

Тестовые задания для модульного контроля по дисциплине:
«Электрокардиография в практике врача-терапевта поликлиники»

1. Характерная частота для ритма из АВ-соединения:

- 10-30 уд в мин
- 30-40 уд в мин
- 40-60 уд в мин
- 60-80 уд в мин

2. Характерная частота для замещающего идиовентрикулярного (желудочкового) ритма:

- 20-40 уд в мин
- 40-60 уд в мин
- 60-80 уд в мин
- 100-150 уд в мин

3. Точка установки электрода V3:

- IV межреберье по правому краю грудины
- IV межреберье по левому краю грудины
- между V2 и V4 посередине
- V межреберье по левой срединно-ключичной линии
- V межреберье по передней подмышечной линии

4. Отведения aVL, aVR, aVF - это:

- Стандартные отведения от конечностей по Эйнтховену
- Усиленные отведения от конечностей по Гольдбергеру
- Грудные отведения по Вильсону
- Дополнительные грудные отведения
- Отведения по Льюису

5. Зубец Р при синусовом ритме должен быть всегда положительным в отведении:

- II
- aVL
- aVR
- V1

6. Зубец Р при синусовом ритме должен быть всегда отрицательным в отведении:

- I
- II
- aVF
- aVR

aVL

7. продолжительность интервала PQ:

0,10 – 0,12 с

0,12 – 0,16 с

0,12 – 0,20 с

0,12 – 0,26 с

8. Зубец Т в норме должен быть всегда положительным в отведении:

aVR

V1

aVL

II

9. Зубец Т в норме должен быть всегда отрицательным в отведении:

aVR

V1

III

aVF

10. Зубец Т в норме может быть положительным, двухфазным или отрицательным в отведениях:

II, aVF, V1

III, aVL, V1

I, II, aVF

aVR, aVF, V2

11. Один из критериев синусового ритма:

Р положительный в aVF, III, отрицательный в aVL

Р положительный в aVR, отрицательный в II, aVF

Р положительный в II, aVF, отрицательный в aVR

Все ответы верны

12. Один из критериев синусового ритма:

Форма зубца Р постоянна по всех отведениях

Допускается до 3-х различных форм зубца Р в одном отведении

Допустимо периодическое выпадение и изменение формы зубца Р

13. Расширенный комплекс QRS регистрируется при следующем состоянии:

АВ-блокада 2 степени

Блокада левой ножки пучка Гиса

Фибрилляция предсердий

Трепетание предсердий

Все ответы верны

14. Расширенный комплекс QRS регистрируется при следующем состоянии:

Синусовая аритмия

Предсердная тахикардия

Фибрилляция предсердий

Желудочковая тахикардия

Все ответы верны

15. Нормальная продолжительность интервала QTc:

330-500 мс у мужчин, 330-440 мс у женщин

330-440 мс у мужчин, 330-460 мс у женщин

300-440 у мужчин, 300-450 мс у женщин

330-400 у мужчин, 330-420 у женщин

16. Нормальная амплитуда зубца P:

< 3,5 мм во II отведении, < 1,5 мм в V1

< 1 мм во II отведении, < 1 мм в V1

< 2,5 мм во II отведении, < 1,5 мм в V1

< 3 мм во II отведении, < 2 мм в V1

17. P-cardiale на ЭКГ регистрируется при:

гипертрофии обоих предсердий

гипертрофии левого предсердия

гипертрофии правого предсердия

внутрипредсердной блокаде

ритме из нижней части АВ-узла

18. ЭКГ признаком гипертрофии левого предсердия является:

двугорбый зубец P в отведениях I, II, aVL, продолжительностью $\geq 0,12$ с

высокий заостренный зубец P $\geq 0,25$ мВ в отведениях II, III, aVF, продолжительностью $< 0,12$ с

высокий расщепленный зубец P $\geq 0,25$ мВ в отведениях II, III, aVF, продолжительностью $\geq 0,12$ с

инверсия зубца P в отведениях I, II, aVL

19. ЭКГ признаком гипертрофии правого предсердия является:

высокий заостренный зубец P $\geq 0,25$ мВ в отведениях II, III, aVF, продолжительностью $< 0,12$ с

двугорбый зубец P в отведениях I, II, aVL, продолжительностью $\geq 0,12$ с

высокий расщепленный зубец P $\geq 0,25$ мВ в отведениях II, III, aVF, продолжительностью $\geq 0,12$ с

инверсия зубца Р в отведениях I, II, aVL

20. Наиболее частая причина гипертрофии правого предсердия:

легочная гипертензия

отек легких

митральная недостаточность

аортальный стеноз

21. Основным ЭКГ отличием P-mitrale от внутрисердечной блокады является:

наличие глубокой отрицательной фазы зубца Р в отведении V1

удлинение и расщепление зубца Р в отведениях I, II, aVL

высокий заостренный зубец Р в отведениях II, III, aVF

появление отрицательного зубца Р в отведениях II, III, aVF

22. Какой тип ЭКГ соответствует умеренной степени гипертрофии миокарда правого желудочка?

rSR

с преобладанием зубца R

с преобладанием зубца S

QIIISITIII

23. Наиболее чувствительным ЭКГ критерием гипертрофии миокарда правого желудочка является:

S в V5 или V6 $\geq 0,7$ мВ

R $\geq 0,7$ мВ в отведении V1

S $< 0,2$ мВ в отведении V1

qR в отведении V1

24. Наиболее надежным методом выявления гипертрофии миокарда желудочков является:

эхокардиография

ЭКГ

вентрикулография

сцинтиграфия миокарда

25. Индекс Соколова-Лайона используется для выявления гипертрофии:

левого желудочка

правого желудочка

левого предсердия

правого предсердия

26. Амплитудные критерии гипертрофии миокарда ЛЖ используются только у:

взрослых старше 35 лет

детей
мужчин
женщин

27. Индекс Соколова-Лайона рассчитывается как:

S в $V1$ или $V2 + R$ в $V5$ или $V6 > 35$ мм

R в $aVL + S$ в $V3 > 35$ мм

$(RI - RIII) + (SIII - SI) > 17$ мм

Отношение R/S в $V1 > 1$

28. При расчете индекса Корнелла учитывается:

пол
рост
вес
индекс массы тела

29. Амплитудным (количественным) критерием гипертрофии миокарда ЛЖ служит:

индекс Соколова-Лайона
отклонение электрической оси сердца влево
расширение комплекса QRS до 0,12 с
повышение амплитуды зубца R в $V5$ и $V6 >$ чем в $V4$

30. Синдром QIII S I T III выявляется при:

острой перегрузке правого желудочка
гипертрофии правого желудочка
гипертрофии левого желудочка
перегрузке левого желудочка

31. В норме толщина стенки правого желудочка:

≤ 5 мм
 ≤ 10 мм
 ≤ 3 мм
больше, чем толщина стенки левого желудочка

32. Зубец T на ЭКГ отражает:

Процесс деполяризации предсердий
Процесс деполяризации желудочков
Процесс быстрой конечной реполяризации желудочков
Период кратковременного повышения возбудимости желудочков

33. Продолжительность зубца Т норме:

0,016-0,024 с

0,16-0,24 с

0,12-0,20 с

0,03-0,04 с

34. Зубец Т всегда отрицательный в норме в отведении:

aVR

III

aVL

V1

35. Высокий остроконечный зубец Т в отведениях V1-V6 – это признак:

Гипокалиемии

Гиперкалиемии

Вариант нормы

Синдрома Велленса

36. Зубец Т при синдроме Велленса типа А:

Отрицательный глубокий симметричный

Отрицательный неглубокий асимметричный

Двухфазный с начальной положительной частью

Положительный и сочетается с изменениями сегмента ST

37. Синдром Велленса – это признак:

Критичного стеноза правой коронарной артерии

Критичного стеноза ствола левой передней нисходящей артерии

Стеноза огибающей ветви

Многососудистого поражения коронарного русла

38. Для гипокалиемии характерны зубцы Т:

Двухфазные

Высокие остроконечные

Отрицательные симметричные

Положительные асимметричные неглубокие

39. «Гиперострые» зубцы Т характерны для:

Гиперкалиемии

Гипокалиемии

Синдрома Велленса

Ранней стадии ИМ

40. Амплитуда зубца Т в грудных отведениях в норме:

- < 5 мм
- < 10 мм
- < 15 мм
- < 25 мм

41. Патологией считается отрицательный зубец Т в отведениях:

- I, II, V4-V6
- III, aVL,
- aVR
- II, III, aVF

42. Зубец Т отрицательным в V1-V3 может быть в норме у:

- Пожилых
- Афро-американцев
- Лиц монголоидной расы
- Всегда является признаком патологии

43. Причина двугорбого зубца Т при гипокалиемии:

- Наложение зубцов Р на Т вследствие тахикардии
- Наложение зубцов Р на Т вследствие удлинения интервала PQ
- Наложение зубцов U
- Нарушение процесса реполяризации миокарда желудочков

44. Сглаженные зубцы Т наблюдаются при:

- Гипокалиемии
- Гиперкалиемии
- Остром периоде ИМ
- Синдроме Велленса

45. Для синдрома Велленса типа В характерны зубцы Т:

- Двухфазные асимметричные
- Высокие остроконечные
- Гиперострые
- Отрицательные глубокие симметричные

46. Чередование экстрасистолы и нормального сокращения, повторяющееся с определенной периодичностью, называется

Экстрасистолия по типу аллоритмии

Полиопная экстрасистолия

Групповая экстрасистолия

Моноопная экстрасистолия

47. К IVa классу желудочковых экстрасистол по классификации Lown-Wlolf-Ryan относятся:

Полиморфные экстрасистолы

Экстрасистолы по типу бигеминии

Парные экстрасистолы

Групповые экстрасистолы

Ранние экстрасистолы

48. К V классу желудочковых экстрасистол по классификации Lown-Wlolf-Ryan относятся:

Полиморфные экстрасистолы

Экстрасистолы по типу бигеминии

Парные экстрасистолы

Групповые экстрасистолы

Ранние экстрасистолы

49. IIIb классу желудочковых экстрасистол по классификации Lown-Wlolf-Ryan относятся:

Полиморфные экстрасистолы

Экстрасистолы по типу бигеминии

Парные экстрасистолы

Групповые экстрасистолы

Ранние экстрасистолы

50. Тахикардию с широкими комплексами считают тахикардия с продолжительностью интервала QRS более

Более 120 мсек

Более 100 мсек

Более 150 мсек

Более 80 мсек

51. При желудочковой тахикардии сердечный ритм

Правильный

Неправильный

Зависит от вида тахикардии

52. Выберите правильное утверждение относительно синоатриальной тахикардии:

В основе ее лежит механизм циркуляции волны возбуждения между синусовым узлом и предсердием

В основе лежит активация эктопического предсердного очага или механизм повторного входа с циркуляцией волны возбуждения в предсердиях

Развивается вследствие возникновения кругового движения импульса в АВ-соединении в результате функционирования двух путей проведения

53. Выберите правильное утверждение относительно предсердной тахикардии:

В основе ее лежит механизм циркуляции волны возбуждения между синусовым узлом и предсердием

В основе лежит активация эктопического предсердного очага или механизм повторного входа с циркуляцией волны возбуждения в предсердиях

Развивается вследствие возникновения кругового движения импульса в АВ-соединении в результате функционирования двух путей проведения

54. Выберите правильное утверждение относительно атриовентрикулярной тахикардии:

В основе ее лежит механизм циркуляции волны возбуждения между синусовым узлом и предсердием

В основе лежит активация эктопического предсердного очага или механизм повторного входа с циркуляцией волны возбуждения в предсердиях

Развивается вследствие возникновения кругового движения импульса в АВ-соединении в результате функционирования двух путей проведения

55. Для реципрокной АВ-тахикардии на ЭКГ характерно:

Зубец Р отрицательный или определяется после комплекса QRS

Зубец Р перед каждым комплексом QRS

Наличие зубцов Р на ЭКГ, которые отличаются от синусового зубца Р

56. Для фибрилляции предсердий на ЭКГ характерно:

Отсутствие зубцов Р на ЭКГ

Наличие множественных зубцов Р разной формы

Зубец регистрируется после комплекса QRS

57. Для правильной формы трепетания предсердий характерно:

Регулярность интервалов R-R при постоянном соотношении волн F:QRS

нерегулярность интервалов R-R при меняющемся соотношении волн F:QRS

58. Для неправильной формы трепетания предсердий характерно:

Регулярность интервалов R-R при постоянном соотношении волн F:QRS

нерегулярность интервалов R-R при меняющемся соотношении волн F:QRS

59. Для типичной формы трепетания предсердий характерно:

«Пилообразная» конфигурация предсердных волн трепетания (F) с преобладанием отрицательной фазы в отведениях II, III, avF

Любая форма предсердных комплексов (обычно положительная во II, III, avF)

60. Причиной синусовой брадикардии является:

Нарушение образования импульса в синусовом узле

Нарушение проведения импульса по предсердиям

61. Для синоатриальной блокады II степени характерно

замедление проведения импульса

выпадение части импульсов, неполное проведение

полная блокада проведения

62. Для синоатриальной блокады II степени на ЭКГ характерно:

Выпадение зубцов P и комплексов QRS

Выпадение комплексов QRS при наличии зубцов P

63. Для атриовентрикулярной блокады II степени на ЭКГ характерно:

Выпадение зубцов P и комплексов QRS

Выпадение комплексов QRS при наличии зубцов P

64. Для межпредсердной (внутрипредсердной) блокады 1 степени характерно:

Замедление проведения импульса по проводящей системе предсердий

Периодически возникающее блокирование проведение импульса к левому предсердию

Полное прекращения проведения и разобщение активации обоих предсердий

65. Для межпредсердной (внутрипредсердной) блокады 2 степени характерно:

Замедление проведения импульса по проводящей системе предсердий

Периодически возникающее блокирование проведение импульса к левому предсердию

Полное прекращения проведения и разобщение активации обоих предсердий

66. Для межпредсердной (внутрипредсердной) блокады 3 степени характерно:

Замедление проведения импульса по проводящей системе предсердий

Периодически возникающее блокирование проведение импульса к левому предсердию

Полное прекращения проведения и разобщение активации обоих предсердий

67. Для атриовентрикулярной блокады II степени тип Мобитц I на ЭКГ характерно:

Постепенное удлинение интервала PQ с выпадением комплекса QRS

Выпадение комплексов QRS без изменения интервала PQ

Выпадение зубцов P и комплексов QRS

68. Для атриовентрикулярной блокады II степени тип Мобитц II на ЭКГ характерно:

Постепенное удлинение интервала PQ с выпадением комплекса QRS

Выпадение комплексов QRS без изменения интервала PQ

Выпадение зубцов P и комплексов QRS

69. Синдром Фредерика – это

Сочетание АВ-блокады III степени с мерцанием или трепетанием предсердий на ЭКГ

Синкопальные состояния при брадиаритмиях

Наличие глубокого зубца S в отведении I и зубца Q в отведении III

70. блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса на ЭКГ характерно:

Отклонение ЭОС влево

Отклонение ЭОС право

Расширение комплекса QRS более 120 мсек

71. Элевация сегмента ST на ЭКГ является признаком:

трансмуральной ишемии или повреждения миокарда

субэндокардиальной ишемии миокарда

некроза миокарда

скопления жидкости в полости перикарда

72. ЭКГ признаком аневризмы левого желудочка является:

сохраняющаяся более 4 недель элевация сегмента ST у пациента, перенесшего ОИМ

сохраняющаяся более 4 недель депрессия сегмента ST у пациента, перенесшего ОИМ

сохраняющийся более 4 недель патологический зубец Q у пациента, перенесшего ОИМ

преходящая элевация сегмента ST у пациента без ОИМ

73. ЭКГ признаком вазоспастической (вариантной) стенокардии является:

преходящая во время ангинозного приступа элевация сегмента ST

длительно (>30 мин) сохраняющаяся элевация сегмента ST

преходящая во время ангинозного приступа депрессия сегмента ST

транзиторная инверсия зубца T

74. Элевация сегмента ST во многих отведениях без реципрокных изменений в сочетании с изменениями сегмента PQ характерна для:

острого (фибринозного) перикардита

выпотного перикардита

констриктивного перикардита

инфекционного эндокардита

75. Подъем сегмента ST с выпуклостью, обращенной книзу, в сочетании с наличием волны J являются признаком:

синдрома ранней реполяризации желудочков

острого перикардита
гипертрофической кардиомиопатии
синдрома WPW

76. Наличие расширения и деформации комплекса QRS $>0,12$ с в отведениях I, aVL, V5-V6 в сочетании с дискордантными изменениями сегмента ST и зубца T служат признаками
полной блокады левой ножки пучка Гиса
острого инфаркта миокарда
блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса
синдрома ранней реполяризации предсердий

77. ЭКГ проявлениями синдрома Бругада являются:
косонисходящий подъем сегмента ST в отведениях V1-V2 в сочетании с неполной блокадой правой ножки п. Гиса
наличие патологического зубца Q в III и глубокого зубца S в I отведении
преходящая элевация сегмента ST с формированием в последующем глубокого отрицательного зубца T
высокий зубец R в отведениях V1-V2 в сочетании с депрессией сегмента ST в этих же отведениях

78. Корытообразная депрессия сегмента ST во многих отведениях, появление зубца U, нарушение АВ-проводимости характерны для:
гликозидной интоксикации
гиперкалиемии
циркулярной ишемии миокарда
синдрома CLC

79. Диагностически значимой для ОИМ у женщин является элевация сегмента ST в отведениях V2-V3:
 $\geq 1,5$ мм
 ≥ 1 мм
 $\geq 2,5$ мм
 ≥ 5 мм

80. При стресс-индуцированной кардиомиопатии:
на ЭКГ регистрируются инфарктоподобные изменения, чаще всего регрессирующие через 1-2 мес.
изменения в виде элевации сегмента ST и зубцов Q обычно сохраняются пожизненно
характерна диффузная депрессия сегмента ST с его элевацией только в отведении aVR
типична элевация сегмента ST во многих отведениях без реципрокных изменений

81. Признаком острой ишемии миокарда на ЭКГ считается:
новая горизонтальная или косонисходящая депрессия сегмента ST $\geq 0,5$ мм как минимум в 2 соседних отведениях
депрессия ST >1 мм вне зависимости от сроков ее появления

инверсия зубца T >1 мм в отведении с преобладающим зубцом S
появление нового патологического зубца Q

82. Изолированная элевация сегмента ST в отведении aVR в сочетании с депрессией ST в большинстве остальных отведений свидетельствует о:

критическом поражении ствола левой коронарной артерии
синдроме ранней реполяризации желудочков
гипокалиемии
инфаркте правого желудочка

83. Элевация сегмента ST вогнутой формы до 1 мм в отведениях от конечностей и V5–V6, и до 2–3 мм в отведениях V1–V2 при отсутствии реципрокных изменений:

может являться вариантом нормы
служит признаком острого ИМ
характерна для миокардита
встречается при острой перегрузке правых отделов

84. Признаком ОИМ правого желудочка на ЭКГ является:

элевация сегмента ST $\geq 0,5$ мм в отведениях V3R-V4R
наличие зубца Q в отведениях V3R-V4R
элевация сегмента ST $\geq 1,5$ мм и патологический зубец Q в правых грудных отведениях V1-V2
элевация сегмента ST $\geq 1,5$ мм и патологический зубец Q в отведении aVR

85. Подъем сегмента ST в отведениях III, aVF, V1-V2 в сочетании с появлением зубца Q в III отведении и глубокого зубца S в I отведении является ЭКГ признаком:

острой перегрузки правых отделов сердца
нижнего инфаркта миокарда
гипертрофической кардиомиопатии
гиперкалиемии

86. СССУ включает в себя:

угнетение функции синусового узла
угнетение функции атриовентрикулярного соединения
угнетение проведения импульса по ножкам пучка Гиса

87. Для СССУ характерно наличие на ЭКГ:

синусовой брадикардии
желудочковой экстрасистолии
полной блокады левой ножки пучка Гиса

88. Для СССУ характерно наличие на ЭКГ:

синусовой аритмии нФ фоне синусовой брадикардии
синусовой аритмии на фоне синусовой тахикардии
тахисистолической формы фибрилляции предсердий

89. Для СССУ характерно наличие на ЭКГ:
синусовой тахикардии
желудочковой тахикардии
брадисистолической формы фибрилляции предсердий

90. Для СССУ характерно наличие на ЭКГ:
миграции водителя ритма
суправентрикулярной экстрасистолии
удлинение интервала QT

91. Признаком СССУ является:
уменьшение времени восстановления функции синусового узла
нормальное время восстановления функции синусового узла
увеличение времени восстановления функции синусового узла

92. Для СССУ характерно наличие на ЭКГ:
синдрома тахи-брадикардии
признаков ранней реполяризации желудочков
признаков преждевременного возбуждения желудочков

93. Для СССУ характерно наличие на ЭКГ:
синоатриальной блокады 2 степени
атриовентрикулярной блокады 2 степени
полиморфной желудочковой тахикардии

94. Противопоказанием к проведению массажа каротидного синуса является наличие у пациента:
Гипертонической болезни
Цереброваскулярной болезни
Ишемической болезни сердца

95. При проведении пробы Вальсальвы у пациентов с СССУ регистрируется:
замедление частоты сердечных сокращений на 10%
замедление частоты сердечных сокращений на 20%
замедление частоты сердечных сокращений на 30%

96. При проведении рефлекса Ашнера у пациентов с СССУ регистрируется:

замедление частоты сердечных сокращений
увеличение частоты сердечных сокращений
отсутствие изменений частоты сердечных сокращений

97. CCCY может развиваться в:

детском возрасте
в старческом возрасте
в любом возрасте

98. Постэкстрасистолическая депрессия функции синусового узла проявляется:

уменьшением продолжительности компенсаторной паузы
нормальной продолжительностью компенсаторной паузы
увеличением продолжительности компенсаторной паузы

99. Прямыми признаками инфаркта миокарда на ЭКГ являются:

Зубец Q, высокий зубец R, положительные зубцы T
Зубец Q, подъём ST, отрицательные T
Депрессия ST, расширение QRS
Элевация ST, удлинение интервала QTc

100. Реципрокные признаки инфаркта миокарда на ЭКГ:

Зубец Q, элевация ST, отрицательные зубцы T
Высокий R, элевация ST, укорочение интервала PQ
Высокий R, депрессия ST, положительные T
Зубец Q, выраженный зубец T в грудных отведениях

101. По четвёртому универсальному определению инфаркта миокарда (2018) ЭКГ-критерием острой ишемии является:

Элевация ST в 1-м отведении $\geq 0,1$ мВ
Элевация ST в двух смежных отведениях $\geq 0,1$ мВ
Элевация ST в 3-х смежных отведениях $> 0,05$ мВ
Все ответы верны

102. По четвёртому универсальному определению инфаркта миокарда (2018) ЭКГ-критерием острой ишемии является:

Элевация ST в одном отведении (V2 или V3) $> 0,4$ мВ
Элевация ST в двух отведениях (V2-V3) $> 0,3$ мВ
Элевация ST в двух отведениях (V2-V3) $\geq 0,2$ мВ (мужчины старше 40 лет), $\geq 0,25$ мВ (мужчины младше 40 лет), $\geq 0,15$ мВ (у женщин)

Элевация ST в двух отведениях (V2-V3) $\geq 0,3$ мВ (мужчины старше 40 лет), $\geq 0,35$ мВ (мужчины младше 40 лет), $\geq 0,15$ мВ (у женщин)

103. По четвертому универсальному определению инфаркта миокарда (2018) ЭКГ-критерием острой ишемии является:

Горизонтальная/косонисходящая депрессия ST $\geq 0,05$ мВ в двух смежных отведениях

Горизонтальная/косонисходящая депрессия ST $\geq 0,05$ мВ в одном отведении

косовосходящая/косонисходящая депрессия ST $\geq 0,15$ мВ в двух смежных отведениях

Депрессия ST $\geq 0,15$ мВ в двух смежных отведениях

104. По четвертому универсальному определению инфаркта миокарда (2018) ЭКГ-критерием острой ишемии является:

Высокий заостренный зубец T с узким основанием

Инверсия T $\geq 0,1$ мВ в 2-х смежных отведениях с превалирующим S или R/S < 1

Инверсия T $\geq 0,3$ мВ в 2-х смежных отведениях с превалирующим R или R/S > 1

Инверсия T $\geq 0,1$ мВ в 2-х смежных отведениях с превалирующим R или R/S > 1

105. По четвертому универсальному определению инфаркта миокарда (2018) ЭКГ-критерием острой ишемии на фоне блокады левой ножки пучка Гиса является:

Элевация ST $\geq 0,1$ мВ в отведениях с +QRS

Депрессия ST $\geq 0,1$ мВ в отведениях с +QRS;

Элевация ST $\geq 0,1$ мВ в любых 2-х смежных отведениях

Все ответы неверны

106. По четвертому универсальному определению инфаркта миокарда (2018) ЭКГ-критерием острой ишемии на фоне блокады левой ножки пучка Гиса является:

Депрессия ST $\geq 0,1$ мВ в 2-х любых отведениях

Депрессия ST $\geq 0,05$ мВ в 2-х любых отведениях

Депрессия ST $\geq 0,1$ мВ в V1-V3 (с отрицательным QRS)

Все ответы верны

107. По четвертому универсальному определению инфаркта миокарда (2018) ЭКГ-критерием перенесенного инфаркта миокарда является:

Q $\geq 0,05$ сек и $\geq 0,2$ мВ или QS в I, II, III, aVL, aVF, V4-V6, V7-V9

R $\geq 0,04$ сек в V5-V6 и R/S ≥ 1

QS $\geq 0,02$ сек в aVR, V1

Q $\geq 0,03$ сек и $\geq 0,1$ мВ или QS в I, II, III, aVL, aVF, V4-V6, V7-V9

108. При нижнем инфаркте миокарда характерны изменения в отведениях:

V1-V3

II, III, aVF

V1-V6

V1, aVR

109. При заднем инфаркте миокарда характерны изменения:

Высокий R в V1-V3, депрессия ST в V1-V3, элевация ST в V7-V9

Высокий R в V1-V3, элевация ST в V1-V3, депрессия ST в V4-V6

Элевация ST в II, III, aVF

Все ответы верны

110. Для синдрома Велленса (проксимального стеноза передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии) характерно:

Высокие заострённые зубцы T в V1-V3

Инвертированные или двухфазные зубцы T в V2, V3 (с возможным распространением на другие грудные отведения)

Инвертированные или двухфазные зубцы T в I, II, III (с возможным распространением на усиленные отведения от конечностей)

Все ответы неверны

111. Для паттерна де Винтера (проксимального стеноза передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии) характерно:

Диффузная косонисходящая депрессия ST > 0,5 мм

Элевация ST в большинстве отведений > 0,5 мм

Косовосходящая депрессия ST > 1 мм с симметричными высокими зубцами T в грудных отведениях. Также возможна элевация ST в aVR 0.5 - 1 мм, при этом элевация в отведениях V1-V6 отсутствует.

Элевация ST > 1 мм с отрицательными зубцами T в грудных отведениях

112. Диффузная депрессия сегмента ST в сочетании с элевацией ST в aVR может быть при:

Тампонаде сердца

Гиперкалиемии

Проксимальной окклюзии передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии

Заднем инфаркте миокарда

113. Диффузная депрессия сегмента ST в сочетании с элевацией ST в aVR может быть при:

Тяжёлом трёхсосудистом поражении

Заднем инфаркте миокарда

Перикардите

Все ответы верны

114. Нормальные значения уровня калия в крови:

2,5 – 4,5 ммоль/л

3,5 – 5,5 ммоль/л

4,5 – 6,5 ммоль/л

Все ответы верны

115. Причиной гиперкалиемии является:

Введение большой дозы фуросемида
Синдром лизиса опухоли
Цирроз печени
Передозировка варфарина

116. Клиническим проявлением гиперкалиемии является:

Тошнота, рвота, боль в животе, выраженная слабость, аритмии
Мигрирующая эритема
Тошнота, рвота, панцитопения
Выраженная слабость, полиурия, полидипсия

117. Характерным проявлением гиперкалиемии на ЭКГ является:

Элевация сегмента ST во всех отведениях
Укорочение интервала QT в основном за счёт сегмента ST
Уплотнение зубца T, депрессия сегмента ST
Высокие симметричные остроконечные зубцы T с узким основанием

118. Характерным проявлением гиперкалиемии на ЭКГ является:

Расширение QRS
Увеличение амплитуды QRS
Увеличение амплитуды зубцов U
Наличие J-волны на ЭКГ

119. При наличии на ЭКГ данных изменений необходимо рассматривать это как проявление гиперкалиемии, пока не доказано обратное:

Синусовая аритмия
Выраженное расширение QRS (>0.20 с)
Элевация сегмента ST во всех отведениях
Фибрилляция предсердий

120. Направления терапии, возможные при лечении гиперкалиемии:

Антибактериальная, дезинтоксикационная терапия
Адекватное обезболивание
Смещение калия в клетки, удаление калия из организма, кардиопротекция
Выведение калия из тканей, массивная инфузионная терапия

121. При лечении гиперкалиемии возможно применение препарата:

Глюконат кальция 10%

Каптоприл
Преднизолон
Спинолактон

122. Наиболее характерным проявлением гипокалиемии является:

Укорочение интервала QTc
Удлинение интервала QTc
Высокий остроконечный зубец T
Наличие Дельта-волны

123. Наиболее характерным проявлением гипокалиемии является:

Элевация сегмента ST
Депрессия сегмента ST
Укорочение интервала QTc
Выраженное расширение QRS

124. Наиболее характерным проявлением гипокалиемии является:

Выраженный остроконечный зубец T
Выраженный зубец U
Высокий вольтаж QRS в V5, V6
Низкий вольтаж QRS в грудных отведениях

125. Характерное для гипокалиемии жизнеугрожающее нарушение ритма:

Мультифокальная предсердная тахикардия
Синусовая аритмия
Полиморфная желудочковая тахикардия по типу torsades de pointes
Ускоренный идиовентрикулярный ритм

126. Для гипокальциемии наиболее характерно:

Укорочение интервала QTc, в основном за счёт сегмента ST
Выраженные зубцы U
Удлинение интервала QTc, в основном за счёт сегмента ST
Электрическая альтернация

127. Для гиперкальциемии наиболее характерно:

Укорочение интервала QTc, в основном за счёт сегмента ST
Удлинение интервала QTc, в основном за счёт сегмента ST
Депрессия сегмента ST во всех отведениях
Элевация сегмента ST во всех отведениях

128. Норма общего кальция в крови:

2,1 – 2,6 ммоль/л

3,5 – 5,5 ммоль/л

3,3 – 5,9 ммоль/л

4,0 – 6,0 ммоль/л

129. Частоту сердечных сокращений увеличивает:

теofilлин

пропранолол

резерпин

130. Частоту сердечных сокращений увеличивает:

нифедипин

симвастатин

пенициллин

131. Частоту сердечных сокращений увеличивает:

атропин

ивабрадин

атенолол

132. Частоту сердечных сокращений увеличивает:

пентоксифиллин

хлоргексидин

небиволол

133. Частоту сердечных сокращений уменьшает:

пропранолол

атропин

цефтриаксон

134. Частоту сердечных сокращений уменьшает:

норадреналин

дроперидол

ивабрадин

135. Частоту сердечных сокращений уменьшает:

платифиллин

небиволол

каптоприл

136. Частоту сердечных сокращений уменьшает:
эналаприл
верапамил
омепразол

137. Удлинение интервала PQ вызывает:
галоперидол
дилтиазем
кадесартан

138. Удлинение интервала PQ вызывает:
метопролол
ранитидин
цефтриаксон

139. Удлинение интервала PQ вызывает:
сернокислая магнезия
карведилол
цинаризин

140. Удлинение интервала PQ вызывает:
нифедипин
каптоприл
клонидин

141. Расширение комплекса QRS вызывает:
амиодарон
изосорбида динитрат
симвастатин

142. Расширение комплекса QT вызывает:
дигоксин
лидокаин
амиодарон

143. Расширение интервала QT вызывает:
рамприл
аторвастатин
аденозин

144. Какое заболевание относится к группе некоронарогенных заболеваний миокарда:
ишемическая болезнь сердца
миокардиодистрофии
пороки сердца
синдром х

145. Какое заболевание относится к группе некоронарогенных заболеваний миокарда:
дегенеративный аортальный стеноз
атеросклероз коронарных артерий
миокардит
хроническая аневризма левого желудочка

146. Какое заболевание относится к группе некоронарогенных заболеваний миокарда:
кардиомиопатия
ишемическая болезнь сердца
кардиогенный шок
митральный стеноз

147. К группе генетически детерминированных некоронарогенных заболеваний миокарда относят трансмембранные каналопатии, которыми являются:
синдром Бругада, синдром удлиненного QT, катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия, синдром CLC
синдром удлиненного QT, синдром укороченного QT, желудочковая тахикардия по типу «пируэт», синдром WPW
синдром Бругада, синдром удлиненного QT, синдром укороченного QT, катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия, синдром WPW
синдром укороченного QT, синдром ранней реполяризации желудочков, катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия, синдром WPW

148. Изменения на ЭКГ, характерные для миокардита:
изменения сегмента ST (вплоть до элевации)
укорочение длительности комплекса QRS
появление дельта-волны
появление зубца U

149. Изменения на ЭКГ, характерные для миокардита:
брадикардия
изменения T-волны (инверсия, двухфазность, изменение амплитуды),
укорочение интервала QT
возникновение дельта-волны

150. Изменения на ЭКГ при гипертрофической кардиомиопатии
регистрация дельта- волны
регистрации зубца U
укорочение интервала QT
изменения конечной части желудочкового комплекса

151. Для дилатационной кардиомиопатии характерно появление на ЭКГ
узкого и низкоамплитудного зубца P
широкого и высокоамплитудного зубца P
укороченного интервала PQ
высокоамплитудного зубца T

152. Наиболее информативным методом диагностики гипертрофической кардиомиопатии является:
рентгенография органов грудной клетки
ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях
Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру
ЭХО КГ

153. Изменения на ЭКГ могут отсутствовать при
дилатационной кардиомиопатии
гипертрофической кардиомиопатии
очаговом миокардите
перикардите

154. При неосложненной беременности на ЭКГ может регистрироваться:
поворот электрической оси сердца влево
поворот электрической оси сердца вправо
поворот электрической оси сердца кзади

155. При неосложненной беременности на ЭКГ может регистрироваться
увеличение амплитуды зубца R I стандартном отведении
увеличение амплитуды зубца R III стандартном отведении
увеличение амплитуды зубца R правых грудных отведениях

156. При неосложненной беременности на ЭКГ может регистрироваться
Появление зубца q в I отведении
Появление зубца q в II отведении

Появление зубца q в III отведении

157. При неосложненной беременности на ЭКГ может регистрироваться:
появление депрессии сегмента ST
появление глубоких зубцов S в левых грудных отведениях
появление высоких зубцов Rv III стандартном отведении

158. Физиологическая депрессии сегмента ST при беременности встречается в:
10% случаев
50% случаев
80% случаев

159. Частота развития инфаркта миокарда во время беременности и родов составляет:
1: 1000 родов
1: 5000 родов
1: 10 000 родов

160. Летальность от инфаркта миокарда выше:
в первый триместр беременности
во второй триместр беременности
в третий триместр беременности

161. Наиболее частым нарушением ритма сердца при беременности является:
синусовая тахикардия
синусовая брадикардия
наджелудочковая экстрасистолия
желудочковая экстрасистолия

162. Наиболее частым нарушением проводимости сердца при беременности является:
синоатриальная блокада 3 степени
атриовентрикулярная блокада 1 степени
атриовентрикулярная блокада 2-3 степени

163. Синусовая тахикардия при беременности встречается в:
10-30% случаев
30-50% случаев
50-90% случаев

164. Наджелудочковые тахикардия при беременности встречается в:
1-5% случаев

5-10% случаев

10-15% случаев

15-20% случаев

165. Фибрилляция предсердий при беременности встречается в:

1-8% случаев

9-15% случаев

16-20% случаев

166. Миграция водителя по предсердиям при беременности встречается в:

1-30% случаев

30-60% случаев

60-90% случаев

167. Синусовая брадикардия при беременности встречается в:

5% случаев

10% случаев

15% случаев

20% случаев

168. Атрио-вентрикулярная блокада 1 степени при беременности встречается в:

<1% случаев

1 - 5% случаев

>5% случаев

169. К редким ЭКГ-синдромам относится:

синдром Ямагучи

синдром Бадда-Киари

синдром Марфана

170. К редким ЭКГ-синдромам относится:

синдром Велленса

синдром Такаясу

синдром удлиненного интервала QT

171. К редким ЭКГ-синдромам относится:

синдром Лева

синдром слабости синусового узла

синдром WPW

172. К редким ЭКГ-синдромам относится:
синдром CLC
синдром Жильбера
синдром Галавердена

173. К редким ЭКГ-синдромам относится:
синдром Гебердена
синдром Ленегра
синдром Аерсы

174. Для синдрома Велленса характерно наличие на ЭКГ:
укорочения интервала PQ
расширение комплекса QRS
отрицательных зубцов Т в прекардиальных отведениях

175. Для синдрома Коссио характерно наличие на ЭКГ:
блокады правой ножки пучка Гиса
отрицательных зубцов Т
зубцов Q

176. Для синдрома Бейли характерно наличие на ЭКГ:
двухпучковой блокады ножек пучка Гиса
атриовентрикулярной блокады 2-3 степени
синусовой тахикардии

177. Для синдром Гонакса – Ашмана характерно наличие на ЭКГ:
желудочковой экстрасистолии
аберрантной наджелудочковой экстрасистолы
синусовой брадикардии

178. Для синдрома Галавердена характерно наличие на ЭКГ:
пароксизмальной предсердной тахикардии
пароксизмальной желудочковой тахикардии
пароксизмальной фибрилляции предсердий

179. Для синдрома Лева характерно наличие на ЭКГ:
синоатриальной блокады
полной атриовентрикулярной блокады
желудочковой тахикардии

180. Для синдрома «сэндвича» характерно наличие на ЭКГ:
зубца Р между двух предсердных экстрасистол
зубца Р между двух атриовентрикулярных экстрасистол
зубца Р между двух желудочковых экстрасистол

181. Для синдрома Экла характерно наличие на ЭКГ:
миграции водителя ритма
синусовой брадикардии
синусовой тахикардии

182. Аритмогенная дисплазия правого желудочка развивается:
в юношеском возрасте
в среднем возрасте
в пожилом возрасте

183. При аритмогенной дисплазии правого желудочка в сердце отмечается:
накопление железа
накопление меди
жировая инфильтрация

184. Длительность интервала QT при увеличении ЧСС
Уменьшается
Увеличивается
Не меняется

185. По какой формуле рассчитывают скорректированный интервал QT?
Фридвальда
Базетта
Фламма
Кокрофта-Гольта

186. Патогенезе стабильной ИБС связан с:
Атеросклерозом
Тромбозом
Аномалиями развития артерий
С аневризмами стенки артерий

187. Патогенезе стабильной ИБС связан с:
Спазмом
Тромбозом

Аномалиями развития артерий
С аневризмами стенки артерий

188. Патогенезе стабильной ИБС связан с:

Микрососудистой дисфункцией
Тромбозом
Аномалиями развития артерий
С аневризмами стенки артерий

189. Какому количеству критериев соответствует типичная (определенная) стенокардия

Трем
Четырем
Одному
Двум

190. Чувствительность Стресс-теста с ЭКГ составляет:

45-50%
65-70%
80-90%
30-40%

191. Абсолютным противопоказанием к проведению проб с физической нагрузкой является:

Острый инфаркт миокарда
AV блокада
Аневризма левого желудочка
Нарушения ритма сердца

192. Признаком ишемии миокарда при нагрузочной пробе является:

Подъем сегмента ST на 1 и более мм в отведениях без зубца Q
Депрессия сегмента ST
Желудочковая экстрасистолия
Мерцательная аритмия

193. Критерием прекращения пробы с физической нагрузкой является:

Появление лимитирующей стенокардии
Повышение АД выше 180/100 мм.рт.ст.
Снижение систолического АД на 10 мм.рт.ст.
Депрессия сегмента ST

194. Высокий риск сердечно-сосудистых событий по индексу Дюка:

Минус 10 и более

От минус 5 до минус 10

От 0 до минус 5

От 0 до 5

195. Критерием прекращения стрессэхокардиографии является:

Ухудшение сократимости в 2-х и более сегментах

Появление стенокардии

Появление одного нового сегмента с нарушенной сократимости

Появление экстрасистолии

196. Стресс-тест с ЭКГ не показан:

Пациентам с исходной депрессией ST на ЭКГ более 1 мм

Пациентам с AV блокадой I степени

Пациентам с артериальной гипертензией

Молодым пациентам с типичной (определенной)

стенокардией

197. Стресс-тест с ЭКГ не показан:

Мужчинам старше 70 лет с типичной (определенной) стенокардией

Пациентам с AV блокадой I степени

Пациентам с артериальной гипертензией

Молодым пациентам с типичной (определенной)

стенокардией

198. Стресс-тест с ЭКГ не показан:

Женщинам моложе 50 лет с атипичной (вероятной) стенокардией

Пациентам с AV блокадой I степени

Женщинам старше 70 лет с типичной (определенной) стенокардией

Молодым пациентам с типичной (определенной)

стенокардией

199. С обширной зоной ишемии при стресс-тесте коррелирует:

Возникновение устойчивого (>30 сек) пароксизма желудочковой тахикардии

Индекс Дюка от минус 5 до минус 10

Возникновение лимитирующей стенокардии

Повышение АД выше 220 и 120 мм.рт.ст.

200. С обширной зоной ишемии при стресс-тесте коррелирует:

Косонисходящая депрессия сегмента ST >2 мм

Индекс Дюка от минус 5 до минус 10

Возникновение лимитирующей стенокардии

Повышение АД выше 220 и 120 мм.рт.ст.

201. Дисперсия интервала QT - это

Разница между максимальным и минимальным значением QT, измеренного в двух стандартных отведениях ЭКГ

Изменение интервала QT в зависимости от ЧСС

изменение конфигурации зубца Т при удлинении интервала QT

202. Какой тип синдрома удлиненного интервала QT проявляется изолированным удлинением интервала QT?

Синдром Романо-Уорда

Синдром Джервелла-Ланге-Нильсена

Синдром Тимоти

Синдром Андерсена-Тавил

203. Препаратами выбора у пациентов с синдромом удлиненного интервала QT являются:

Бета-блокаторы

Антагонисты кальциевых каналов

Амиодарон

Препараты Ic класса

204. Зубец Р при синусовом ритме всегда должен быть положительным в отведениях:

I

aVF

aVR

II

aVL

205. Зубец Р при синусовом ритме может быть отрицательным в отведениях:

II

avR

aVL

aVF

V3

206. Зубец Т в норме может быть отрицательным в отведениях:

II

III

aVL

V1

V5

207. Причинами расширения QRS могут быть:

АВ-блокада 1 степени

Предсердная тахикардия

Блокада левой ножки пучка Гиса

Фибрилляция предсердий

Желудочковый ритм

208. Амплитуда зубца Р в норме:

< 1,5 мм в V1

< 3 мм в V1

< 1,0 мм во II отведении

< 3 мм во II отведении

< 2,5 мм во II отведении

209. ЭКГ-критериями желудочковой тахикардии являются:

Наличие «сливных» сокращений

Неправильный сердечный ритм

Расширение комплекса QRS более 140 мсек

ЧСС более 90 уд/мин

ЧСС более 120 уд/мин

Правильный сердечный ритм

210. Наличие WPW-синдрома при реципрокной АВ-тахикардии можно заподозрить при наличии на ЭКГ:

ЧСС более 220 уд в мин

Морфология комплекса QRS по типу блокады правой ножки пучка Гиса

Морфология комплекса QRS по типу блокады левой ножки пучка Гиса

Наличие зубца Р позади комплекса QRS

211. Для фибрилляции предсердий на ЭКГ характерно:

Наличие нескольких зубцов Р, отличающихся по форме от синусовых

Отсутствие зубцов Р на ЭКГ

Различные интервалы RR на ЭКГ

Одинаковые интервалы RR

Наличие волн фибрилляции предсердий f

212. Для атипичной формы трепетания предсердий характерно:

«Пилообразная» конфигурация предсердных волн трепетания (F) с преобладанием отрицательной фазы в отведениях II, III, avF

Любая форма предсердных комплексов (обычно положительная во II, III, avF)

Отсутствие изоэлектрической линии

213. ЭКГ признаками сино-атриальной блокады II степени являются:

Неправильный синусовый ритм

Правильный синусовый ритм

Выпадение зубцов P и комплексов QRS

Выпадение комплексов QRS при наличии зубцов P

появление медленных выскальзывающих комплексов и ритмов

214. Для межпредсердной блокады II степени на ЭКГ характерно:

постепенное нарастание продолжительности и расщепления зубца P в отведениях от конечностей.

Периодическое исчезновение левопредсердной фазы зубца P в отведении V1.

Предсердная диссоциация

215. Какие виды нарушения проводимости можно выявить на ЭКГ:

Синоатриальная блокада 1 степени

Атриовентрикулярная блокада 1 степени

Синоатриальная блокада 2 степени

Полная атриовентрикулярная блокада

216. Оценка признаков гипертрофии ЛЖ на ЭКГ некорректна в случае:

перенесенного инфаркта миокарда

наличия эмфиземы легких

выраженного ожирения

возраста старше 35 лет

наличия блокады левой ножки п. Гиса

217. Выявление ЭКГ признаков гипертрофии ПЖ затруднительно при:

блокаде правой ножки п. Гиса

наличии синдрома WPW

наличии тяжелого заболевания легких

декстракардии

218. Наиболее распространенными ЭКГ критериями гипертрофии миокарда левого желудочка является:

Индекс Соколова-Лайона

Индекс Корнелла

Триада МакДжина-Уайта

219. ЭКГ-признаки острой перегрузки правых отделов сердца выявляются при:
легочной эмболии
отеке легких
остром респираторном дистресс-синдроме
тяжелом приступе бронхиальной астмы
пневмотораксе

220. ЭКГ-признаки перегрузки левых отделов сердца могут выявляться при:
инфаркте миокарда
гипертоническом кризе
ТЭЛА
массивном кровотечении
выпотном перикардите

221. Волна J на ЭКГ:
располагается в месте перехода комплекса QRS в сегмент ST
отмечается при синдроме ранней реполяризации желудочков
располагается на восходящем колене зубца R
характерна для гипотермии

222. Выявление элевации сегмента ST >2 мм в отведениях V7-V9 и V3R-V4R в сочетании с типичной клинической картиной отражает:
задний ОИМ
нижний ОИМ
боковой ОИМ
ОИМ правого желудочка

223. Для синдрома ранней реполяризации желудочков характерно:
элевация сегмента ST с вогнутостью кверху
наличие волны J
укорочение интервала PQ
исчезновение изменений при физической нагрузке

224. Элевация сегмента ST на ЭКГ может отмечаться при:
легочной эмболии
аневризме левого желудочка
остром перикардите
блокаде левой ножки пучка Гиса

синдроме Бругада

225. Депрессия сегмента ST на ЭКГ может отмечаться при:
ишемии миокарда
гипертрофии миокарда
синдроме ранней реполяризации желудочков
синдроме WPW
электролитных нарушениях

226. К патогенетическим факторам развития СССУ относятся:
дилатация полости правого предсердия
фиброз синоатриальной зоны
генетическая предрасположенность
дилатация полости правого желудочка

227. К патогенетическим факторам развития СССУ относятся:
гранулематозное поражение миокарда правого предсердия
аутоиммунное поражение миокарда правого предсердия
токсическое поражение миокарда правого предсердия
дилатация правых отделов сердца

228. К этиологическим факторам СССУ относятся:
табакокурение
ишемическая болезнь сердца
перикардит
злокачественные опухоли сердца

229. К этиологическим факторам СССУ относятся:
старческий амилоидоз
третичный сифилис
ХОБЛ
саркоидоз

230. К клиническим проявлениям СССУ относятся:
перебои в работе сердца
синкопальные состояния
приступы сердцебиения
розеолозная сыпь
субфебрильная лихорадка

231. К диагностическим пробам при СССУ относятся:

- эхокардиография
- Холтеровское мониторирование
- МСКТ сердца
- чреспищеводная стимуляция сердца
- сцинтиграфия миокарда
- магниторезонансная томография сердца

232. К факторам риска развития ОКС при беременности относятся:

- возраст > 30 лет
- семейный анамнез по ИБС
- митральный порок сердца
- аортальный порок сердца

233. К факторам риска развития ОКС при беременности относятся:

- ХОБЛ
- Сахарный диабет
- язвенная болезнь желудка
- Тромбофилия

234. На семейный анамнез ИБС указывают:

- Внезапная сердечная смерть прямых родственником в возрасте <50 лет
- Внезапная сердечная смерть прямых родственником в возрасте <60 лет
- Наличие наследственной гиперхолестеринемии
- Наличие гиперурикемии

235. Тромбофилия при беременности обусловлена

- Увеличением коагуляционного потенциала крови
- Уменьшением коагуляционного потенциала крови
- Увеличением антикоагулянтного потенциала крови
- Уменьшением антикоагулянтного потенциала крови

236. К возможным проявлениям тромбофилии в анамнезе относятся:

- бесплодие
- привычное невынашивание беременности
- гестозы
- маточные кровотечения
- миома матки

237. Для аритмогенной дисплазии правого желудочка характерно наличие на ЭКГ:

предсердных экстрасистол
экстрасистол из правого желудочка
желудочковой тахикардии с блокадой левой ножки пучка Гиса
желудочковой тахикардии с блокадой правой ножки пучка Гиса

238. Для аритмогенной дисплазии правого желудочка характерно наличие на ЭКГ:
эпсилон-волны
блокады правой ножки пучка Гиса
блокады левой ножки пучка Гиса
полиморфной желудочковой тахикардии

239. Для синдрома кардиостимулятора характерно:
наличие кардиалгии
наличие повышенной утомляемости
наличие гипертонической болезни в анамнезе
наличие ретроградного проведения на предсердия по данным ЭКГ

240. Для синдрома Оппенгеймера-Ротшильда характерно:
наличие острого инфаркта миокарда
наличие инфаркта миокарда в анамнезе
наличие зазубрин на восходящем колене зубца Т
наличие зазубрин на восходящем колене комплекса QRS

241. К редким ЭКГ-синдромам относятся:
синдром Экла
синдром Шаттерье
синдром Велленса
синдром Такоцубо
синдром Артюса

242. Диффузная депрессия сегмента ST в сочетании с элевацией ST в aVR может быть при:
Проксимальной окклюзии передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии
Гиперкалиемии
Тяжёлом трёхсосудистом поражении коронарных артерий
Диффузной субэндокардиальной ишемии
Все ответы верны

243. По четвёртому универсальному определению инфаркта миокарда (2018) ЭКГ-критериями острой ишемии являются:
Элевация ST в 2-х смежных отведениях $\geq 0,1$ мВ; в V2-V3 $\geq 0,2$ мВ (м >40), 0,25 мВ (м <40), 0,15 мВ (ж)

Элевация ST в 2-х смежных отведениях $\geq 0,2$ мВ; в V2-V3 $\geq 0,3$ мВ (м >40), 0,45 мВ (м <40), 0,15 мВ (ж)

Горизонтальная/косонисходящая депрессия ST $\geq 0,15$ мВ в двух смежных отведениях

Горизонтальная/косонисходящая депрессия ST $\geq 0,05$ мВ в двух смежных отведениях

Инверсия T $\geq 0,1$ мВ в 2 отведениях с превалирующим R или R/S > 1

244. По четвертому универсальному определению инфаркта миокарда (2018) ЭКГ-критериями перенесенного инфаркта миокарда являются:

Q $\geq 0,02$ сек, QS в V2, V3;

Q $\geq 0,05$ сек, QS в V2, V3;

Q $\geq 0,03$ сек и $\geq 0,1$ мВ или QS в I, II, III, aVL, aVF, V4-V6, V7-V9

R $\geq 0,04$ сек в V1-V2 и R/S ≥ 1 с конкордантным +T

R $\geq 0,04$ сек в V5-V6 и R/S ≥ 1 с конкордантным +T

245. В каких отведениях возможны изменения при инфаркте миокарда правого желудочка:

V1

V2

V6

I

aVL

246. Для заднего инфаркта миокарда характерно:

Высокие, уширенные зубцы R (>30 мс шириной, R/S > 1) в V1-V3

Положительные выраженные зубцы T в V1-V3

Отрицательные глубокие зубцы T в V1-V3

Высокие, уширенные зубцы R (> 30 мс, R/S > 1) в V5-V6

Элевация ST в II, III, aVF

247. Причинами гиперкалиемии могут быть:

Синдром лизиса опухоли

Острое почечное повреждение

Передозировка фуросемида

Рабдомиолиз

Выраженная диарея

248. Характерные клинические проявления гиперкалиемии:

Тошнота, рвота, боль в животе

Мигрирующая эритема

Полиурия, полидипсия

Выраженная слабость

Аритмии

249. Характерными проявлениями гиперкалиемии на ЭКГ являются:

Расширение QRS

Высокий остроконечный зубец T с узким основанием

Депрессия сегмента ST, уплощение зубца T

Удлинение интервала PQ, уплощение или исчезновение зубца P

Укорочение интервала QTc

250. Удлинение интервала QTc характерно для:

Гиперкалиемии

Гипокалиемии

Гиперкальциемии

Гипокальциемии

251. При приеме сердечных гликозидов

Характерные проявления гипокалиемии:

Высокие остроконечные зубцы T с узким основанием

Депрессия сегмента ST

Уплощение/инверсия зубцов T

Выраженные зубцы U

252. Для синдрома Велленса типа A характерно:

Двухфазные прекардиальные зубцы T с конечной отрицательной частью

Двухфазные прекардиальные зубцы T с конечной положительной частью

Незначительная элевация ST в прекардиальных отведениях

Сохраняющаяся нормальная прогрессия зубца R (зубец R в V3 > 3 мм)

Отрицательные глубокие зубцы T

253. Для гипокалиемии характерно:

Увеличение амплитуды и ширины зубца P

Удлинение интервала PR

Сглаживание и инверсия зубца T

Двухфазный зубец T с отрицательным конечным сегментом

Заметные зубцы U

Преходящие изменения сегмента ST

254. Зубцы T могут быть отрицательные:

У детей в норме

У афро-американцев в V1-V3 в норме

При повышении внутричерепного давления

При синдроме Велленса типа A

При синдроме Бругада

Гипертрофии ЛЖ

255. Критерии Rhinehart при синдроме Велленса:

Нет прекардиальных зубцов Q

Недавний анамнез стенокардии

Нормальный или немного повышенный уровень кардиальных ферментов

Резко повышенные уровень кардиальных ферментов

Глубокие патологические зубцы Q в грудных отведениях

Косонисходящая депрессия сегмента ST в V2-V3

256. Зубец T в норме всегда положителен в отведениях:

I, II

V4-V6

V1-V2

aVL, III

V1-V6

257. С обширной зоной ишемии при стресс-тесте коррелирует:

Косонисходящая депрессия сегмента ST >2 мм

Индекс Дюка от минус 5 до минус 10

Возникновение устойчивого (>30 сек) пароксизма желудочковой тахикардии

Повышение АД выше 220 и 120 мм.рт.ст.

258. С обширной зоной ишемии при стресс-тесте коррелирует:

Косонисходящая депрессия сегмента ST >2 мм

Индекс Дюка минус 11 и юлее

Возникновение устойчивого (>30 сек) пароксизма желудочковой тахикардии

Повышение АД выше 220 и 120 мм.рт.ст.

259. Стресс-тест с ЭКГ не показан:

Женщинам моложе 50 лет с атипичной (вероятной) стенокардией

Мужчинам старше 70 лет с типичной (определенной) стенокардией

Пациентам с исходной депрессией ST на ЭКГ более 1 мм

Молодым пациентам с типичной (определенной)

стенокардией

260. Выберите характерные для стабильной ИБС изменения на ЭКГ при стресс-тесте:

Косонисходящая депрессия сегмента ST

Подъем сегмента ST в отведениях без зубца Q

Горизонтальная депрессия сегмента ST

Подъем сегмента ST в отведениях с зубцом Q

261. Критерием прекращения пробы с физической нагрузкой является:

Появление лимитирующей стенокардии

Достижение субмаксимальной ЧСС

Отказ больного продолжать нагрузку

Депрессия сегмента ST

262. При каких электролитных нарушениях наблюдается удлинение интервала QT на ЭКГ:

Гипокалиемия

Гиперкалиемия

Гипомагниемия

Гипермагниемия

Гипокальциемия

Гиперкальциемия

263. Электрокардиографические критерии синдрома удлиненного интервала QT:

Элевация сегмента ST

Неправильная морфология волны T

Веретенообразная желудочковая тахикардия по типу «пируэт»

Фибрилляция предсердий

QT скорректированный 490 мсек

264. Назовите типы синдрома удлиненного интервала QT, которые имеют экстракардиальные проявления

Синдром Романо-Уорда

Синдром Джервелла-Ланге-Нильсена

Синдром Тимоти

Синдром Андерсена-Тавил