные ЭКГ исследования: проба с приемом обзидана, хлорида калия, инъекцией атропина и т.п. равна:

В. 20 мин.

А. 10 мин.

Б. 15 мин.

Г. 25 мин

Д. 30 мин.

Длительность анализа результатов суточного мониторинга ЭКГ в рамках расчетной нормы времени проведения (время мониторирования 20-24 часа):

Г. 90 мин.

А. 30 мин

Б. 40 мин.

В. 60 мин.

Д. 120 мин.

Медицинское страхование это:

В. Оплата лечения и лекарств за счет накопленных средств населения

Г. Медицинское обслуживание населения за счет страховой организации

А. Оплата медицинских услуг через страховую организацию

Б. Форма соц. защиты интересов населения в области охраны здоровья

Д. Оплата медицинских услуг за счет государства

Ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи, несет:

Б. Лечебно-профилактическое учреждение

А. Органы управления здравоохранения

В. Врач

Г. Экспертная комиссия

Д. Главный врач медицинского учреждения

В стандарт оснащения кабинета для проведения функциональных проб кроме аппаратов функциональной диагностики, обязательно, входит:

В. Термометр

- Г. ректосигмоскоп и колоноскоп
- Б. Прибор для проведения внутрижелудочной рН- метрии
- А. Дефибриллятор
- Д. аппарат для ультразвуковой диагностики

Врач функциональной диагностики представляет отчет о своей работе:

- Б. Заведующему отделением функциональной диагностики
- В. Заведующему клиническим отделением
- А. Главному врачу медицинского учреждения
- Д. Заведующему подразделением функциональной диагностики, а при его отсутствии - главному врачу
- Г. Пациенту

Гомеостаз это:

- Б. Функциональное состояние гистогематических барьеров организма
- Г. Устойчивое (неколеблющееся) равновесие в организме
- А. Постоянство состава крови в организме
- В. Относительное динамическое постоянство внутренней среды и устойчивость основных физиологических функций организма человека и животных
- Д. Ритмические колебания во внутренней среде организма

Увеличение венозного притока к сердцу оказывает следующее влияние на деятельность сердца:

- В. Усиление сердечных сокращений
- Г. Ослабление сердечных сокращений
- Б. Ослабление и урежение сокращений сердца
- А. Усиление и учащение сокращений сердца +
- Д. Появление экстрасистол

Возбудимость сердца понижена в следующую фазу сердечного цикла:

- А. Начало систолы
- В. Начало диастолы
- Б. Конец систолы
- Г. Конец диастолы
- Д. Вершина диастолы

При угнетении дыхательного центра возникает:

- Б. Вентиляционная форма дыхательной недостаточности
- А. Диффузионная форма дыхательной недостаточности
- В. Перфузионная дыхательной недостаточности
- Г. Обструктивный тип нарушения вентиляции легких
- Д. Клапанный механизм обструкции легких

Обструктивный тип гиповентиляции развивается при:

- Г. Нарушении проходимости воздухоносных путей

- А. Повреждении мотонейронов спинного мозга
- Б. Ограничении расправления легких при дыхании
- В. Уменьшении легочной поверхности
- Д. Угнетение функции дыхательного центра

Кто проводит калибровку средств измерений в кабинете функциональной диагностики?

- В. Сотрудник учреждения, назначенный приказом по ЛКУ
- Г. Специально аттестованный специалист, имеющий лицензию
- Б. Старшая медсестра отделения
- А. Персонал, работающий с приборами

Выявлено повреждение проводника заземления; как следует поступить?

- А. Отложить ремонт и продолжить работу с поврежденным проводом
- В. Вызвать медтехника или инженера для устранения неисправности, продолжить работу с его разрешения
- Б. Самостоятельно сделать скрутку поврежденного провода заземления и продолжить работу
- Г. Сообщить о случившемся заведующему отделением и поступить согласно его указаниям

Можно ли применять в одном комплекте серебряно-хлорид-серебряные и никелевые электроды?

- А. Можно
- В. Нельзя
- Б. Можно только в том случае, если они одинакового размера и формы
- Г. Такое применение электродов возможно, если никелевый электрод используется в качестве «земли»

Какая информация должна обязательно указываться при распечатке биосигналов?

- Б. Скорость развертки, масштаб, параметры фильтрации сигнала
- В. Скорость развертки, масштаб, марка прибора
- А. Скорость развертки и масштаб
- Г. Скорость развертки, масштаб, названия отведений или каналов, параметры фильтрации сигналов

Покрывание электродов хлористым серебром проводится для:

- В. Гигиенических целей
- Г. Продление срока годности электрода
- А. Уменьшения сопротивления
- Б. Уменьшения поляризационного потенциала
- Д. Увеличение поляризационного потенциала

Велоэргометрия проводится на компьютерном комплексе. На каком расстоянии от велоэргометра можно разместить компьютер комплекса, если в инструкции по

эксплуатации нет других указаний?

- А. Оборудование надо расположить так, чтобы было удобно проводить исследования
- В. Не менее 3 метров от велоэргометра, чтобы исключить наводки
- Б. Компьютер надо установить так, чтобы исключить контакт пациента с компьютером, принтером, дисплеем (обычно на расстоянии 1,5 метра)
- Г. Компьютер надо поставить как можно ближе, чтобы уменьшить наводки

Гигиеническая обработка деталей спироанализатора, имеющих контакт со слизистой оболочкой и выдыхаемым воздухом пациента включает:

- В. Промывание чистой водой и сушку
- Г. УФО облучение
- Б. Дезинфекцию
- А. Механическую очистку
- Д. Обработку спиртом

Полоса частот ЭЭГ составляет:

- А. 0,01-100 Гц
- Б. 0,5-20 Гц
- В. 0,5 Гц до 2 кГц
- Г. 0-30 Гц
- Д. 2-150 Гц

Ультразвуковой луч отражается от границы раздела двух сред, имеющих различия в:

- В. Плотности
- Г. Упругости
- Б. Скорости распространения ультразвука в среде
- А. Акустическом сопротивлении среды
- Д. Скорости распространения ультразвука и упругости

Механизмом возникновения акустической тени являются:

- В. Полное отражение ультразвука
- А. Восприятие сигналов, посланных во время предыдущего цикла
- Б. Низкая проникающая способность ультразвука
- Г. Попадание в срез структур, расположенных сбоку от центрального луча
- Д. Затухание сигнала в процессе отражения от параллельно расположенных структур, сильно отражающих ультразвук

При применении технологии цветового доплеровского кодирования цветовая картограмма потока зависит от:

- Б. Направления движения частиц крови
- В. Угла между направлением УЗ-луча и вектором скорости
- А. Скорости кровотока
- Г. Все вышеперечисленное верно

Какие режимы цветового доплеровского кодирования являются углом зависимиыми?

- А. Режим цветового кодирования «энергии»
- В. Цветового доплеровского кодирования
- Б. Конвергентного цветового кодирования

Воздухоносные пути по схеме Вейбеля насчитывают:

- Б. 5-10 порядков
- В. 10-15 порядков
- А. 1-4 порядков
- Г. 23-24 порядка.
- Д. 25-30 порядков

Скорость экспираторного потока в течение большей части форсированного выдоха ограничивается следующими факторами:

- Д. Компрессией дыхательных путей
- А. Турбулентным движением воздуха в трахее
- Б. Действием диафрагмы
- В. Сокращением межрёберных мышц
- Г. Силой сокращения мышц передней брюшной стенки

Наиболее широко распространенным методом изучения легочного кровообращения является:

- Б. Реография
- Г. Косвенные расчетные методы
- А. Электрокардиография
- В. Эхокардиография
- Д. Радиоизотопный метод

Средняя нормальная кислородная потребность в состоянии покоя у взрослого человека в минуту составляет:

- В. 200-300 мл/мин
- А. 20-40 мл/мин
- Б. 50-150 мл/мин
- Г. 500-600 мл/мин.
- Д. 700 мл/мин и более

Методом “вымывания азота” непосредственно измеряют:

- В. Общую емкость легких
- А. Дыхательный объем
- Г. Функциональную остаточную емкость легких
- Б. Остаточный объем легких
- Д. Жизненную емкость легких

Развитие дыхательной системы после рождения продолжается до:

- В. 8 лет
- А. 1 года
- Б. 5 лет
- Г. 12 лет
- Д. 18 лет

Основным механизмом развития гипоксемии при ХОБЛ является:

- Г. Шунтирование крови
- А. Гиповентиляция
- В. Нарушение вентиляционно-перфузионного отношения
- Б. Нарушение диффузии
- Д. Патологический гемоглобин

В норме на ЭЭГ взрослого человека в состоянии покоя регистрируется:

- В. Дельта- ритм
- Г. Тета-ритм
- Б. Низкочастотный бета-ритм амплитудой выше 15 мкВ
- А. Альфа-ритм
- Д. Гипсаритмия

Альфа-активность выявляется

- В. Альфа-активность зрелого мозга обычно модулирована в веретена
- А. При проведении электроэнцефалограммы в состоянии пассивного бодрствования
- Д. Все верно
- Б. Представляет собой синусоидальные колебания частотой 8-13 Гц и амплитудой 40-100 мкВ
- Г. Альфа-активность преобладает преимущественно в затылочных областях

ЭЭГ новорожденного имеет:

- А. Полиморфный уплощенный характер с частотой колебаний до 1-3 Гц и амплитудой до 10-20 мкВ, преобладающие по амплитуде в центральных отделах коры
- Б. Устойчивая активность частотой 5 Гц и амплитудой 50 мкВ
- В. Альфа-ритм частотой 6-9 Гц в затылочных отделах коры больших полушарий
- Г. Резко выражен бета-ритм частотой 18-25 Гц
- Д. Во всех областях коры регистрируется тета-активность с амплитудой до 150-200 мкВ

Для записи ЭЭГ у детей чаще используется чувствительность:

- А. 1 мВ/мм
- Г. 10 мкВ/мм
- Б. 3 мкВ/мм
- В. 7 мкВ/мм
- Д. 20 мкВ/мм

Электродное сопротивление не должно превышать:

- Б. 600 Ом
- В. 1000 Ом
- А. 100 Ом
- Г. 5 кОм
- Д. 20 кОм

Усиление альфа-ритма при hV отражает:

- Б. Реакцию диэнцефальных структур
- А. Реакцию мезенцефальных структур
- В. Реакцию коры
- Г. Диффузную реакцию мозга
- Д. Артефакт при выполнении пробы

Где можно ожидать наиболее точную локализацию очага по ЭЭГ:

- А. При очаге на поверхности коры
- Б. При глубинном очаге
- В. При субтенториальном очаге
- Г. При медиально-височном очаге
- Д. В лобных отделах

Патологическую медленную активность (очаговую) генерирует зона:

- Б. Перифокальная зона очага
- А. Зона опухоли
- В. Воздействие на желудочки .
- Г. Зона отека
- Д. Зона некроза

ЭЭГ является специфическим тестом для диагностики эпилепсии поскольку:

- Г. Выявляет состояние изменения метаболизма, обуславливающего
- Б. Регистрирует состояние коры
- А. Отражает патологическую разрядную активность нейронов, вызывающих припадки
- В. Регистрирует состояние лимбико-ретикулярного комплекса
- Д. Во время припадка ЭЭГ меняется

Наиболее характерный ЭЭГ-коррелят болезни Кройцфельда-Якоба(губчатой энцефалопатии):

- В. Периодические комплексы вспышки-подавление
- Г. Гиперсинхронный тип кривой
- Б. Трехфазные волны с периодом 2-3 /сек
- А. Периодические вспышки острых волн и артефакты ЭМГ от миоклонии
- Д. ПЛЭР

При наличии дельта очага в правом полушарии по ЭЭГ и одновременном смещении срединных структур справа налево на Эхо-ЭГ на 4 мм можно думать об:

- А. Объёмном процессе справа
- Б. Атрофии справа
- В. Атрофии слева
- Г. Объёмном процессе слева
- Д. Диффузном поражении мозга

Запись с депривацией сна проводят при:

- А. Мигрене
- Б. Подозрении на приступы, связанные с недосыпанием
- В. У всех лиц, имевших эпизоды головокружения
- Г. Наличии эпилептиформных знаков при ГВ
- Д. При фотоконвульсивном ответе

Затылочный депрессирующийся ритм появляется у ребенка в возрасте:

- А. 1 года
- Б. после 2 лет
- В. 5 месяцев
- Г. 3 месяца
- Д. после 7 лет

Реакция при пробе с гипервентиляцией служит для:

- А. оценки состояния коры
- Б. выявления скрытой эпилептиформной активности
- В. оценки РФ
- Г. Выявления дизритмии

Реакция при пробе с гипервентиляцией служит для:

- А. Выявления скрытой эпилептиформной активности
- Б. оценки состояния коры
- В. оценки РФ
- Г. Выявления дизритмии

Основным отличием сна от комы является:

- А. Наличие реакции пробуждения (arousal)
- Б. Наличие двигательной активности
- В. Наличие фаз сна
- Г. Отсутствие альфа ритма
- Д. Выполнение инструкций

Базовыми (основными) режимами в ультразвуковой диагностике состояния сердечно-сосудистой системы являются:

- Г. 3Д-изображение
- А. М-режим
- В. В- и Д-ЭхоКГ
- Б. В-режим
- Д. М – В- режимы

Изучить продольное движение миокарда позволяет метод ультразвукового исследования:

- Б. Д-ЭхоКГ
- Г. Стресс-ЭхоКГ
- А. В-режим
- В. Тканевое доплеровское исследование миокарда
- Д. Контрастная ЭхоКГ

Эхокардиографическая идентификация левого и правого предсердий проводится по признакам:

- Б. Выявление структур атриовентрикулярных клапанов
- А. Выявление структур системных и легочных вен
- В. Оценка размеров камер сердца
- Г. Оценка толщины стенок
- Д. Оценка амплитуды движения стенок

Локальное увеличение толщины основного сегмента межжелудочковой перегородки более 15 мм, ее гипокинезия и уплотнение при соотношении толщины МЖП : ЗСЛЖ =1,3 1 характерны для:

- Д. Гипертрофической кардиомиопатии
- А. Коронарной болезни сердца
- Б. Перикардита
- В. Пролапса митрального клапана
- Г. Концентрической гипертрофии миокарда

Аортальная регургитация, когда регургитирующий поток достигает уровня верхушки левого желудочка, (импульсно-волновая Д-ЭхоКГ) относится к степени:

- А. I степень
- Г. IV степень
- Б. II степень
- В. III степень

Показатели диастолического наполнения ЛЖ, измеряемые с помощью Д-ЭхоКГ:

- В. E макс, A макс, ДТ, E/A, время ИВР
- А. КДО, КСО, УО, УИ, ФВ
- Б. КДР, КСР, ФУ
- Г. ММЛЖ, ИММЛЖ, Т мжп, Тзслж
- Д. МОС, СИ

Дифференцировать констриктивный и псевдонормальный типы наполнения ЛЖ позволяет метод:

- В. ЦДК
- А. В-режим
- Д. Тканевая доплерография фиброзного кольца митрального клапана
- Б. М-режим
- Г. Импульсно-волновая доплер-ЭхоКГ

Наиболее точный из всех перечисленных метод определения объема ЛЖ.

- Б. Метод Буллета (В-режим)
- В. Метод однопланового эллипса (В-режим)
- А. Формула Тейхольца (М-режим)
- Г. Метод Симпсона (В-режим)
- Д. Определение ударного объема методом Д-ЭхоКГ

Характерным признаком дефекта межпредсердной перегородки, не осложненном легочной гипертензией, при цветном доплеровском картировании является:

- Г. Ускорение аортального кровотока
- Б. Сброс справа налево
- А. Сброс слева направо
- В. Ускорение митрального кровотока
- Д. Нет визуализации потока в области дефекта

Наличие дополнительных хорд в левом желудочке при отсутствии нарушений со стороны клапанного аппарата сердца и клинических симптомов расценивается как:

- Г. Врожденный порок сердца
- А. Вариант нормы
- В. Малая аномалия развития сердца
- Б. Особенность строения сосочковых мышц
- Д. Кардиомиопатия

Достоверный признак недостаточности трикуспидального клапана:

- В. Слоистое “эхо” в систолу створок ТК в М-режиме
- Г. Уплотнение створок ТК
- А. Дилатация правого желудочка
- Б. Д-ЭхоКГ: систолический поток в правом предсердии за створками ТК
- Д. Увеличение правого предсердия

Д-ЭхоКГ трансмитрального кровотока при митральном стенозе выявляет:

- А. Резкое возрастание скорости потока в фазу наполнения ЛЖ
- Б. Значительное уменьшение скорости потока в стадию ранней диастолы и в систолу левого предсердия
- В. Уменьшение скорости потока в стадию ранней диастолы и увеличение в систолу левого предсердия

- Г. Высокоскоростной турбулентный кровоток в фазу систолы
- Д. Быстрое падение скорости потока после достижения пикового значения

ЭхоКГ признак, выявляемый при перегородочной форме гипертрофической кардиомиопатии, это:

- Г. Гипертрофия правого желудочка
- А. Увеличение конечного диастолического размера левого желудочка
- В. Гипертрофия межжелудочковой перегородки
- Б. Увеличение конечного систолического размера левого желудочка
- Д. Гипертрофия задней стенки левого желудочка

Эксцентричное смыкание аортальных полулуний в диастоле является следствием:

- В. Расслоения аорты
- А. Бактериального эндокардита
- Г. Врожденной аномалии - двустворчатого аортального клапана
- Б. Аневризмы синуса Вальсальвы
- Д. Аортальной недостаточности

К ЭхоКГ признакам тромба левого предсердия относятся:

- В. Образования в выходном тракте ЛЖ в фазу систолы
- Г. Образования в выходном тракте ЛЖ в фазу диастолы
- А. Движение в митральное отверстие и смещение в пространство между створками в момент диастолы
- Б. Малоподвижное пристеночное образование в ЛП
- Д. Округлое эхонегативное образование, имеющее связь с перикардом.

Показатель количества жидкости между листками перикарда (КДР перикарда) в области локации правого желудочка, по которому принимается решение о проведении пункции перикарда под ультразвуковым или ангиографическим контролем равен:

- Д. Более 1,5 см.
- А. Не определяется
- Б. 0,2-04 см
- В. 0,5-1,0 см
- Г. 1,0- 1,5 см

Основными причинами ишемии нижних конечностей являются:

- Б. Неспецифический аортоартериит
- В. Облитерирующий тромбангиит
- А. Атеросклероз
- Е. Все выше перечисленное
- Г. Диабетическая ангиопатия

Систола-диастолическое отношение вычисляется как параметр отношения:

- В. Средней скорости кровотока и процента стеноза

- Г. Процента стеноза и максимальной систолической скорости
- Б. Конечной диастолической скорости и средней скорости кровотока
- А. Максимальной систолической скорости и конечной диастолической скорости
- Д. Конечной диастолической скорости и время ускорения потока

К гемодинамической характеристике артериальной обструкции относится:

- Б. Повышение лодыжечно-плечевого индекса
- А. Уменьшение лодыжечно-плечевого индекса
- В. Плече-лодыжечный градиент давления менее 20 мм.рт.ст.
- Г. Трехфазная картина кровотока
- Д. Кровоток в одноименной вене на каждой стадии сердечного цикла

Отсутствие стеноза подколенной артерии характеризуется

- Б. Увеличением систолической скорости кровотока и наличием турбулентности потока
- В. Резким увеличением периферического сосудистого сопротивления
- А. Снижением интенсивности эхосигнала
- Г. Пустым» спектральным окном, свободным просветом в В режиме
- Д. Изменением направления кровотока по исследуемой артерии

Параметр патологии при доплерографическом исследовании сосудов конечностей:

- Б. Пиковая систолическая скорость 100см/сек. в области бедра
- В. Узкое спектральное окно
- А. Крутой систолический подъем
- Г. Исчезновение волны ретроградного кровотока в фазе ранней диастолы
- Д. Пиковая систолическая скорость в области голени -50см/сек.

Основной транскраниальный доступ для УЗИ артерий каротидного бассейна

- В. Темпоральный
- А. Субокципитальный
- Б. рбитальный
- Г. Субмандибулярный

Артериальный приток в венозную часть вызывает турбулентность и артериальную пульсацию венозной стенки при наличии:

- Д. Артерио-венозного соустья
- А. Артериальной компрессии
- Б. Оклюзионной болезни
- В. Псевдоаневризмы
- Г. Артерио-венозной мальформации

Острый венозный тромбоз при исследовании в В-режиме характеризуется:

- Б. Высоким уровнем интралюминальной эхогенности
- А. Низким уровнем интралюминальной эхогенности

- В. Ретракцией тромба
- Г. Умеренно обозначенной экзогенностью
- Д. Неравномерно утолщенной венозной стенкой

Стандартный ультразвуковой протокол результатов исследования при варикозной болезни вен нижних конечностей составляется на основании исследования:

- Б. Симметричных участков двух конечностей
- Г. Подпаховой области
- А. Пораженной конечности
- В. Системы нижней полой вены
- Д. Подкожной венозной системы

Стандартизированная зона оценки толщины комплекса интима-медиа в отделах периферической артериальной системы располагается:

- Б. На 1 см. проксимальнее зоны бифуркации общей бедренной артерии
- А. средней трети наружной подвздошной артерии
- В. В проксимальном отделе глубокой бедренной артерии
- Г. В подколенной артерии
- Д. В дистальном отделе задней большеберцовой артерии

Чрезшейное сканирование проводится в положении пациента сидя при ультразвуковом исследовании:

- В. Щито-шейного ствола
- А. Общей сонной артерии
- Д. Конечного сегмента позвоночной артерии
- Б. Места отхождения позвоночной артерии от подключичной
- Г. Сегмента позвоночной артерии на уровне петли атланта

Допплерографический признак характерный для всех видов деформации артерий шеи, - это:

- Г. Утолщение стенок артерии
- Б. Артериальный приток
- А. Локальное повышение скорости кровотока
- В. Коллатеральный тип кровотока
- Д. Отсутствие обратного кровотока

Закупорка подключичной артерии сопровождается ишемией

- А. Кисти
- Д. Всей руки
- Б. Предплечья
- В. Области локтевого сустава
- Г. Области плеча

Местоположение датчика при исследовании начала заднего большеберцового пучка находится на:

- Б. Позади латеральной лодыжки
- В. В подколенной ямке
- А. Тыле стопы
- Д. Позади медиальной лодыжки
- Г. Икроножной мышце

При «свежем» тромбозе вены нижней конечности (давность до 10 дней) ее поперечный диаметр в В-режиме

- Г. Составляет более 2х диаметров сопутствующей артерии
- А. Равен диаметру сопутствующей артерии
- Б. Наполовину меньше диаметра сопутствующей артерии
- В. В полтора раза больше диаметра сопутствующей артерии
- Д. Составляет более 3х диаметров сопутствующей артерии

На каком участке общей сонной артерии (ОСА) проводится стандартизованное измерение комплекса интима-медиа?

- А. Средняя треть ОСА
- Г. На 1-1,5 см проксимальнее области бифуркации ОСА
- Б. Верхняя треть ОСА
- В. В области бифуркации ОСА

Высокие значения кровотока позволяет оценивать?

- В. Непрерывно-волновой доплеровский режим
- А. Импульсно-волновой доплеровский режим
- Б. Режим цветового доплеровского кодирования
- Г. Все вышеперечисленное

Для локации основной и интракраниального отделов позвоночных артерий используется ультразвуковой доступ:

- В. Орбитальный
- А. Темпоральный
- Г. Субокципитальный
- Б. Субмандибулярный

Амплитуда зубца “Р” при нормальной конституции обычно наибольшая:

- В. В III стандартном отведении
- Г. В отведении aVL
- Б. В отведении aVF
- А. Во II стандартном отведении
- Д. В I стандартном отведении

Проведение длительного мониторинга ЭКГ показано:

- А. Всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями для выявления возможных бессимптомных аритмий
- Г. Больным с клиническими симптомами, возможно вызываемыми аритмиями, если

не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ

Б. Лицам, у которых на обычной ЭКГ регистрируются любые нарушения ритма

В. При назначении антиаритмических препаратов

Д. Перед проведением хирургического лечения

Регистрация поздних потенциалов желудочков методом усреднения сигнала ЭКГ является:

Г. Признаком наличия фокуса автоматической активности в миокарде желудочков

Б. Отражением участков полной блокады проведения импульсов в миокарде желудочков

А. Отражением участков замедленного проведения импульсов в миокарде желудочков

В. Признаком ишемической болезни сердца

Д. Признаком гипертрофии миокарда желудочков

Для диагностики спонтанной (вазоспастической) стенокардии наиболее информативным является проведение:

В. Пробы с изопротеренолом

А. Пробы с физической нагрузкой

Г. Пробы с эргометрином

Б. Пробы с дипиридамолом

Д. Чреспищеводной электрической стимуляции сердца

У больных с выраженным ожирением и окружностью плеча более 55 см величина ложного повышения АД при использовании обычной манжетки достигает:

Б. 15/10 мм рт. ст.

В. 20/10 мм рт. ст.

А. 10/5 мм рт. ст.

Г. 25/15 мм рт. ст.

Д. 50/20 мм рт. ст.

Пациент У., 60 лет, в анамнезе обморочное состояние. При холтеровском мониторировании отмечается синдром тахи-брадиаритмии с ЧСС 35-160 уд мин. и эпизодами миграции водителя ритма. В покое и ночью регистрируются эпизоды СА блокады с паузами до 3,0 секунды. Выберите вариант заключения:

В. синдром Фредерика

Г. Синдром Гудпасчера

Б. Синдром WPW

А. Синдром слабости синусового узла

Д. Синдром Меньера

Инфекционный эндокардит реже всего возникает у больных с:

В. Дефектом межпредсердной перегородки

А. Митральной недостаточностью

Б. Аортальной недостаточностью

- Г. Дефектом межжелудочковой перегородки
- Д. Открытым артериальным протоком

инфаркт миокарда высоких боковых отделов левого желудочка проявляется в отведения:

- В. V1-V2
- Г. II, III, aVF
- Б. V4-V6
- А. I, aVL

для более точной диагностики инфаркта миокарда высоких боковых отделов левого желудочка необходимо снимать дополнительные отведения:

- Г. по Небу
- А. V2R, V3R
- В. V4-V6 на 2 ребра выше
- Б. V7-V9

ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ШИРИНА ЗУБЦА P ПРЕВЫШАЕТ:

- Б. 0,12 с
- А. 0,1 с
- В. 0,22 с
- Г. 40 мс

ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСА QRS НЕ ПРЕВЫШАЕТ:

- А. 0,1 с
- Г. 0,11 с
- Б. 0,06 с
- В. 0,08 с

ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЛЕВЫХ ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ИЗМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА QRS:

- А. глубокие зубцы S
- Б. RV4 В. переходная зона (R=S)
- Г. комплекс QS

ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПРАВЫХ ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ИЗМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА QRS:

- А. глубокие зубцы S
- Б. RV1>RV2>RV3
- В. комплекс qR
- Г. комплекс Rs

Пороговое значение индекса Соколова-Лайона составляет:

- В. 28 мм

- Г. 20 мм
- А. 11 мм
- Б. 35 мм

ИНДЕКС КОРНЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ОЦЕНИВАЕТСЯ В ОТВЕДЕНИИ:

- В. V6
- А. II
- Г. aVL
- Б. V1

ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА КОРНЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА СОСТАВЛЯЕТ:

- А. 11 мм
- Б. 20 мм
- В. 28 мм
- Г. 35 мм

НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СУММАРНОГО ИНДЕКСА КОРНЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ДЛЯ МУЖЧИН НЕ ПРЕВЫШАЕТ:

- А. 11 мм
- В. 28 мм
- Б. 35 мм
- Г. 20 мм

НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СУММАРНОГО ИНДЕКСА КОРНЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ДЛЯ ЖЕНЩИН НЕ ПРЕВЫШАЕТ:

- А. 11 мм
- Г. 20 мм
- Б. 35 мм
- В. 28 мм

ВОЗМОЖНА ЛИ ПРЕДСЕРДНАЯ ЭКСТРАСИСТОЛА БЕЗ СЛЕДУЮЩЕГО ЗА НЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА QRST:

- Б. нет
- А. Да
- В. сомнительно
- Г. редко

ХАРАКТЕРНЫЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ, ОТЛИЧАЮЩЕЙ ЭТО НАРУШЕНИЕ РИТМА ОТ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ:

- Г. ничего из перечисленного
- А. пилообразная форма предсердных волн
- В. наличие изоэлектрического интервала между зубцами Р
- Б. нерегулярность предсердных волн

. АРИТМИЯ С ИЗМЕНЯЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ ЗУБЦА Р В ОДНОМ ОТВЕДЕНИИ ОТ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ИЛИ ЕГО ИСЧЕЗНОВЕНИЯ И РАЗЛИЧНЫМИ ИНТЕРВАЛАМИ PQ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ:

- В. миграции водителя ритма
- А. синусовой аритмии
- Б. синдроме Фредерика
- Г. межпредсердная диссоциация

ПРИЗНАКОМ РИТМА АВ-СОЕДИНЕНИЯ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВ И ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Б. отрицательный Р перед зубцом QRS
- В. отрицательный Р после QRS
- А. короткий PQ и ритмичный интервал RR
- Г. ритмичные интервалы RR, отсутствие зубца Р

ПРИЗНАК НЕХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА:

- А. синусовая брадиаритмия
- Г. атриовентрикулярная блокада
- Б. мерцательная аритмия
- В. синоаурикулярная (синоатриальная) блокада

МЕХАНИЗМ ПОВТОРНОГО ВХОДА ВОЛНЫ ВОЗБУЖДЕНИЯ («RE-ENTRY») НЕ ВЫЗЫВАЕТ:

- В. мерцание предсердий
- А. пароксизмальную предсердную тахикардию
- Г. предсердную экстрасистолию
- Б. пароксизмальную желудочковую тахикардию

ЭКГ-ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА:

- Г. изменения комплекса QRS и ST касаются только грудных отведений
- А. монофазная кривая, направленная вверх конкордантно в стандартных отведениях
- В. дискордантно смещенный интервал ST в I и III отведениях
- Б. появление зубца Q и снижение величины R

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СА БЛОКАДЫ 2 СТЕПЕНИ 1 ТИПА:

- А. изменение P-P и P-R интервалов с выпадением комплекса QRST
- Б. изменение P-P и P-R интервалов с выпадением комплекса PQRST
- В. стабильный интервал P-R интервалов с выпадением комплекса QRST
- Г. стабильный интервал P-R с выпадением комплекса PQRST

ПРИ БЛОКИРОВАННЫХ ПРЕДСЕРДНЫХ ЭКСТРАСИСТОЛАХ КОМПЛЕКС QRS:

- В. отсутствует вовсе
- А. практически не изменен
- Б. резко деформирован
- Г. слегка деформирован

ДЛЯ АНТИДРОМНОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО:

- Г. тахикардия с мономорфными узкими, деформированными комплексами QRS с наличием Δ волны и положительными в отведениях II, III, aVF зубцами P'
- А. тахикардия с мономорфными широкими, деформированными комплексами QRS с наличием Δ волны и инвертированными в отведениях II, III, aVF зубцами P'
- Б. тахикардия с мономорфными узкими, деформированными комплексами QRS с наличием Δ волны и инвертированными в отведениях II, III, aVF зубцами P'
- В. тахикардия с мономорфными широкими, деформированными комплексами QRS с наличием Δ волны и положительными в отведениях II, III, aVF зубцами P'

продолжительность интервала внутреннего отклонения В комплексе QRS в отведениях V1-V2 в норме составляет:

- В. 0.10с
- Г. 0.12с.
- Б. 0.05с
- А. 0.03с

продолжительность интервала внутреннего отклонения комплексе QRS в отведениях V5-V6 в норме составляет:

- Г. 0.12с.
- А. 0.03с
- Б. 0.05с
- В. 0.10с

Наибольшим автоматизмом обладает отдел проводящей системы сердца:

- В. пучок Гиса
- Г. волокна Пуркинье
- Б. атриовентрикулярный узел
- А. синоатриальный узел

НА ЭКГ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ БОЛЬШЕ 0.20с. ЭТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- Г. для WPW синдрома
- Б. полной атриовентрикулярной блокады
- А. атриовентрикулярной блокады I степени
- В. для фибрилляции предсердий

НА ЭКГ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Р РАСПОЛАГАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО, УЗКОГО КОМПЛЕКСА QRS, ЭТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- Б. экстрасистолы из нижней части атриовентрикулярного соединения
- А. желудочковой экстрасистолы
- В. выскальзывающего комплекса
- Г. для WPW синдрома

максимальная Скорость распространения возбуждения определяется в:

- Б. атриовентрикулярном узле
- А. синусовом узле
- В. пучке Гиса и волокнах Пуркинье
- Г. мышце желудочков

ПРИЧИНОЙ ОТСУТСТВИЯ ЗУБЦА «Р» НА ЭКГ МОЖЕТ БЫТЬ:

- Г. фибрилляция предсердий
- А. синоатриальная блокада I степени.
- Б. левопредсердный ритм
- В. миграция водителя ритма по предсердиям

ПРИЧИНОЙ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЯВЛЯЕТСЯ:

- Б. гипертрофия левого желудочка
- В. ваготония
- А. лечение антиаритмическими препаратами, влияющими на продолжительность QT интервала
- Г. все вышеперечисленное

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА qt В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- А. 350-500мс
- Г. 320-440мс
- Б. 350-440мс
- В. 350-390мс

Корригированный интервал QT (QTc) рассчитывается по формуле:

- Б. $k\ddot{O} RR$;
- А. $QT/\ddot{O} RR$;
- В. $656/(1+ЧСС/100)$;
- Г. $QT+1.75(HR-60)$.

Специфический признак выскальзывающего желудочкового ритма при холтеровском мониторинге:

- Г. АВ диссоциация в желудочковых циклах.
- А. ритм с ЧСС не более 100 уд/мин;
- В. ритм с ЧСС меньше базового синусового ритма;
- Б. ритм с частотой не более 120 уд/мин;

Для исключения артефактов природы длительной асистолии при холтеровском мониторинге необходимо:

- Б. анализировать не менее двух каналов записи одновременно
- А. оценить вариабельности ритма сердца
- В. анализировать один канал записи
- Г. исключить влияние электроприборов

при холтеровском мониторировании появление вагусной элевации сегмента ST характерно:

- А. в дневное время
- Б. в ночное время
- В. постоянно
- Г. при болях в сердце

Анализ variability ритма сердца проводится с целью:

- Б. оценки циркадного типа аритмии
- Г. формирования схемы хронотерапии
- А. определения удлинения интервала QT
- В. определения уровня вегетативных влияний на ритм сердца

Циркадный индекс рассчитывается как отношение:

- Г. средней дневной ЧСС к средней ночной ЧСС
- А. средней суточной ЧСС к средней ночной ЧСС
- Б. средней суточной ЧСС к средней дневной ЧСС
- В. средней ночной ЧСС к средней дневной ЧСС

при холтеровском мониторировании чсс, как Специфический признак ускоренного желудочкового ритма:

- Г. превышающая базовый синусовый ритм не более 25 %
- А. более 120 уд/мин
- В. превышающая базовый синусовый ритм не более 15%
- Б. более 200 уд/мин

К ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ

- Б. ригидность синусового ритма
- А. тенденция к синусовой тахикардии
- В. вольтажные признаки гипертрофии левого желудочка
- Г. тенденция к вертикальному положению электрической оси

Суправентрикулярная миграция водителя ритма при холтеровском мониторировании проявляется:

- Г. регистрацией постоянно отрицательного зубца Р.
- А. невизуализацией зубца Р;
- В. изменение амплитуды зубца Р от положительного к отрицательному;
- Б. транзиторным снижением амплитуды зубца Р;

На фоне приема б-блокаторов variability ритма сердца:

- Г. варьирует
- А. увеличивается
- Б. уменьшается
- В. остается неизменной

по данным холтеровского мониторирования Признак «вегетативной денервации» ритма сердца:

- А. снижение амплитуды Т зубцов
- Б. уменьшение циркадного индекса
- В. повышение вариабельности ритма сердца
- Г. регистрация поздних потенциалов желудочков

Особенностью холтеровского мониторирования у людей занимающихся спортом является регистрация:

- В. синусовой брадикардии
- А. желудочковых экстрасистол
- Б. залпов желудочковой тахикардии
- Г. удлинения интервала QT

Для регистрации приступа сердцебиения, беспокоящего больного 16 лет и возникающего 1 раз в неделю, информативно использовать:

- В. многодневный регистратор ритма с петлевым типом записи
- А. 24 часовое холтеровского мониторирования
- Б. домашний транстелефонный монитор
- Г. 48 часовой холтеровский монитор

при холтеровском мониторировании характерна регистрация спайка кардиостимулятора в режиме VVI:

- Б. перед зубцом Р
- Г. перед зубцом Р и комплексом QRS
- А. за комплексом QRS
- В. перед широким комплексом QRS

ВЕРХНЕЕ ПОРОГОВОЕ значение диастолического АД для определения показателей «нагрузки давлением» в ночное время:

- В. 80 мм рт. ст.;
- Г. 85 мм рт. ст.
- Б. 75 мм рт. ст.;
- А. 70 м рт. ст.;

ВЕРХНЕЕ ПОРОГОВОЕ значение систолического АД в дневное время для определения «нагрузки давлением»:

- А. 130 рт. ст.;
- Б. 135 мм рт. ст.;
- В. 140 мм рт. ст.;
- Г. 145 мм рт. ст.

Критическое значение вариабельности диастолического АД в дневное время:

- В. 14 мм рт. ст.

- А. 12 мм рт. ст.
- Б. 13 мм рт. ст.
- Г. 15 мм рт. ст.

ПОРОГОВЫЕ значения среднЕдневных величин АД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ при СМАД:

- В. 135/85 мм рт. ст
- А. 120/70 мм рт. ст
- Б. 130/80 мм рт. ст
- Г. 140/90 мм рт. ст.

ИЗМЕРЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО САД ПОЗВОЛЯЕТ:

- Б. исключить АГ «белого халата»
- А. выявить «ложную» изолированную систолическую АГ
- В. выявить «скрытую» АГ
- Г. определить степень АГ

К группе «найт-пикеров» относятся больные, у которых степень ночного снижения ад (ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС):

- Г. меньше 0% (ночной уровень АД выше, чем дневной).
- А. 0-10%;
- Б. 10-20%;
- В. более 20%;

К группе «овер-дипперов» относятся больные, у которых степень ночного снижения ад (ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС):

- А. 0-10%;
- В. более 20%;
- Б. 10-20%;
- Г. меньше 0% (ночной уровень АД выше, чем дневной).

Нормальное значение ФЖЕЛ составляет:

- В. 5000 мл
- А. 3 л
- Г. более 80% от должных величин
- Б. менее 70% от должных величин

В рамках спирометрии обязательными являются следующие пробы:

- Б. максимальная произвольная вентиляция легких
- А. спокойный и форсированный дыхательный маневр
- В. форсированный маневр с бронходилатационной пробой
- Г. проба с физической нагрузкой и спокойный дыхательный маневр

При выполнении спокойного дыхательного маневра пациенту необходимо:

- А. дышать «как обычно»

- Г. дышать спокойно и глубоко
- Б. дышать «как можно глубже и чаще»
- В. не дышать

Согласно определению, объем форсированного выдоха за 1 секунду – это:

- Г. тот объем воздуха, который можно форсированно вдохнуть за 1 секунду до конца вдоха
- Б. тот объем воздуха, который можно форсированно вдохнуть в первую секунду вдоха
- А. тот объем воздуха, который можно форсированно выдохнуть в первую секунду выдоха
- В. тот объем воздуха, который можно форсированно выдохнуть за 1 секунду до конца выдоха

Нормальное значение объема форсированного выдоха за 1 секунду составляет:

- В. менее 50% от должных величин
- Г. 50-80% от должных величин
- А. менее 70% от должных величин
- Б. более 80% от должных величин

Нормальное значение индекса Тиффно составляет:

- Г. равно 0,5
- А. менее 50%
- Б. более 70%
- В. менее 0,7

СНИЖЕНИЕ ОФВ₁, ИНДЕКСА ТИФФНО ПРИ НОРМАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ ЖЕЛ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- В. рестриктивного типа вентиляционных нарушений
- Г. смешанного типа вентиляционных нарушений
- А. нормальной вентиляции
- Б. обструктивного типа вентиляционных нарушений

СНИЖЕНИЕ ЖЕЛ, ФЖЕЛ И ОФВ₁ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА ТИФФНО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- Б. обструктивного типа вентиляционных нарушений
- Г. смешанного типа вентиляционных нарушений
- А. нормальной вентиляции
- В. рестриктивного типа вентиляционных нарушений

ПРОВЕДЕНИЕ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ У БОЛЬНЫХ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА ST ПОКАЗАНО:

- А. При повышении уровня тропонина исходно;
- Г. При отсутствии дополнительных факторов риска.
- Б. Риске по шкале GRACE > 140 баллов;

В. При сохраняющемся болевом синдроме;

ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЭКГ ТЕСТА С НАГРУЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Высокая дотестовая вероятность ИБС
- Б. Средняя дотестовая вероятность ИБС
- В. Депрессия сегмента ST в покое более 1 мм
- Г. Полная блокада левой ножки пучка Гиса

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЭКГ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Депрессия сегмента ST в покое более 1 мм
- Б. Полная блокада правой ножки пучка Гиса
- В. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
- Г. Желудочковая экстрасистолия

К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКГ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ ОТНОСЯТСЯ:

- А. Многососудистое поражение
- В. Тяжелый симптомный аортальный стеноз
- Б. Наличие аневризмы левого желудочка
- Г. Мерцательная аритмия

К ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКГ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ ОТНОСЯТСЯ

- В. САД > 160 мм рт.ст.
- Г. Возраст старше 75 лет
- Б. АВ-блокада первой степени
- А. Стеноз ствола левой коронарной артерии

К КРИТЕРИЯМ ПРЕКРАЩЕНИЯ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ ОТНОСИТСЯ:

- Б. Депрессия сегмента ST > 2 мм
- А. Депрессия сегмента ST > 1 мм
- В. Достижение максимальной для возраста ЧСС
- Г. Достижение 85% от максимальной ЧСС

ИДЕАЛЬНО ПОДОБРАННЫЙ ПРОТОКОЛ ТЕСТА С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ПОЗВОЛЯЕТ ДОСТИЧЬ КРИТЕРИЕВ ПРЕКРАЩЕНИЯ НАГРУЗКИ В ПРЕДЕЛАХ:

- А. 3 – 6 мин.
- В. 8 – 12 мин.
- Б. 6 – 8 мин.
- Г. 12 – 15 мин.

ВЫСОКАЯ ДОТЕСТОВАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ИБС СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ:

- А. 50%;

- В. 85%;
- Б. 70%;
- Г. 95%.

НИЗКАЯ ДОТЕСТОВАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ИБС СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ:

- В. 25%;
- Г. 35%.
- А. 5%;
- Б. 15%;

ДОТЕСТОВАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ИБС ЗАВИСИТ

- А. От характеристики болевого синдрома, пола и возраста;
- Б. От характеристики болевого синдрома, пола и уровня АД;
- В. От пола, возраста и уровня холестерина;
- Г. От характеристики болевого синдрома, пола и ЧСС.

ИНДЕКС DUKE ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ:

- В. Эффективность антиангинальной терапии
- Г. Тяжесть нарушений ритма
- А. Выраженность ишемии миокарда
- Б. Риск сердечно-сосудистых осложнений

ВО ВРЕМЯ РЕГИСТРАЦИИ ЭПИЛЕПТИФОРМНОЙ АКТИВНОСТИ:

- Б. судороги в сочетании с диффузным бета-ритмом;
- Г. нет четких критериев.
- А. отмечается утрата сознания больного в совокупности с регистрацией бета активности;
- В. отмечаются судороги в сочетании с генерализованными разрядами комплексов пик-волна;

НЕФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АРТЕФАКТЫ:

- А. потенциалы электрокардиограммы;
- Г. артефакты от движения электрода.
- Б. электроокулограмма;
- В. кожногальванический рефлекс;

ОСНОВНЫЕ РИТМЫ НОРМАЛЬНОЙ ЭЭГ:

- Г. бета, тета, лямбда.
- Б. альфа, тета, лямбда;
- А. альфа, бета, лямбда;
- В. альфа, бета, тета;

Основные характеристики альфа ритма:

- А. амплитуда до 15 мкв;
- В. редуцируется в ответ на открывание глаз;

Б. частота 14 – 40 Гц;

Г. зональное распределение – представлен по передним отделам.

ОПТИМАЛЬНАЯ ПОЗИЦИЯ ДОПЛЕРОВСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВОТОКА В ОБЛАСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ:

Б. в парастернальной по короткой оси на уровне митрального клапана;

В. в апикальной четырехкамерной;

А. в парастернальной по короткой оси на уровне аортального клапана;

Г. в апикальной пятикамерной.

ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ФЛЯТТЕР ПЕРЕДНЕЙ СТВОРКИ МК – ЭТО РЕЗУЛЬТАТ:

Г. недостаточности аортального клапана.

А. летающей передней створки;

Б. митральной недостаточности;

В. митрального стеноза;

КАКИЕ СОСТОЯНИЯ МОГУТ ПРИВОДИТЬ К ПОЯВЛЕНИЮ ПАРАДОКСАЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:

Г. недостаточность митрального клапана.

А. недостаточность аортального клапана;

Б. нагрузка объемом на правый желудочек;

В. аортальный стеноз;

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА СООТНОШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКИХ ТОЛЩИН СТенок МИОКАРДА ЛЖ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЕ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ АСИММЕТРИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИИ:

А. 1,1-1,2;

В. 1,4-1,5;

Б. 1,0;

Г. ни одного из перечисленных.

ПРИ ОЦЕНКЕ ГЛОБАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ ЛЖ ПРИ ПОМОЩИ ТКАНЕВОГО ДОППЛЕРА СИСТОЛИЧЕСКАЯ СКОРОСТЬ ПО 6 СТЕНКАМ НА УРОВНЕ ФИБРОЗНОГО КОЛЬЦА 7 СМ С И БОЛЕЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

Г. Наличие зон с плохим качеством визуализации.

А. Нарушение глобальной сократимости ЛЖ;

В. Фракция выброса ЛЖ более 50%;

Б. Наличие зон дискенеаза;

что из нижеперечисленного нельзя связать с симптомами хронической сердечной недостаточности:

В. стеноз митрального клапана;

А. ФВ ЛЖ = 32%;

Г. участок отслойки интимы аорты.

Б. СДЛА = 64 мм рт.ст.;

При карциноидном синдроме в первую очередь поражается клапан:

- А. аортальный;
- В. трикуспидальный;
- Б. митральный;
- Г. легочной артерии.

При расслаивающей аневризме аорты распространение надрыва интимы в дистальном направлении ведет к:

- А. гемоперикарду;
- Б. отслойке интимы ветвей аорты;
- В. окклюзии коронарных артерий;
- Г. отрыву аортального клапана.

трансмитральный псевдонормальный спектр кровотока отражает степень тяжести диастолической дисфункции:

- В. промежуточную;
- А. наибольшую;
- Б. наименьшую;
- Г. не отражает.

Нарушения сократимости задней стенки ЛЖ при оКС указывают на наличие стеноза в бассейне:

- В. правой коронарной артерии (задней нисходящей артерии);
- А. левой передней нисходящей артерии;
- Б. левой огибающей артерии;
- Г. левой передней и задней нисходящих артериях.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИЗМЕРЕНИЯ ПЛОЩАДИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА:

- В. низкая ФВ;
- А. вариабельность измерений потоков;
- Г. все перечисленное верно.
- Б. вариабельность измерений диаметра выносящего тракта левого желудочка;

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА АОРТЕ ПРИ СИНДРОМЕ МАРФАНА:

- А. Диаметр аорты 3,6 см;
- Б. Диаметр аорты более 4 см с сочетанием факторов риск (расширение аорты 3 мм/год, тяжелая аортальная недостаточность);
- В. Диаметр 3,7 см, наличие физиологической митральной недостаточности;
- Г. Нет четких критериев.

ПОКАЗАТЕЛЬ ВРЕМЕНИ ПОЛУСПАДА ГРАДИЕНТА ДАВЛЕНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ:

- Б. 250 мс;

- А. 100 мс;
- В. 300 мс;
- Г. 600 мс.

для расчета СДла, кроме градиента давления трикуспидальной регургитации необходимо оценить:

- Б. градиент давления митральной регургитации;
- Г. кровоток в печеночных венах.
- А. толщину свободной стенки ПЖ;
- В. размер и коллабирование НПВ;

Расслаивающая аневризма восходящего отдела аорты может быть заподозрена на основании:

- Б. участка отслойки интимы аорты;
- А. митральной регургитации;
- В. кальциноза стенок аорты;
- Г. атероматозных бляшек с изъязвлением.

Диффузность нарушений локальной сократимости левого желудочка характерна для:

- В. крупноочагового инфаркта миокарда;
- Г. гипертрофической кардиомиопатии.
- Б. мелкоочагового инфаркта миокарда;
- А. дилатационной кардиомиопатии;

ПОД НОРМАЛЬНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ ЕГО СПОСОБНОСТЬ ЗАПОЛНЯТЬСЯ АДЕКВАТНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ КРОВИ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ПРИ СРЕДНЕМ ВЕНОЗНОМ ЛЕГОЧНОМ ДАВЛЕНИИ:

- В. не превышающем 7 мм рт. ст.;
- Г. не превышающем 25 мм рт. ст.
- Б. превышающем 12 мм рт. ст.;
- А. не превышающем 12 мм рт. ст.;

НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО:

- В. чаще располагается в задней стенке ЛЖ с толщиной менее 1 см;
- А. полностью окружает сердце, с толщиной не менее 1 см;
- Б. полностью окружает сердце с толщиной менее 1 см;
- Г. полностью окружает сердце с толщиной менее 1 см.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИЗМЕРЕНИЯ СРЕДНЕГО ГРАДИЕНТА ДАВЛЕНИЯ ПРИ СТЕНОЗЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА:

- В. зависит от потока;
- А. сопоставим с инвазивными измерениями;

- Б. средний градиент есть усреднение из кривой скорости;
- Г. не зависит от потока;

СРЕДНИЙ ГРАДИЕНТ 31 ММ РТ.СТ. СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:

- Г. очень тяжелой степени.
- А. небольшой степени;
- Б. умеренной степени;
- В. тяжелой степени;

СРЕДНИЙ ГРАДИЕНТ 46 ММ РТ.СТ. СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:

- Б. умеренной степени;
- Г. очень тяжелой степени.
- А. небольшой степени;
- В. тяжелой степени;

ЗНАЧЕНИЕ ПЛОЩАДИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА:

- Б. меньше 1,0 см²;
- А. 1,0 – 1,5 см²;
- В. больше 1,5 см²;
- Г. 2-3 см².

ЗНАЧЕНИЕ ПЛОЩАДИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ НЕБОЛЬШОЙ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА:

- Г. ни чего из перечисленного.
- А. 1,0 – 1,5 см²;
- В. больше 1,5 см²;
- Б. меньше 1,0 см²;

ЗНАЧЕНИЕ ПЛОЩАДИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА:

- Б. меньше 1,0 см²;
- А. 1,0 – 1,5 см²;
- В. больше 1,5 см²;
- Г. ни чего из перечисленного.

ИНДЕКСИРОВАННАЯ ПЛОЩАДЬ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА 0,78 СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О СТЕНОЗЕ:

- Б. умеренной степени;
- А. небольшой степени;
- В. тяжелой степени;
- Г. очень тяжелой степени.

Установите соответствие между представленными позициями.

Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент .
Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Распространение возбуждения в сердце от:

А. Синусового узла к атриовентрикулярному

Б. Атриовентрикулярного узла к клеткам миокарда

Происходит по:

1. Системе Гиса-Пуркинье

2. Переднему пучку (Бахмака)

3. Среднему пучку (Венкебаха)

4. Заднему пучку (Тореля)

А 2,4, Б 1,3

А 2,3,4, Б 1

А 2,3,Б 1,4

А 1,3,4, Б 1,2

Установите соответствие между представленными позициями.

Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент.

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Изменение тонуса сосудов

А. Повышение

Б. Понижение

Реализуется через эндогенные факторы:

1. Антидиуретический гормон

2. Простаглицлин

3. Минералокортикостероиды

4. Эндотелин

А 2,3,Б 1,4

А 1,3,4, Б 1,2

А 2,3,4, Б 1

А 2,4, Б 1,3

Установите соответствие между представленными позициями.

Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент.

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Тип нарушения вентиляции

А. Гипервентиляция

Б. Гиповентиляция

Изменения газового состава и КЩС крови

1. Гипокапния
2. Гиперкапния
3. Гипоксемия
4. Дыхательный ацидоз
5. Дыхательный алкалоз

А 1,5 Б 2,3,4

А 1,3,5 Б 2,4

А 1 Б 2,3,4

А 1,2 Б 3,4,5

Установите соответствие между представленными позициями.

Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент .

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Нарушения вентиляции по:

А. Обструктивному типу

Б. Рестриктивному типу

Клинические симптомы:

1. Частое и поверхностное дыхание
2. Дыхание с удлиненным выдохом
3. Кашель с трудно отделяемой мокротой
4. При аускультации свистящие хрипы в легких
5. При аускультации свистящие хрипы отсутствуют

А 1,3,5 Б 2,4

А 2,3,4 Б 1,5

А 1,5 Б 2,3,4

А 1,2 Б 3,4,5

Установите соответствие между представленными позициями.

Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент.

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Пол

А. Мужчины

Б. Женщины

Значение верхней границы индекса массы миокарда левого желудочка, рассчитанная в М-режиме в норме:

1. 10 г\м²

2. 80 г\м²

3. 100 г\м²

4. 150 г\м²

5. 200 г\м²

А-2, Б-1

А-5, Б-2

А-1, Б-5

А-3, Б-2

Установите соответствие между представленными позициями.

Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент .

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Допплерограмма

А. Венозного сосуда

Б. Артериального сосуда

Характеристики кровотока

1. Индуцированный кровоток

2. Магистральноизменный

3. Патологический рефлюкс

4. Коллатеральный кровоток

5. Турбулентный кровоток

6. медленный кровоток

А 1,3,5 Б 2,4,6

А 1,3,6 Б 2,4,5

А 1,3,6 Б 4,5

А 1,2,6 Б 3,4,5

Установите соответствие между представленными позициями.

Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент.

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Варианты позвоночно-подключичного стил-синдрома

А. Начальный

Б. Переходной

В. Полный

Допплерограммы кровотока стил-синдрома

1. ретроградный в ПА

2. систолический ретроградный

3. диастолический антеградный

4. систолический провал

А 2,4, Б 1 В 3

А 1 Б 2,3 В4

А 4, Б 2,3, В 1

А 1,3,4, Б 1 В 2

Установите соответствие между представленными позициями.

Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент .

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Характер патологии

А. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса

Б. Инфаркт миокарда задне-базальной области

ЭКГ-признаки

1. Увеличение продолжительности комплекса QRS до 0,10—0,11 сек

2. Увеличение амплитуды зубца R в отведениях V1—2

3. Снижение сегмента ST в отведениях V 1—2

4. Положительный зубец T в отведениях V 1—2

5. Патологический зубец Q или QS, подъем сегмента ST в отведениях V 7—8

А – 1, 2 Б – 2, 3, 4,5

А – 1, 2,3; Б – 2, 3, 4,5

А – 1, 2,4,3; Б – 2, 3,

А – 2,3; Б –1, 2, 3, 4,5

Установите соответствие между представленными позициями.

Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент .

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Отклонение сегмента ST

А. Элевация

Б. Депрессия

Значение отклонения сегмента ST

1. Может быть признаком острого инфаркта миокарда 2. Может быть расценено как реципрокные изменения при некоторых локализациях инфаркта миокарда 3. Является критерием положительной велоэргометрической пробы 4. Встречается в отведениях V5—6 при блокаде левой ножки пучка Гиса 5. Проявление тахикардальных нарушений

А – 1, 2,4,3; Б – 2, 3,

А – 2,3; Б –1, 2, 3, 4,5

А – 1, 3; Б – 1, 2, 3, 4

А – 1, 2 Б – 2, 3, 4,5

Установите соответствие между представленными позициями.

**Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент .
Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не
выбран вовсе.**

Вариант острого коронарного синдрома

А. С подъемом сегмента ST

Б. Без подъема сегмента ST

ЭКГ-признаки

1. Элевация сегмента ST в отведении V1 на 1 мм

2. Нормальная ЭКГ

3. Элевация сегмента ST на 2 мм в отведениях V1—V3

4. Отрицательный зубец T в двух смежных отведениях

5. Элевация сегмента ST на 2 мм в отведениях I, aVL

А – 3; Б – 1, 2,4

А – 1,4,,; Б – 2, 3,

А – 3, 5; Б – 2, 4

А – 1, 2 Б – 3, 4,5