

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.12 «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»

1	Клиническая электрокардиология
1	Главный ЭКГ признак неполной блокады левой ножки в отведении V5-6
	зубец q отсутствует
	зубец q присутствует
	уширенный и деформированный QRS
	депрессия сегмента ST
2	При полной блокаде правой ножки пучка Гиса комплекс QRS в отведении V1
	уширен и деформирован
	уширен
	неизменен
	деформирован
3	Как изменяет электрическую ось желудочкового комплекса проксимальная полная блокада левой ножки пучка Гиса?
	не изменяет положение ЭОС
	отклоняет электрическую ось вправо
	отклоняет электрическую ось влево
	отклоняет электрическую ось резко влево
4	Как изменен комплекс QRS при блокаде передней ветви левой ножки пучка Гиса в отведениях V5 - V6?
	содержит глубокий зубец S
	уширен
	отсутствует зубец Q
	зубец S неглубокий, расширен
5	Неполная трифасцикулярная блокада проявляется
	AB блокадой I ст. и бифасцикулярной блокадой ветвей пучка Гиса
	только блокадой ветвей левой ножки пучка Гиса
	сочетанием AB блокады и блокады правой ножки пучка Гиса
	сочетание блокады правой ножки пучка Гиса и блокады одной из ветвей левой ножки пучка Гиса
6	Комплекс QRS в отведениях III, AVF при блокаде правой ножки пучка Гиса имеет форму, схожую с формой комплекса QRS в отведениях
	V1, V2
	V5, V6
	V3, V4
	I, AVL
7	Для блокады левой ножки пучка Гиса характерен
	подъем сегмента ST в V5, V6
	подъем сегмента ST в V1, V2
	подъем сегмента ST в III, AVF
	подъем сегмента ST в I, AVL
8	Какие признаки могут свидетельствовать о сочетании блокады правой ножки пучка Гиса и гипертрофии левого желудочка?
	увеличение амплитуды зубца R в отведении V6 (16 мм)
	увеличение амплитуды зубца первого R в отведении V1
	увеличение амплитуды зубца Q в отведениях V5- V6
	амплитуда зубца Q в отведении V6 более 1/4 зубца R
9	Как изменяется ЭОС при блокаде задней ветви левой ножки пучка Гиса?

	отклоняется вправо
	отклоняется влево
	отклоняется резко влево
	не отклоняется
10	При блокаде правой ножки пучка Гиса зубец T в отведении V1 обычно
	отрицательный
	положительный
	двухфазный
	сглаженный
11	Какое соотношение зубцов R и S в отведении I характерно для сочетания блокады правой ножки пучка Гиса и блокады задней ветви его левой ножки?
	$rI < SI$
	$RI > SI$
	$RI = SI$
12	Какое соотношение зубцов R и S в отведении II характерно для сочетания блокады правой ножки и блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса?
	$rII < SII$
	$RII > SII$
	$RII = SII$
13	К отклонению ЭОС влево на ЭКГ будет приводить
	блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
	гипертрофия миокарда левого желудочка
	изменение в положении сердца от лежачего к вертикальному
	глубокий вдох
14	Какие ЭКГ признаки характерны для неполной блокады правой ножки пучка Гиса?
	увеличение продолжительности комплекса QRS более 0,12 сек
	увеличение продолжительности комплекса QRS до 0,11 сек
	снижение сегмента ST в отведениях V1-2
	QRS в форме RsR в отведениях V1-2
15	При блокаде передней ветви левой ножки пучка Гиса наибольший зубец R наблюдается в отведении
	AVL
	I
	AVF
	AVR
	III
16	При блокаде задней ветви левой ножки пучка Гиса наибольший зубец R наблюдается в отведении
	III
	AVL
	I
	AVF
	AVR
17	Гипертрофия правого желудочка при блокаде левой ножки пучка Гиса характеризуется
	невозможностью диагностики
	увеличением амплитуды зубца R в отведении V6
	увеличением амплитуды зубца R в отведении V1
	отклонением электрической оси вправо
18	Как влияет на ЭОС проксимальная полная блокада левой ножки пучка Гиса?
	нет отклонения ЭОС
	отклонение электрической оси вправо

	отклонение электрической оси влево
	отклонение электрической оси резко влево
19	При блокаде задней ветви левой ножки пучка Гиса и угле альфа > 120° в отведении AVR
	зубец Q < зубца R
	зубец Q > зубца R
	зубец Q = зубцу R
20	Появление патологического зубца q на фоне полной блокады левой ножки пучка Гиса свидетельствует о
	повторном очаговом повреждении миокарда
	восстановлении проведения по ЛНПГ
	гипертрофии правого желудочка
	гипертрофии левой части межжелудочковой перегородки
21	К отклонению ЭОС вправо на ЭКГ будет приводить
	блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса
	гипертрофия миокарда правого желудочка
	изменение в положении сердца от лежачего к вертикальному
	глубокий вдох
22	При любой блокаде левой ножки пучка Гиса зубец Q
	отсутствует в отведении V6
	увеличен по амплитуде в отведениях V5-V6
	неизменен в отведениях V5-V6
	расширен в отведениях V5-V6
23	Для блокады левой ножки пучка Гиса характерны
	депрессия сегмента ST в отведениях V5-V6
	депрессия сегмента ST в отведениях VI-V2
	нормальная ширина комплекса QRS в отведениях III, AVF
	уширение комплекса QRS в отведениях V5-V6
24	Критерием блокады передне-верхнего разветвления левой ножки пучка Гиса является?
	расширение QRS до 0,11 с
	электрическая ось сердца ≥ 30 градусов
	горизонтальное положение электрической оси сердца
	SIII > SII
25	ЭКГ признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса
	увеличение продолжительности комплекса QRS более 0,12 сек
	увеличение продолжительности комплекса QRS от 0.10 до 0,11 сек
	снижение сегмента ST в отведениях V1-2
	QRS в форме RsR в отведениях V1-2
26	ЭКГ признаки полной блокады левой ножки пучка Гиса
	ширина комплекса QRS более 0.12
	широкий зубец R в левых грудных отведениях
	отсутствие зубца q в I, AVL и V5-6 отведениях
	QS в правых грудных отведениях
	зубец q в I и V5-6 отведениях
27	Блокада правой ножки пучка Гиса может быть обусловлена
	поражением правой ножки в общем стволе пучка Гиса
	нарушением проводимости в самой ножке
	изменениями миокарда правого желудочка
	поражением правой половины межжелудочковой перегородки
	поражением левой половины межжелудочковой перегородки
28	Блокада левой ножки пучка Гиса может быть обусловлена

	поражением левой ножки в общем стволе пучка Гиса
	нарушением проводимости в самой ножке
	изменениями миокарда правого желудочка
	поражением правой половины межжелудочковой перегородки
	поражением левой половины межжелудочковой перегородки
	изменениями миокарда левого желудочка
29	Какие признаки могут указывать на сочетание блокады правой ножки пучка Гиса и гипертрофии правого желудочка?
	увеличение амплитуды зубца второго R в отведении V1 > 12 мм
	глубокий уширенный зубец S в отведении V6
	отклонение электрической оси вправо
	отклонение электрической оси влево
	увеличение амплитуды зубца S в отведении V6 > 12 мм
	нет четких признаков ГПЖ
30	Соотношение зубцов SIII > SII; SII > rII; RII < SIII соответствует
	отклонению ЭОС резко влево
	отклонению ЭОС вправо
	нормальному положению ЭОС
	вертикальному положению ЭОС
31	Соотношение зубцов RIII > RII > RI, SI > rI соответствует
	резко влево
	резко вправо
	нормальному
	вертикальному
32	Соотношение зубцов SIII > SII; SII > rII; RI < SIII наблюдается при блокаде
	левой ножки пучка Гиса
	правой ножки пучка Гиса
	задней ветви ЛНПГ
	передней ветви ЛНПГ
33	Соотношение зубцов RIII > RII > RI, SI > rI наблюдается при блокаде
	левой ножки пучка Гиса
	правой ножки пучка Гиса
	задней ветви ЛНПГ
	передней ветви ЛНПГ
34	Какой путь отвечает за проведение импульса к левому предсердию?
	Бахмана
	Джеймса
	Кисс-Фляка
	Гиса
	Кента
	Махайма
35	Межпредсердная блокада — это
	нарушение прохождения возбуждения по пути Бахмана от правого предсердия к левому
	нарушение проведения возбуждения от синусового узла по предсердным путям через АВ узел и пучок Гиса и его ножки к желудочкам
	нарушение проведения возбуждения через АВ узел, пучок Гиса, ножки пучка Гиса
	нарушение проведения возбуждения по волокнам Пуркинье
36	Критерии межпредсердной блокады II ст. 1-го типа (Мобитц I)
	на ЭКГ регистрируется расщепленный зубец P перед QRS, постепенного нарастания уширения и расщепления зубца P. После нескольких таких P перед очередным QRS регистрируется узкий P без второй (левопредсердной) его вершины

	расщепленная (двугорбая или двухфазная) форма зубца Р с интервалом между вершинами более 0,035 с
	расширение зубца Р $\geq 0,13$ сек или расширение зубца Р $\geq 0,11$ с при отсутствии увеличения амплитуды зубца Р или его I или II фазы
	на ЭКГ регистрируется расщепленный зубец Р перед QRS, без постепенно расширяющийся с увеличением расстояния между его вершинами. После нескольких таких Р перед очередным QRS регистрируется узкий Р без второй (левопредсердной) его вершины
	на ЭКГ регистрируется ритм правого предсердия, передающийся на желудочки, и одновременно ритм левого предсердия
37	Критерии межпредсердной блокады II ст. 2-го типа (Мобитц 2)
	на ЭКГ регистрируется расщепленный зубец Р перед QRS, без постепенно расширяющийся с увеличением расстояния между его вершинами. После нескольких таких Р перед очередным QRS регистрируется узкий Р без второй (лево-предсердной) его вершины
	расщепленная (двугорбая или двухфазная) форма зубца Р с интервалом между вершинами более 0,035 с
	расширение зубца Р $\geq 0,13$ сек или расширение зубца Р $\geq 0,11$ с при отсутствии увеличения амплитуды зубца Р или его I или II фазы
	на ЭКГ регистрируется расщепленный зубец Р перед QRS, постепенного нарастания уширения и расщепления зубца Р. После нескольких таких Р перед очередным QRS регистрируется узкий Р без второй (левопредсердной) его вершины
	на ЭКГ регистрируется ритм правого предсердия, передающийся на желудочки, и одновременно ритм левого предсердия
38	Критерий межпредсердной блокады III ст.
	на ЭКГ регистрируется ритм правого предсердия, передающийся на желудочки, и одновременно ритм левого предсердия
	расщепленная (двугорбая или двухфазная) форма зубца Р с интервалом между вершинами более 0,035 с
	расширение зубца Р $\geq 0,13$ сек или расширение зубца Р $\geq 0,11$ с при отсутствии увеличения амплитуды зубца Р или его I или II фазы
	на ЭКГ регистрируется расщепленный зубец Р перед QRS, постепенного нарастания уширения и расщепления зубца Р. После нескольких таких Р перед очередным QRS регистрируется узкий Р без второй (левопредсердной) его вершины
	на ЭКГ регистрируется расщепленный зубец Р перед QRS, без постепенно расширяющийся с увеличением расстояния между его вершинами. После нескольких таких Р перед очередным QRS регистрируется узкий Р без второй (левопредсердной) его вершины
39	Какой ритм левого предсердия наиболее характерен для межпредсердной диссоциации?
	фибрилляция/трепетание предсердия
	синусовый
	хаотическая предсердная тахикардия
	ритм из АВ соединения
	предсердная тахикардия 2:1
40	Распространение импульса в А/В соединении в норме
	только ортодромное
	только антидромное
	ортодромное и антидромное
	возможен вариант «re-entry»
41	Какой процесс отражает интервал "PQ" электрокардиограммы?
	распространение возбуждения от предсердий к желудочкам
	возбуждение предсердий
	возбуждение желудочков
	восстановительные процессы в сердечной мышце
42	Для атриовентрикулярной блокады 1 степени на ЭКГ характерно
	удлинение интервала PR (PQ)
	выпадение комплексов QRS
	атриовентрикулярная диссоциация

	наличие выскальзывающих комплексов
43	При атриовентрикулярной блокаде II степени на ЭКГ отмечается эпизодическое выпадение комплексов QRS исчезновение зубцов P уширение комплекса QRS удлинение интервалов PR
44	Для атриовентрикулярной блокады II степени второго типа (Мобитц 2) характерны длинные паузы кратны нормальному интервалу P – P и более стабильное удлинение интервалов PR атриовентрикулярная диссоциация наличие выскальзывающих комплексов
45	Для атриовентрикулярной блокады II степени первого типа (Мобитц 1) характерно нарастающее удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS отсутствие удлинения интервалов PR атриовентрикулярная диссоциация наличие выскальзывающих комплексов
46	При АВ блокаде II степени с проведением 2:1 интервалы P – P равные разные прогрессивно уменьшаются прогрессивно увеличиваются
47	Атриовентрикулярная блокада — это нарушение проведения возбуждения от синусового узла по предсердным путям через АВ узел и пучок Гиса и его ножки к желудочкам нарушение прохождения возбуждения по пути Бахмана от правого предсердия к левому нарушение проведения возбуждения через АВ узел, пучок Гиса, ножки пучка Гиса нарушение проведения возбуждения по волокнам Пуркинье
48	Правильный ритм желудочков при фибрилляции предсердий наблюдается при полной AV блокаде полной SA блокаде блокаде левой ножки пучка Гиса синдроме WPW
49	Синдром Фредерика — это фибрилляция предсердий и атриовентрикулярная блокада 3 степени фибрилляция предсердий и атриовентрикулярная блокада 2 степени трепетание предсердий с атриовентрикулярным проведением 2:1 синусовый ритм предсердий и полная атриовентрикулярная блокада
50	Какое минимальное количество последовательно проведенных предсердно-желудочковых комплексов необходимо для определения типа атриовентрикулярной блокады? 1 2 3 4
51	Постепенное удлинение интервала P-Q(R) вплоть до полной блокады очередного импульса, когда после зубца P отсутствует желудочковый комплекс QRS соответствует AV-блокаде I степени AV-блокаде II степени 1 типа AV-блокаде II степени 2 типа AV-блокаде III степени

52	При проксимальном типе AV-блокады
	комплекс QRS ≤ 0.12 сек
	комплекс QRS ≥ 0.12 сек
	комплекс QRS уширен и деформирован
	комплекс QRS ≥ 0.2 сек
53	Сокращение предсердий и желудочков под воздействием собственных водителей ритма наблюдается при
	AV-блокаде I степени
	AV-блокаде II степени 1 типа
	AV-блокаде II степени 2 типа
	AV-блокаде III степени
54	Критерии межпредсердной блокады I ст.
	расширение зубца P $\geq 0,13$ сек или расширение зубца P $\geq 0,11$ с при отсутствии увеличения амплитуды зубца P или его I или II фазы
	расщепленная (двугорбая или двухфазная) форма зубца P с интервалом между вершинами более 0,035 с
	на ЭКГ регистрируется расщепленный зубец P перед QRS, постепенного нарастания уширения и расщепления зубца P. После нескольких таких P перед очередным QRS регистрируется узкий P без второй (левопредсердной) его вершины
	на ЭКГ регистрируется расщепленный зубец P перед QRS, без постепенно расширяющийся с увеличением расстояния между его вершинами. После нескольких таких P перед очередным QRS регистрируется узкий P без второй (левопредсердной) его вершины
	на ЭКГ регистрируется ритм правого предсердия, передающийся на желудочки, и одновременно ритм левого предсердия
55	Интервал PQ включает
	время проведения импульсов по предсердиям
	время проведения импульса по АВ-узлу
	время проведения импульса по пучку Гиса
	время проведения импульса по волокнам Пуркинье
	время проведения импульса по ножкам пучка Гиса
56	АВ-соединение
	осуществляет задержку проведения импульса из предсердий к желудочкам
	является центром автоматизма II порядка
	является центром автоматизма III порядка
	является центром автоматизма I порядка
57	Для проксимальной атриовентрикулярной блокады I степени на ЭКГ характерно
	удлинение интервала PR
	узкие комплексы QRS
	атриовентрикулярная диссоциация
	выпадение комплексов QRS
	наличие выскальзывающих комплексов
58	Для дистальной атриовентрикулярной блокады I степени на ЭКГ характерно
	удлинение интервала PR
	широкие комплексы QRS (по типу блокад ножек пучка Гиса)
	атриовентрикулярная диссоциация
	выпадение комплексов QRS
	наличие выскальзывающих комплексов
	узкие комплексы QRS
59	Для проксимальной атриовентрикулярной блокады II степени второго типа (Мобитц 2) характерны
	длинные паузы обычно кратны нормальному интервалу P – P и более
	узкие комплексы QRS
	широкие комплексы QRS (по типу блокад ножек пучка Гиса)
	удлинение интервалов PR

	атриовентрикулярная диссоциация
	наличие выскальзывающих комплексов
60	Для дистальной атриовентрикулярной блокады II степени второго типа (Мобитц 2) характерны
	длинные паузы обычно кратны нормальному интервалу P – P и более
	широкие комплексы QRS (по типу блокад ножек пучка Гиса)
	узкие комплексы QRS
	удлинение интервалов PR
	атриовентрикулярная диссоциация
	наличие выскальзывающих комплексов
61	Для проксимальной атриовентрикулярной блокады II степени первого типа (Мобитц 1) характерно
	нарастающее удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS
	узкие комплексы QRS
	широкие комплексы QRS (по типу блокад ножек пучка Гиса)
	удлинение интервалов PR
	атриовентрикулярная диссоциация
	наличие выскальзывающих комплексов
62	Для дистальной атриовентрикулярной блокады II степени первого типа (Мобитц 1) характерно
	нарастающее удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS
	широкие комплексы QRS (по типу блокад ножек пучка Гиса)
	узкие комплексы QRS
	удлинение интервалов PR
	атриовентрикулярная диссоциация
	наличие выскальзывающих комплексов
63	Критерии проксимальной полной поперечной блокады
	атриовентрикулярная диссоциация
	регулярный желудочковый ритм
	постоянные интервалы P-P, R-R (R-R > P-P)
	40-60 желудочковых сокращений в минуту
	QRS-комплекс практически неизменен
	40-45 желудочковых сокращений в минуту
	QRS-комплекс уширен и деформирован
64	Критерии дистальной полной поперечной блокады
	атриовентрикулярная диссоциация
	регулярный желудочковый ритм
	постоянные интервалы P-P, R-R (R-R > P-P)
	40-45 желудочковых сокращений в минуту
	QRS-комплекс уширен и деформирован
	40-60 желудочковых сокращений в минуту
	QRS-комплекс практически неизменен
65	Критерии проксимальной формы синдрома Фредерика
	фибрилляция предсердий и АВ блокада III ст. (атриовентрикулярная диссоциация)
	регулярный желудочковый ритм
	постоянные интервалы R-R
	40-60 желудочковых сокращений в минуту
	QRS-комплекс практически неизменен
	40-45 желудочковых сокращений в минуту
	QRS-комплекс уширен и деформирован
66	Критерии дистальной формы синдрома Фредерика
	фибрилляция предсердий и АВ блокада III ст. (атриовентрикулярная диссоциация)
	регулярный желудочковый ритм

	постоянные интервалы R-R
	40-45 желудочковых сокращений в минуту
	QRS-комплекс уширен и деформирован
	40-60 желудочковых сокращений в минуту
	QRS-комплекс практически неизменен
67	Субтотальная АВ блокада (высоко степенная, далеко зашедшая) – это
	АВ блокада II ст. с проведением 3:1 и меньше
	выскальзывающие комплексы или ритмы
	АВ блокада III ст.
	АВ блокада I ст.
68	Экстрасистолия — это
	нарушение ритма сердца, характеризующееся возникновением одиночных или парных внеочередных (преждевременных) сокращений сердца, вызванных возбуждением миокарда, исходящим не из физиологического источника водителя ритма (сино-предсердного узла), т.е. являющимся эктопическим (гетеротопным)
	преждевременная (по отношению к основному ритму) электрическая активация сердца, индуцированная импульсом, источник которого находится в ножках или разветвлениях пучка Гиса, в волокнах Пуркинье или рабочем миокарде желудочков
	разновидность эктопического ритма, для которой характерно наличие активного гетеротопного очага, который функционирует независимо от основного возбудителя ритма
	это несинусовые эктопические ритмы, источником которых являются предсердия, АВ—соединение или желудочки
69	Механизмы возникновения экстрасистолии
	аномальный автоматизм (ускорение медленной деполяризации клеток в 4-ю фазу ПД)
	повторный вход волны возбуждения (re-entry)
	триггерная активность (нарушение процессов реполяризации клеток в 3-ю или 4-ю фазы ПД)
	усиление нормального автоматизма пейсмейкерных клеток
70	Методы диагностики экстрасистолии
	электрокардиография в 12 отведениях
	холтеровское (суточное) мониторирование ЭКГ
	трансторакальная ЭХО кардиография для оценки наличия и выраженности заболеваний сердечно-сосудистой системы и принятия решения о выборе оптимального метода антиаритмической терапии
	нагрузочные пробы
	электрофизиологическое исследование
71	Одиночные экстрасистолы – это
	экстрасистолы, возникающие с частотой не более 5 в минуту, представленные отдельными преждевременными циклами
	экстрасистолы, возникающие с частотой от 6 до 10 в минуту, представленные отдельными преждевременными циклами
	экстрасистолы, возникающие с частотой более 10 в минуту, представленные отдельными преждевременными циклами
72	Умеренно частые одиночные экстрасистолы – это
	экстрасистолы, возникающие с частотой от 6 до 10 в минуту, представленные отдельными преждевременными циклами
	экстрасистолы, возникающие с частотой более 10 в минуту, представленные отдельными преждевременными циклами
	экстрасистолы, возникающие с частотой не более 5 в минуту, представленные отдельными преждевременными циклами
73	Частые одиночные экстрасистолы – это
	экстрасистолы, возникающие с частотой более 10 в минуту, представленные отдельными преждевременными циклами

	экстрасистолы, возникающие с частотой не более 5 в минуту, представленные отдельными преждевременными циклами
	экстрасистолы, возникающие с частотой от 6 до 10 в минуту, представленные отдельными преждевременными циклами
74	Ранние экстрасистолы – это
	экстрасистолы, первый зубец которой наслаивается на зубец Т предшествующего экстрасистоле цикла основного ритма
	экстрасистолы, зубец Р которой расположен между желудочковым комплексом и зубцом Т предшествующего экстрасистоле цикла основного ритма
	экстрасистолы, первый зубец которой расположен сразу после зубца Т предшествующего экстрасистоле цикла основного ритма
75	Парные экстрасистолы – это
	две следующие подряд с коротким интервалом (менее 0,6 сек)
	экстрасистола, располагающаяся между двумя соседними циклами основного ритма
	экстрасистолия, при которой экстрасистолы возникают регулярно после одинакового числа циклов основного ритма.
76	Алгоритмическая экстрасистолия – это
	экстрасистолия, при которой экстрасистолы возникают регулярно после одинакового числа циклов основного ритма.
	две следующие подряд с коротким интервалом (менее 0,6 сек)
	экстрасистола, располагающаяся между двумя соседними циклами основного ритма
77	Монотопные экстрасистолы характеризуются
	одинаковыми по форме комплексами QRS, возникающими с разными интервалами сцепления
	различными по форме комплексами QRS, возникающими с одинаковыми интервалами сцепления
	различными по форме комплексами QRS, возникающими с разными интервалами сцепления
	одинаковой морфологией комплексов QRS и постоянной (фиксированной) величиной интервала сцепления
78	Полилопные экстрасистолы характеризуются
	одинаковыми по форме комплексами QRS, возникающими с разными интервалами сцепления
	различными по форме комплексами QRS, возникающими с одинаковыми интервалами сцепления
	различными по форме комплексами QRS, возникающими с разными интервалами сцепления
	одинаковой морфологией комплексов QRS и постоянной (фиксированной) величиной интервала сцепления
79	Наджелудочковая экстрасистолия — это
	преждевременная (по отношению к нормальному, синусовому ритму) одиночная либо парная электрическая активация сердца, вызванная импульсами, источник которых располагается в предсердиях, в лёгочных/полых венах (в местах их впадений в предсердия) или в АВ-соединении
	преждевременная (по отношению к основному ритму) электрическая активация сердца, индуцированная импульсом, источник которого находится в ножках или разветвлениях пучка Гиса, в волокнах Пуркинье или рабочем миокарде желудочков
	разновидность эктопического ритма, для которой характерно наличие активного гетеротопного очага, который функционирует независимо от основного возбудителя ритма
	это несинусовые эктопические ритмы, источником которых являются предсердия, АВ—соединение или желудочки
80	Характеристика наджелудочковых экстрасистол (НЖЭ)
	преждевременный комплекс QRS (интервал Р-Р отличается от основного)

	предшествующий желудочковому комплексу деформированный (отличный от синусового Р или Р основного ритма) зубец Р
	желудочковый комплекс НЖЭ идентичен желудочковому комплексу основного ритма
	неполная компенсаторная пауза после НЖЭ
	полная компенсаторная пауза после НЖЭ
81	Критерии предсердной экстрасистолии
	измененный зубец Р связан с (чаще) последующим неизмененным зубцом R
	компенсаторная пауза чаще неполная
	измененный зубец Р чаще регистрируется после неизмененного зубца R или одновременно с ним, редко впереди него
	АВ диссоциация - неизмененный зубец Р не связан с измененным зубцом R
	компенсаторная пауза полная
	при ВА проведении измененный зубец Р регистрируется после измененного зубца R
	компенсаторная пауза неполная
82	Критерии АВ узловой экстрасистолии
	измененный зубец Р связан с (чаще) последующим неизмененным зубцом R
	компенсаторная пауза чаще неполная
	измененный зубец Р чаще регистрируется после неизмененного зубца R или одновременно с ним, редко впереди него
	компенсаторная пауза полная
83	Вставочные экстрасистолы – это
	экстрасистола, располагающаяся между двумя соседними циклами основного ритма
	экстрасистолия, при которой экстрасистолы возникают регулярно после одинакового числа циклов основного ритма.
	две следующие подряд с коротким интервалом (менее 0,6 сек)
	три следующие подряд с коротким интервалом (менее 0,6 сек)
84	Критерии вставочной экстрасистолы
	ранняя или возникает на фоне брадикардии
	не имеет компенсаторной паузы
	интервал основного, в который она включилась (Р-Р) неизменен или отмечается незначительное увеличение
	аберрантность QRS экстрасистолы и/или аберрантность постэкстрасистолического комплекса QRS
	возникает на фоне фибрилляции предсердий
	компенсаторная пауза неполная
	компенсаторная пауза полная
85	Желудочковая экстрасистолия — это
	преждевременная (по отношению к нормальному, синусовому ритму) одиночная либо парная электрическая активация сердца, вызванная импульсами, источник которых располагается в предсердиях, в лёгочных/полых венах (в местах их впадений в предсердия) или в АВ-соединении
	преждевременная (по отношению к основному ритму) электрическая активация сердца, индуцированная импульсом, источник которого находится в ножках или разветвлениях пучка Гиса, в волокнах Пуркинье или рабочем миокарде желудочков
	разновидность эктопического ритма, для которой характерно наличие активного гетеротопного очага, который функционирует независимо от основного возбудителя ритма
	несинусовые эктопические ритмы, источником которых являются предсердия, АВ—соединение или желудочки
86	Критерии желудочковой экстрасистолии
	измененный зубец Р связан с (чаще) неизмененным зубцом R
	компенсаторная пауза чаще неполная
	измененный зубец Р чаще регистрируется после неизмененного зубца R или одновременно с ним, редко впереди него
	компенсаторная пауза чаще неполная

	АВ диссоциация - неизменный зубец Р не связан с измененным зубцом R
	компенсаторная пауза полная
	комплекс QRS \geq 0,12 с и по форме напоминает блокаду ножки пучка Гиса
87	Наиболее характерный признак желудочковой экстрасистолии
	зубец R, не связанный с положительным зубцом Р
	измененный комплекс QRS
	неизмененный QRS
	зубец R, связанный с положительным зубцом Р
88	Укажите ЭКГ признаки экстрасистол из правого желудочка
	комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады левой ножки пучка Гиса в отведениях V ₁₋₆
	комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады правой ножки пучка Гиса в отведениях V ₁₋₆
	неполная компенсаторная пауза
	кратность отношений интерэктопических интервалов
89	Укажите ЭКГ признаки экстрасистол из левого желудочка
	комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады правой ножки пучка Гиса в отведениях V ₁₋₆
	комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады левой ножки пучка Гиса в отведениях V ₁₋₆
	неполная компенсаторная пауза
	кратность отношений интерэктопических интервалов
90	По классификации желудочковых аритмий (B. Lown, M. Wolf; M. Ryan) 0 классу соответствует
	отсутствие желудочковых экстрасистол
	редкая, монотопная желудочковая экстрасистолия (до 30 в час)
	частая, монотопная желудочковая экстрасистолия (более 30 в час)
	политопные желудочковые экстрасистолы
	парные желудочковые экстрасистолы
	желудочковая тахикардия (3 и более подряд желудочковых экстрасистол)
	Ранние желудочковые экстрасистолы (R на T) (приходится на начальные 4/5 зубца T)
91	По классификации желудочковых аритмий (B. Lown, M. Wolf; M. Ryan) 1 классу соответствует
	отсутствие желудочковых экстрасистол
	редкая, монотопная желудочковая экстрасистолия (до 30 в час)
	частая, монотопная желудочковая экстрасистолия (более 30 в час)
	политопные желудочковые экстрасистолы
	парные желудочковые экстрасистолы
	желудочковая тахикардия (3 и более подряд желудочковых экстрасистол)
	Ранние желудочковые экстрасистолы (R на T) (приходится на начальные 4/5 зубца T)
92	По классификации желудочковых аритмий (B. Lown, M. Wolf; M. Ryan) 2 классу соответствует
	отсутствие желудочковых экстрасистол
	редкая, монотопная желудочковая экстрасистолия (до 30 в час)
	частая, монотопная желудочковая экстрасистолия (более 30 в час)
	политопные желудочковые экстрасистолы
	парные желудочковые экстрасистолы
	желудочковая тахикардия (3 и более подряд желудочковых экстрасистол)
	Ранние желудочковые экстрасистолы (R на T) (приходится на начальные 4/5 зубца T)
93	По классификации желудочковых аритмий (B. Lown, M. Wolf; M. Ryan) 3 классу соответствует
	отсутствие желудочковых экстрасистол
	редкая, монотопная желудочковая экстрасистолия (до 30 в час)
	частая, монотопная желудочковая экстрасистолия (более 30 в час)

	политопные желудочковые экстрасистолы
	парные желудочковые экстрасистолы
	желудочковая тахикардия (3 и более подряд желудочковых экстрасистол)
	Ранние желудочковые экстрасистолы (R на T) (приходится на начальные 4/5 зубца T)
94	По классификации желудочковых аритмий (B. Lown, M. Wolf; M. Ryan) 4а классу соответствует
	отсутствие желудочковых экстрасистол
	редкая, монотопная желудочковая экстрасистолия (до 30 в час)
	частая, монотопная желудочковая экстрасистолия (более 30 в час)
	политопные желудочковые экстрасистолы
	парные желудочковые экстрасистолы
	желудочковая тахикардия (3 и более подряд желудочковых экстрасистол)
	Ранние желудочковые экстрасистолы (R на T) (приходится на начальные 4/5 зубца T)
95	По классификации желудочковых аритмий (B. Lown, M. Wolf; M. Ryan) 4б классу соответствует
	отсутствие желудочковых экстрасистол
	редкая, монотопная желудочковая экстрасистолия (до 30 в час)
	частая, монотопная желудочковая экстрасистолия (более 30 в час)
	политопные желудочковые экстрасистолы
	парные желудочковые экстрасистолы
	желудочковая тахикардия (3 и более подряд желудочковых экстрасистол)
	Ранние желудочковые экстрасистолы (R на T) (приходится на начальные 4/5 зубца T)
96	По классификации желудочковых аритмий (B. Lown, M. Wolf; M. Ryan) 5 классу соответствует
	отсутствие желудочковых экстрасистол
	редкая, монотопная желудочковая экстрасистолия (до 30 в час)
	частая, монотопная желудочковая экстрасистолия (более 30 в час)
	политопные желудочковые экстрасистолы
	парные желудочковые экстрасистолы
	желудочковая тахикардия (3 и более подряд желудочковых экстрасистол)
	Ранние желудочковые экстрасистолы (R на T) (приходится на начальные 4/5 зубца T)
97	Какой ЭКГ признак характерен для выскальзывающих комплексов?
	возможно уширение комплекса QRS
	возможна нормальная ширина комплекса QRS
	расстояние между нормальным и эктопическим комплексами меньше нормального расстояния RR
	расстояние между нормальным и эктопическим комплексами больше нормального расстояния RR
98	Парасистолия – это
	аритмия, возникающая за счет сосуществования в миокарде двух независимых водителей ритма, обычно синусового узла и эктопического «парацентра»
	преждевременная (по отношению к нормальному, синусовому ритму) одиночная либо парная электрическая активация сердца, вызванная импульсами, источник которых располагается в предсердиях, в лёгочных/полых венах (в местах их впадений в предсердия) или в АВ-соединении
	преждевременная (по отношению к основному ритму) электрическая активация сердца, индуцированная импульсом, источник которого находится в ножках или разветвлениях пучка Гиса, в волокнах Пуркинье или рабочем миокарде желудочков
	разновидность эктопического ритма, для которой характерно наличие активного гетеротопного очага, который функционирует независимо от основного возбудителя ритма
	несинусовые эктопические ритмы, источником которых являются предсердия, АВ—соединение или желудочки
99	Признаками парасистолии являются
	обычно меняющийся интервал сцепления между нормальным и эктопическим импульсом
	периодическое появление сливных комплексов QRS
	наличие кратных отношений интерэктопических интервалов

	интервал RR меньше, чем интервал PP
	наличие ретроградных зубцов P
100	Возникновение нарушения ритма по типу парасистолии возможно при существовании 2-х водителей ритма
	наличии блокады входа эктопического центра автоматизма
	синдроме WPW
	синдроме CLC
101	Что характерно для парасистолии?
	расстояние между нормальным и эктопическим комплексами больше нормального расстояния RR
	одинаковый интервал сцепления
	переменный интервал сцепления
	всегда узкие комплексы QRS
102	Желудочковая парасистолия — это
	одновременное функционирование двух и более центров автоматизма: один - более частый по ЭКГ; второй – более медленный.
	преждевременная (по отношению к нормальному, синусовому ритму) одиночная либо парная электрическая активация сердца, вызванная импульсами, источник которых располагается в предсердиях, в лёгочных/полых венах (в местах их впадений в предсердия) или в АВ-соединении
	преждевременная (по отношению к основному ритму) электрическая активация сердца, индуцированная импульсом, источник которого находится в ножках или разветвлениях пучка Гиса, в волокнах Пуркинье или рабочем миокарде желудочков
	несинусовые эктопические ритмы, источником которых являются предсердия, АВ—соединение или желудочки
103	Желудочковая парасистолия характеризуется
	блокадой «выхода»
	блокадой «входа»
	генерацией импульсов в парасистолическом очаге выше частоты основного ритма
	генерацией импульсов в парасистолическом очаге ниже частоты основного ритма
104	Брадикардическая желудочковая парасистолия – это
	парасистолия с частотой 20-60 в минуту, меньше частоты основного ритма
	редкие парные парасистолические комплексы
	парасистолия с частотой 20 в минуту
	парасистолия с частотой меньше 60 в минуту
	парные парасистолические комплексы, сменяющиеся ускоренным неустойчивым парасистолическим ритмом
105	Тахикардическая желудочков парасистолия – это
	парасистолия с частотой 20-60 в минуту, меньше частоты основного ритма
	редкие парные парасистолические комплексы
	парасистолия с частотой 20 в минуту
	парасистолия с частотой меньше 60 в минуту
	парные парасистолические комплексы, сменяющиеся ускоренным неустойчивым парасистолическим ритмом
106	Эктопическим ритмом называют
	любой ритм, кроме синусового
	ритмы с частотой менее 60 в минуту
	ритмы с частотой более 100 в минуту
	все ответы правильные
107	Механизмы возникновения ускоренных наджелудочковых ритмов
	триггерная активность (нарушение процессов реполяризации клеток в 3-ю или 4-ю фазы ПД)
	возникновение патологического автоматизма в отдельных кардиомиоцитах предсердий, мышечных волокнах лёгочных/полых вен или клетках АВ-соединения

	повторный вход волны возбуждения (re-entry)
	усиление нормального автоматизма пейсмейкерных клеток
108	Основными причинами ускоренных эктопических ритмов являются
	усиление автоматизма центров II и III порядков (ускорение спонтанной диастолической деполяризации пейсмейкеров)
	триггерная активность АВ-соединения (появление поздних задержанных постдеполяризаций)
	снижение автоматизма центра I порядка
	нарушение проведения импульса от синусового узла к АВ узлу и желудочкам
	ослабление автоматизма центров II и III порядков (замедление спонтанной диастолической деполяризации пейсмейкеров)
109	Ускоренные эктопические ритмы или непароксизмальная тахикардия характеризуются
	неприсущим учащением сердечного ритма до 100–130 в минуту
	правильным ритмом желудочков
	наличием в каждом зарегистрированном комплексе P–QRS–T признаков несинусового (предсердного, из АВ-соединения или желудочкового) водителя ритма
	неправильным ритмом желудочков
110	Выскальзывающим ритмом называют идущую подряд группу выскальзывающих сокращений числом
	более 2
	более 3
	более 4
	более 5
111	К выскальзывающим сокращениям относят
	эктопические импульсы
	преждевременные импульсы
	импульсы, появляющиеся после паузы
	импульсы, появляющиеся без паузы
112	Отличия выскальзывающих комплексов от экстрасистол
	запаздывают по отношению к комплексам основного ритма
	возникают преждевременно
	интервал выскальзывания значительно равен или превышает расстояние между комплексами основного ритма
	интервал сцепления значительно короче расстояния между комплексами основного ритма
	могут возникать во время компенсаторных постэкстрасистолических пауз
113	Отличия экстрасистол от выскальзывающих комплексов
	запаздывают по отношению к комплексам основного ритма
	возникают преждевременно
	интервал выскальзывания значительно равен или превышает расстояние между комплексами основного ритма
	интервал сцепления значительно короче расстояния между комплексами основного ритма
	могут возникать во время компенсаторных постэкстрасистолических пауз
114	Ускоренные эктопические ритмы, или непароксизмальная тахикардия — это
	три и более последовательных сокращения сердца, протекающих с более высокой частотой, чем «внутренняя» частота, присущая данному водителю ритма
	три и более последовательных сокращения сердца с частотой выше 100 в минуту при условии участия в механизме самоподдержания аритмии клеток синусового узла, миокарда предсердий, мышечных муфт лёгочных/полых вен и/или клеток АВ-соединения
	наджелудочковая тахикардия, аритмогенный источник (реже – несколько источников) которой локализуется в миокарде предсердий и/ или во впадающих в них полых/лёгочных венах

115	«Внутренняя» частота стимуляции водителя ритма в предсердиях
	60<ЧСС <100/мин
	ЧСС> 50 – 60/мин
	ЧСС> 40/мин
	ЧСС> 100/мин
116	«Внутренняя» частота стимуляции атрио-вентрикулярного водителя ритма
	60<ЧСС <100/мин
	ЧСС> 50 – 60/мин
	ЧСС> 40/мин
	ЧСС> 100/мин
117	«Внутренняя» частота стимуляции желудочкового водителя ритма
	60<ЧСС <100/мин
	ЧСС> 50 – 60/мин
	ЧСС> 40/мин
	ЧСС> 100/мин
118	Ускоренный наджелудочковый ритм — это
	ускоренный ритм (как минимум 3 комплекса QRS с частотой сердечных сокращений более 100 уд/мин), источник которого находится в ножках или разветвлениях пучка Гиса, в волокнах Пуркинье или рабочем миокарде желудочков
	три и более последовательных сокращения сердца, протекающих с более высокой частотой, чем нормальный синусовый ритм, но при этом не превышающей 100 ударов в минуту, когда источник аритмии располагается вне синусового узла, но выше разветвлений пучка Гиса, а именно: в предсердиях, в устьях лёгочных/полых вен или в АВ-соединении
	три и более последовательных сокращения сердца с частотой выше 100 в минуту при условии участия в механизме самоподдержания аритмии клеток синусового узла, миокарда предсердий, мышечных муфт лёгочных/полых вен и/или клеток АВ-соединения
	наджелудочковая тахикардия, аритмогенный источник (реже – несколько источников) которой локализуется в миокарде предсердий и/ или во впадающих в них полых/лёгочных венах
119	Для ускоренных предсердных ритмов характерна ЧСС
	60 <ЧСС <100 уд/мин
	ЧСС> 50 – 60 уд/мин
	ЧСС> 40 уд/мин
	ЧСС> 100 уд/мин
120	Для ускоренного эктопического ритма характерно наличие
	периода «разогрева» и периода «охлаждения»
	постепенного «входа» и внезапного «выхода»
	внезапного «входа» и «выхода»
	внезапного «входа» и постепенного «выхода»
121	Для ускоренного АВ ритма с предшествующим возбуждением желудочков характерны
	отрицательные ретроградно проведенные зубцы Р
	зубцы Р не визуализируются при узких желудочковых комплексах
	положительные зубцы Р связаны с желудочковыми комплексами
	положительные зубцы Р, несвязанные с желудочковыми комплексами
122	Для ускоренного АВ ритма с одновременным возбуждением желудочков и предсердий характерны
	отрицательные ретроградно проведенные зубцы Р
	зубцы Р не визуализируются при узких желудочковых комплексах
	положительные зубцы Р, предшествующие желудочковым комплексам и связанные с ними
	положительные зубцы Р, несвязанные с желудочковыми комплексами

123	Ретроградная атриовентрикулярная блокада при АВ узловых ритмах с предшествующим возбуждением желудочков проявляется
	удлинением интервала R-P более 0,2 сек
	удлинением интервала P-R более 0,2 сек
	укорочением интервала R-P более 0,2 сек
	укорочением интервала P-R более 0,2 сек
124	При атриовентрикулярной диссоциации
	ритм предсердий и желудочков независим друг от друга
	предсердия и желудочки активируются синхронно
	предсердия и желудочки не активируются синхронно
	ритм желудочков равен или чаще ритма предсердий
	ритм желудочков реже ритма предсердий
125	При полной атриовентрикулярной блокаде
	ритм предсердий и желудочков независим друг от друга
	предсердия и желудочки активируются синхронно
	предсердия и желудочки не активируются синхронно
	ритм желудочков равен или чаще ритма предсердий
	ритм желудочков реже ритма предсердий
126	Причинами возникновения атриовентрикулярной диссоциации являются
	угнетение автоматизма синусового узла
	нарушение проведения импульса от синусового узла к АВ соединению
	повышение автоматизма эктопического водителя ритма
	повышение автоматизма синусового узла
	улучшение проведения импульса от синусового узла к АВ соединению
	снижение автоматизма эктопического водителя ритма
127	При миграции наджелудочкового ритма на ЭКГ регистрируются
	умеренная аритмия сердечных сокращений (соседние интервалы R - R и P - P резко отличаются)
	изменения формы, амплитуды и\или направления зубца P, в одном и том же отведении в соответствии с меняющейся локализацией водителя ритма от СУ до АВ соединения
	изменение интервала PQ в пределах 0,09 - 0,20 сек, или отсутствие зубца P или отрицательный P II, III, aVF после комплекса QRS (в циклах из АВ узла)
	комплекс QRS наджелудочковой формы, если нет блокады ветвей пучка Гиса
	правильный ритм
	зубцы P мономорфны в одном отведении
	интервал PQ прогрессивно удлиняется
128	Для ускоренного идиовентрикулярного ритма из правого желудочка характерна
	форма комплекса QRST, соответствующая полной блокаде левой ножки пучка Гиса
	форма комплекса QRST, соответствующая полной блокаде правой ножки и левой задней ветви пучка Гиса
	форма комплекса QRST, соответствующая полной блокаде правой ножки и левой передней ветви пучка Гиса
129	Для ускоренного идиовентрикулярного ритма из передней стенки левого желудочка характерна
	форма комплекса QRST, соответствующая полной блокаде левой ножки пучка Гиса
	форма комплекса QRST, соответствующая полной блокаде правой ножки и левой задней ветви пучка Гиса
	форма комплекса QRST, соответствующая полной блокаде правой ножки и левой передней ветви пучка Гиса
130	Для ускоренного идиовентрикулярного ритма из задней стенки левого желудочка характерна
	форма комплекса QRST, соответствующая полной блокаде левой ножки пучка Гиса
	форма комплекса QRST, соответствующая полной блокаде правой ножки и левой задней ветви пучка Гиса

	форма комплекса QRST, соответствующая полной блокаде правой ножки и левой передней ветви пучка Гиса
131	Для ускоренного желудочкового ритма характерны уширенные желудочковые комплексы (более 0,12 с) атрио-вентрикулярная диссоциация (зубцы Р и комплексы QRS не связаны между собой) «сливные» желудочковые комплексы (конфигурация желудочкового комплекса имеет промежуточную форму между эктопическим комплексом и комплексом синусового или наджелудочкового происхождения) начало и конец эктопического ритма характеризуются появлением сливных комплексов «захват» желудочков постепенное учащение эктопического ритма предсердий, обычно после короткого эпизода синусового ритма
132	Учащение идиовентрикулярного ритма до 100 уд/мин и более свидетельствует о его переходе в желудочковую тахикардию в наджелудочковую тахикардию в фибрилляцию желудочков в трепетание желудочков в фибрилляцию предсердий в трепетание предсердий
133	Для ускоренных желудочковых ритмов характерна ЧСС 60 <ЧСС >100 уд/мин ЧСС > 50 – 60 уд/мин ЧСС > 60 уд/мин ЧСС > 100 уд/мин
134	Наджелудочковая тахикардия — это три и более последовательных сокращения сердца с частотой выше 100 в минуту при условии участия в механизме самоподдержания аритмии клеток синусового узла, миокарда предсердий, мышечных муфт лёгочных/полых вен и/или клеток АВ-соединения три и более последовательных сокращения сердца с частотой выше 100 в минуту при условии участия в механизме самоподдержания аритмии клеток синусового узла, миокарда предсердий, мышечных муфт лёгочных/полых вен и/или клеток АВ-соединения наджелудочковая тахикардия, аритмогенный источник (реже – несколько источников) которой локализуется в миокарде предсердий и/ или во впадающих в них полых/лёгочных венах ускоренный ритм (как минимум 3 комплекса QRS с частотой сердечных сокращений более 100 уд/мин), источник которого находится в ножках или разветвлениях пучка Гиса, в волокнах Пуркинье или рабочем миокарде желудочков
135	Нефизиологическая синусовая тахикардия – это неадекватное повышение частоты синусового ритма (СР) более 100 в 1 минуту в покое или при минимальной физической и эмоциональной нагрузке (например, достижение субмаксимальной ЧСС уже на первой, минимальной ступени нагрузочного теста) при отсутствии очевидных причин синусовый ритм более 100 в 1 минуту, возникающий при усилии, стрессе или беременности, а также вторично по отношению к другим медицинским состояниям или лекарственным препаратам тахикардия из области синусового узла и примыкающему к нему миокарду правого предсердия, характеризуется эпизодами пароксизмальной тахикардии ритм (три и более последовательных сокращения), возникающий из эктопического очага в любом месте миокарда предсердий, как в правом, так и в левом предсердиях
136	Re-entry узловая синусовая тахикардия — это неадекватное повышение частоты синусового ритма (СР) более 100 в 1 минуту в покое или при минимальной физической и эмоциональной нагрузке (например, достижение субмаксимальной ЧСС уже на первой, минимальной ступени нагрузочного теста) при отсутствии очевидных причин

	синусовый ритм более 100 в 1 минуту, возникающий при усилии, стрессе или беременности, а также вторично по отношению к другим медицинским состояниям или лекарственным препаратам
	тахикардия из области синусового узла и примыкающему к нему миокарду правого предсердия, характеризуется эпизодами пароксизмальной тахикардии
	ритм (три и более последовательных сокращения), возникающий из эктопического очага в любом месте миокарда предсердий, как в правом, так и в левом предсердиях
137	Предсердная тахикардия — это ритм (три и более последовательных сокращения) более 100 в 1 минуту, возникающий из эктопического очага в любом месте миокарда предсердий, как в правом, так и в левом предсердиях
	медленный (замещающий) несинусовый эктопический ритм (три и более последовательных сокращения), источником которого являются предсердия
	нерегулярный ритм (три и более последовательных сокращения), обусловленный случайной активностью нескольких эктопических предсердных очагов
138	Фокусная предсердная тахикардия – это организованный предсердный ритм с ЧСС от 100 до 250–300 в 1 минуту с регулярным или нерегулярным проведением возбуждения на желудочки
	учащенный, нерегулярный ритм с тремя морфологически различными Р-волнами на электрокардиограмме (ЭКГ) и, как правило, связана со значимой структурной патологией предсердий (атриопатией)
	нерегулярный ритм (три и более последовательных сокращения) более 100 в 1 минуту, обусловленный случайной активностью нескольких эктопических предсердных очагов
139	Фокусная предсердная тахикардия чаще диагностируется при
	алкогольной и наркотической интоксикации
	эндокринных заболеваниях (тиреотоксикоз, феохромоцитомы и др.)
	передозировке сердечных гликозидов
	избыточной массе тела
	синдроме ночного апноэ
	нарушениях электролитного и кислотно-щелочного составов крови
	“хроническом легочном сердце”
140	Полифокусная предсердная тахикардия чаще всего регистрируется при
	“хроническом легочном сердце”
	хронической сердечной недостаточности
	передозировке симпатомиметиков
	у больных с заболеванием периферических артерий
	у больных с венозной недостаточностью
141	Характерная диагностическая особенность предсердных тахикардий
	изменение кратности АВ-проведения как спонтанное, так и под действием факторов, замедляющих проведение импульсов по АВ-узлу
	постепенное начало и окончание аритмии
	внезапное начало и прекращение приступов
	начало аритмии со «скачка» интервала PR; чаще индуцируется желудочковой экстрасистолой
	всегда протекает с различной кратностью АВ-проведения
142	Механизм развития предсердной пароксизмальной тахикардии
	патологический автоматизм
	механизм «re-entry»
	триггерный
	сочетание всех механизмов
143	При полифокусной предсердной тахикардии
	зубец Р меняется
	зубец Р не меняется
	зубец Р отсутствует

	зубец Р регистрируется после QRS
144	Увеличение порога Венкебаха (АВ блокада при чреспищеводной электрической стимуляции сердца) в норме наступает при ЧСС выше 140 ст/мин при ЧСС выше 100 ст/мин при ЧСС выше 90 ст/мин при ЧСС выше 180 ст/мин
145	Обязательный признак любой предсердной тахикардии зубец Р связан с зубцом R зубец Р не связан с зубцом R желудочковый комплекс изменен желудочковый комплекс неизменен
146	Нормальная величина порога Венкебаха (наступление АВ блокады II ст. при чреспищеводной электрической стимуляции сердца) составляет ЧСС 140 ст/мин ЧСС 100 ст/мин ЧСС 90 ст/мин ЧСС 180 ст/мин
147	Критерии пароксизмальной предсердной тахикардии зубец Р связан с QRS частота ритма предсердий 150 – 200 сокращений в минуту частота ритма предсердий 200 – 300 сокращений в минуту удлинение интервала PQ при предсердной тахикардии (длиннее, чем при синусовом ритме) феномен АВ блокады с кратностью проведения импульсов на желудочки абберация желудочкового комплекса по типу блокады правой ножки пучка Гиса абберация желудочкового комплекса по типу блокады левой ножки пучка Гиса укорочение интервала PQ при предсердной тахикардии (короче, чем при синусовом ритме)
148	Для нерцепрокных предсердных тахикардий характерно постепенное нарастание частоты ритма предсердий (феномен «разогрева») постепенное снижение частоты ритма предсердий (феномен «охлаждения») внезапное возникновение и прекращение предсердной тахикардии
149	Для реципрокных предсердных тахикардий характерно внезапное возникновение и прекращение предсердной тахикардии постепенное нарастание частоты ритма предсердий (феномен «разогрева») постепенное снижение частоты ритма предсердий (феномен «охлаждения»)
150	Re-entry узловая синусовая тахикардия характеризуется внезапное возникновение и прекращение тахикардии постепенное нарастание частоты ритма предсердий (феномен «разогрева») постепенное снижение частоты ритма предсердий (феномен «охлаждения») ЭФИ может спровоцировать и прервать тахикардию триггер – предсердная экстрасистола
151	К предсердным тахикардиям относятся фокусная предсердная тахикардия мультифокусная (полифокусная) предсердная тахикардия предсердная тахикардия по типу макро-ге-entrу (кавотрикуспидальное истмус (КТИ) зависимое трепетание предсердий; не-КТИ-зависимое атипичное трепетание предсердий (лево- и правопредсердные ге-entrу тахикардии) фибрилляция предсердий
152	Критерии полифокусной (хаотической) тахикардии

	не менее 3 различных морфологических вариантов зубцов Р
	зубец Р связан с QRS
	зубец Р не связан с QRS
	не менее 5 различных морфологических вариантов зубцов Р
153	Фибрилляция предсердий – это
	наджелудочковая тахикардия, характеризующаяся хаотической электрической активностью предсердий с высокой частотой (как правило, от 300 до 700 в минуту) и нерегулярным ритмом желудочков (при условии отсутствия полной АВ-блокады)
	предсердным тахикардиям, обусловленным циркуляцией волны возбуждения по топографически обширному контуру (т.н. «макро-ге-entru»), как правило, вокруг крупных анатомических структур в правом или левом предсердии
	приступообразная наджелудочковая тахикардия, патогенетическим механизмом которой является циркуляция импульсов (ге-entru) в АВ-узле и примыкающей к нему септальной области предсердного миокарда
	пароксизмальная (приступообразная) наджелудочковая тахикардия, патогенетическим механизмом которой является повторный вход импульса (ге-entru), реализующийся в области синусового узла и примыкающему к нему миокарду правого предсердия
154	Трепетание предсердий – это
	наджелудочковая тахикардия, характеризующаяся хаотической электрической активностью предсердий с высокой частотой (как правило, от 300 до 700 в минуту) и нерегулярным ритмом желудочков (при условии отсутствия полной АВ-блокады)
	предсердным тахикардиям, обусловленным циркуляцией волны возбуждения по топографически обширному контуру (т.н. «макро- ге-entru»), как правило, вокруг крупных анатомических структур в правом или левом предсердии
	приступообразная наджелудочковая тахикардия, патогенетическим механизмом которой является циркуляция импульсов (ге-entru) в АВ-узле и примыкающей к нему септальной области предсердного миокарда
	пароксизмальная (приступообразная) наджелудочковая тахикардия, патогенетическим механизмом которой является повторный вход импульса (ге-entru), реализующийся в области синусового узла и примыкающему к нему миокарду правого предсердия
155	Какая форма тахикардии чаще дает приступы Морганьи-Адамса-Стокса?
	трепетание предсердий 1:1
	предсердная тахикардия
	а/в узловая тахикардия при синдроме Вольфа-Паркинсона-Вайта
	фибрилляция предсердий
156	Частота предсердного ритма при фибрилляции предсердий
	300 - 700 сокращений в минуту
	200 - 300 сокращений в минуту
	100 - 200 сокращений в минуту
157	Частота предсердного ритма 350 уд/мин с одинаковой формой предсердной волны характерна
	для трепетания предсердий
	для фибрилляции предсердий
	для предсердной тахикардии с проведением 2:1
	для АВ узловой тахикардии
158	Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать
	с трепетанием желудочков
	с пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме Вольф-Паркинсон-Уайта
	с узловой пароксизмальной тахикардией
	с предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени 2:1
159	При типичной форме трепетания предсердий циркуляция импульса происходит
	вокруг трикуспидального клапана
	вокруг митрального клапана
	вокруг аортального клапана

	вокруг клапана легочной артерии
160	Наиболее частый вариант типичного трепетания предсердий – это направление движения импульсов по петле re-entry вокруг трикуспидального клапана «против часовой стрелки»
	направление движения импульсов по петле re-entry вокруг трикуспидального клапана «по часовой стрелке»
	направление движения импульсов по петле re-entry вокруг клапанов полых вен «против часовой стрелки»
	направление движения импульсов по петле re-entry вокруг клапанов полых вен «по часовой стрелке»
161	Редкий вариант типичного трепетания предсердий – это направление движения импульсов по петле re-entry вокруг трикуспидального клапана «против часовой стрелки»
	направление движения импульсов по петле re-entry вокруг трикуспидального клапана «по часовой стрелке»
	направление движения импульсов по петле re-entry вокруг клапанов полых вен «против часовой стрелки»
	направление движения импульсов по петле re-entry вокруг клапанов полых вен «по часовой стрелке»
162	Характерными ЭКГ-признаками фибрилляции предсердий являются отсутствие зубцов Р
	наличие разноамплитудных, полиморфных волн ff, переходящих одна в другую без чёткой изолинии между ними, с частотой 350-700 в минуту
	абсолютная хаотичность и нерегулярность ритма желудочков
	правильный высокоамплитудный предсердный ритм с высокой частотой (обычно от 250 до 400 в минуту)
	отсутствие чёткой изоэлектрической линии между предсердными волнами (волнами F) хотя бы в одном отведении ЭКГ
	предсердные волны F чаще имеют пилообразный характер хотя бы в одном отведении ЭКГ
163	Характерными ЭКГ-признаками трепетания предсердий являются правильный высокоамплитудный предсердный ритм с высокой частотой (обычно от 250 до 350 в минуту)
	отсутствие чёткой изоэлектрической линии между предсердными волнами (волнами F) хотя бы в одном отведении ЭКГ
	предсердные волны F чаще имеют пилообразный характер хотя бы в одном отведении ЭКГ
	отсутствие зубцов Р
	наличие разноамплитудных, полиморфных волн ff, переходящих одна в другую без чёткой изолинии между ними
	абсолютная хаотичность и нерегулярность ритма желудочков
164	АВ-узловая реципрокная тахикардия — это приступообразная наджелудочковая тахикардия, патогенетическим механизмом которой является циркуляция импульсов (re-entry) в АВ-узле и примыкающей к нему септальной области предсердного миокарда
	пароксизмальная (приступообразная) наджелудочковая тахикардия, патогенетическим механизмом которой является повторный вход импульса (re-entry), реализующийся в области синусового узла и примыкающему к нему миокарду правого предсердия
	приступообразная наджелудочковая тахикардия, патогенетическим механизмом которой является циркуляция импульсов между предсердиями и желудочками, антероградно по АВ-узлу и ретроградно по дополнительному проводящему пути (пучку Кента)
	приступообразная наджелудочковая тахикардия, патогенетическим механизмом которой является циркуляция импульсов между предсердиями и желудочками, антероградно по дополнительному проводящему пути (пучку Кента или волокнам Махайма) и ретроградно по АВ-узлу

165	В основе АВ-узловой реципрокной тахикардии лежит «продольная диссоциация» АВ-узла и пучка Гиса «поперечная диссоциация» АВ-узла «продольная диссоциация» АВ-узла «продольная диссоциация» пучка Гиса
166	Условия возникновения АВ-узловой реципрокной тахикардии преждевременный предсердный импульс (спонтанная предсердная экстрасистола, а в условиях ЭФИ - предсердный экстрастимул) должен иметь критическую величину интервала сцепления, при которой β -путь находится в состоянии рефрактерности, а α -путь – нет преждевременный предсердный импульс (спонтанная предсердная экстрасистола, а в условиях ЭФИ - предсердный экстрастимул) должен иметь критическую величину интервала сцепления, при которой α -путь находится в состоянии рефрактерности, а β -путь – нет величина интервала сцепления не влияет на возникновение тахикардии преждевременный предсердный импульс (спонтанная предсердная экстрасистола, а в условиях ЭФИ - предсердный экстрастимул) должен иметь величину интервала сцепления больше периода рефрактерности β -пути
167	ЭКГ критерии атипичной атрио-вентрикулярной реципрокной тахикардии (fast-slow) постепенное начало и окончание аритмии; зубец Р идентичен синусовому; $PR < RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные внезапное начало и окончание аритмии; зубец Р идентичен синусовому; $PR < RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные начало аритмии со «скачка» интервала RP; «-» Р II, III, aVF; $PR < RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные начало аритмии со «скачка» интервала RP; «-» Р II, III, aVF; $PR = RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные начало аритмии со «скачка» интервала RP; часто индуцируется желудочковой экстрасистолой; зубец Р не определяется; $PR > RP$ $VA \leq 70$ мс; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные, часто в отв. V1 по типу rSr'
168	ЭКГ критерии атипичной атрио-вентрикулярной реципрокной тахикардии (slow -slow) постепенное начало и окончание аритмии; зубец Р идентичен синусовому; $PR < RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные внезапное начало и окончание аритмии; зубец Р идентичен синусовому; $PR < RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные начало аритмии со «скачка» интервала RP; «-» Р II, III, aVF; $PR < RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные начало аритмии со «скачка» интервала RP; «-» Р II, III, aVF; $PR = RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные начало аритмии со «скачка» интервала RP; часто индуцируется желудочковой экстрасистолой; зубец Р не определяется; $PR > RP$ $VA \leq 70$ мс; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные, часто в отв. V1 по типу rSr'
169	ЭКГ критерии типичной атрио-вентрикулярной реципрокной тахикардии (slow - fast) постепенное начало и окончание аритмии; зубец Р идентичен синусовому; $PR < RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные внезапное начало и окончание аритмии; зубец Р идентичен синусовому; $PR < RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные начало аритмии со «скачка» интервала RP; часто индуцируется желудочковой экстрасистолой; зубец Р не определяется; $PR > RP$ $VA \leq 70$ мс; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные, часто в отв. V1 по типу rSr' начало аритмии со «скачка» интервала RP; «-» Р II, III, aVF; $PR < RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные начало аритмии со «скачка» интервала RP; «-» Р II, III, aVF; $PR = RP$; комплексы QRS нормальной конфигурации, регулярные
170	Распространение импульса в А/В соединении в норме только ортодромное

	только антидромное
	ортодромное и антидромное
	возможен вариант «re-entry»
171	При атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии зубец Р обычно?
	отсутствует
	находится перед комплексом QRS
	находится сразу за комплексом QRS
	находится на середине расстояния между комплексами QRS
172	С помощью метода чреспищеводной электрической стимуляции сердца удается купировать
	пароксизмальные наджелудочковые реципрокные тахикардии
	все формы тахикардий
	частую наджелудочковую экстрасистолию
	частую желудочковую экстрасистолию
	пароксизмальную мерцательную аритмию
173	Непароксизмальная тахикардия из АВ соединения является результатом
	триггерной активности
	повышенного автоматизма АВ узла
	re-entry с участием дополнительных проводящих путей
	re-entry АВ узла
174	Характеристика непароксизмальной атриовентрикулярной тахикардии
	постепенное начало и окончание тахикардии
	внезапное начало и окончание тахикардии
	узкий желудочковый комплекс, возможна абберрация по типу блокады правой ножки пучка Гиса
	широкий желудочковый комплекс
175	Феномен «скачка» — это
	резкое удлинение интервала PQ/PR
	резкое укорочение интервала PQ/PR
	резкое удлинение интервала QT
	резкое укорочение интервала QT
176	Типичный вариант АВУРТ – это
	устойчивая циркуляция волны возбуждения внутри АВ-соединения между «медленным» - α и «быстрым» - β его путями
	устойчивая циркуляция волны возбуждения внутри АВ-соединения антеградно по быстрому пути и ретроградно по медленному пути в составе АВ соединения
	устойчивая циркуляция волны возбуждения внутри АВ-соединения антеградно и ретроградно по медленному пути
177	Характеристика β -пути АВ-узла
	более высокая скоростью проведения
	большая величина эффективного рефрактерного периода
	более низкая скоростью проведения
	более короткий эффективный рефрактерный период
178	Характеристика α -пути в АВ-узла
	более высокая скоростью проведения
	большая величина эффективного рефрактерного периода
	более низкая скоростью проведения
	более короткий эффективный рефрактерный период
179	Характеристика непароксизмальной атриовентрикулярной тахикардии
	постепенное начало и окончание тахикардии

	внезапное начало и окончание тахикардии
	узкий желудочковый комплекс, возможна aberrация по типу блокады правой ножки пучка Гиса
	широкий желудочковый комплекс
180	К атриовентрикулярным тахикардиям относятся
	ортодромная атриовентрикулярная реципрокная тахикардия
	антидромная атриовентрикулярная реципрокная тахикардия
	типичная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
	атипичная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
	непараксизмальная узловая тахикардия
	фокусная узловая тахикардия
181	Быстрые дополнительные проводящие пути представлены преимущественно
	пучками Кента
	пучками Джеймса
	пучками Махайма
	пучками Бахмана
182	Декрементно проводящие дополнительные пути представлены
	пучками Кента
	пучками Джеймса
	пучками Махайма
	пучками Бахмана
183	Дополнительный атрио-вентрикулярный проводящий путь – это
	пучок Кента – синдром или феномен ВПВ (Wolf-Parkinson-White)
	пучок Джеймса - синдром CLC, короткого P-Q (Cleri-Levy-Critesco)
	пучок Махайма, Леви и др. - синдром Махайма
	пучок Венкебаха
184	Дополнительный атрио-нодальный проводящий путь – это
	пучок Кента – синдром или феномен ВПВ (Wolf-Parkinson-White)
	пучок Джеймса - синдром CLC, короткого P-Q (Cleri-Levy-Critesco)
	пучок Махайма, Леви и др. - синдром Махайма
	пучок Венкебаха
185	Дополнительный нодо-вентрикулярный проводящий путь – это
	пучок Кента – синдром или феномен ВПВ (Wolf-Parkinson-White)
	пучок Джеймса - синдром CLC, короткого P-Q (Cleri-Levy-Critesco)
	пучок Махайма, Леви и др. - синдром Махайма
	пучок Венкебаха
186	ЭКГ- признаки синдрома предвозбуждения желудочков при функционирующем дополнительном проводящем пути Кента (атрио-вентрикулярный путь)
	укорочением интервала PQ/PR менее 120 мс
	расширением желудочкового комплекса более 120 мс
	регистрацией на начальном отклонении зубца R дельта-волны
	нормальным интервалом PQ/PR
	нормальной шириной желудочкового комплекса
187	ЭКГ- признаки синдрома предвозбуждения желудочков при функционирующем атрио-нодальном дополнительном проводящем пути
	укорочением интервала PQ/PR менее 120 мс
	расширением желудочкового комплекса более 120 мс
	регистрацией на начальном отклонении зубца R дельта-волны
	нормальным интервалом PQ/PR
	нормальной шириной желудочкового комплекса

188	ЭКГ- признаки синдрома предвозбуждения желудочков при функционирующем нодовентрикулярном дополнительном проводящем пути (Махайма)
	укорочением интервала PQ/PR менее 120 мс
	расширением желудочкового комплекса более 120 мс
	регистрацией на начальном отклонении зубца R дельта-волны
	нормальным интервалом PQ/PR
	нормальной шириной желудочкового комплекса
189	При синдромах предвозбуждения возможны следующие варианты пароксизмальных наджелудочковых тахикардиях
	пароксизмальная ортодромная реципрокная тахикардия (ПОРТ)
	пароксизмальная антидромная реципрокная тахикардия (ПАРТ)
	пароксизмальная фибрилляция/трепетание предсердий с проведением на желудочки по аномальному дополнительному проводящему пути
	типичная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
	атипичная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
	фокусная узловая тахикардия
190	Наиболее часто встречающейся формой наджелудочковой тахикардии при синдроме Вольфа-Паркинсона Вайта является
	пароксизмальная ортодромная реципрокная тахикардия (ПОРТ)
	пароксизмальная антидромная реципрокная тахикардия (ПАРТ)
	пароксизмальная фибрилляция/трепетание предсердий с проведением на желудочки по аномальному дополнительному проводящему пути
	типичная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
	атипичная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
	фокусная узловая тахикардия
191	Пароксизмальная ортодромная реципрокная тахикардия (ПОРТ) – это
	циркуляция импульсов между предсердиями и желудочками, антероградно по АВ-узлу и ретроградно по пучку Кента
	циркуляция импульсов между предсердиями и желудочками, антероградно по пучку Кента и ретроградно по АВ-узлу
	циркуляция импульсов (re-entry) в АВ-узле и примыкающей к нему септальной области предсердного миокарда
	циркуляция импульса (re-entry), реализующаяся в области синусового узла и примыкающему к нему миокарду правого предсердия
192	Пароксизмальная антидромная реципрокная тахикардия (ПАРТ) – это
	циркуляция импульсов между предсердиями и желудочками, антероградно по АВ-узлу и ретроградно по пучку Кента
	циркуляция импульсов между предсердиями и желудочками, антероградно по пучку Кента и ретроградно по АВ-узлу
	циркуляция импульсов (re-entry) в АВ-узле и примыкающей к нему септальной области предсердного миокарда
	циркуляция импульса (re-entry), реализующаяся в области синусового узла и примыкающему к нему миокарду правого предсердия
193	Механизм возникновения пароксизмальных атриовентрикулярных реципрокных тахикардий – это
	re-entry
	усиление нормального автоматизма пейсмейкерных клеток предсердий
	аномальный автоматизм
	триггерная активность в предсердиях
194	ЭКГ критерии пароксизмальной ортодромной реципрокной тахикардии (ПОРТ)
	Узкие комплексы QRS
	Широкие комплексы QRS
	Частота 180 – 250 /мин
	(-) P II, III, AVF
	PR > RP

	VA > 70 мс (по данным ЭФИ)
	эффект «концертино»
	PR > RP VA ≤ 70 мс
195	ЭКГ критерии пароксизмальной антидромной реципрокной тахикардии (ПАРТ)
	Узкие комплексы QRS
	Широкие комплексы QRS
	Частота 180 – 250 /мин
	(-) P II, III, AVF
	PR > RP
	VA > 70 мс (по данным ЭФИ)
	эффект «концертино»
	PR > RP VA ≤ 70 мс
196	Условием для возникновения жизнеугрожающей фибрилляции желудочков при синдроме преждевременного возбуждения желудочков является
	короткий антеградный рефрактерный период дополнительного атриовентрикулярного соединения
	длинный антеградный рефрактерный период дополнительного атриовентрикулярного соединения
	короткий ретроградный рефрактерный период дополнительного атриовентрикулярного соединения
	длинный ретроградный рефрактерный период дополнительного атриовентрикулярного соединения
197	Критерии подтипа «А» WPW-синдрома (Вольфа-Паркинсона-Уайта)
	ориентация Δ-волны вперед, вниз и вправо
	ориентация Δ-волны влево, вниз и кзади
	зона предвозбуждения задне-базальная, задне-перегородочная часть ЛЖ
	зона предвозбуждения основание правого желудочка
	зона предвозбуждения боковая стенка левого желудочка
	ЭОС отклонена вправо
	ЭОС отклонена влево
	комплекс QRS и Δ-волна (+) Δ V1 – V6
	комплекс QRS и Δ-волна (-) Δ V1 – V3, III; (+) Δ V4 – V6, I
	комплекс QRS и Δ-волна (+) Δ V1 – V4, III <aVF; (-) Δ V5 – V6; (±) Δ I, aVF
198	Критерии подтипа «В» WPW-синдрома (Вольфа-Паркинсона-Уайта)
	ориентация Δ-волны вперед, вниз и вправо
	ориентация Δ-волны влево, вниз и кзади
	зона предвозбуждения задне-базальная, задне-перегородочная часть ЛЖ
	зона предвозбуждения основание правого желудочка
	зона предвозбуждения боковая стенка левого желудочка
	ЭОС отклонена вправо
	ЭОС отклонена влево
	комплекс QRS и Δ-волна (+) Δ V1 – V6
	комплекс QRS и Δ-волна (-) Δ V1 – V3, III; (+) Δ V4 – V6, I
	комплекс QRS и Δ-волна (+) Δ V1 – V4, III <aVF; (-) Δ V5 – V6; (±) Δ I, aVF
199	Критерии подтипа «С» WPW-синдрома (Вольфа-Паркинсона-Уайта)
	ориентация Δ-волны вперед, вниз и вправо
	ориентация Δ-волны влево, вниз и кзади
	зона предвозбуждения задне-базальная, задне-перегородочная часть ЛЖ
	зона предвозбуждения основание правого желудочка
	зона предвозбуждения боковая стенка левого желудочка
	ЭОС отклонена вправо
	ЭОС отклонена влево
	комплекс QRS и Δ-волна (+) Δ V1 – V6
200	Желудочковые нарушения ритма сердца — это

	обобщенное название расстройств сердечного ритма, при которых источник эктопической активности или круга re-entry находится ниже пучка Гиса, т. е. в его ветвях, сети Пуркинье или в миокарде желудочков.
	группа сердечных аритмий, источник которых располагается выше разветвлений пучка Гиса, а именно в АВ-соединении, предсердиях, устьях лёгочных/полых вен или клетках синусового узла
	группа сердечных аритмий, источник которых располагается в АВ-соединении, предсердиях, устьях лёгочных/полых вен или клетках синусового узла
	группа сердечных аритмий, источник которых располагается в разветвлении пучка Гиса
201	Факторы риска внезапной аритмической смерти
	ишемия миокарда
	электрическая нестабильность
	дисфункция левого желудочка
	вариабельность сердечного ритма
202	Нарушения вегетативной регуляции сердечного ритма с преобладанием симпатической активности проявляются
	снижением вариабельности синусового ритма
	снижением баро-рецепторной чувствительности
	увеличением продолжительности и дисперсии интервала QT
	появление поздних желудочковых потенциалов
	повышением вариабельности синусового ритма
	повышением баро-рецепторной чувствительности
203	Классификация желудочковых нарушений ритма по этиологии
	идиопатические желудочковые аритмии при отсутствии структурного заболевания сердца («доброкачественные»)
	желудочковые аритмии при отсутствии явного структурного заболевания сердца при наличии врожденных синдромов или т. н. каналопатий – «злокачественные»: синдром удлиненного интервала QT, синдром Бругада, катехоламинзависимая полиморфная желудочковая тахикардия, синдром короткого интервала QT, синдром ранней реполяризации желудочков
	желудочковые аритмии при отсутствии явного структурного заболевания сердца при наличии обратимых метаболических или лекарственных причин (например, вторичный синдром удлиненного интервала QT)
	желудочковые аритмии при наличии структурного заболевания сердца
	желудочковая экстрасистолия (ЖЭ)
	неустойчивая желудочковая тахикардия (НУЖТ)
	устойчивая желудочковая тахикардия (УЖТ)
	постоянно рецидивирующая/некупирующаяся желудочковая тахикардия ЖТ и электрический шторм
	фибриляция / трепетание желудочков (ФЖ/ТЖ)
204	Клинически значимые желудочковые аритмии
	идиопатические желудочковые аритмии при отсутствии структурного заболевания сердца («доброкачественные»)
	желудочковые аритмии при отсутствии явного структурного заболевания сердца при наличии врожденных синдромов или т. н. каналопатий – «злокачественные»: синдром удлиненного интервала QT, синдром Бругада, катехоламинзависимая полиморфная желудочковая тахикардия, синдром короткого интервала QT, синдром ранней реполяризации желудочков
	желудочковые аритмии при отсутствии явного структурного заболевания сердца при наличии обратимых метаболических или лекарственных причин (например, вторичный синдром удлиненного интервала QT)
	желудочковые аритмии при наличии структурного заболевания сердца
	желудочковая экстрасистолия (ЖЭ)
	неустойчивая желудочковая тахикардия (НУЖТ)
	устойчивая желудочковая тахикардия (УЖТ)
	постоянно рецидивирующая/некупирующаяся желудочковая тахикардия ЖТ и электрический шторм

	фибрилляция / трепетание желудочков (ФЖ/ТЖ)
205	Желудочковая тахикардия — это
	ускоренный ритм (как минимум 3 комплекса QRS с частотой сердечных сокращений более 100 уд/мин), источник которого находится в ножках или разветвлениях пучка Гиса, в волокнах Пуркинье или рабочем миокарде желудочков
	три и более последовательных сокращения сердца, протекающих с более высокой частотой, чем нормальный синусовый ритм, но при этом не превышающей 100 ударов в минуту, когда источник аритмии располагается вне синусового узла, но выше разветвлений пучка Гиса, а именно: в предсердиях, в устьях лёгочных/полых вен или в АВ-соединении
	три и более последовательных сокращения сердца с частотой выше 100 в минуту при условии участия в механизме самоподдержания аритмии клеток синусового узла, миокарда предсердий, мышечных муфт лёгочных/полых вен и/или клеток АВ-соединения
	пароксизмальная желудочковая тахикардия, обусловленная механизмом повторного входа волны возбуждения (re-entry)
206	Мономорфная желудочковая тахикардия – это
	такая форма желудочковой тахикардии, при которой морфология комплекса QRS на ЭКГ в течение пароксизма не изменяется. Мономорфная желудочковая тахикардия (ЖТ) протекает в виде пароксизмов с частотой сердечных сокращений от 100 (чаще от 150) до 250 ударов в минуту
	тахикардия характеризуется прогрессирующими (от удара к удару) изменениями комплексов QRS по конфигурации, амплитуде и направлению преобладающих электрических отклонений
	нерегулярной, хаотической электрической активностью в виде полиморфных осцилляций, постоянно изменяющимися по своей конфигурации, амплитуде, продолжительности и частоте, диапазон которой составляет от 300 и выше в 1 минуту
207	Полимономорфная желудочковая тахикардия – это
	такая форма желудочковой тахикардии, при которой морфология комплекса QRS на ЭКГ в течение пароксизма не изменяется. Мономорфная желудочковая тахикардия (ЖТ) протекает в виде пароксизмов с частотой сердечных сокращений от 100 (чаще от 150) до 250 ударов в минуту
	тахикардия характеризуется прогрессирующими (от удара к удару) изменениями комплексов QRS по конфигурации, амплитуде и направлению преобладающих электрических отклонений
	нерегулярной, хаотической электрической активностью в виде полиморфных осцилляций, постоянно изменяющимися по своей конфигурации, амплитуде, продолжительности и частоте, диапазон которой составляет от 300 и выше в 1 минуту
208	Критерии желудочковой тахикардии
	тахикардия с широкими комплексами QRS > 120 мс в одном из однополюсных грудных отведений (V1–V6)
	частота сокращений желудочков 140 – 220 уд/мин
	начало с желудочковой экстрасистолии ЖЭ
	незначительные колебания интервалов R – R
	резкое отклонение ЭОС влево
	АВ диссоциация
	«желудочковые захваты»
	сливные комплексы QRS
	зубец Р связан с QRS
	абберация желудочкового комплекса по типу блокады правой ножки пучка Гиса
	абберация желудочкового комплекса по типу блокады левой ножки пучка Гиса
209	Атриовентрикулярная диссоциация – это
	состояние, при котором предсердия и желудочки не активируются синхронно, а сокращаются независимо друг от друга, частота сокращений эктопического ритма желудочков равна или выше частоты сокращений предсердий

	временное возбуждение желудочков из синусового узла при АВ диссоциации. Во вне рефрактерный период АВ соединения синусовый импульс может пройти через атриовентрикулярный узел и вызвать возбуждение желудочков
	начальная часть комплекса QRS обусловлена возбуждением, исходящим из синусового узла, и имеет обычный нормальный вид, а вторая часть комплекса QRS связана с возбуждением, исходящим из эктопического очага, что может вызывать некоторую деформацию комплекса QRS.
	нарушение проведение возбуждения от синусового узла по предсердным путям через АВ узел и пучок Гиса и его ножки к желудочкам
210	«Желудочковые захваты» — это
	состояние, при котором предсердия и желудочки не активируются синхронно, а сокращаются независимо друг от друга, частота сокращений эктопического ритма желудочков равна или выше частоты сокращений предсердий
	временное возбуждение желудочков из синусового узла при АВ диссоциации. Во вне рефрактерный период АВ соединения синусовый импульс может пройти через атриовентрикулярный узел и вызвать возбуждение желудочков
	начальная часть комплекса QRS обусловлена возбуждением, исходящим из синусового узла, и имеет обычный нормальный вид, а вторая часть комплекса QRS связана с возбуждением, исходящим из эктопического очага, что может вызывать некоторую деформацию комплекса QRS.
	нарушение проведение возбуждения от синусового узла по предсердным путям через АВ узел и пучок Гиса и его ножки к желудочкам
211	Сливные комплексы QRS – это
	состояние, при котором предсердия и желудочки не активируются синхронно, а сокращаются независимо друг от друга, частота сокращений эктопического ритма желудочков равна или выше частоты сокращений предсердий
	временное возбуждение желудочков из синусового узла при АВ диссоциации. Во вне рефрактерный период АВ соединения синусовый импульс может пройти через атриовентрикулярный узел и вызвать возбуждение желудочков
	начальная часть комплекса QRS обусловлена возбуждением, исходящим из синусового узла, и имеет обычный нормальный вид, а вторая часть комплекса QRS связана с возбуждением, исходящим из эктопического очага, что может вызывать некоторую деформацию комплекса QRS.
	нарушение проведение возбуждения от синусового узла по предсердным путям через АВ узел и пучок Гиса и его ножки к желудочкам
212	Диагноз желудочковой тахикардии согласно алгоритму Бругада подтверждают
	отсутствие комплексов RS в грудных отведениях
	интервал R - S > 100мс
	АВ-диссоциация
	монофазный желудочковый комплекс по типу БЛНПГ или БПНПГ в отведении V1 -V2
	в отведении V6 R/S <1
	трехфазный QRS в отведении V1 или V6
213	Диагноз наджелудочковой тахикардии согласно алгоритму Бругада подтверждают
	трехфазный QRS в отведении V1 или V6
	отсутствие комплексов RS в грудных отведениях
	интервал R - S > 100мс
	АВ-диссоциация
	монофазный желудочковый комплекс по типу БЛНПГ или БПНПГ в отведении V1 -V2
	в отведении V6 R/S <1
214	Эклектический шторм – это
	более 3-х эпизодов желудочковой тахикардии в течение 24 часов
	одиночный неустойчивый пароксизм желудочковой тахикардии
	частые пароксизмы фибрилляции предсердий
	частая политопная желудочковая экстрасистолия
215	Фасцикулярная левожелудочковая тахикардия — это

	редкая форма пароксизмальной мономорфной желудочковой тахикардии, в основе которой лежит механизм re-entry с участием в цепи циркуляции волны возбуждения задненижнего разветвления левой ножки пучка Гиса
	такая форма желудочковой тахикардии, при которой морфология комплекса QRS на ЭКГ в течение пароксизма не изменяется, протекает в виде пароксизмов с частотой сердечных сокращений от 100 (чаще от 150) до 250 ударов в минуту
	тахикардия характеризуется прогрессирующими (от удара к удару) изменениями комплексов QRS по конфигурации, амплитуде и направлению преобладающих электрических отклонений.
	нерегулярной, хаотической электрической активностью в виде полиморфных осцилляций, постоянно изменяющимися по своей конфигурации, амплитуде, продолжительности и частоте, диапазон которой составляет от 300 и выше в 1 минуту
216	ЭКГ-признаки фасцикулярной желудочковой тахикардии
	комплексы QRS во время пароксизма имеют конфигурацию, характерную для блокады правой ножки пучка Гиса с отклонением ЭОС влево
	комплексы QRS во время пароксизма имеют конфигурацию, характерную для блокады правой ножки пучка Гиса с отклонением ЭОС вправо
	комплексы QRS во время пароксизма имеют конфигурацию, характерную для блокады левой ножки пучка Гиса с отклонением ЭОС влево
	комплексы QRS во время пароксизма имеют конфигурацию, характерную для блокады левой ножки пучка Гиса с отклонением ЭОС вправо
217	Непрерывно рецидивирующая (непароксизмальная) желудочковая тахикардия (ЖТ) — это
	редкая форма мономорфной желудочковой тахикардии, обусловленная патологическим автоматизмом или триггерной активностью (источник тахикардии, как правило, находится в выносящем тракте правого желудочка, в зоне, расположенной непосредственно под клапаном легочной артерии; другое её название — желудочковая тахикардия (ЖТ) из выносящего тракта правого желудочка)
	редкая форма пароксизмальной мономорфной желудочковой тахикардии (ЖТ), в основе которой лежит механизм re-entry с участием в цепи циркуляции волны возбуждения задненижнего разветвления левой ножки пучка Гиса
	такая форма желудочковой тахикардии, при которой морфология комплекса QRS на ЭКГ в течение пароксизма не изменяется, протекает в виде пароксизмов с частотой сердечных сокращений от 100 (чаще от 150) до 250 ударов в минуту
	тахикардия характеризуется прогрессирующими (от удара к удару) изменениями комплексов QRS по конфигурации, амплитуде и направлению преобладающих электрических отклонений
	нерегулярной, хаотической электрической активностью в виде полиморфных осцилляций, постоянно изменяющимися по своей конфигурации, амплитуде, продолжительности и частоте, диапазон которой составляет от 300 и выше в 1 минуту
218	ЭКГ-признаки желудочковой тахикардии из выносящего тракта правого желудочка
	преобладание зубцов R в левых грудных отведениях
	преобладание зубцов R в правых грудных отведениях
	преобладание зубцов S в правых грудных отведениях
	преобладание зубцов S в левых грудных отведениях
219	В основе трепетания желудочков (ТЖ) лежит механизм
	повторного входа волны возбуждения, при котором длительность цикла re-entry существенно короче, частота ритма составляет 250 и более в 1 минуту
	повторного входа волны возбуждения, при котором длительность цикла re-entry существенно длиннее, частота ритма составляет 250 и более в 1 минуту
	re-entry, при котором фронты возбуждения изменяют пути своего движения от цикла к циклу
	повышенного автоматизма миокарда желудочков
220	Фибрилляция желудочков (ФЖ)
	представляет собой частые, абсолютно некоординированные сокращения мышечных волокон

	возникает в результате re-entry, при котором фронты возбуждения изменяют пути своего движения от цикла к циклу
	это нерегулярная, хаотическая электрическая активность в виде полиморфных осцилляций, постоянно изменяющихся по своей конфигурации, амплитуде, продолжительности и частоте, диапазон которой составляет от 300 и выше в 1 минуту
	повторного входа волны возбуждения, при котором длительность цикла re-entry существенно короче, частота ритма составляет 250 и более в 1 мин
	повторного входа волны возбуждения, при котором длительность цикла re-entry существенно длиннее, частота ритма составляет 250 и более в 1 минуту
221	Причины врождённых желудочковых нарушений ритма сердца —
	«первичную электрическую болезнь сердца» («primary electric heart disease»), которую обнаруживают у лиц, не имеющих признаков органической патологии сердечно-сосудистой системы
	врождённые структурные заболевания сердца
	«электрический шторм»
	атеросклероз коронарных артерий
222	Каналопатии – это
	идиопатические желудочковые аритмии при отсутствии структурного заболевания сердца («доброкачественные»)
	желудочковые аритмии при отсутствии явного структурного заболевания сердца при наличии врожденных синдромов или т. н. каналопатий – «злокачественные»: синдром удлиненного интервала QT, синдром Бругада, катехоламинзависимая полиморфная желудочковая тахикардия, синдром короткого интервала QT, синдром ранней реполяризации желудочков
	желудочковые аритмии при отсутствии явного структурного заболевания сердца при наличии обратимых метаболических или лекарственных причин (например, вторичный синдром удлиненного интервала QT)
	желудочковые аритмии при наличии структурного заболевания сердца
223	Наследственные структурные заболевания сердца, проявляющихся тяжелыми желудочковыми тахикардиями и случаями внезапной сердечной смерти (ВСС) – это
	катехоламинзависимая полиморфная желудочковая тахикардия
	идиопатическая желудочковая аритмия
	аритмогенная дисплазия–кардиомиопатия правого желудочка (АДПЖ)
	желудочковые аритмии при гипертрофической и дилатационной кардиомиопатии
224	Приобретенный синдром удлиненного интервала QT (СУИ QT) возникает
	при нарушениях электролитного обмена (гипокалиемия, гипомагниемия) вследствие применения диуретиков или патологии надпочечников (синдром Конна)
	при нарушениях белкового питания (длительное «диетическое» голодание, неврогенная анорексия, длительное парентеральное питание и др.)
	при интоксикации фосфорорганическими соединениями
	при гипотиреозе
	при одном из возможных нежелательных эффектов лекарств
	при наследственных структурных заболеваниях сердца
	при приобретенных структурных заболеваниях сердца
225	Нормальные значения скорректированного QT согласно рекомендациям ACC / HRS
	340 – 460 мсек
	меньше 340 мсек
	больше 460 мсек
	больше 520 мсек
226	Дисперсия интервала QT
	отражает гетерогенность продолжительности процесса реполяризации в миокарде желудочков
	это разница между максимальным и минимальным значениями длительности интервала QT в 12 стандартных отведениях электрокардиограммы (ЭКГ): $\Delta QT (QTd) = QT_{max} - QT_{min}$

	варьирует от 48±18 до 54±27 мс у здоровых взрослых
	отражает гомогенность продолжительности процесса реполяризации в миокарде желудочков
227	Провокационные пробы для диагностики наследственного синдрома удлиненного интервала QT (СУИ QT)
	активная ортостатическая проба
	проба с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре или тредмиле
	проба с адреналином (эпинефрином)
	проба с аденозином
	проба с аймалином
228	Синдром короткого интервала QT характеризуется
	уменьшение продолжительности интервалов QT/QTc
	высоким симметричным зубцом T в правых прекардиальных отведениях
	синкопальными состояниями
	пароксизмами ЖТ
	альтернативой зубца T
	дисперсией интервала QT
229	Синдром Бругада характеризуется
	ЭКГ признаками блокады правой ножки пучка Гиса с элевацией точки J и сегмента ST в правых прекардиальных отведениях
	рецидивирующими синкопальными состояниями
	семейными случаями ВСС
	желудочковыми тахикардиями, характеризующиеся высоким риском трансформации в фибрилляцию желудочков
	наджелудочковыми тахикардиями, характеризующиеся высоким риском трансформации в фибрилляцию желудочков
230	Синдром ранней реполяризации желудочков – это
	подъем точки соединения конечной части желудочкового комплекса QRS и начала сегмента ST (точка J)
	гетерогенность продолжительности процесса реполяризации в миокарде желудочков
	изменение полярности и амплитуды зубца T в последовательных кардиоциклах с нормальным интервалом QT
	признаками блокады правой ножки пучка Гиса с элевацией точки J и сегмента ST в правых прекардиальных отведениях
231	Большие ЭКГ-критерии аритмогенной дисплазии правого желудочка (АДПЖ) включают
	инвертированный T-зубец в правых грудных отведениях V1–V3 (эта особенность видна у 87% пациентов с АДПЖ)
	эпсилон-волны (малоамплитудные сигналы между концом комплекса QRS и началом зубца T) в отведениях V1–V3 (видны у 33% пациентов с АДПЖ)
	инвертированные зубцы T в отведениях V1 и V2 у лиц старше 14 лет при отсутствии полной блокады правой ножки пучка Гиса или в отведениях V4, V5 или V6
	конечная активация комплекса QRS равна 55 мс, измеренная от начала S-зубца до конца QRS, в том числе R' в отведениях V1, V2 или V3, при отсутствии полной блокады правой ножки пучка Гиса
232	Малые ЭКГ-критерии аритмогенной дисплазии правого желудочка (АДПЖ) включают
	инвертированный T-зубец в правых грудных отведениях V1–V3 (эта особенность видна у 87% пациентов с АДПЖ)
	эпсилон-волны (малоамплитудные сигналы между концом комплекса QRS и началом зубца T) в отведениях V1–V3 (видны у 33% пациентов с АДПЖ)
	инвертированные зубцы T в отведениях V1 и V2 у лиц старше 14 лет при отсутствии полной блокады правой ножки пучка Гиса или в отведениях V4, V5 или V6
	конечная активация комплекса QRS равна 55 мс, измеренная от начала S-зубца до конца QRS, в том числе R' в отведениях V1, V2 или V3, при отсутствии полной блокады правой ножки пучка Гиса

233	Фибрилляция желудочков (ФЖ)
	представляет собой частые, абсолютно некоординированные сокращения мышечных волокон
	возникает в результате re-entry, при котором фронты возбуждения изменяют пути своего движения от цикла к циклу
	это нерегулярная, хаотическая электрическая активность в виде полиморфных осцилляций, постоянно изменяющихся по своей конфигурации, амплитуде, продолжительности и частоте, диапазон которой составляет от 300 и выше в 1 мин
	повторного входа волны возбуждения, при котором длительность цикла re-entry существенно короче, частота ритма составляет 250 и более в 1 мин
	повторного входа волны возбуждения, при котором длительность цикла re-entry существенно длиннее, частота ритма составляет 250 и более в 1 мин
234	ЭКГ-критерии трепетания желудочков
	частота ритма 200-350 в минуту
	частота ритма 350-600 в минуту
	относительно регулярный ритм
	хаотичный, неправильный ритм
	зубцы желудочкового комплекса не дифференцируются
	интервал между зубцами <0,1 - 0,2 сек
	интервал между зубцами 0,2 - 0,3 сек
235	Частота ритма 200 – 350 в минуту, относительно регулярный ритм, интервал между зубцами <0,1 - 0,2 сек, не дифференцируемые зубцы желудочкового комплекса характерны для трепетания желудочков
	фибрилляции желудочков
	трепетания предсердий
	фибрилляции желудочков
	пароксизмальной антидромной реципрокной тахикардии
236	ЭКГ-критерии фибрилляции желудочков
	частота ритма 200-350 в минуту
	частота ритма 350-600 в минуту
	относительно регулярный ритм
	хаотичный, неправильный ритм
	зубцы желудочкового комплекса не дифференцируются
	интервал между зубцами <0,1 - 0,2 сек
	интервал между зубцами 0,2 - 0,3 сек
237	Частота ритма 350 - 600 в минуту, хаотичный неправильный ритм, интервал между зубцами 0,2 - 0,3 сек, не дифференцируемые зубцы желудочкового комплекса характерны для трепетания желудочков
	фибрилляции желудочков
	трепетания предсердий
	фибрилляции желудочков
	пароксизмальной антидромной реципрокной тахикардии
238	Брадикардия — это группа нарушений ритма сердца, характеризующихся замедленной выработкой электрических импульсов, регулярных и нерегулярных, или замедленным ритмом желудочков, связанным с блокадой проведения импульсов
	снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) <60 ударов в 1 минуту
	несинусовые эктопические брадикардии, источником которых являются предсердия, АВ-соединение или желудочки
239	Термин брадиаритмии объединяет дисфункцию синусового узла (ДСУ)
	предсердно-желудочковые (атриовентрикулярные) блокады (ПЖБ\АВБ)
	внутрижелудочковые блокады (ВЖБ)
	пароксизмальные тахиаритмии

240	Синдром слабости синусового узла (СССУ) - это
	симптомокомплекс, относящийся к дисфункции синусового узла (ДСУ) и характеризующийся наличием клинической симптоматики брадикардии; сочетание клинических и электрофизиологических признаков, отражающих структурные повреждения синусового узла (СУ), его неспособность нормально выполнять функцию водителя ритма сердца и обеспечивать регулярное проведение автоматических импульсов к предсердиям
	состояние, когда частота сокращений предсердий не соответствует физиологическим потребностям
	группа нарушений ритма сердца, характеризующихся замедленной выработкой электрических импульсов, регулярных и нерегулярных, или замедленным ритмом желудочков, связанным с блокадой проведения импульсов
241	Дисфункция синусового узла (ДСУ) — это
	симптомокомплекс, относящийся к дисфункции синусового узла (ДСУ) и характеризующийся наличием клинической симптоматики брадикардии; сочетание клинических и электрофизиологических признаков, отражающих структурные повреждения синусового узла (СУ), его неспособность нормально выполнять функцию водителя ритма сердца и обеспечивать регулярное проведение автоматических импульсов к предсердиям
	состояние, когда частота сокращений предсердий не соответствует физиологическим потребностям
	группа нарушений ритма сердца, характеризующихся замедленной выработкой электрических импульсов, регулярных и нерегулярных, или замедленным ритмом желудочков, связанным с блокадой проведения импульсов
242	Врожденные брадиаритмии
	диагностируются в детском возрасте
	обусловлены нарушениями эмбрионального развития проводящей системы сердца
	обусловлены влиянием лекарственных препаратов
	обусловлены нейрокардиальными рефлекторными факторами
	обусловлены хирургическим вмешательством на сердце
243	Приобретенные причины брадиаритмий
	обусловлены нарушениями эмбрионального развития проводящей системы сердца
	обусловлены влиянием лекарственных препаратов
	обусловлены нейрокардиальными рефлекторными факторами
	обусловлены хирургическим вмешательством на сердце
	обусловлены инфекционными, воспалительными, дегенеративными или ишемическими изменениями синусно-предсердного узла (СПУ), предсердно- желудочкового соединения (ПЖС) и проводящей системы сердца (ПСС)
244	Брадиаритмии (БА) приводят
	к снижению толерантности к физической нагрузке
	к ухудшению течения ишемической болезни сердца
	к нестабильности артериального давления и трудности его контроля гипотензивными препаратами на фоне постоянной или преходящей БА
	к развитию или ухудшению течения сердечной недостаточности и сложности ее компенсации медикаментозной терапией на фоне БА
	к появлению впервые или прогрессированию симптомов недостаточности мозгового кровообращения
	к повышению толерантности к физической нагрузке
	к улучшению течения ишемической болезни сердца
245	К дисфункции синусового узла относятся
	устойчивая синусовая брадикардия
	отказ синусового узла
	синоатриальная блокада
	синдром тахикардии-брадикардии
	хронотропная недостаточность
	атриовентрикулярная блокада

	внутрижелудочковая блокада
246	Синдром слабости синусового узла – это
	сочетание клинических и электрокардиографических признаков, отражающих структурные повреждения синоатриального (СА) узла, его неспособность нормально выполнять функцию водителя ритма сердца и/или обеспечивать регулярное проведение автоматических импульсов к предсердиям
	удлинение времени синоатриального проведения
	прогрессивное увеличение времени синоатриального проведения с последующей блокадой импульса в синоатриальной зоне
	периодическое блокирование импульсов в синоатриальной зоне без предшествующего увеличения времени синоатриального проведения
	отсутствие возбуждений предсердий из синусового узла
247	Устойчивая синусовая брадикардия – это
	снижение частоты синусового ритма менее 60 ударов в минуту
	нарушение проводимости электрического импульса из синоатриального узла в предсердия
	блокирование каждого второго или нескольких синусовых импульсов подряд
	отсутствие возбуждений предсердий из синусового узла
	полное прекращение автоматической деятельности синоатриального (СА) узла
	чередование пароксизмов наджелудочковой тахикардии (фибрилляция предсердий (ФП) и трепетание предсердий (ТП)) с эпизодами синусового или замещающего ритма с низкой частотой желудочковых сокращений (ЧЖС) и/или асистолией желудочков
	неадекватная реакция сердечного ритма на увеличение метаболических потребностей миокарда
248	Частичная/полная утрата синусовым узлом роли пейсмекера приводит к появлению вторичных аритмий
	миграции наджелудочкового водителя ритма
	замещающих выскальзывающих ритмов
	АВ диссоциация
	сочетание с дистальными аритмиями и блокадами (АВ блокада 1-3 степени, пароксизмальные АВ узловых тахикардий)
	пароксизмальные желудочковые тахикардии
249	Критерии синусовой брадикардии
	ЧСС \leq 45-50 уд/мин
	зубец Р нормальной формы и полярности шириной 0,10 – 0,11 сек
	АВ проведение 1:1 с удлинением интервала р-R (Q) до 0,20 0,21 сек
	комплекс QRS (0,06 – 0,09 сек)
	нерезкий подъем сегмента ST над изоэлектрической линией с вогнутостью книзу
	широкие с увеличенной амплитудой зубцы Т
	депрессия сегмента ST с выпуклостью кверху
	комплекс QRS (0,12 сек)
250	Синоатриальная блокада I степени – это
	удлинение времени синоатриального проведения
	прогрессивное увеличение времени синоатриального проведения с последующей блокадой импульса в синоатриальной зоне
	периодическое блокирование импульсов в синоатриальной зоне без предшествующего увеличения времени синоатриального проведения
	блокирование каждого второго или нескольких синусовых импульсов подряд
	полная блокада синоатриального проведения с отсутствием возбуждений предсердий из синусового узла
251	Синоатриальная блокада II степени тип 1 – это
	удлинение времени синоатриального проведения
	прогрессивное увеличение времени синоатриального проведения с последующей блокадой импульса в синоатриальной зоне

	периодическое блокирование импульсов в синоатриальной зоне без предшествующего увеличения времени синоатриального проведения
	блокирование каждого второго или нескольких синусовых импульсов подряд
	полная блокада синоатриального проведения с отсутствием возбуждений предсердий из синусового узла
252	Синоатриальная блокада II степени тип 2 – это
	удлинение времени синоатриального проведения
	прогрессивное увеличение времени синоатриального проведения с последующей блокадой импульса в синоатриальной зоне
	периодическое блокирование импульсов в синоатриальной зоне без предшествующего увеличения времени синоатриального проведения
	блокирование каждого второго или нескольких синусовых импульсов подряд
	полная блокада синоатриального проведения с отсутствием возбуждений предсердий из синусового узла
253	Далеко зашедшая СА блокада II степени – это
	удлинение времени синоатриального проведения
	прогрессивное увеличение времени синоатриального проведения с последующей блокадой импульса в синоатриальной зоне
	периодическое блокирование импульсов в синоатриальной зоне без предшествующего увеличения времени синоатриального проведения
	блокирование каждого второго или нескольких синусовых импульсов подряд
	полная блокада синоатриального проведения с отсутствием возбуждений предсердий из синусового узла
	удлинение времени синоатриального проведения
254	Синоатриальная блокада III степени – это
	удлинение времени СА проведения
	прогрессивное увеличение времени СА проведения с последующей блокадой импульса в СА зоне
	периодическое блокирование импульсов в СА зоне без предшествующего увеличения времени СА проведения
	блокирование каждого второго или нескольких синусовых импульсов подряд
	отсутствие возбуждений предсердий из синусового узла
255	Критерии синоатриальной блокады II степени 1 типа
	интервал P-P, включающий в себя заблокированный комплекс, короче удвоенного предшествующего интервала
	интервал P-P, следующий за длинной паузой, длиннее, чем интервал, предшествующей ей
	перед длинными паузами происходит постепенное укорочение интервала P-P
	частное при делении длины паузы всегда не равно целому числу
	возможно появление выскальзывающих комплексов или ритмов
	интервалы P-P последовательно проведенных синусовых комплексов одинаковы
	частное при делении длины паузы всегда кратно целому числу
256	Критерии синоатриальной блокады II степени 2 типа
	интервал P-P, включающий в себя заблокированный комплекс, короче удвоенного предшествующего интервала
	интервал P-P, следующий за длинной паузой, длиннее, чем интервал, предшествующей ей
	перед длинными паузами происходит постепенное укорочение интервала P-P
	частное при делении длины паузы всегда не равно целому числу
	возможно появление выскальзывающих комплексов или ритмов
	интервалы P-P последовательно проведенных синусовых комплексов одинаковы
	частное при делении длины паузы всегда кратно целому числу
257	Критерии синоатриальной блокады III
	асистолия предсердий

	интервал P-P, следующий за длинной паузой, длиннее, чем интервал, предшествующей ей
	перед длинными паузами происходит постепенное укорочение интервала P-P
	частное при делении длины паузы всегда не равно целому числу
	возможно появление выскальзывающих комплексов или ритмов
	интервалы P-P последовательно проведенных синусовых комплексов одинаковы
	частное при делении длины паузы всегда кратно целому числу
258	Критерии остановки или отказ синусового узла (sinus arrest)
	асистолия предсердий
	интервал P-P, следующий за длинной паузой, длиннее, чем интервал, предшествующей ей
	перед длинными паузами происходит постепенное укорочение интервала P-P
	частное при делении длины паузы всегда не равно целому числу
	возможно появление выскальзывающих комплексов или ритмов
	интервалы P-P последовательно проведенных синусовых комплексов одинаковы
	частное при делении длины паузы всегда кратно целому числу
259	Синдром тахи-брадикардии – это
	снижение частоты синусового ритма менее 60 ударов в минуту
	нарушение проводимости электрического импульса из синоатриального узла в предсердия
	блокирование каждого второго или нескольких синусовых импульсов подряд
	отсутствие возбуждений предсердий из синусового узла
	полное прекращение автоматической деятельности синусового узла
	чередование пароксизмов наджелудочковой тахикардии (фибрилляция предсердий (ФП) и трепетание предсердий (ТП)) с эпизодами синусового или замещающего ритма с низкой частотой желудочковых сокращений (ЧЖС) и/или асистолией желудочков
	неадекватная реакция сердечного ритма на увеличение метаболических потребностей миокарда
260	При длительном мониторинге при физиологической синусовой брадикардии допускается
	предельное нормальное снижение частоты ритма днем в покое до 40 имп/мин
	предельное нормальное снижение частоты ритма ночью до 35 имп/мин
	развитие синусовых пауз, длительность которых не превышает 2 секунд
	развитие синусовых пауз, длительность которых не превышает 3 секунд
	предельное нормальное снижение частоты ритма днем в покое до 30 имп/мин
	предельное нормальное снижение частоты ритма ночью до 25 имп/мин
261	Временя восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) – это
	число импульсов, которое синусового узла вырабатывает за 1 мин в условиях полного освобождения от влияния вегетативной нервной системы (показывает истинный автоматизм СУ), в покое превышает частоту нормального синусового ритма
	продолжительность синусовой паузы от момента прекращения стимуляции (последний артефакт электростимула) до появления первого самостоятельного синусового зубца «Р»
	длительность показателя ВВФСУ по отношению к исходной частоте синусового ритма
	пауза вслед за раздражением правого предсердия преждевременным стимулом длиннее спонтанного синусового цикла на время, затраченное экстрастимулом на преодоление синоатриального соединения в ретроградном и антеградном направлениях
262	Время синоатриального проведения – это
	число импульсов, которое синусовый узел вырабатывает за 1 мин в условиях полного освобождения от влияния вегетативной нервной системы (показывает истинный автоматизм СУ), в покое превышает частоту нормального синусового ритма
	продолжительность синусовой паузы от момента прекращения стимуляции (последний артефакт электростимула) до появления первого самостоятельного синусового зубца «Р»
	длительность показателя Времени восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) по отношению к исходной частоте синусового ритма
	пауза вслед за раздражением правого предсердия преждевременным стимулом длиннее спонтанного синусового цикла на время, затраченное экстрастимулом на преодоление синоатриального соединения в ретроградном и антеградном направлениях

263	Нормальное значение Времени восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) – не превышает 1500-1600 мс ≤ 0.25-0.55 с не превышает 300 мс ≥80% длинны синусового цикла
264	Критериями предшествующего или бессимптомного /недиагностированного инфаркта миокарда (ИМ) являются патологический зубец Q вне зависимости от наличия симптомов и в отсутствие неишемических причин появление нового участка нежизнеспособного миокарда, характерного для ишемической этиологии, по данным визуализирующих методов наличие зон нарушенной локальной сократимости, не соответствующих зонам кровоснабжения коронарных артерий измененные зубцы T
265	ЭКГ критериями инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) являются (при отсутствии гипертрофии левого желудочка и блокады левой ножки пучка Гиса) новые подъемы сегмента ST в точке J в двух последовательных отведениях ≥1 мм для всех отведений, кроме V2- V3 новые подъемы сегмента ST в точке J в отведениях V2-V3 (≥2,5 мм у мужчин <40 лет, ≥2 мм у мужчин ≥40 лет, ≥1,5 мм у женщин) отрицательные зубцы T подъемы сегмента ST в точке J в отведениях V2-V3 1 мм
266	Какие дополнительные отведения ЭКГ необходимо регистрировать при диагностике инфаркта миокарда нижней стенки? правые грудные отведения V _{3,4} R отведения по Небу V ₇₋₉ высокие грудные отведения
267	При подозрении инфаркт миокарда какой локализации используют дополнительные отведения V ₅₋₆ на 2 ребра выше обычного положения электродов? инфаркта миокарда верхней части боковой стенки левого желудочка инфаркта миокарда правого желудочка инфаркта миокарда задне-базальной области нижнего инфаркта миокарда
268	Концентрическая гипертрофия правого желудочка характерна для постэмболической легочной гипертензии для аритмогенной дисплазии правого желудочка для дилатационной кардиомиопатии для инфаркта миокарда правого желудочка
269	Как выглядит на ЭКГ субэндокардиальная ишемия миокарда левого желудочка? депрессия сегмента ST отрицательный зубец T уширенный высокий симметричный зубец T подъем сегмента ST
270	Как выглядит на ЭКГ интрамуральное повреждение миокарда? глубокий отрицательный зубец T уширенный зубец Q небольшой амплитуды сегмент ST ниже изолинии дугой вниз сегмент ST выше изолинии дугой вверх
271	Высокое повреждение переднебоковой стенки левого желудочка имеет характерные изменения в отведениях VI, V2, AVL

	I, II, AVL
	I, AVL
	I, AVL, высокий R в VI, V2
272	Повреждение миокарда заднебоковой стенки имеет характерные изменения в отведениях
	II, III, AVF, Д, V4 - V6
	I, II, III, AVF, Д, AVL, L, V7 - V9
	I, II, III, AVF, Д, L, AVL, V5 - V9
	II, III, AVF, Д, V5, V6
273	Субэндокардиальное повреждение миокарда имеет отражение на ЭКГ в виде
	снижение сегмента ST с отрицательным зубцом T
	отрицательный зубец T
	снижение ST, уменьшение зубца R, зубец T двухфазный или отрицательный
	снижение сегмента ST в грудных отведениях, подъем ST в III, AVF
274	Как выглядит на ЭКГ трансмуральное ишемическое повреждение передней стенки левого желудочка в отведении V2?
	сегмент ST выше изолинии и отрицательный зубец T
	сегмент ST ниже изолинии
	сегмент ST выше изолинии дугой вверх
	глубокий патологический зубец Q
275	Для хронической аневризмы характерно
	повышение сегмента ST в течение длительного времени
	отсутствие отрицательного зубца T
	снижение сегмента ST в течение длительного времени
	высокий "коронарный" зубец T
276	Для уточнения повреждения миокарда правого желудочка целесообразно использовать отведения
	V 2-4 на 2 ребра выше
	V3R
	II, III, AVF, I, Д, V5, V6
	V4R
277	На очаговые изменения, возникшие на фоне полной блокады левой ножки пучка Гиса, указывает
	появление зубца Q V5, V6
	подъем сегмента ST VI - V4
	появление зубца Q V3, V4
	депрессия сегмента ST VI - V4
278	Основным электрокардиографическим признаком трансмурального повреждения миокарда является
	появление комплекса QS в двух и более отведениях
	подъем сегмента ST в нескольких отведениях
	депрессия сегмента ST в нескольких отведениях
	блокада левой ножки пучка Гиса
279	Наиболее достоверными электрокардиографическими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются
	синдром S1-Q3 и смещение вверх сегмента ST в отведениях III, V1, V2
	глубокий зубец Q в отведениях V4-V6
	депрессия сегмента ST в I, II и aVL отведениях
	депрессия сегмента ST II, III aVF отведениях
280	Перикардит на ЭКГ можно заподозрить
	при появлении подъема ST во всех отведениях
	при появлении полной БЛНПГ

	при появлении полной БПНПГ
	при появлении депрессии ST 1 мм в I, aVL, V1-V4
281	Вариант гипертрофии правого желудочка типа RSR наиболее характерен для больных с дефектом межпредсердной перегородки
	с митральной недостаточностью
	с митральным стенозом
	с хроническим обструктивным заболеванием легких
	с дефектом межжелудочковой перегородки
282	Регистрация подъема сегмента ST в отведении V1 у больных с острым инфарктом миокарда нижней локализации является признаком
	сопутствующего инфаркта правого желудочка
	сопутствующего инфаркта задней стенки (заднебазальных отделов)
	сопутствующего переднеперегородочного инфаркта
	сопутствующего базального инфаркта
283	У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса появление зубцов S в отведениях aVL, I, V5-6 является признаком повреждения миокарда
	переднеперегородочной локализации
	нижней локализации
	боковой локализации
	задней стенки
284	У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса появление зубцов Q в отведениях aVL, I, V5-6 является признаком повторного повреждения миокарда
	боковой локализации
	нижней локализации
	переднеперегородочной локализации
	задней стенки
285	Гигантские отрицательные зубцы T (очень глубокие и резко уширенные) чаще всего регистрируются у больных
	с субарахноидальным кровоизлиянием
	с мелкоочаговым инфарктом миокарда
	с тромбозом легочной артерии
	с синдромом ранней реполяризации желудочков
	с пролапсом митрального клапана
286	Появление отрицательных зубцов T на ЭКГ исключает диагноз
	гиперкалиемии
	гипервентиляции
	мелкоочагового инфаркта миокарда
	дисгормональных нарушений
	нарушений мозгового кровообращения
287	Уменьшение амплитуды зубца T и появление высоких зубцов "U" является признаком
	гипокалиемии
	гиперкалиемии
	гиперкальциемии
	гипокальциемии
288	Уширение комплексов QRS, удлинение интервала PR и уменьшение зубца R характерно для выраженной
	гипокальциемии
	гипокалиемии
	гиперкальциемии
	гиперкалиемии
289	Удлинение сегмента ST является признаком

	гипокальциемии
	гипокалиемии
	гиперкальциемии
	гиперкалиемии
290	Укорочение сегмента ST является признаком
	гиперкальциемии
	гипокалиемии
	гиперкалиемии
	гипокальциемии
291	Сочетание признаков гипертрофии левого предсердия и правого желудочка является признаком
	митрального стеноза
	дефекта межпредсердной перегородки
	стеноза легочной артерии
	аортальной недостаточности
292	Электрокардиографическими признаками хронического легочного сердца включают
	отклонение электрической оси вправо
	признаки гипертрофии правого предсердия
	признаки блокады правой ножки пучка Гиса
	высокий R в III, глубокий S в aVL
	отклонение электрической оси влево
	признаки блокады левой ножки пучка Гиса
293	ЭКГ признаки острого повреждения миокарда нижней стенки левого желудочка – это
	патологический зубец Q в II, III, aVF отведениях
	подъем сегмента ST в отведениях I, II, III, aVF
	отрицательный зубец T в III, aVF
	подъем ST в отведении V ₁ в сочетании с отрицательным зубцом T
294	Какие из указанных изменений ЭКГ наблюдаются при остром повреждении миокарда заднебазальной локализации?
	соотношение амплитуд зубцов R/S не менее 1,2
	отсутствие зубца S в отведениях V5-6
	положительный зубец T наряду с высоким R и снижением сегмента ST в отведениях V1-2
	отрицательный зубец T наряду с высоким R и снижением сегмента ST в отведениях V1-2
295	При возникновении повторного острого повреждения миокарда в области рубца на ЭКГ можно наблюдать
	углубление зубца Q
	переход зубца Q в QS
	подъем сегмента ST
	исчезновение зубца Q
	депрессия сегмента ST
296	При остром повреждении миокарда предсердий на ЭКГ могут наблюдаться
	снижение сегмента PQ во II, III и avF отведениях
	подъем сегмента PQ во II, III, avF отведениях
	подъем сегмента PQ во I, avL, V5-6 отведениях
	мерцательная аритмия
	атриовентрикулярная блокада любой степени
297	Подъем сегмента ST у больных без ишемической болезни сердца на ЭКГ, зарегистрированной в состоянии покоя, могут наблюдаться
	при острых перикардитах
	при нарушении внутрисердечного проведения в отведениях с глубокими зубцами S
	при тромбоэмболии легочной артерии в отведениях V1-2
	при синдроме ранней реполяризации

	при синдроме удлинения интервала QT
298	При констриктивном перикардите на ЭКГ регистрируются снижение вольтажа комплекса QRS уплощение или инверсия зубца T уширенный зубец P в I и II отведениях увеличение вольтажа комплекса QRS
299	При миокардитах на ЭКГ регистрируются депрессия сегмента ST сглаженный или отрицательный зубец T блокада ножек пучка Гиса псевдоинфарктный зубец Q подъем сегмента ST
300	При ожирении на ЭКГ регистрируются снижение вольтажа зубцов комплекса QRS горизонтальное положение электрической оси синусовая тахикардия некоторые признаки гипертрофии левого желудочка увеличение вольтажа зубцов комплекса QRS
301	При тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ в III отведении появляется зубец Q имеются признаки гипертрофии правого желудочка появляются высокие зубцы P во II, III, aVF отведениях имеются признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса имеются признаки гипертрофии левого желудочка
302	С гиперкалиемией на ЭКГ могут быть связаны укорочение интервала QT высокие остроконечные зубцы T уширение комплекса QRS удлинение интервала QT
303	У больных с острым нарушением мозгового кровообращения могут наблюдаться удлинение интервала QT увеличение амплитуды зубца T инверсия зубца T депрессия сегмента ST подъем сегмента ST
304	При тиреотоксикозе на ЭКГ могут наблюдаться увеличение амплитуды зубцов P, T и комплекса QRS изменение положения электрической оси сердца синусовая тахикардия синусовая брадикардия
305	У больных с аномалией Эбштейна на ЭКГ отмечаются высокий пикообразный зубец P удлинение интервала PQ(R) неполная блокада правой ножки пучка Гиса RSR в V1 признаки предвозбуждения желудочков синдром ранней реполяризации желудочков
306	Причинами появления очень высоких зубцов T на ЭКГ могут являться гиперкалиемия ваготония сверхострая фаза инфаркта миокарда нарушения мозгового кровообращения

	гипотиреоз
307	Для больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких характерны низкий вольтаж ЭКГ "S-тип" ЭКГ признаки гипертрофии правого предсердия отсутствие увеличения высоты зубца R в грудных отведениях от V1 к V4 признаки гипертрофии левого предсердия
308	Признаками острого легочного сердца на ЭКГ являются синдром QIII SI возникновение блокады правой ножки пучка Гиса появление отрицательных зубцов T в отведениях V1-4 смещение переходной зоны влево смещение переходной зоны вправо
309	Регистрация признаков гипертрофии правого желудочка с комплексами типа QR в отведении V1 указывает на вероятное наличие дилатации правого желудочка гипертрофии правого предсердия недостаточности 3-х створчатого клапана стеноза 3-х створчатого клапана
310	Состояния, приводящие к снижению вольтажу комплексов и зубцов ЭКГ микседема выпот в полость перикарда хронические обструктивные заболевания легких тиреотоксикоз
311	Постоянные электрокардиостимуляторы (ЭКС) (искусственные водители ритма, пейсмейкеры) – это электронные устройства для хирургической коррекции брадикардических нарушений ритма и проводимости устройства, осуществляющие детекцию и купирование жизнеугрожаемых желудочковых тахикардий, являющихся причиной внезапной сердечной смерти пациента (фибрилляции желудочков (ФЖ) и желудочковых тахикардий (ЖТ)) электронные системы, используемые в комплексном лечении ХСН (различают СРТ-Д устройства (с функцией ИКД) и СРТ-Р (без функции ИКД)) электронные устройства для хирургической коррекции тахикардических нарушений ритма и проводимости
312	Имплантируемые кардиовертеры-дефибрилляторы (ИКД) – это электронные устройства для хирургической коррекции брадикардических нарушений ритма и проводимости устройства, осуществляющие детекцию и купирование жизнеугрожаемых желудочковых тахикардий, являющихся причиной внезапной сердечной смерти пациента (фибрилляции желудочков (ФЖ) и желудочковых тахикардий (ЖТ)) электронные системы, используемые в комплексном лечении ХСН (различают СРТ-Д устройства (с функцией ИКД) и СРТ-Р (без функции ИКД)) электронные устройства для хирургической коррекции тахикардических нарушений ритма и проводимости
313	Системы ресинхронизирующей терапии (СРТ) – это электронные устройства для хирургической коррекции брадикардических нарушений ритма и проводимости устройства, осуществляющие детекцию и купирование жизнеугрожаемых желудочковых тахикардий, являющихся причиной внезапной сердечной смерти пациента (фибрилляции желудочков (ФЖ) и желудочковых тахикардий (ЖТ)) электронные системы, используемые в комплексном лечении ХСН [различают СРТ-Д устройства (с функцией ИКД) и СРТ-Р (без функции ИКД)]

	электронные устройства для хирургической коррекции тахикардических нарушений ритма и проводимости
314	Источник питания для электрокардиостимулятора литий – йодная батарея кадмий – никелевая батарея серебряная батарея алкалиновая батарея
315	Возможные места установки корпуса кардиостимулятора подкожно в грудино-ключично-пекторальной области слева подкожно в грудино-ключично-пекторальной области справа поддиафрагмально наддиафрагмально
316	Амплитуда артефакта пропорциональна расстоянию между полюсами диполя силе тока электростимула величине напряжения электростимула величине сопротивления миокарда
317	Как маркируется вариант ответа на собственную активность - при распознавании спонтанной активности соответствующей камеры сердца кардиостимулятор ингибирует выход своего импульса и дает начало отсчета нового временного цикла I – inhibited (запрещение, ингибция) T – triggered (повторяющий) D – dual (I+T) (двойной ответ) R – rate modulation (частотная модуляция)
318	Как маркируется вариант ответа на собственную активность - воспринимаемая активность в полости сердца определяет выход (нанесение) импульса стимула, т.е. стимуляция будет происходить синхронно с собственным возбуждением сердца I – inhibited (запрещение, ингибция) T – triggered (повторяющий) D – dual (I+T) (двойной ответ) R – rate modulation (частотная модуляция)
319	Форма стимулированного желудочкового комплекса по типу блокады ножки пучка Гиса характерна для стимуляции из верхушки правого желудочка из области нижней части АВ-соединения из правого предсердия из верхушки левого желудочка
320	Первый тип стимулированного желудочкового комплекса при желудочковой стимуляции из верхушки правого желудочка тип полной БЛНПГ V1–V6 искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) в виде QS в V1–V3 искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) представлен высоким R во всех отведениях искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) в виде QS ЭОС искусственного желудочкового комплекса (ИЖК) отклонена резко влево
321	Второй тип стимулированного желудочкового комплекса при желудочковой стимуляции из верхушки правого желудочка тип полной БЛНПГ V1–V6 искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) в виде QS в V1–V3 искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) представлен высоким R во всех отведениях искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) в виде QS ЭОС искусственного желудочкового комплекса (ИЖК) отклонена резко влево

322	Третий тип стимулированного желудочкового комплекса при желудочковой стимуляции из верхушки правого желудочка
	тип полной БЛНПГ
	V1–V6 искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) в виде QS
	в V1–V3 искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) представлен высоким R
	во всех отведениях искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) в виде QS
	ЭОС искусственного желудочкового комплекса (ИЖК) отклонена резко влево
323	Четвертый тип стимулированного желудочкового комплекса при желудочковой стимуляции из верхушки правого желудочка
	тип полной БЛНПГ
	V1–V6 искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) в виде QS
	в V1–V3 искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) представлен высоким R
	во всех отведениях искусственный желудочковый комплекс (ИЖК) в виде QS
	ЭОС искусственного желудочкового комплекса (ИЖК) отклонена резко влево
324	Оптимальный порог стимуляции имеет импульс
	с наименьшим выходным напряжением и максимальной длительностью, обеспечивающий захват сердца
	с наименьшим выходным напряжением и минимальной длительностью, обеспечивающий захват сердца
	с наибольшим выходным напряжением и минимальной длительностью, обеспечивающий захват сердца
	с наибольшим выходным напряжением и максимальной длительностью, обеспечивающий захват сердца
325	Базовый интервал стимуляции или интервал стимуляции – это
	интервал между двумя последовательными навязанными событиями
	интервал между спонтанным (синусовым или экстрасистолическим) и последующим навязанным событием
	величина запаздывания, перед нанесением первого стимула после спонтанного события; разница между выскальзывающим и базовым интервалом стимуляции
	автоматический интервал, который регистрируется при переходе ЭКС в фиксированный режим под действием магнитных полей
	интервал от предсердного события до следующего желудочкового стимула в многокамерных режимах стимуляции
326	Выскальзывающий интервал стимуляции – это
	интервал между двумя последовательными навязанными событиями
	интервал между спонтанным (синусовым или экстрасистолическим) и последующим навязанным событием
	величина запаздывания, перед нанесением первого стимула после спонтанного события; разница между выскальзывающим и базовым интервалом стимуляции
	автоматический интервал, который регистрируется при переходе ЭКС в фиксированный режим под действием магнитных полей
	интервал от предсердного события до следующего желудочкового стимула в многокамерных режимах стимуляции
327	Выскальзывающий интервал стимуляции – это
	интервал между двумя последовательными навязанными событиями
	интервал между спонтанным (синусовым или экстрасистолическим) и последующим навязанным событием
	величина запаздывания, перед нанесением первого стимула после спонтанного события; разница между выскальзывающим и базовым интервалом стимуляции
	автоматический интервал, который регистрируется при переходе ЭКС в фиксированный режим под действием магнитных полей
	интервал от предсердного события до следующего желудочкового стимула в многокамерных режимах стимуляции
328	Гистерезис – это
	интервал между двумя последовательными навязанными событиями

	интервал между спонтанным (синусовым или экстрасистолическим) и последующим навязанным событием
	величина запаздывания, перед нанесением первого стимула после спонтанного события; разница между выскальзывающим и базовым интервалом стимуляции
	автоматический интервал, который регистрируется при переходе ЭКС в фиксированный режим под действием магнитных полей
	интервал от предсердного события до следующего желудочкового стимула в многокамерных режимах стимуляции
329	Интервал асинхронной стимуляции – это
	интервал между двумя последовательными навязанными событиями
	интервал между спонтанным (синусовым или экстрасистолическим) и последующим навязанным событием
	величина запаздывания, перед нанесением первого стимула после спонтанного события; разница между выскальзывающим и базовым интервалом стимуляции
	автоматический интервал, который регистрируется при переходе ЭКС в фиксированный режим под действием магнитных полей
	интервал от предсердного события до следующего желудочкового стимула в многокамерных режимах стимуляции
330	Функция стимуляции (стимулирующая, pacing function) – это
	способность устройства подавать электрический стимул (спайк, артефакт, выходящий импульс) определенных технических характеристик (амплитуды, длительности импульса, конфигурации полярности) по определённой программе (схеме, алгоритму) для вызова индуцированной деполяризации стимулируемой камеры сердца
	способность устройства распознавать внутрисердечные сигналы (разность потенциалов между двумя полюсами (анод и катод)) для последующего анализа и верификации в качестве тех или иных диагностических событий
	способность устройства верифицировать воспринятые сигналы и стимулированные события, определять их функциональное назначение, классифицировать, проводить дискриминацию истинных и ложных событий и ритмов
	способность устройства подавлять электрический стимул (спайк, артефакт, выходящий импульс) определенных технических характеристик (амплитуды, длительности импульса, конфигурации полярности) по определённой программе (схеме, алгоритму) для вызова индуцированной деполяризации стимулируемой камеры сердца
331	При эффективной стимуляции
	стимулы вызывают деполяризацию миокарда, находящегося вне состояния рефрактерности
	стимулы не вызывают деполяризацию миокарда несмотря на то, что миокард находится вне состояния рефрактерности
	стимулы с адекватными техническими характеристиками не приводят к индицированию деполяризации миокарда, т.к. наносятся в период рефрактерности миокарда стимулируемой камеры сердца
	стимулы вызывают деполяризацию миокарда, находящегося в состоянии рефрактерности
332	При неэффективной стимуляции
	стимулы вызывают деполяризацию миокарда, находящегося вне состояния рефрактерности
	стимулы не вызывают деполяризацию миокарда несмотря на то, что миокард находится вне состояния рефрактерности
	стимулы с адекватными техническими характеристиками не приводят к индицированию деполяризации миокарда, т.к. наносятся в период рефрактерности миокарда стимулируемой камеры сердца
	стимулы вызывают деполяризацию миокарда, находящегося в состоянии рефрактерности
333	При нереализованной стимуляции
	стимулы вызывают деполяризацию миокарда, находящегося вне состояния рефрактерности
	стимулы не вызывают деполяризацию миокарда несмотря на то, что миокард находится вне состояния рефрактерности

	стимулы с адекватными техническими характеристиками не приводят к индицированию деполяризации миокарда, т.к. наносятся в период рефрактерности миокарда стимулируемой камеры сердца
	стимулы вызывают деполяризацию миокарда, находящегося в состоянии рефрактерности
334	Интервал АВ-задержки – это
	интервал между двумя последовательными навязанными событиями
	интервал между спонтанным (синусовым или экстрасистолическим) и последующим навязанным событием
	величина запаздывания, перед нанесением первого стимула после спонтанного события; разница между выскальзывающим и базовым интервалом стимуляции
	автоматический интервал, который регистрируется при переходе ЭКС в фиксированный режим под действием магнитных полей
	интервал от предсердного события до следующего желудочкового стимула в многокамерных режимах стимуляции
335	Сливной комплекс
	образуется с помощью двух источников возбуждения: часть миокарда возбуждается энергией нанесенного стимула, а часть — собственное спонтанное возбуждение, конфигурация такого сокращения имеет промежуточный вид между искусственным комплексом и собственным сокращением, а стимул является эффективным
	образуется за счет попадания стимула в уже начавшееся собственное возбуждение стимулируемой камеры сердца, стимул не приводит к возбуждению никакого объема миокарда, являясь нереализованным, так как сердечная мышца находится в состоянии абсолютной рефрактерности, конфигурация на ЭКГ — морфология собственного сердечного сокращения стимулируемой камеры сердца с артефактом стимула, расположенным в самом начале сердечного сокращения
	желудочковое или предсердное событие, воспринятое во время рефрактерного периода, конфигурация на ЭКГ – aberrantный стимулированный предсердно-желудочковый комплекс
	желудочковое или предсердное событие, воспринятое вне рефрактерного периода, конфигурация на ЭКГ – aberrantный стимулированный предсердно-желудочковый комплекс
336	Псевдосливной комплекс
	образуется с помощью двух источников возбуждения: часть миокарда возбуждается энергией нанесенного стимула, а часть — собственное спонтанное возбуждение, конфигурация такого сокращения имеет промежуточный вид между искусственным комплексом и собственным сокращением, а стимул является эффективным
	образуется за счет попадания стимула в уже начавшееся собственное возбуждение стимулируемой камеры сердца, стимул не приводит к возбуждению никакого объема миокарда, являясь нереализованным, так как сердечная мышца находится в состоянии абсолютной рефрактерности, конфигурация на ЭКГ — морфология собственного сердечного сокращения стимулируемой камеры сердца с артефактом стимула, расположенным в самом начале сердечного сокращения
	желудочковое или предсердное событие, воспринятое во время рефрактерного периода, конфигурация на ЭКГ – aberrantный стимулированный предсердно-желудочковый комплекс
	желудочковое или предсердное событие, воспринятое вне рефрактерного периода, конфигурация на ЭКГ – aberrantный стимулированный предсердно-желудочковый комплекс
337	Функция восприятия (воспринимающая функция, функция чувствительности; sensing function) – это
	способность устройства подавать электрический стимул (спайк, артефакт, выходящий импульс) определенных технических характеристик (амплитуды, длительности импульса, конфигурации полярности) по определенной программе (схеме, алгоритму) для вызова индуцированной деполяризации стимулируемой камеры сердца
	способность устройства распознавать внутрисердечные сигналы (разность потенциалов между двумя полюсами (анод и катод)) для последующего анализа и верификации в качестве тех или иных диагностических событий

	способность устройства верифицировать воспринятые сигналы и стимулированные события, определять их функциональное назначение, классифицировать, проводить дискриминацию истинных и ложных событий и ритмов
338	Функция детекции и дискриминации (detection and discrimination function) – это способность устройства подавать электрический стимул (спайк, артефакт, выходящий импульс) определенных технических характеристик (амплитуды, длительности импульса, конфигурации полярности) по определённой программе (схеме, алгоритму) для вызова индуцированной деполяризации стимулируемой камеры сердца
	способность устройства распознавать внутрисердечные сигналы (разность потенциалов между двумя полюсами (анод и катод)) для последующего анализа и верификации в качестве тех или иных диагностических событий
	способность устройства верифицировать воспринятые сигналы и стимулированные события, определять их функциональное назначение, классифицировать, проводить дискриминацию истинных и ложных событий и ритмов
339	LRI (Lower Rate Interval) – интервал базовой частоты – это наиболее продолжительный интервал между желудочковым стимулом или воспринятым желудочковым событием и последующим желудочковым стимулом без участия воспринятых желудочковых событий
	интервал, инициированный желудочковым событием, во время которого нельзя инициировать новый интервал базовой частоты
	интервал между предсердным событием и местом запланированного желудочкового стимула
	интервал между желудочковым стимулом и или воспринятым желудочковым событием и последующим предсердным стимулом при условии, что нет промежуточных воспринятых событий
340	AVI (AtrioVentricular Interval) – предсердно-желудочковый интервал – это наиболее продолжительный интервал между желудочковым стимулом или воспринятым желудочковым событием и последующим желудочковым стимулом без участия воспринятых желудочковых событий
	интервал, инициированный желудочковым событием, во время которого нельзя инициировать новый интервал базовой частоты
	интервал между предсердным событием и местом запланированного желудочкового стимула
	интервал между желудочковым стимулом и или воспринятым желудочковым событием и последующим предсердным стимулом при условии, что нет промежуточных воспринятых событий
341	Адекватное восприятие внутрисердечного сигнала (нормосенсинг) – это точное восприятие одного внутрисердечного события на каждую сердечную деполяризацию
	если сигнал деполяризации миокарда из воспринимаемой камеры сердца имеет недостаточную амплитуду или частотность для того, чтобы быть распознанным в качестве «воспринятого сердечного события» (т.е. различных P- или R-волн при восприятии с соответствующих камер сердца)
	восприятие внутри- и внекардиальных сигналов в качестве «собственных сердечных событий», которые не отражают локальную деполяризацию миокарда (различные виды шумов, электромагнитных помех, сокращений скелетных мышц и т.д.)
	восприятие событий остаточных потенциалов стимулов противоположной камеры этого же устройства
342	Недостаточное восприятие (гипосенсинг, гиподетекция; undersensing) – это точное восприятие одного внутрисердечного события на каждую сердечную деполяризацию
	если сигнал деполяризации миокарда из воспринимаемой камеры сердца имеет недостаточную амплитуду или частотность для того, чтобы быть распознанным в качестве «воспринятого сердечного события» (т.е. различных P- или R-волн при восприятии с соответствующих камер сердца)

	восприятие внутри- и внекардиальных сигналов в качестве «собственных сердечных событий», которые не отражают локальную деполяризацию миокарда (различные виды шумов, электромагнитных помех, сокращений скелетных мышц и т.д.)
	восприятие событий остаточных потенциалов стимулов противоположной камеры этого же устройства
343	Избыточное восприятие (гиперсенсинг, гипердетекция; oversensing) – это
	точное восприятие одного внутрисердечного события на каждую сердечную деполяризацию
	если сигнал деполяризации миокарда из воспринимаемой камеры сердца имеет недостаточную амплитуду или частотность для того, чтобы быть распознанным в качестве «воспринятого сердечного события» (т.е. различных P- или R-волн при восприятии с соответствующих камер сердца)
	восприятие внутри- и внекардиальных сигналов в качестве «собственных сердечных событий», которые не отражают локальную деполяризацию миокарда (различные виды шумов, электромагнитных помех, сокращений скелетных мышц и т.д.)
	восприятие событий остаточных потенциалов стимулов противоположной камеры этого же устройства
344	Частота стимуляции – это
	параметр, отвечающий за частоту искусственного стимуляционного ритма, формирующего частоту собственных сердечных сокращений пациента
	определяет стимуляцию устройства на запрограммированной «базовой частоте» при отсутствии воспринятой внутренней активности сердца и отсутствии более высокой частоты стимуляции
	страхующая частотный профиль стимуляция в случае наличия в сердце более высокой, чем запрограммированная частота стимуляции, частоты собственного ритма сердца
	частота стимуляции, приводящая к учащению или урежению стимуляционного профиля ритма сердца в ответ на физическую активность или метаболические потребности организма пациента, определяемые при помощи специального сенсорного датчика, являющегося компонентом ЭКС
	частота стимуляции с более низким значением, чем базовая частота стимуляции; реализует программу алгоритма одноименной группы
345	Базовая частота стимуляции (нижний частотный предел, нижняя частота стимуляции, нижняя частота) – это
	параметр, отвечающий за частоту искусственного стимуляционного ритма, формирующего частоту собственных сердечных сокращений пациента
	определяет стимуляцию устройства на запрограммированной «базовой частоте» при отсутствии воспринятой внутренней активности сердца и отсутствии более высокой частоты стимуляции
	страхующая частотный профиль стимуляция в случае наличия в сердце более высокой, чем запрограммированная частота стимуляции, частоты собственного ритма сердца
	частота стимуляции, приводящая к учащению или урежению стимуляционного профиля ритма сердца в ответ на физическую активность или метаболические потребности организма пациента, определяемые при помощи специального сенсорного датчика, являющегося компонентом ЭКС
	частота стимуляции с более низким значением, чем базовая частота стимуляции; реализует программу алгоритма одноименной группы
346	Частота «по требованию» («demand»-стимуляция) – это
	параметр, отвечающий за частоту искусственного стимуляционного ритма, формирующего частоту собственных сердечных сокращений пациента
	определяет стимуляцию устройства на запрограммированной «базовой частоте» при отсутствии воспринятой внутренней активности сердца и отсутствии более высокой частоты стимуляции
	страхующая частотный профиль стимуляция в случае наличия в сердце более высокой, чем запрограммированная частота стимуляции, частоты собственного ритма сердца
	частота стимуляции, приводящая к учащению или урежению стимуляционного профиля ритма сердца в ответ на физическую активность или метаболические потребности организма пациента, определяемые при помощи специального сенсорного датчика, являющегося компонентом ЭКС

	частота стимуляции с более низким значением, чем базовая частота стимуляции; реализует программу алгоритма одноименной группы
347	Частота покоя (частота сна, отдыха) – это параметр, отвечающий за частоту искусственного стимуляционного ритма, формирующего частоту собственных сердечных сокращений пациента
	определяет стимуляцию устройства на запрограммированной «базовой частоте» при отсутствии воспринятой внутренней активности сердца и отсутствии более высокой частоты стимуляции
	страхующая частотный профиль стимуляция в случае наличия в сердце более высокой, чем запрограммированная частота стимуляции, частоты собственного ритма сердца
	частота стимуляции, приводящая к учащению или урежению стимуляционного профиля ритма сердца в ответ на физическую активность или метаболические потребности организма пациента, определяемые при помощи специального сенсорного датчика, являющегося компонентом ЭКС
	частота стимуляции с более низким значением, чем базовая частота стимуляции; реализует программу алгоритма одноименной группы
348	Максимальная частота Р-синхронизированной желудочковой стимуляции – определяет верхнюю частоту синусового или предсердного ритма, которую устройство может проводить на желудочки в соотношении 1:1 посредством желудочковой стимуляции, синхронизируемой с воспринятыми предсердными событиями через длину РV-задержек
	параметр, отвечающий за частоту искусственного стимуляционного ритма, формирующего частоту собственных сердечных сокращений пациента
	определяет стимуляцию устройства на запрограммированной «базовой частоте» при отсутствии воспринятой внутренней активности сердца и отсутствии более высокой частоты стимуляции
	страхующая частотный профиль стимуляция в случае наличия в сердце более высокой, чем запрограммированная частота стимуляции, частоты собственного ритма сердца
	частота стимуляции, приводящая к учащению или урежению стимуляционного профиля ритма сердца в ответ на физическую активность или метаболические потребности организма пациента, определяемые при помощи специального сенсорного датчика, являющегося компонентом ЭКС
	частота стимуляции с более низким значением, чем базовая частота стимуляции; реализует программу алгоритма одноименной группы
349	Нарушения в зоне контакта дистального полюса эндокардиального электрода на ЭКГ проявляются
	постоянно или периодически безответными стимулами
	спонтанными выскальзывающими комплексами и ритмами
	периодами асистолии
	реципрокными аритмиями
	ЭХО-комплексами и ритмами
350	Повышение порога стимуляции возникает при
	дислокации эндокардиального электрода
	перфорации миокарда
	пенетрации миокарда
	инфаркте миокарда
	фиброзе миокарда
	перикардите
351	Фармакологические причины повышения порога стимуляции
	антиаритмики
	альдостерон и другие минералокортикоиды
	бронхолитики
	глюкокортикоиды
	инсулин
352	При потере чувствительности электрокардиостимуляция осуществляется

	в асинхронном режиме
	с базовой частотой стимуляции
	с частотой в режиме «по требованию»
	в режиме частотной адаптации
353	Направление вектора артефакта при монополярной желудочковой стимуляции из верхушки правого желудочка направлен
	вниз в отведениях I, II, III
	вверх в отведениях I, II, III
	вниз в отведениях II, III, вверх I
	вверх в отведениях II,III, вниз I
354	Электрическая ось искусственного желудочкового комплекса при монополярной желудочковой стимуляции из верхушки правого желудочка
	отклонена резко влево
	нормально расположена
	вертикальная
	отклонена вправо
355	Дислокация предсердного электрода с расположением его в полости предсердий характеризуется
	сохранением функции детекции независимо от эффективности стимуляции
	сохранение эффективности стимуляции с изменением вектора и морфологии комплексов QRS
	неэффективной стимуляции
	нарушением детекции
356	Дислокация желудочкового электрода с расположением его в полости правого желудочка проявляется
	сохранением функции детекции независимо от эффективности стимуляции
	сохранение эффективности стимуляции с изменением вектора и морфологии комплексов QRS
	неэффективной стимуляции с нарушением сенсинга
	нарушением детекции
	неэффективной стимуляции без нарушения сенсинга
357	Сокращение интервала между началом предсердного или желудочкового комплекса и стимулом до величины ниже базового интервала стимуляции (после первого спонтанного комплекса — суммы базового интервала стимуляции и гистерезиса) указывает
	на стимуляцию в одном из режимов предсердно-синхронизированной стимуляции (VAT, VDD, DDD) или частотно-адаптивной стимуляции (AAIR, VVIR, DVIR, VDDR, DDDR)
	на сверхчувствительность ЭКС (гиперсенсинг)
	на нарушение детекции предсердий и превышение частотой сокращения предсердий верхнего лимита
	на пониженную чувствительность ЭКС (гипосенсинг)
358	Асинхронная стимуляция VOO или VVI при бифокальной стимуляции может указывать
	на стимуляцию в одном из режимов предсердно-синхронизированной стимуляции (VAT, VDD, DDD) или частотно-адаптивной стимуляции (AAIR, VVIR, DVIR, VDDR, DDDR)
	на сверхчувствительность ЭКС (гиперсенсинг)
	на нарушение детекции предсердий и превышение частотой сокращения предсердий верхнего лимита
	на пониженную чувствительность ЭКС (гипосенсинг)
359	При неполном переломе эндокардиального электрода могут отмечаться
	повышение порога стимуляции
	резкое повышение порога стимуляции
	нарушения детекции P- и R-волн
	интермиттирующие или постоянные неэффективные стимулы или эпизоды асинхронной стимуляции при пальпации ложа и перемещении корпуса аппарата ЭКС

	отсутствие артефактов импульсов или периодически регистрироваться неэффективные стимулы (на фоне перемещения корпуса аппарата ЭКС, изменения положения тела или при глубоком вдохе).
360	
	Полный перелом эндокардиального электрода характеризуется
	повышением порога стимуляции
	резким повышением порога стимуляции
	нарушениями детекции P- и R-волн
	интермиттирующими или постоянными неэффективными стимулами или эпизодами асинхронной стимуляции при пальпации ложа и перемещении корпуса аппарата ЭКС
	отсутствием артефактов импульсов или периодической регистрацией неэффективных стимулов (на фоне перемещения корпуса аппарата ЭКС, изменения положения тела или при глубоком вдохе).
361	Для миопотенциального ингибирования
	характерно падение частоты стимуляции ниже уровня базовой
	характерно исчезновение стимулов ЭКС
	возможно возникновение опосредованной наджелудочковой ЭКС-тахикардии
	возможно развитие круговой тахикардии (миопотенциальное триггирование)
362	Частота стимуляции во время проведения магнитного теста при нормальной функции ЭКС
	100 импульсов в минуту
	соответствует базовой частоте стимуляции
	ниже базовой частоте стимуляции
	выше базовой частоте стимуляции
363	Индикатором замены ЭКС является
	снижение частоты стимуляции до указанной в паспорте ЭКС
	учащение частоты стимуляции более чем на 5 импульсов в минуту
	снижение порога стимуляции
	повышение порога стимуляции
364	На сбой в электронной схеме ЭКС указывает
	снижение частоты стимуляции до указанной в паспорте ЭКС
	учащение частоты стимуляции более чем на 5 импульсов в минуту
	снижение порога стимуляции
	повышение порога стимуляции
365	При инфаркте миокарда интервал между вертикальной чертой артефакта импульса и следующим за ним комплексом QRS
	не превышает нескольких миллисекунд
	удлинняется
	укорачивается
	сохраняет исходную длину
366	Удлинение интервала между вертикальной чертой артефакта импульса и следующим за ним комплексом QRS может наблюдаться
	при инфаркте передней стенки левого желудочка
	при нарушениях электролитного баланса
	при стенокардии Принцметала
	при инфаркте правого желудочка
	при интоксикации антиаритмическими препаратами
	при гидроперикарде
367	Синдром Шатерье – это
	депрессия сегмента ST в спонтанных желудочковых комплексах (СЖК)
	инверсией зубца Т в спонтанных желудочковых комплексах (СЖК)
	депрессия сегмента ST в искусственных желудочковых комплексах (ИЖК)
	инверсией зубца Т в искусственных желудочковых комплексах (ИЖК)
	подъем сегмента ST в спонтанных желудочковых комплексах (СЖК)

368	При стимуляции правого желудочка изменения конечной части спонтанных желудочковых комплексах (СЖК) при синдроме Шатерье наблюдаются в отведениях II, III, aVF, V1-V6 I, II, aVL, V1-V6 aVR, aVF, V1-V6 II, III, aVL, V1-V6
369	Электрическое раздражение кардиомиоцитов в норме сопровождается потерей внутриклеточного калия натрия кальция магния
370	При стимуляции правого желудочка асинхронизм между правым и левым желудочками составляет более 0,05 сек составляет более 0,03 сек составляет менее 0,05 сек отсутствуют
371	При электростимуляции проксимальных структур правого желудочка или предсердия сохранена нормальная последовательность распространения волны возбуждения в желудочках наблюдается отсутствие деформации как искусственных, так и спонтанных QRS- комплексов наблюдается аномальная последовательность распространения волны возбуждения в желудочках наблюдается деформация как искусственных, так и спонтанных QRS-комплексов
372	Симптом Шатерье – это St-qR\ Qr – паттерн: при стимуляции при передне-перегородочном инфаркте миокарда у больных с имплантированным ЭКС появление зубца Q поздняя зазубренность восходящей части зубца S: при инфаркте миокарда наличие зазубренности отрицательного искусственного желудочкового комплекса в отведениях V2 – V5 изменение конечной части спонтанного желудочкового комплекса (депрессия сегмента ST и инверсия зубца T) при инфаркте миокарда переднеперегородочной локализации на фоне блокады левой ножки пучку Гиса появление небольшого зубца Q в отведениях I, AVL, V5-V6
373	Признак Каstellаноса (Castellanos) – это St-qR\ Qr – паттерн: при стимуляции при передне-перегородочном инфаркте миокарда у больных с имплантированным ЭКС появление зубца Q поздняя зазубренность восходящей части зубца S: при инфаркте миокарда наличие зазубренности отрицательного искусственного желудочкового комплекса в отведениях V2 – V5 изменение конечной части спонтанного желудочкового комплекса (депрессия сегмента ST и инверсия зубца T) при инфаркте миокарда переднеперегородочной локализации на фоне блокады левой ножки пучку Гиса появление небольшого зубца Q в отведениях I, AVL, V5-V6
374	Признак Кабреры (Cabrera) – это St-qR\ Qr – паттерн: при стимуляции при передне-перегородочном инфаркте миокарда у больных с имплантированным ЭКС появление зубца Q поздняя зазубренность восходящей части зубца S: при инфаркте миокарда наличие зазубренности отрицательного искусственного желудочкового комплекса в отведениях V2 – V5; возможно использование зазубренности положительного искусственного желудочкового комплекса изменение конечной части спонтанного желудочкового комплекса (депрессия сегмента ST и инверсия зубца T)

	при инфаркте миокарда переднеперегородочной локализации на фоне блокады левой ножки пучку Гиса появление небольшого зубца Q в отведениях I, AVL, V5-V6
375	Признак Соди-Полляреса (Sodi-Pallares) – это St-qR\ Qr – паттерн: при стимуляции при передне-перегородочном инфаркте миокарда у больных с имплантированным ЭКС появление зубца Q
	поздняя зазубренность восходящей части зубца S: при инфаркте миокарда наличие зазубренности отрицательного искусственного желудочкового комплекса в отведениях V2 – V5
	изменение конечной части спонтанного желудочкового комплекса (депрессия сегмента ST и инверсия зубца T)
	при инфаркте миокарда переднеперегородочной локализации на фоне блокады левой ножки пучку Гиса появление небольшого зубца Q в отведениях I, AVL, V5-V6
376	Для передне-перегородочного повреждения миокарда характерно появление симптома Кастеланоса и симптома Кабреры в отведениях I, aVL, V5-V6 II, III, aVF, V5-V6 aVR, aVF, V1-V6 II, III, aVL, V1-V6
377	Для нижнего повреждения миокарда характерно появление симптома Кастеланоса и симптома Кабреры в отведениях I, aVL, V5-V6 II, III, aVF, V5-V6 aVR, aVF, V1-V6 II, III, aVL, V1-V6
1	Другие методы диагностики состояния сердца
378	Какие проявления относятся к типичной ишемической реакции при нагрузочных пробах? кодируемая депрессия сегмента ST ангинозные боли нарушения ритма одышка усталость больного
379	Какой уровень артериального давления является основанием для прекращения пробы с физической нагрузкой? 230/130 мм рт. ст. 180/80 мм рт. ст. 200/100 мм рт. ст. 160/90 мм рт. ст. 220/100 мм рт. ст.
380	Какие проявления относятся к неадекватной реакции на физическую нагрузку? "ригидное" нарастание ЧСС ангинозные боли одышка нарушения ритма
381	Пороговая нагрузка – это нагрузка, при которой пациент не может продолжать пробу нагрузка на одну ступень ниже той, на которой пациент закончил пробу нагрузка на одну ступень выше той, на которой пациент закончил пробу нагрузка на две ступени ниже той, на которой пациент закончил пробу нагрузка на две ступени выше той, на которой пациент закончил пробу
382	Какая мощность нагрузки соответствует высокой толерантности к физической нагрузке? 150 Вт 125 Вт 100 Вт

	90 Вт
	110 Вт
383	В каком случае допускается проведение пробы с физической нагрузкой?
	пациент перенес 6 месяцев назад трансмуральный инфаркт миокарда
	у пациента нестабильная стенокардия
	пациент страдает недостаточностью кровообращения III стадии
	пациент перенес 1 месяц назад трансмуральный инфаркт миокарда
384	Критерии положительной ишемической нагрузочной пробы
	развился пароксизм мерцательной аритмии
	развилась горизонтальная депрессия сегмента ST на 1,5 мм
	развилась элевация сегмента ST на 2 мм
	развился типичный ангинозный приступ
385	В каком случае можно говорить о положительном результате пробы с дозированной физической нагрузкой?
	развилась косонисходящая депрессия сегмента ST на 2 мм
	развилась косовосходящая депрессия сегмента ST на 0,5 мм
	развилась горизонтальная депрессия сегмента ST на 0,7 мм
	развилась горизонтальная депрессия сегмента ST на 0,5 мм
	развилась косовосходящая депрессия сегмента ST на 0,7 мм
386	Пациент в возрасте 25 лет закончил пробу на ступени 50 Вт, ЧСС при этом у него была 190 уд/мин. На ЭКГ изменений не отмечалось, жалоб не было. Какое заключение, из приведенных ниже, является правильным?
	проба отрицательная, толерантность к нагрузке низкая
	проба не доведена до диагностических критериев, толерантность к нагрузке средняя
	проба не доведена до диагностических критериев, толерантность к нагрузке низкая
	проба положительная, толерантность к нагрузке средняя
	проба отрицательная, толерантность к нагрузке средняя
387	Субмаксимальная ЧСС составляет от максимальной
	75 %
	85 %
	60 %
	90 %
	95 %
388	У пациента с полной блокадой левой ножки пучка Гиса диагностически значимая величина депрессия сегмента ST при нагрузочном ЭКГ-тестировании составляет
	ишемия не может быть диагностирована при любой величине депрессии сегмента ST
	при депрессии сегмента ST 0,1 мВ (1 мм)
	при депрессии сегмента ST 0,5 мВ (5 мм)
	при депрессии сегмента ST 1 мВ (1 см)
389	Нагрузочная проба может проводиться в случае
	горизонтальной депрессии сегмента ST на 0,5 мм
	возникновения приступа стенокардии
	отказа пациента от дальнейшего проведения пробы
	снижения АД на 25-30%
390	У пациента во время тредмил-теста развилась гипотония до 90/50 мм рт. ст., пресинкопальное состояние. Действия врача -
	прекратить тест, уложить пациента, контролировать АД и ЧСС
	снизить скорость дорожки, продолжить ходьбу под контролем уровня АД и ЧСС
	прекратить тест, посадить пациента, контролировать АД, ЧСС, ЭКГ
	продолжить тест, увеличить скорость дорожки для повышения АД

391	Если у пациента во время пробы с физической нагрузкой развилась горизонтальная депрессия сегмента ST на 1,5 мм, то врач должен
	прекратить пробу
	прекратить пробу, а после возвращения ST на изолинию продолжить пробу
	продолжить пробу, пока не появится боль за грудиной
	продолжить пробу, пока не появятся нарушения проводимости
392	К неадекватной реакции на нагрузку относят
	падение АД
	ангинозные боли
	приступ удушья
	нежелание продолжать исследование
393	Пациент в возрасте 25 лет закончил пробу с физической нагрузкой на ступени 50 Вт, ЧСС при этом была 190 в 1 минуту, на ЭКГ изменений не отмечалось, жалоб не было. Какое заключение верно?
	проба отрицательная, толерантность к нагрузке низкая
	проба не доведена до диагностических критериев, толерантность к нагрузке средняя
	проба не доведена до диагностических критериев, толерантность к нагрузке низкая
	проба положительная, толерантность к нагрузке средняя
394	Нагрузочное ЭКГ тестирование имеет право проводить
	врач с опытом работы более 2 лет и врач-стажер
	врач с опытом работы более 3 лет и медицинская сестра
	врач с опытом работы более 5 лет без медицинской сестры
	врач-стажер и медицинская сестра
395	Необходимое оборудование в кабинете для проведения нагрузочного тестирования
	кушетка
	дефибриллятор
	автоматический измеритель АД
	кондиционер
396	Проба с физической нагрузкой продолжается при следующих нарушениях ритма
	частая предсердная экстрасистолия (две за 30 сек)
	пароксизм мерцательной аритмии
	желудочковая тахикардия
	единичная желудочковая экстрасистолия
	единичная предсердная экстрасистолия
397	Метод Холтеровского мониторирования ЭКГ мало информативен для диагностики
	внутрижелудочковых блокад
	сино-атриальной блокады II степени 2 типа
	желудочковой экстрасистолии высоких градаций
	сино-атриальной блокады III степени
	наджелудочковых тахикардий
398	Метод Холтеровского мониторирования ЭКГ при ишемической болезни сердца чаще регистрирует
	безболевою ишемию миокарда (БИМ)
	болевою ишемию миокарда
	желудочковую экстрасистолию
	предсердную экстрасистолию
	внутрижелудочковые блокады
399	Антиаритмическая терапия считается эффективной по результатам повторного Холтеровского ЭКГ - мониторирования (ХМ)
	при снижении количества желудочковых монотопных экстрасистол на 50 % и более
	при снижении количества желудочковых монотопных экстрасистол на 30 %
	при снижении количества желудочковых монотопных экстрасистол на 40 %

	при снижении количества желудочковых монотопных экстрасистол на 60 %
400	Проведение Холтеровского мониторирования (ХМ) оправдано в оценке эффективности проводимой терапии
	гипотензивными средствами
	антиаритмическими препаратами
	антиангинальными препаратами
	ноотропными средствами
	препаратами, улучшающими метаболизм миокарда
401	Антиангинальная терапия считается эффективной по результатам Холтеровского ЭКГ - мониторирования
	при снижении количества эпизодов ишемии миокарда более чем в два раза
	при снижении количества эпизодов ишемии миокарда до 50%
	при снижении количества эпизодов ишемии миокарда до 30%
	при снижении количества эпизодов ишемии миокарда до 40%
	при снижении количества эпизодов ишемии миокарда до 60%
402	Ишемическим эпизодом считается регистрация при ХМ депрессии сегмента ST
	продолжительностью свыше 1 мин и более и равной 1 мм и более на уровне J+0,08 с
	продолжительностью свыше 15 сек и равной 1 мм и более на уровне J+0,08 с
	продолжительностью свыше 30 сек и равной 1 мм и более на уровне J+0,08 с
	продолжительностью не менее 2 мин
403	При оценке динамики сегмента ST наиболее информативной является запись, выполненная с помощью
	12-канального монитора
	двухканального монитора
	шестиканального монитора
	трехканального монитора
404	Минимальная ЧСС при холтеровском мониторировании регистрируется преимущественно
	во второй половине ночи
	в первой половине ночи
	в утренние часы
	в вечерние часы
405	Для вагусной элевации сегмента ST при холтеровском мониторировании ЭКГ характерно ее появление
	только в ночное время
	только в дневное время
	в дневное и ночное время
	в ночное время с чередованием эпизодов депрессии сегмента ST
406	Холтеровское мониторирование с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта проводится с целью
	выявления пароксизмальных аритмий
	определения типа синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта
	определения постоянства синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта
	оценки функционирующего дополнительного пути проведения
407	Показаниями к проведению холтеровского мониторирования ЭКГ являются
	оценка эффективности антиаритмической терапии
	оценка циклической variability синусового ритма у больных
	оценка эффективности антигипертензивной терапии
	оценка эффективности антикоагулянтной терапии
408	Во время мониторирования ЭКГ врач должен предупредить больного о необходимости вести дневник с указанием времени активности и отдыха

	при отсутствии противопоказаний расширить двигательный режим – прогулка в ускоренном темпе, подъем по лестнице
	ограничить двигательную активность, чтобы не повредить носимый регистратор
	избегать эмоциональных нагрузок
409	Какие изменения при мониторинговании ЭКГ могут выявляться у пациентов молодого возраста при отсутствии органической патологии сердечно-сосудистой системы?
	дыхательная аритмия
	миграция водителя ритма по предсердиям
	синусовая брадикардия с ЧСС до 40 уд/мин во время сна
	АВ-блокада II степени, Мобитц II
410	При установке СМАД важен правильный индивидуальный подбор манжеты в соответствии с размером плеча – раздуваемая часть манжеты должна охватывать
	не менее 60% окружности руки
	не менее 70% окружности руки
	не менее 80% окружности руки
	не менее 90% окружности руки
	100% окружности руки
411	Рекомендуемые интервалы между измерениями при проведении СМАД
	15 минут в дневные часы и 30 минут ночью
	20 минут в дневные часы и 40 минут ночью
	10 минут в дневные часы и 20 минут ночью
	20 минут в дневные часы и 40 минут ночью
	30 минут в дневные часы и 60 минут ночью
412	Оптимальное значение суточного индекса
	10 – 20 %
	0 – 20 %
	20 – 30 %
	15 – 20 %
	15 – 30 %
413	Индекс времени считается нормальным, если его значение
	менее 15 %
	менее 10 %
	менее 20 %
	менее 25 %
	менее 30 %
414	Индекс времени считается повышенным, если его значение
	более 30 %
	более 20 %
	более 25 %
	более 35 %
	более 40 %
415	Суточный индекс (СИ) АД рассчитывается по формуле
	Суточный индекс (СИ)=100%х (АДд-АДн)/АДд, где АДд – среднее АД в период бодрствования, АДн – среднее АД в период сна
	Суточный индекс (СИ)=100%х (АДд-АДн)/АДн, где АДд – среднее АД в период бодрствования, АДн – среднее АД в период сна
	Суточный индекс (СИ)=100%х (АДн-АДд)/АДд, где АДд – среднее АД в период бодрствования, АДн – среднее АД в период сна
	Суточный индекс (СИ)=100%х (АДн-АДд)/АДн, где АДд – среднее АД в период бодрствования, АДн – среднее АД в период сна
416	Профиль АД «диппер» подразумевает
	значение суточного индекса 10-20%

	значение суточного индекса 0-10%
	значение суточного индекса менее 0
	значение суточного индекса более 20%
417	Профиль АД «нон-диппер» подразумевает
	значение суточного индекса 0-10%
	значение суточного индекса 10-20%
	значение суточного индекса менее 0
	значение суточного индекса более 20%
418	Профиль АД «овер-диппер» подразумевает
	значение суточного индекса более 20%
	значение суточного индекса 10-20%
	значение суточного индекса 0-10%
	значение суточного индекса менее 0
419	Профиль АД «найт-пикер» подразумевает
	значение суточного индекса менее 0
	значение суточного индекса 10-20%
	значение суточного индекса 0-10%
	значение суточного индекса более 20%
420	Изолированной систолической артериальной гипертензии соответствует
	систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД < 90 мм рт. ст.
	систолическое АД 140-180 мм рт.ст. и/или диастолическое АД < 90 мм рт. ст.
	систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД < 100 мм рт. ст.
	систолическое АД ≥ 150 мм рт.ст. и/или диастолическое АД < 80 мм рт. ст.
421	К клиническим показаниям к проведению СМАД относятся
	обморочные состояния
	выявление ночной артериальной гипертензии
	выявление ночной артериальной гипотензии
	резистентная к медикаментозному лечению артериальная гипертензия
422	Рекомендуемые градации артериального давления на основании СМАД для оптимального АД
	$< 130/80$ (бодрствование), $< 115/65$ (сон)
	$< 135/85$ (бодрствование), $< 120/70$ (сон)
	$< 140/90$ (бодрствование), $< 125/75$ (сон)
	$< 140/00$ (бодрствование), $< 115/65$ (сон)
423	Рекомендуемые градации артериального давления на основании СМАД для нормального АД
	$< 135/85$ (бодрствование), $< 120/70$ (сон)
	$< 130/80$ (бодрствование), $< 115/65$ (сон)
	$< 140/90$ (бодрствование), $< 125/75$ (сон)
	$< 140/00$ (бодрствование), $< 115/65$ (сон)
424	Индекс времени нагрузки давлением – это
	процент времени, в течение которого АД превышает пороговый уровень
	процент измерений от их общего количества, при которых величины АД выходят за пороговый уровень
	площадь фигуры, ограниченной сверху кривой АД, снизу – линией пороговых значений АД
	среднеквадратическое отклонение значений АД (систолического и диастолического) от среднего
425	О рефрактерности артериальной гипертензии по результатам суточного мониторингирования артериального давления указывает реакция
	non dippers

	dippers
	night peakers
	over dippers
426	При проведении СМАД должны выполняться требования
	проводится на «нерабочей» руке, если нет асимметрии АД на руках (разница в уровнях САД менее 10 мм рт.ст., ДАД менее 5 мм рт.ст.)
	если разница в уровнях САД ≥ 10 мм рт. ст. используется рука, на которой давление выше
	если разница в уровнях САД ≥ 10 мм рт. ст. используется рука, на которой давление ниже
	АД регистрируется 12 часов на правой руке и 12 часов – на левой руке
1	Ультразвуковое исследование сердца и сосудов
427	Среднее значение нормальной толщины межжелудочковой перегородки у взрослых
	9 мм
	5 мм
	11 мм
	13 мм
428	Среднее значение нормальной скорости кровотока на уровне аортального клапана у взрослых
	123 см/сек
	85 см/сек
	100 см/сек
	147 см/сек
429	Показатель фракции выброса при дилатационной кардиомиопатии равен
	менее 50%
	70%
	50%
	30%
	более 50%
430	Толщина стенки миокарда левого желудочка у больных с дилатационной кардиомиопатией
	уменьшена или нормальная
	увеличена
	увеличена или нормальная
	уменьшена
431	Эхографическая идентификация левого и правого предсердия проводится
	по магистральным венам
	по амплитуде движения стенок камер сердца
	по размерам полостей камер сердца
	по толщины стенок желудочков
432	Эффект «спонтанного контрастирования» левого желудочка является маркером
	стагнации крови
	артефактных изменений
	дефекта межжелудочковой перегородки
	аортальной регургитации
433	В каком диапазоне тканевая доплерография позволяет измерить скорости движения?
	5 – 20 см/сек
	0,1 – 4 см/сек
	20 - 30 см/сек
	35 - 50 см/сек
434	Какая правильная последовательность применения доплеровских режимов при исследовании клапанной патологии (цветовое доплеровское картирование – 1,

	импульсно-волновой доплеровский режим – 2, постоянно-волновой доплеровский режим – 3)?
	1, 2, 3
	3, 2, 1
	3, 1, 2
	2, 3, 1
435	Какая верхняя граница нормы индекса массы миокарда левого желудочка у женщин?
	95 г/м ²
	90 г/м ²
	100 г/м ²
	115 г/м ²
436	Какая верхняя граница нормы индекса массы миокарда левого желудочка у мужчин?
	115 г/м ²
	95 г/м ²
	100 г/м ²
	125 г/м ²
437	Наиболее точным методом определения объема левого желудочка с помощью трансторакальной эхокардиографии является
	метод трехмерной визуализации
	метод Симпсона
	формула Тейхольца
	метод однопланового эллипса
438	Основным признаком пролапса митрального клапана является
	прогиб створки митрального клапана в систолу на 2 мм и более в парастернальной позиции по длинной оси сердца
	систолический поток под створками митрального клапана в полости левого предсердия
	кальцинат на створке или фиброзном кольце митрального клапана
	дилатация левого предсердия и левого желудочка
439	Наличие дополнительных хорд в левом желудочке при отсутствии нарушений со стороны клапанного аппарата и клинической симптоматики является
	малой аномалией сердца
	вариантом возрастных изменений
	врожденным пороком сердца
	признаком некомпактного миокарда
440	Преимуществом какого доплеровского режима является возможность точного определения высоких скоростей кровотока
	постоянно-волнового
	импульсно – волнового
	цветового энергетического
	цветового скоростного
441	Через какое окно осуществляется определение кровотока в базальной вене Розенталя?
	височное
	субмандибулярное
	субокципитальное
	трансорбитальное
442	Количественной мерой турбулентности потока является
	число Рейнольдса
	плотность крови
	индекс Пурселло-Гослинга
	индекс резистивности

443	При Допплер-ЭХО кардиографии продолжительность физиологической диастолы измеряют как время от щелчка _____ клапана до щелчка _____ клапана
	закрытия аортального ... закрытия митрального
	открытия митрального ... закрытия аортального
	открытия аортального ... закрытия аортального
	открытия митрального ... открытия аортального
444	При Допплер-ЭХО кардиографии продолжительность физиологической систолы измеряют как время от щелчка _____ клапана до щелчка _____ клапана
	закрытия митрального ... закрытия аортального
	открытия митрального ... закрытия аортального
	открытия аортального ... закрытия аортального
	открытия митрального ... открытия аортального
445	При Допплер-ЭХО кардиографии время изоволюметрического расслабления левого желудочка измеряют как время от щелчка _____ клапана до щелчка _____ клапана
	закрытия аортального ... открытия митрального
	закрытия митрального ... открытия аортального
	открытия аортального ... закрытия аортального
	открытия митрального ... закрытия митрального
446	При Допплер-ЭХО кардиографии время изоволюметрического сокращения левого желудочка измеряют как время от щелчка _____ клапана до щелчка _____ клапана
	закрытия митрального ... открытия аортального
	закрытия аортального ... открытия митрального
	открытия аортального ... закрытия аортального
	открытия митрального ... закрытия митрального
447	Для оценки диастолической функции левого желудочка в режиме импульсно - волнового доплеровского режима анализируют кровотоки
	диастолический трансмитральный
	в выносящем тракте левого желудочка
	в выносящем тракте правого желудочка
	диастолический транстрикуспидальный
448	При исследовании диастолической функции левого желудочка используют
	апикальный доступ
	левый парастернальный доступ по длинной оси
	левый парастернальный доступ по короткой оси
	эпигастральный доступ
449	Наилучшая визуализация отделов сердца достигается при положении пациента
	лежа на левом боку
	лежа на правом боку
	лежа на спине, руки под головой
	сидя, руки за головой
450	Для визуализации нижней полой вены в месте впадения в правое предсердие используют
	субкостальный доступ
	левый парастернальный доступ по длинной оси
	левый парастернальный доступ по короткой оси
	апикальный доступ, 4-х камерную позицию
451	Трансмитральный градиент давления можно оценить при использовании
	постоянноволнового доплера
	тканевого доплеровского картирования
	цветного доплеровского картирования по скорости
	цветного доплеровского картирования по энергии

452	Фракция выброса вычисляется как отношение (КДО - КСО) / КДО (КДО - КСО) / $\frac{1}{2}$ (КДО+КСО) (КДО - КСО) / (КДО+КСО) (КДР - КСР) / (КДР+КСР)
453	Отношение внутреннего диаметра аорты к размеру левого предсердия в М-режиме в норме близко к 1:1 менее чем 1:2 более чем 2:1 индивидуально для каждого человека
454	Преимуществом импульсного доплеровского режима перед постоянноволновым является точная оценка скорости кровотока в ограниченной зоне точная оценка высокоскоростных турбулентных потоков точный расчет скорости кровотока и градиента давления на клапанах сердца отсутствие необходимости параллельного расположения оси луча по отношению к оси потока
455	Для расчета величины градиента давления на клапанах применяют постоянноволновой доплер импульснноволновой доплер тканевое доплеровское картирование цветное доплеровское картирование по скорости
456	Для наилучшей локации потока в легочной артерии используют парастернальный доступ по короткой оси парастернальный доступ по длинной оси правого желудочка 4-х камерную позицию апикального доступа 2-х камерную позицию апикального доступа
457	В норме просвет нижней полой вены на глубоком вдохе уменьшается более чем на 50% уменьшается более чем на 20-30% увеличивается более чем на 50% увеличивается более чем на 20-30%
458	В норме при Стресс-ЭХО кардиографии у молодых людей отмечается увеличение ударного объема уменьшение ударного объема увеличение конечного систолического объема появление зон асинергии левого желудочка
459	Какое соотношение размеров камер сердца наблюдается из апикального доступа в норме? размеры левого и правого предсердий примерно равны размеры левого и правого желудочков примерно равны верхушка сердца образуется только правым желудочком левое предсердие приблизительно в 2 раза больше правого
460	Переднезадний размер правого желудочка в М-режиме из левого парастернального доступа в норме составляет менее 30 мм от 15 до 20 мм от 30 до 45 мм от 20 до 40 мм
461	В норме площадь митрального отверстия составляет

	4-6 см ²
	2-3 см ²
	2-4 см ²
	7-8 см ²
462	В норме давление в правом предсердии составляет
	<5 мм рт. ст.
	5-10 мм рт. ст.
	5-15 мм рт. ст.
	10-15 мм рт. ст.
463	Систолическое давление в легочной артерии в норме составляет
	20-35 мм рт. ст.
	10-20 мм рт. ст.
	35-45 мм рт. ст.
	45-55 мм рт. ст.
464	Нормальное расхождение аортальных створок
	1,5 – 2,0 см
	0,5 – 1,0 см
	0,7 – 1,0 см
	1,0 – 1,5 см
465	Толщина межжелудочковой перегородки у мужчин в норме составляет
	0,6 - 1,0 см
	1,6 - 1,9 см
	1,3 – 1,5 см
	0,5 – 0,7 см
466	Толщина задней стенки левого желудочка у мужчин в норме составляет
	0,6 – 1,0 см
	0,5 – 0,7 см
	1,3 – 1,5 см
	1,6 - 1,9 см
467	Какой датчик используется для трансторакального ультразвукового исследования сердца взрослого человека?
	секторный (частота 2,4-5,0 МГц)
	конвексный (частота 3,5-5,0 МГц)
	линейный (частота 7,5-10,0 МГц)
	чреспищеводный датчик (частота 3-8,0 МГц)
468	Индекс массы миокарда в норме у женщин
	43 - 95 г/м ²
	менее 100 г/м ²
	более 95 г/м ²
	50 - 105 г/м ²
469	Толщина задней стенки левого желудочка у женщин в норме составляет
	0,6 - 0,9 см
	0,6 - 1,0 см
	1,1 - 1,3 см
	1,1 - 1,5 см
470	Толщина межжелудочковой перегородки у женщин в норме составляет
	0,6 - 0,9 см
	0,6 - 1,0 см
	1,1 - 1,3 см
	1,1 - 1,5 см

471	В норме в парастернальной позиции по короткой оси на уровне клапанного кольца аорты видны
	равномерно развитые три створки
	равномерно развитые четыре створки
	асимметричные по размеру две створки
	эксцентрично сомкнутые три створки
472	Какие анатомические структуры сердца исследуются из супрастернального доступа?
	восходящий отдел аорты, дуга аорты
	левый желудочек и левое предсердие
	трикуспидальный и легочный клапаны
	правый желудочек и правое предсердие
473	Индекс массы миокарда в норме у мужчин
	49 - 115 г/м ²
	менее 100 г/м ²
	более 115 г/м ²
	100 – 120 г/м ²
474	Какие критерии соответствуют небольшой степени аортальной регургитации?
	(Vena contracta) VC (мм) <3; (время полуспада) PHT (мсек)>500; (эффективная площадь отверстия регургитации) EROA (кв. мм) <10; (объем регургитации) Reg Volume (мл/мин) <30
	VC (мм) 3-6; PHT (мсек)200-500; EROA (кв. мм) 10-19; Reg Volume (мл/мин) 30-44
	VC (мм) 3-6; PHT (мсек) 200-500; EROA (кв. мм) 20-29; Reg Volume (мл/мин) 45-59
	VC (мм) ≥ 6; PHT (мсек)<200; EROA (кв. мм)≥30; Reg Volume (мл/мин)≥60
475	Аортальная регургитация от небольшой до умеренной степени характеризуется следующими критериями?
	(Vena contracta) VC (мм) <3; (время полуспада) PHT (мсек)>500; (эффективная площадь отверстия регургитации) EROA (кв. мм) <10; (объем регургитации) Reg Volume (мл/мин) <30
	VC (мм) 3-6; PHT (мсек)200-500; EROA (кв. мм) 10-19; Reg Volume (мл/мин) 30-44
	VC (мм) 3-6; PHT (мсек) 200-500; EROA (кв. мм) 20-29; Reg Volume (мл/мин) 45-59
	VC (мм) ≥ 6; PHT (мсек)<200; EROA (кв. мм)≥30; Reg Volume (мл/мин)≥60
476	Аортальная регургитация от умеренной до тяжелой степени характеризуется следующими критериями?
	(Vena contracta) VC (мм) <3; (время полуспада) PHT (мсек)>500; (эффективная площадь отверстия регургитации) EROA (кв. мм) <10; (объем регургитации) Reg Volume (мл/мин) <30
	VC (мм) 3-6; PHT (мсек)200-500; EROA (кв. мм) 10-19; Reg Volume (мл/мин) 30-44
	VC (мм) 3-6; PHT (мсек) 200-500; EROA (кв. мм) 20-29; Reg Volume (мл/мин) 45-59
	VC (мм) ≥ 6; PHT (мсек)<200; EROA (кв. мм)≥30; Reg Volume (мл/мин)≥60
477	Какие критерии соответствуют тяжелой степени аортальной регургитации?
	(Vena contracta) VC (мм) <3; (время полуспада) PHT (мсек)>500; (эффективная площадь отверстия регургитации) EROA (кв. мм) <10; (объем регургитации) Reg Volume (мл/мин) <30
	VC (мм) 3-6; PHT (мсек)200-500; EROA (кв. мм) 10-19; Reg Volume (мл/мин) 30-44
	VC (мм) 3-6; PHT (мсек) 200-500; EROA (кв. мм) 20-29; Reg Volume (мл/мин) 45-59
	VC (мм) ≥ 6; PHT (мсек)<200; EROA (кв. мм)≥30; Reg Volume (мл/мин)≥60
478	Диастолический высокотурбулентный поток в правом желудочке над створками трикуспидального клапана возникает
	при трикуспидальном стенозе
	при митральном стенозе
	при митральной недостаточности
	при трикуспидальной недостаточности

479	Характерным признаком дефекта межпредсердной перегородки, неосложненного легочной гипертензии, по данным цветового доплеровского картирования является
	сброс слева-направо
	сброс справа-налево
	ускорение митрального кровотока
	ускорение аортального кровотока
480	«Парусение» (диастолический прогиб) передней створки митрального клапана и ограничение ее подвижности характерны
	для митрального стеноза
	для аортального стеноза
	для пролапса митрального клапана
	для митральной недостаточности
481	При митральном стенозе при доплеровском исследовании трансмитрального потока выявляют
	увеличение градиента потока
	нарушение диастолической функции левого желудочка
	нарушение соотношения пика Е и пика А
	наличие потока митральной регургитации
482	Достоверным признаком недостаточности трикуспидального клапана является
	систолический трикуспидальный поток до середины правого предсердия
	дилатация правого предсердия, нижней полой вены и правого желудочка
	уплотнение и кальциноз створок и фиброзного кольца трикуспидального клапана
	слоистое «эхо» в систолу на створках трикуспидального клапана в М-режиме
483	Заболевание, при котором выявляются вегетации на клапанах сердца
	эндокардит
	миксома левого предсердия
	кардиомиопатия
	ишемическая болезнь сердца
484	Наиболее ранняя локализация выпота в перикарде, выявляемая в М- и В- режиме в виде сепарации листков перикарда, имеет место в области
	задней стенки левого желудочка
	передней стенки правого желудочка
	задней стенки левого предсердия
	верхушечных отделов левого желудочка
485	Наиболее ранняя локализация выпота в перикарде, выявляемая в М- и В- режиме в виде сепарации листков перикарда, имеет место в области
	задней стенки левого желудочка
	передней стенки правого желудочка
	задней стенки левого предсердия
	верхушечных отделов левого желудочка
486	Характерным признаком митрального стеноза в М-режиме является
	однонаправленное движение створок митрального клапана
	систолическая сепарация створок левого атрио-вентрикулярного клапана
	увеличение амплитуды максимального диастолического открытия створок
	увеличение скорости раннего диастолического прикрытия клапана
487	Какое изменение трансмитрального потока наблюдается при умеренном митральном стенозе?
	возрастание скорости потока в фазу наполнения левого желудочка
	уменьшение скорости потока в стадию ранней диастолы и в систолу левого предсердия
	уменьшение скорости потока в стадию ранней диастолы и увеличение в систолу левого предсердия
	появление высокоскоростного турбулентного кровотока в фазу систолы

488	Главным признаком митрального стеноза по данным эхокардиографии является уменьшение площади митрального отверстия уменьшение конечного диастолического размера левого желудочка увеличение размеров левого желудочка и левого предсердия увеличение размеров левого предсердия и правого желудочка
489	Допплеровское исследование трансмитрального кровотока при митральной недостаточности выявляет высокоскоростной поток в систолу только в стадию ранней диастолы только в систолу левого предсердия в течение всей диастолы
490	При стенозе устья аорты наиболее часто наблюдается гипертрофия левого желудочка увеличение диастолического и систолического размеров левого желудочка увеличение размеров левого предсердия пролабирование створок аортального клапана
491	Признаком аортального (клапанного) стеноза в М-режиме является снижение величины раскрытия аортального клапана диастолическая сепарация створок аортального клапана трепетание створок аортального клапана в систолу и диастолу диастолический флаттер на передней створке митрального клапана
492	Допплерографической особенностью трансаортального потока при аортальном (клапанном) стенозе является ускорение в систолу на уровне клапана и над ним ускорение в течение всего сердечного цикла: в стадию систолы и в стадию диастолы ускорение в стадию систолы в выходном тракте левого желудочка уменьшение времени изгнания крови из левого желудочка в аорту
493	При тяжелой аортальной (клапанной) недостаточности наблюдается увеличение размеров левого желудочка симметричная гипертрофия и уменьшение объема левого желудочка уменьшение степени раскрытия аортального клапана изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки
494	Причиной передне-систолического движения передней створки митрального клапана к межжелудочковой перегородке является обструкция выносящего тракта левого желудочка гемодинамически значимая аортальная регургитация комбинированный митральный стеноз и недостаточность пролапс передней створки митрального клапана
495	Эксцентричное смыкание створок аортального клапана в диастоле является следствием двустворчатого аортального клапана бактериального эндокардита расслоения восходящего отдела аорты выраженной аортальной недостаточности
496	При гипертрофической кардиомиопатии с высоким риском развития обструкции выносящего тракта левого желудочка асимметричная гипертрофия миокарда локализуется в области базального отдела межжелудочковой перегородки (МЖП) средней трети межжелудочковой перегородки верхушки левого желудочка переднелатеральной и заднемедиальной папиллярной мышцы

497	Наиболее характерными эхографическими признаками вегетаций аортального клапана являются
	нежные подвижные образования, пролабирующие в левый желудочек
	крупные плотные образования, не нарушающие подвижность створок
	плотные структуры на створках с акустической тенью, ограничивающие подвижность створок
	образования без акустической тени в области фиброзного кольца и стенок аорты
498	Какое сочетание эхокардиографических признаков может свидетельствовать о дилатационной кардиомиопатии?
	дилатация всех камер сердца и диффузная гипокинезия стенок
	дилатация левого желудочка и региональная гипокинезия межжелудочковой перегородки
	дилатация правого желудочка с парадоксальным движением межжелудочковой перегородки
	изолированная дилатация левого и правого предсердия с сохраненной систолической функцией желудочков
499	Какой вид нарушения локальной сократимости встречается в зоне обширной аневризмы левого желудочка?
	дискинезия
	гиперкинезия
	акинезия
	гипокинезия
500	Прямым Допплер-ЭХО графическим признаком функционирующего открытого Боталлова протока является наличие
	систолюдиастолического потока в просвете легочной артерии
	дополнительного диастолического потока в восходящем отделе аорты
	турбулентный систолический поток на уровне аортального клапана
	кровоток шунта слева направо через дефект межжелудочковой перегородки
501	Скорости и амплитуды движения какой структуры сердца позволяют оценить глобальную сократимость правого желудочка в М- режиме и методом импульсно-волновой тканевой доплерографии?
	фиброзного кольца трикуспидального клапана
	средне-базального отдела межжелудочковой перегородки
	средне- базального отдела передней стенки правого желудочка
	модераторного пучка в полости правого желудочка
502	Какая область сердца является наиболее частым местом локализации метастазов опухолей других органов?
	перикард
	клапаны сердца
	папиллярные мышцы
	дополнительные хорды
503	Определите степень тяжести аортального стеноза, если максимальный трансортальный градиент давления 50 мм рт.ст. и площадь аортального отверстия 0,8 см ²
	тяжелая
	мягкая
	умеренная
	среднетяжелая
504	Причиной гипертрофической кардиомиопатии является
	генетическая мутация
	бактериальное поражение миокарда
	артериальная гипертензия
	вирусное поражения миокарда
505	Какая группа признаков соответствует картине истинной аневризмы в области верхушки миокарда левого желудочка?

	расширение верхушки с тонкой, плотной, несокращающейся стенкой
	утолщение стенки в месте поражения, уплотнение и снижение амплитуды движения,
	разрыв свободной стенки с переходом в мешковидное выпячивание перикарда
	отсутствие систолического утолщения и движения стенки в полость левого желудочка
506	Выявление пяти-шести В-линий в передних и латеральных зонах при трансторакальной ЭХО кардиографии является признаком
	отека легких
	пневмоторакса
	хронической обструктивной болезни легких
	физиологических ультразвуковых артефактов от ребер
507	Что представляет собой эхографический артефакт, который является В-линиями при трансторакальной ЭХОграфии?
	хвост кометы
	акустическую тень
	дистальное усиление
	боковой лепесток
508	Главной количественной характеристикой стеноза периферической артерии является
	степень стеноза (%) просвета сосуда
	распространенность поражения
	характер поражения
	изменение линейной скорости кровотока
509	На участке окклюзирующего тромба сигнал кровотока
	отсутствует
	регистрируется в антероградном направлении
	регистрируется в ретроградном направлении
	регистрируется при пробе Вальсальвы
510	В какой артерии чаще локализуются кальцинированные атеросклеротические бляшки?
	бедренной
	наружной сонной
	позвоночной
	глазничной
511	Гемодинамическая значимость стеноза сосуда определяется
	уровнем перфузионного давления
	степенью закрытия просвета сосуда (остаточный просвет)
	выраженностью коллатерального кровообращения
	выраженностью изъязвления бляшки
	изменением скорости линейного кровотока
512	Гемодинамически значимое поражение устья какой артерии является причиной СТИЛ-синдрома
	подключичной
	позвоночной
	плечевой
	основной
513	Опухоль сердца дифференцируют
	с модераторным пучком
	с папиллярной мышцей
	с трабекулой митрального клапана
	с гребенчатой мышцей предсердия
514	В полости левого предсердия чаще встречается
	миксома
	папиллома

	саркома
	лимфома
515	Небольшой объем жидкости в полости перикарда составляет
	до 100 мл
	до 300 мл
	до 500 мл
	до 1200 мл
516	Средний объем жидкости в полости перикарда составляет
	до 100 мл
	до 300 мл
	до 500 мл
	до 1200 мл
517	Коллабирование правого предсердия в диастолу при экссудативном перикардите служит признаком
	тампонады сердца
	тромбоэмболии легочной артерии
	аритмогенной дисплазии правого желудочка
	инфаркта правого желудочка
518	Главным признаком констриктивного перикардита является
	утолщение и кальцификация листков перикарда
	истончение и уплотнение листков перикарда
	отсутствие расхождения листков перикарда
	наличие жидкости в полости перикарда
519	Изолированная дилатация правых камер сердца без патологического сброса крови слева направо может быть признаком
	высокой легочной гипертензии
	констриктивного перикардита
	жидкости в полости перикарда
	хронической тампонады сердца
520	Что понимают под коарктацией аорты?
	врожденное сужение аорты
	мембрана в восходящем отделе аорты
	мембрана в выносящем тракте левого желудочка
	двухстворчатый аортальный клапан
521	Какой вариант патологической регургитации можно встретить у больного с двухстворчатым аортальным клапаном?
	аортальную
	легочную
	митральную
	трикуспидальную
522	Дилатация какого/каких отделов сердечно-сосудистой системы наблюдается при аритмогенной дисплазии правого желудочка?
	правых камер сердца
	левых камер сердца
	аорты в восходящем грудном отделе
	аорты в брюшном отделе
523	Дилатация какого/каких отделов сердечно-сосудистой системы наблюдается при врожденном отсутствии перикарда?
	правых камер сердца
	левых камер сердца
	аорты в восходящем грудном отделе

	аорты в брюшном отделе
524	Дилатация какого/каких отделов сердечно-сосудистой системы наблюдается у большинства больных, перенесших перикардэктомия вследствие перенесенного констриктивного перикардита?
	правых камер сердца
	левых камер сердца
	аорты в восходящем грудном отделе
	аорты в брюшном отделе
525	Дилатация какого/каких отделов сердечно-сосудистой системы наблюдается у больных с рецидивирующей тромбозомболией в систему легочной артерии?
	правых камер сердца
	левых камер сердца
	аорты в восходящем грудном отделе
	аорты в брюшном отделе
526	Доступ, из которого выполняется исследование у пациентов с эмфиземой легких
	субкостальный
	левый парастернальный
	супрастернальный
	правый парастернальный
527	Критерием гипертрофии левого желудочка является
	индекс массы миокарда более 115 г/м ² (у мужчин), более 95 г/м ² (у женщин)
	толщина межжелудочковой перегородки более 11 мм (у мужчин), более 10 мм (у женщин)
	толщина межжелудочковой перегородки более 10 мм и толщина задней стенки левого желудочка более 10 мм
	масса миокарда левого желудочка более 150 г (у мужчин), более 100 г (у женщин)
528	Дилатация правых отделов сердца характерна
	для карциноидного синдрома
	для кардиомиопатии Такоцубо
	для аортальной недостаточности
	для подклапанного аортального стеноза
529	В случае умеренного митрального стеноза площадь митрального отверстия составляет
	1-1,5 см ²
	менее 1 см ²
	2-2,5 см ²
	2,5-3 см ²
530	Наиболее точным критерием оценки степени стеноза аортального клапана является
	градиент давления на аортальном клапане
	величина расхождения створок аортального клапана в М-режиме
	толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка
	степень утолщения аортальных створок в М-режиме
531	Наиболее точным критерием оценки степени недостаточности аортального клапана являются
	EROA (эффективная площадь отверстия регургитации); объем регургитации RVol; VC (Vena contracta) и PHT (время полуспада давления)
	степень дилатации левого желудочка (по величине диастолического объема)
	скорость аортальной регургитации (в режиме постоянно волнового Допплера)
	дальность распространения струи аортальной регургитации в полость левого желудочка (в режиме импульсно-волнового Допплера)
532	Ишемическая болезнь сердца диагностируется при Стресс-ЭХО кардиографии в случае
	появления зон гипокинезии
	ухудшения диастолической функции левого желудочка

	возрастания фракции выброса менее чем на 10%
	возникновения парадоксального движения межжелудочковой перегородки
533	Митральный порок с преобладанием стеноза характеризуется
	турбулентным трансмитральным потоком
	наличием систолического шума на верхушке
	разнонаправленным движением митральных створок
	гипертрофией и дилатацией левого желудочка
534	Критерием гипертрофии правого желудочка является
	толщина передней стенки правого желудочка более 5 мм
	толщина передней стенки правого желудочка более 10 мм
	трикуспидальная и/или легочная регургитация более 2 степени
	величина переднезаднего размера правого желудочка в М-режиме более 30 мм
535	Для оценки митральной регургитации контрольный объем устанавливается
	в левом предсердии
	в выходном тракте левого желудочка
	в центральной части левого желудочка
	в левом желудочке под митральными створками
536	У наркоманов следует особое внимание обратить на состояние
	створок трикуспидального клапана
	митрального клапана со стороны левого предсердия
	митрального клапана со стороны левого желудочка
	митрального и аортального клапанов
537	У больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, при
	эхокардиографии необходим поиск
	тромбов в левом предсердии
	зон нарушения локальной сократимости
	дилатации полостей предсердий
	жидкости в полости перикарда
538	Для митрального стеноза характерна
	дилатация левого предсердия
	выраженная дилатация левого желудочка
	гипертрофия левого желудочка
	иррадиация систолического шума под левую лопатку
539	Для митральной недостаточности характерен
	поток регургитации из левого желудочка в левое предсердие в фазу систолы желудочков
	турбулентный диастолический трансмитральный поток
	диастолический шум на основании сердца, проводящийся в точку Боткина-Эрба и на верхушку
	систолический шум над всей поверхностью сердца, проводящийся на сосуды шеи
540	Для стеноза аортального клапана характерен
	турбулентный систолический трансаортальный поток
	турбулентный диастолический трансаортальный поток
	систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область
	диастолический шум на основании сердца, проводящийся в точку Боткина-Эрба и на верхушку
541	Для недостаточности аортального клапана характерен
	диастолический поток на аортальном клапане
	турбулентный систолический поток на аортальном клапане
	систолический шум над всей поверхностью сердца, проводящийся на сосуды шеи
	диастолический шум на верхушке без проведения

542	У больных с кардиостимулятором зонд следует искать
	в правых отделах сердца
	в левом предсердии и/или левом желудочке
	в выходном тракте левого желудочка
	в устье нижней полой вены
543	Наибольшее пульсовое давление отмечается
	при аортальной недостаточности
	при выраженном аортальном стенозе
	при сочетанном митральном пороке
	при декомпенсированной митральной недостаточности
	Переднесистолическое движение створки митрального клапана является одним из признаков
544	гипертрофической кардиомиопатии
	ревматического митрального стеноза
	умеренного пролапса митрального клапана (II степени)
	митрально-папиллярной дисфункции
545	Сочетание расширения полостей и диффузного снижения сократительной способности миокарда характерно
	для дилатационной кардиомиопатии
	для постинфарктного кардиосклероза
	для гипертрофической кардиомиопатии
	для сочетанного аортального порока сердца
546	Главным диагностическим признаком при гидроперикарде является наличие
	эхо-негативного пространства
	уплотнения листков перикарда
	асинхронного движения задней стенки левого желудочка
	парадоксального движения межжелудочковой перегородки
547	Парадоксальное движение межжелудочковой перегородки является признаком
	объемной перегрузки правого желудочка
	постинфарктного кардиосклероза с формированием аневризмы
	сочетанного аортального порока сердца
	гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка
548	При дефекте межпредсердной перегородки отмечается
	дилатация правых отделов сердца
	асимметричная гипертрофия левого желудочка
	расширение корня и восходящего отдела аорты
	наличие эхо-негативного пространства за передней стенкой правого желудочка
549	К характерным признакам идиопатического гипертрофического субаортального стеноза можно отнести
	асимметричную гипертрофию межжелудочковой перегородки в области выносящего тракта левого желудочка
	гипертрофию межжелудочковой перегородки на всем протяжении, градиент давления в выносящем тракте левого желудочка 8-10 мм рт. ст.
	утолщение и деформацию створок аортального клапана, уменьшение площади отверстия аортального клапана менее 2 см ²
	патологическую гипертрабекулярность миокарда левого желудочка с формированием двух слоев - нормального и губчатого
550	Наиболее быстро клинически прогрессирующий порок сердца
	митральный стеноз
	митральная недостаточность
	аортальная недостаточность
	клапанный аортальный стеноз

551	Протодиастолический шум выслушивается при аортальной недостаточности при трикуспидальной недостаточности при митральной недостаточности при идиопатическом гипертрофическом субаортальном стенозе
552	Самый ранний признак релаксационной недостаточности левого желудочка снижение скорости быстрого расслабления стенки левого желудочка уменьшение систолического утолщения стенки левого желудочка более чем на 50% увеличение систолического утолщения стенки левого желудочка более чем на 50% снижение фракции выброса левого желудочка (по Simpson) менее 55%
553	Характерный признак недостаточности аортального клапана диастолический ток под створками аортального клапана турбулентный систолический ток с высокой скоростью в области устья аорты среднесистолическое схождение створок аортального клапана переднесистолическое движение створки митрального клапана
554	Для постинфарктных изменений характерным является наличие зон гипокинеза парадоксальное движение межжелудочковой перегородки диффузное снижение сократительной способности сократительная способность в норме
555	Шум Грэхема-Стила наблюдается при легочной гипертензии при аортальной недостаточности при идиопатическом гипертрофическом субаортальном стенозе при пролапсе митрального клапана
556	Синкопальные состояния характерны при миксоте левого предсердия при митральной недостаточности при пролапсе митрального клапана при наличии жидкости в полости перикарда
557	Признаком митрального стеноза считается площадь митрального отверстия в диастоле 1,0 - 1,5 см ² 4,0 - 6,0 см ² 6,0 - 8,0 см ² 7,0 - 9,0 см ²
558	Однонаправленное движение створок митрального клапана является характерным признаком митрального стеноза пролапса митрального клапана идиопатического гипертрофического субаортального стеноза недостаточности митрального клапана
559	Для дилатационной кардиомиопатии характерным является диффузное снижение сократимости наличие зон нарушения локальной сократимости наличие гиперкинезии межжелудочковой перегородки парадоксальное движение межжелудочковой проводимости
560	Признаком идиопатического гипертрофического субаортального стеноза при Допплер-ЭХО кардиографии является турбулентный высокоскоростной ток в выходном тракте левого желудочка

	турбулентный диастолический ток через левое атриовентрикулярное отверстие с высокой скоростью
	турбулентный систолический ток из левого желудочка, достигающий середины левого предсердия
	диастолический турбулентный ток в левом желудочке под створками аортального клапана
561	Контрастную эхокардиографию левых камер сердца следует использовать для улучшения качества изображения внутрисердечных структур
	для более точного расчета количества жидкости в полости перикарда
	для расчета массы миокарда и индекса массы миокарда левого желудочка
	для уточнения степени пролабирования створок митрального клапана
562	Ревматизм - наиболее частая причина аортального стеноза
	аортальной недостаточности
	митрального стеноза
	митральной недостаточности
563	Дегенеративные изменения являются наиболее частой причиной аортального стеноза
	аортальной недостаточности
	митрального стеноза
	митральной недостаточности
564	«Парусение» клапана характерно для стеноза дегенеративной этиологии
	для стеноза ревматической этиологии
	для недостаточности дегенеративной этиологии
	для врожденного порока
565	Какой степени тяжести стеноза соответствует площадь митрального клапана 1,3 см ² ?
	небольшой
	умеренной
	тяжелой
	очень тяжелой
566	Небольшому стенозу митрального клапана соответствует площадь
	1,5 см ² и более
	1,0-1,6 см ²
	1,0-1,5 см ²
	<1,0 см ²
567	Тяжелому стенозу митрального клапана соответствует площадь
	1,5 см ² и более
	1,0-1,6 см ²
	1,0-1,5 см ²
	<1,0 см ²
568	Выберите значение систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), соответствующее небольшому стенозу митрального клапана
	25 мм рт.ст.
	38 мм рт.ст.
	55 мм рт.ст.
	60 мм рт.ст.
569	Выберите значение систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), соответствующее умеренному стенозу митрального клапана
	25 мм рт.ст.
	38 мм рт.ст.

	55 мм рт.ст.
	60 мм рт.ст.
570	Выберите значение систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), соответствующее тяжелому стенозу митрального клапана
	25 мм рт.ст.
	38 мм рт.ст.
	49 мм рт.ст.
	55 мм рт.ст.
571	Выберите значение среднего трансмитрального градиента, соответствующее умеренному стенозу митрального клапана
	4 мм рт.ст.
	5 мм рт.ст.
	12 мм рт.ст.
	15 мм рт.ст.
572	Небольшому стенозу митрального клапана соответствует средний градиент
	<3,0 мм рт.ст.
	<5,0 мм рт.ст.
	<7,5,0 мм рт.ст.
	<10,0 мм рт.ст.
573	Ограничением планиметрического способа оценки площади митрального клапана является
	стеноз дегенеративной этиологии
	митральная регургитация
	комиссуротомия или баллонная вальвулопластика в анамнезе
	фибрилляция предсердий
574	Выберите позицию для визуализации АЗРЗ сегментов митрального клапана
	стандартная парастернальная позиция по длинной оси левого желудочка
	парастернальная позиция по длинной оси левого желудочка с визуализацией верхушки
	парастернальная позиция по длинной оси левого желудочка с визуализацией трехстворчатого клапана
	апикальная двухкамерная позиция
575	При трансторакальной ЭХО кардиографии какие сегменты митрального клапана визуализируются из апикальной 4-хкамерной позиции?
	A2A3P2
	P1P3A2
	A3P3
	A2P2
576	При трансторакальной ЭХО кардиографии какие сегменты митрального клапана визуализируются из апикальной 2-хкамерной позиции
	A2P1P3
	A2A3P2
	A3P3
	A2P2
577	Ограничением измерения максимальной скорости потока при стенозе аортального клапана является
	прямое измерение скорости
	зависимость от потока
	более вероятны ошибки измерения
	требуется диаметр выносящего тракта левого желудочка
578	Преимуществом оценки площади аортального клапана при стенозе является
	измерение эффективной площади отверстия

	измерение диаметра выносящего тракта левого желудочка
	измерение скорости потока в выносящем тракте левого желудочка
	измерение систолического раскрытия аортального клапана
579	Для получения максимальной скорости аортального потока используются акустические окна
	апикальное
	правое парастернальное
	левое парастернальное
	субкостальное
580	Максимальная скорость 4,2 м/с свидетельствует об аортальном стенозе
	небольшой степени
	умеренной степени
	тяжелой степени
	очень тяжелой степени
581	Средний градиент 46 мм рт.ст. свидетельствует об аортальном стенозе
	небольшой степени
	умеренной степени
	тяжелой степени
	очень тяжелой степени
582	Индексированная площадь аортального клапана 0,50 свидетельствует о стенозе
	небольшой степени
	умеренной степени
	тяжелой степени
	умеренно-тяжелой
583	Отношение $V_{\text{ВЛЖ}}/V_{\text{АК}}=0,6$ свидетельствует о стенозе аортального клапана
	небольшой степени
	умеренной степени
	тяжелой степени
	умеренно-тяжелой степени
584	У пациента с аортальным стенозом $V_{\text{макс}} > 4$ м/с, площадь аортального клапана больше $1,0 \text{ см}^2$. Возможная причина очевидных несоответствий
	низкая фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ)
	низкий ударный объем (УО)
	высокий ударный объем (УО)
	фибрилляция предсердий
585	У пациента с аортальным стенозом $V_{\text{макс}} > 4$ м/с, площадь аортального клапана больше $1,0 \text{ см}^2$. Возможная причина очевидных несоответствий
	сопутствующая аортальная регургитация умеренной или тяжелой степени
	сопутствующая митральная регургитация умеренной или тяжелой степени
	сопутствующий митральный стеноз
	фибрилляция предсердий
586	У пациента с аортальным стенозом $V_{\text{макс}} > 4$ м/с, площадь аортального клапана больше $1,0 \text{ см}^2$. Возможная причина очевидных несоответствий
	низкая фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ)
	большая площадь поверхности тела
	митральная регургитация
	фибрилляция предсердий
587	При аортальном стенозе оценка индексированной площади аортального клапана показано, если
	площадь поверхности тела (ППТ) $< 1,5 \text{ м}^2$
	ИМТ $> 22 \text{ кг/м}^2$

	рост >135 см
	рост <135 см
588	У пациента с аортальным стенозом V макс <4 м/с, площадь аортального клапана ≤1,0 см ² . Возможная причина очевидных несоответствий
	высокий ударный объем
	митральная регургитация тяжелой степени
	аортальная регургитация тяжелой степени
	нарушения ритма
589	Причина систолической дисфункции левого желудочка тяжелый аортальный стеноз (V макс ≥4 м/с, PG ср. ≥40 мм рт.ст.). После протезирования клапана функция левого желудочка
	улучшится
	ухудшится
	не изменится
	показано проведение добутаминовой стресс-ЭХОКГ (ДСЭ)
590	Отчет добутаминовой стресс-ЭХОКГ (ДСЭ) при аортальном стенозе должен включать на каждом этапе
	пиковый градиент аортального потока; максимальную скорость; средний градиент давления; фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)
	пиковый градиент трикуспидальной регургитации; максимальную скорость; средний градиент давления; фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)
	площадь клапана; максимальную скорость; средний градиент давления; фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)
	площадь выносящего тракта левого желудочка (ВТЛЖ); максимальную скорость; средний градиент давления; фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)
591	При аортальном стенозе показанием для проведения пробы с физической нагрузкой является
	обмороки
	сомнительные симптомы
	оценка прогноза при симптоматическом течении
	оценка эффективности терапии
592	При аортальном стенозе показанием для проведения пробы с физической нагрузкой является
	отсутствие симптомов
	прогрессирование степени стеноза
	появление аритмии
	ухудшение функционального класса стенокардии
593	При аортальном стенозе стресс-ЭХО кардиография проводится
	с добутамином в максимальных дозах
	с добутамином в малых дозах
	с дипиридамолом
	с тредмилом
594	Аортальный стеноз небольшой степени (V макс до 2,9 м/с). Проведение ЭХО кардиографии показано 1 раз
	в год
	в 2 года
	в 3 года
	в 3-5 лет
595	Выберите полуколичественный показатель тяжести клапанной регургитации
	объем регургитации (мл/уд)
	площадь эффективного регургитационного отверстия (EROA) (мм ²)
	ширина потока регургитации (vena contracta) (VC) (мм)

596	Выберите параметры, соответствующие аортальной регургитации умеренной степени
	ширина потока регургитации (vena contracta) (VC) =2,8 мм, время полуспада градиента давления (pressure half-time) (PHT) =300 мс
	ширина потока регургитации (vena contracta) (VC) =3,3 мм, время полуспада градиента давления (pressure half-time) (PHT) =550 мс
	ширина потока регургитации (vena contracta) (VC) =4,6 мм, время полуспада градиента давления (pressure half-time) (PHT) =300 мс
	ширина потока регургитации (vena contracta) (VC) =5,2 мм, время полуспада градиента давления (pressure half-time) (PHT) =180 мс
597	Какой степени аортальной регургитации соответствуют площадь эффективного регургитационного отверстия (EROA) =34 мм ² и объем регургитации = 68 мл/уд?
	от небольшой до умеренной
	умеренной
	от умеренной до тяжелой
	тяжелой
598	Наиболее частой причиной митральной недостаточности является
	ревматизм
	дегенеративные изменения
	пролапс
	ишемическая болезнь сердца
599	ЭХО кардиографические признаки дефекта межпредсердной перегородки
	парадоксальное движение межжелудочковой перегородки
	гипертрофия миокарда левого желудочка
	прерывание эхосигнала от участка межпредсердной перегородки
	увеличение скорости кровотока в лёгочной артерии
	наличие аномально - расположенной хорды в полости левого желудочка
600	ЭХО кардиографические признаки митрального стеноза
	площадь митрального отверстия (ПМО) > 4 см ²
	площадь митрального отверстия (ПМО) <4 см ²
	скорость трансмитрального потока увеличена
	размеры левого предсердия уменьшены
	гипертрофия миокарда левого желудочка
601	ЭХО кардиографические признаки аортального (клапанного) стеноза
	гипертрофия миокарда левого желудочка концентрического типа
	гипертрофия миокарда левого желудочка эксцентрического типа
	асимметричная гипертрофия миокарда левого желудочка
	увеличение градиента давления на уровне «выносящий тракт левого желудочка – устье аорты»
	уменьшение градиента давления на уровне «выносящий тракт левого желудочка – устье аорты»
602	Ограничениями планиметрического способа оценки площади отверстия митрального клапана являются
	комиссуротомия или баллонная вальвулопластика в анамнезе
	недооценка гемодинамической преграды подклапанного фиброза при пороке ревматической этиологии
	стеноз дегенеративной этиологии
	митральная регургитация
	фибриляция предсердий
603	Ограничениями измерения площади аортального клапана являются
	вариабельность измерений потоков
	вариабельность измерений диаметра выносящего тракта левого желудочка
	низкая фракция выброса
	высокая фракция выброса

604	Выберите количественные показатели тяжести клапанной регургитации
	время полуспада градиента давления (мс)
	площадь проксимальной изоскоростной поверхности (proximal isovelocity surface area) (PISA)
	площадь эффективного регургитационного отверстия (EROA) (мм ²)
	скорость регургитации (м/с)
	градиент регургитации (мм рт.ст.)
	объем регургитации (мл/уд)
605	ЭХО кардиографические критерии аневризмы межпредсердной перегородки
	выпячивание межпредсердной перегородки в сторону правого предсердия в области овального окна, усиливающееся в систолу, отсутствие объемной перегрузки правых отделов
	выпячивание межпредсердной перегородки в сторону левого предсердия в области овального окна, усиливающееся в систолу с признаками объемной перегрузки правых отделов
	выпячивание межпредсердной перегородки в сторону правого предсердия с признаками шунтирования крови слева направо
	выпячивание межпредсердной перегородки в сторону правого предсердия в области овального окна более 5 мм
606	Объем выпота в полости перикарда расценивается как выраженный при расхождении листков перикарда
	более 10 мм
	более 15 мм
	более 20 мм
	более 30 мм
607	Для сухого перикардита характерно
	увеличение давления в полости перикарда
	нарушения диастолической функции левого желудочка
	слипание листков перикарда с образованием спаек и сращений
	развитие тампонады сердца при высокой скорости накопления жидкости
	количество жидкости в полости перикарда более 50 мл
608	Причиной "парадоксального пульса" при перикардите являются
	резкое снижение сердечного выброса на вдохе
	повышение сердечного выброса на выдохе
	нарушение ритма
	снижение сердечного выброса на выдохе
609	Выберите наиболее полный и правильный перечень признаков тампонады сердца
	«болтание» сердца; ранний диастолический коллапс левого желудочка; поздний диастолический коллапс левого предсердия; anomальное движение межжелудочковой перегородки; повышенная дыхательная вариабельность (>25%) скорости митрального тока; снижение на вдохе и повышение на выдохе прямого диастолического потока в легочных венах
	ранний диастолический коллапс правого желудочка; поздний диастолический коллапс правого предсердия; anomальное движение межжелудочковой перегородки; повышенная дыхательная вариабельность (>25%) скорости митрального тока; снижение на выдохе и повышение на вдохе прямого диастолического потока в легочных венах
	«болтание» сердца; ранний диастолический коллапс правого желудочка; поздний диастолический коллапс правого предсердия; anomальное движение межжелудочковой перегородки; повышенная дыхательная вариабельность (>25%) скорости митрального тока
	«болтание» сердца; ранний диастолический коллапс правого желудочка; поздний диастолический коллапс правого предсердия; anomальное движение межжелудочковой перегородки; повышенная дыхательная вариабельность (>25%) скорости митрального тока; снижение на вдохе и повышение на выдохе прямого диастолического потока в легочных венах

610	<p>Вегетации – это</p> <ul style="list-style-type: none"> тромб инфекционные массы неинфекционные массы образование неизвестного происхождения
611	<p>Чувствительность трансторакальной ЭХО кардиографии в выявлении вегетаций</p> <ul style="list-style-type: none"> 75% более 80% меньше 50% 100%
612	<p>Размеры небольших вегетаций</p> <ul style="list-style-type: none"> менее 5 мм 6-10 мм более 10 мм более 20 мм
613	<p>Вегетации более 10 мм считаются</p> <ul style="list-style-type: none"> небольшими средними большими массивными
614	<p>Осложнением вегетаций является</p> <ul style="list-style-type: none"> лихорадка высокая СОЭ перфорация створки дилатация камер сердца
615	<p>Причиной клапанной регургитации при инфекционном эндокардите является</p> <ul style="list-style-type: none"> расширение фиброзного кольца клапана перфорация клапана дилатация камер сердца тахикардия
616	<p>При инфекционном эндокардите фистула клапана является осложнением</p> <ul style="list-style-type: none"> перфорации клапана отрыва хорды абсцесса клапана аневризмы клапана
617	<p>Абсцесс является частым осложнением инфекционного эндокардита</p> <ul style="list-style-type: none"> митрального клапана аортального клапана протеза аортального клапана протеза митрального клапана
618	<p>При инфекционном эндокардите абсцесс корня аорты может осложниться</p> <ul style="list-style-type: none"> перфорацией клапана отрывом хорды псевдоаневризмой аневризмой
619	<p>Частота эмболических осложнений при инфекционном эндокардите составляет</p> <ul style="list-style-type: none"> не более 10% 10-20% 20-50% 50-80%

620	Риск тромбоэмболических осложнений при инфекционном эндокардите зависит от пораженного клапана от размера и подвижности вегетаций от сроков образования вегетаций от частоты сердечных сокращений
621	При ЭХО кардиографическом исследовании у больных миокардитом встречаются сферификация камер сердца диффузная гипокинезия левого желудочка гиперкинезия левого желудочка диастолическая дисфункция левого желудочка
622	Для экссудативного перикардита характерны увеличение давления в полости перикарда нарушения диастолической функции левого желудочка слипание листков перикарда с образованием спаек и сращений развитие тампонады сердца при высокой скорости накопления жидкости
623	Дифференциальный диагноз перикардального выпота проводится с перикардальным жиром с плевральным выпотом с лимфогранулематозом с первичной мезотелиомой
624	При клинике инфекционного эндокардита показанием для чреспищеводной ЭХО кардиографии являются положительная трансторакальная ЭХО кардиография отрицательная трансторакальная ЭХО кардиография при высокой клинической вероятности инфекционного эндокардита инородное устройство в сердце бронхиальная астма
625	Критерием диагностики гипертрофической кардиомиопатии при ЭХО кардиографии является асимметричная гипертрофия левого желудочка с максимальным утолщением межжелудочковой перегородки необъяснимая гипертрофия левого желудочка с толщиной стенки ≥ 15 мм у взрослых необъяснимая гипертрофия левого желудочка с толщиной стенки ≥ 18 мм у взрослых необъяснимая гипертрофия левого желудочка с толщиной стенки ≥ 12 мм у взрослых
626	Классическим морфологическим вариантом гипертрофической кардиомиопатии является гипертрофия межжелудочковой перегородки на всем протяжении асимметричная гипертрофия левого желудочка с преобладанием гипертрофии базального отдела межжелудочковой перегородки асимметричная гипертрофия левого желудочка с максимальной гипертрофией верхушки левого желудочка гипертрофия обоих желудочков сердца
627	Для апикальной формы гипертрофической кардиомиопатии характерно на ЭКГ – увеличение вольтажа зубцов R в левых грудных отведениях с депрессией сегмента ST, концентрическая гипертрофия левого желудочка на ЭКГ – увеличение вольтажа зубцов R в левых грудных отведениях, наличие обструкции в апикальной трети левого желудочка на ЭКГ – гигантские отрицательные зубцы T в левых грудных отведениях, изолированная гипертрофия верхушки левого желудочка на ЭКГ – подъем сегмента ST в левых грудных отведениях, изолированная гипертрофия верхушки левого желудочка
628	Наиболее полному описанию аритмогенной дисплазии правого желудочка соответствует

	значительная дилатация и снижение фракции выброса правого желудочка при отсутствии или незначительном вовлечении левого желудочка; локальные аневризмы правого желудочка; значительная сегментарная дилатация правого желудочка
	значительная дилатация и снижение фракции выброса правого желудочка при умеренном вовлечении левого желудочка; локальные аневризмы правого желудочка; значительная сегментарная дилатация правого желудочка
	незначительная дилатация правого желудочка при отсутствии или незначительном вовлечении левого желудочка; локальные аневризмы правого желудочка
	значительная дилатация и снижение фракции выброса правого желудочка при выраженной гипертрофии левого желудочка; локальные аневризмы правого желудочка
629	Морфологическими вариантами гипертрофической кардиомиопатии являются
	концентрическая гипертрофия левого желудочка с дилатацией его полости
	асимметричная гипертрофия левого желудочка с преобладанием гипертрофии базального отдела межжелудочковой перегородки
	гипертрофия средней трети левого желудочка с вовлечением папиллярных мышц
	гипертрофия обоих желудочков сердца
630	Какие ЭХО кардиографические признаки характерны для гипертрофической кардиомиопатии?
	асимметричная необъяснимая гипертрофия левого желудочка
	диастолическая дисфункция левого желудочка
	дилатация правого желудочка
	возможное наличие внутрижелудочковой обструкции кровотока
631	Возможные варианты внутрижелудочковой обструкции кровотока при гипертрофической кардиомиопатии включают
	обструкция в выносящем тракте левого желудочка на счет переднесистолического движения митрального клапана
	обструкция на уровне аортального клапана
	обструкция в апикальной трети левого желудочка
632	Наиболее часто встречающиеся критерии клиники Мейо для диагностики кардиомиопатии Такоцубо включают
	транзиторный гипокинез, дискинез или акинез средних сегментов левого желудочка с вовлечением верхушки или без, баллоноподобное расширение полости левого желудочка, не соответствующие зоне кровоснабжения одной коронарной артерии
	наличие тромбов в области верхушки левого желудочка
	появление изменений ЭКГ (любая элевация сегмента ST и/или инверсия зубца T) или скромное повышение уровня тропонина
	отсутствие обструкции коронарной артерии или ангиографического свидетельства отрыва атеросклеротической бляшки
633	По данным ЭХО кардиографии выделяют следующие варианты кардиомиопатии Такоцубо
	classic type (классический) - с баллонированием в области верхушки и базальной гиперкинезией, обструкцией выходного тракта левого желудочка, акинезией передней стенки и межжелудочковой перегородки
	reverse type (обратный) - с гиперкинезией верхушки сердца и акинезией базальных отделов левого желудочка
	local type (местный) - с ограничением в локальной области сегмента, обычно передней стенки
	правожелудочковый тип – с развитием акинезии/дискинезии стенки правого желудочка
634	Показания для проведения чреспищеводной ЭХОКГ (ЧПЭХО)
	тромбоз предсердий
	внутрисердечные образования
	расслаивающая аневризма аорты
	инфекционный эндокардит
	злокачественные образования пищевода
	патология шейного отдела позвоночника

	стриктуры пищевода
	дивертикулы пищевода
635	Противопоказания для проведения чреспищеводной ЭХОКГ (ЧПЭХО)
	тромбоз предсердий
	внутрисердечные образования
	расслаивающая аневризма аорты
	инфекционный эндокардит
	злокачественные образования пищевода
	патология шейного отдела позвоночника
	стриктуры пищевода
	дивертикулы пищевода
636	Укажите возможные причины развития патологической трикуспидальной регургитации у пациентов с постоянной электрокардиостимуляцией (ПЭКС)
	интерференция электрода ПЭКС и створок трикуспидального клапана с нарушением их кооптации
	избыточная длина электрода ПЭКС
	электрод-ассоциированные спайки в левой верхней легочной вене
	электрод-ассоциированные спайки в верхней полой вене
637	В каких структурах сердца визуализируются электроды кардиоресинхронизатора?
	правое предсердие
	левое предсердие
	правый желудочек
	коронарный синус
638	Каковы варианты топика дистального конца перманентного ЦВК (центрального венозного катетера) (при проведении чреспищеводной ЭХОКГ (ЧПЭХО)?
	верхняя полая вена
	правое предсердие
	левое предсердие
	правый желудочек
639	ЭХО кардиографические признаки инфаркта правого желудочка исключают
	снижение систолической функции правого желудочка
	гемодинамически значимая трикуспидальная регургитация
	высокие показатели систолического давления в легочной артерии (СДЛА)
	нарушение локальной сократимости правого желудочка
640	Причиной ишемической острой митральной регургитации могут являться
	частичный или полный разрыв сосочковой мышцы
	ишемия заднемедиальных сосочковых мышц на фоне острого инфаркта миокарда задненижней локализации
	нарушение геометрии левого желудочка вследствие выраженного гиперкинеза интактного миокарда при остром инфаркте миокарда любой локализации
	расширение клапанного кольца митрального клапана
641	Косвенными ЭХО кардиографическими признаками, подтверждающими острую митральную регургитацию, являются
	расширение полости левого предсердия
	нормальные размеры левого предсердия
	признаки диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) III
	повышение систолического давления в легочной артерии (СДЛА)
642	Для дефекта межжелудочковой перегородки инфарктного генеза в течение 1-ых суток его развития характерно
	появление симптома «кошачьего мурлыканья» и грубого систолического шума у левого края грудины с иррадиацией вправо
	высокие показатели систолического давления в легочной артерии (СДЛА)
	появление трикуспидальной регургитации

	гепатомегалия и асцит
1	Функциональная диагностика состояния системы внешнего дыхания
643	Критерий ОФВ1 для проведения провокационных тестов
	80%
	60%
	50%
	70%
644	Величина мёртвого пространства равна
	150 мл
	200 мл
	300 мл
	250 мл
645	Анатомический шунт – это
	кровоток по дополнительным сосудам, минуя альвеолы
	кровоток через участки лёгких, где нет вентиляции
	кровоток через участки лёгких с повышенной вентиляцией
	кровоток через участки лёгких с пониженной вентиляцией
646	Внешнее дыхание определяют процессы
	вентиляция
	диффузия
	перфузия
	газообмен
	тканевое окисление
647	Резервный объём вдоха (РО вдоха) – это
	максимальный объём воздуха, который можно вдохнуть с уровня спокойного дыхания
	максимальный объём воздуха, который можно выдохнуть после спокойного вдоха
	максимальный объём воздуха, который можно вдохнуть с уровня форсированного дыхания
	максимальный объём воздуха, который можно выдохнуть после форсированного вдоха
648	Диффузия CO ₂ через альвеолярно-капиллярную мембрану
	в 20 раз больше, чем O ₂
	равна диффузии O ₂
	в 20 раз меньше, чем O ₂
	в 40 раз больше, чем O ₂
649	При оценке спирограммы определяются
	остаточные объёмы лёгких
	дыхательный объём
	резервный объём вдоха и выдоха
	жизненную ёмкость лёгких
650	При внутригрудной обструкции дыхательных путей увеличивается аэродинамическое сопротивление
	выдоха
	вдоха
	и вдоха, и выдоха
651	Проба с бронхолитиками считается положительной, если ОФВ1 увеличился
	на 15%
	на 5%
	на 10%
	на 20%
652	К обструкции приводят

	пневмоторакс
	бронхоспазм
	отёк слизистой бронхов
	рубцовая деформация бронхов
653	Толщина альвеолярно-капиллярной мембраны равна
	0,5 мкм
	2 мкм
	5 мкм
	0,2 мкм
654	К статическим лёгочным объёмам относятся
	ОФВ1
	ЖЕЛ
	РО вдоха
	РО выдоха
	ООЛ
655	Причиной нарушения бронхиальной проходимости при отсутствии прироста проходимости бронхов после пробы с В ₂ -агонистами является
	отёк слизистой бронхов
	бронхоспазм
	дискинезия
	коллапс бронхов
656	Наиболее надёжные критерии эффективности дыхания
	РаО ₂
	РаСО ₂
	дыхательный объём
	минутный объём дыхания
657	Парциальное напряжение СО ₂ артериальной крови
	40 мм рт. ст.
	20 мм рт ст
	60 мм рт ст
	30 мм рт ст
658	Показатель жизненной емкости легких (ЖЕЛ) – это
	ДО + РО вдоха + РО выдоха
	ДО + РО вдоха - РО выдоха
	ДО + ООЛ
	РО выдоха + ООЛ
659	Клиническим признаком дыхательной недостаточности I ст. является
	одышка при большой физической нагрузке
	одышка при малой физической нагрузке
	одышка в покое
	одышка при умеренной физической нагрузке
660	Обструктивный тип нарушения вентиляции – это
	ЖЕЛ – 70% ИТ – 40% ОФВ1 – 30%
	ЖЕЛ – 50% ИТ – 70% ОФВ1 – 80%
	ЖЕЛ – 80% ИТ – 70% ОФВ1 – 80%
	ЖЕЛ – 60% ИТ – 70% ОФВ1 – 80%
661	Слипанию стенок альвеол препятствует
	сурфактант
	отрицательное давление в плевральной полости
	интерстициальная ткань лёгкого
	азот воздуха

662	Жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ) включает остаточного объёма лёгких (ООЛ) резервного объёма вдоха (РО вдоха) резервного объёма выдоха (РО выдоха) дыхательного объёма лёгких (ДО)
663	Напряжение O ₂ в альвеолярном воздухе составляет 100-105 мм рт. ст. 40-46 мм рт. ст. 50-56 мм рт. ст. 60-66 мм рт. ст. 140-180 мм рт. ст.
664	Бронхообструкция холинергической природы выявляется при фармапробе с атровентом с эфедрином с венталином с адреналином
665	Показатель ОФВ1 – 30% от должного, ПОС – 40% — это признаки значительной обструкции характерные для здорового человека лёгкой обструкции умеренной обструкции
666	Наибольшую альвеолярную вентиляцию обеспечивают следующие частота и глубина дыхания ДО – 800 мл, ЧДД – 10 в минуту ДО – 500 мл, ЧДД – 16 в минуту ДО – 250 мл, ЧДД – 32 в минуту ДО – 400 мл, ЧДД – 20 в минуту
667	Резервный объём выдоха (РО выдоха) – это максимальный объём воздуха, который можно дополнительно выдохнуть после спокойного выдоха объём вдыхаемого и выдыхаемого воздуха при спокойном дыхании максимальный объём воздуха, выдыхаемый из лёгких после максимального вдоха максимальный объём воздуха, выдыхаемый из лёгких после форсированного выдоха
668	СО ₂ проходит через альвеолярно-капиллярную мембрану легче, чем O ₂ из-за большего коэффициента диффузии из-за большей плотности из-за меньшего коэффициента диффузии из-за меньшей плотности
669	В норме соотношение вентиляция/кровоток (V_a/Q) приблизительно равно 0,8 – 1 0,3 – 0,5 1,0 – 1,5 1,0 – 2,0
670	Нормальная величина содержания O ₂ во вдыхаемом воздухе 21 об% 15,1 об% 25 об% 30 об% 52,2 об%
671	В норме величина венозной примеси составляет?

	5 – 6%
	20 – 30%
	10 – 15%
	15 – 20%
672	При обструкции уменьшается
	ОФВ1
	ОЕЛ
	ООЛ
	ФОЕ
673	При прогрессировании хроническая обструктивная болезнь легких ежегодно ОФВ1 снижается
	на 50 мл
	на 30 мл
	на 40 мл
	на 100 мл
674	Площадь капиллярной поверхности для диффузии газов составляет
	150 м ²
	30 м ²
	100 м ²
	200 м ²
675	Критерий постановки диагноза бронхиальной астмы по изменению PEF?
	>20%
	>10%
	>25%
	>15%
676	При обструктивных нарушениях вентиляции уменьшается следующий показатель
	ООЛ
	ЖЕЛ
	ОФВ1
	РО вдоха
	ОЕЛ
677	К снижению показателя ОФВ1 при эмфиземе лёгких приводят
	увеличение сопротивления дыхательных путей
	снижение сопротивления дыхательных путей
	снижение эластической тяги лёгких
	увеличение эластической тяги лёгких
678	Жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ) уменьшается
	при экссудативном плеврите
	при остром бронхите
	при сухом плеврите
	при обструктивной болезни легких
679	Клиническим признаком дыхательной недостаточности III ст. является
	одышка в покое
	одышка при малой физической нагрузке
	одышка при большой физической нагрузке
	одышка при умеренной физической нагрузке
680	Рестриктивный тип нарушения вентиляции – это
	ЖЕЛ – 50% ИТ – 80% ОФВ1 – 90%
	ЖЕЛ – 80% ИТ – 60% ОФВ1 – 70%
	ЖЕЛ – 80% ИТ – 30% ОФВ1 – 50%
	ЖЕЛ – 80% ИТ – 40% ОФВ1 – 50%

681	Скоростные показатели спирометрии при среднетяжёлой астме составляют
	60–80 %
	<80%
	<60%
	<40%
682	Главным признаком нарушения вентиляции по рестриктивному типу является уменьшение
	ЖЕЛ
	ООЛ
	ФЖЕЛ
	ОФВ1
683	Смешанный тип нарушения вентиляции
	ЖЕЛ – 50% ИТ – 50% ОФВ1 – 60%
	ЖЕЛ – 50% ИТ – 80% ОФВ1 – 80%
	ЖЕЛ – 80% ИТ – 60% ОФВ1 – 70%
	ЖЕЛ – 75% ИТ – 60% ОФВ1 – 70%
684	Какой препарат используют для характеристики обратимости обструкции?
	беротек
	интал
	атровент
	эфедрин
685	Рестриктивная дыхательная недостаточность может появиться
	при массивном экссудативном плеврите
	при приступе бронхиальной астмы
	при острой пневмонии
	при бронхите
686	Важнейшим критерием диагностики бронхиальной астмы является
	обратимый характер бронхиальной обструкции
	приступы инспираторной одышки
	индекс курящего человека более 20 пачек/лет
	характерные изменения на рентгенограмме
687	Бронхорасширяющий тест считают отрицательным в случае прироста ОФВ1
	менее 12% и менее 200 мл
	менее 15-20% и менее 300 мл
	менее 20% и менее 300 мл
	менее 25% и менее 400 мл
	менее 30% и менее 400 мл
688	Основным функциональным показателем бронхиальной обструкции при астме являются
	снижение ЖЕЛ
	снижение ОФВ1
	колебания пиковой скорости выдоха (ПСВ) ниже 20%
	снижение диффузионной способности легких
	наличие воздушных «ловушек»
689	Какой характер одышки чаще всего встречается у больных с бронхиальной астмой?
	инспираторный
	экспираторный
	смешанный
	одышка не характерна для бронхиальной астмы
690	Для легкой персистирующей бронхиальной астмы характерны
	ОФВ1 и пиковая скорость выдоха (ПСВ) \geq 80% от должных значений

	вариабельность показателей ОФВ1 и пиковая скорость выдоха (ПСВ) 20-30%
	обострения влияют на физическую активность и сон
	симптомы менее 1 раза в месяц
691	Для бронхиальной астмы тяжёлого течения характерно
	ежедневные симптомы
	вариабельность показателей ОФВ1 и пиковая скорость выдоха (ПСВ) более 30%
	ночные симптомы 1 раз в неделю
	ночные симптомы чаще 2 раз в месяц
692	Для бронхиальной астмы средней тяжести течения характерно
	ОФВ1 и пиковая скорость выдоха (ПСВ) менее 60% от должных значений
	ночные симптомы реже 1 раза в неделю
	ежедневное применение β 2-агонистов короткого действия
	ночные симптомы чаще 2 раз в месяц
693	При обострении бронхиальной астмы запрещен прием следующих препаратов
	седативных
	ингаляционных глюкокортикостероидов
	системных глюкокортикостероидов
	теофиллинов
	антагонистов кальция
694	К средствам неотложной помощи первого ряда при бронхиальной астме относятся
	ингаляционные β 2 агонисты короткого действия
	пероральные глюкокортикостероиды
	антилейкотриеновые препараты
	теофиллины длительного действия
	ингаляционные β 2 агонисты длительного действия с быстрым началом действия
695	В настоящее время наиболее эффективными препаратами, контролирующими течение бронхиальной астмы, являются
	ингаляционные глюкокортикостероиды
	натрия кромогликат
	недокромил натрия
	системные глюкокортикостероиды
	антилейкотриеновые препараты
696	Ингаляционные глюкокортикоиды при бронхиальной астме назначают
	для лечения начиная с легкого персистирующего течения
	только при тяжёлом течении заболевания
	для купирования приступа
	только при обострении
697	При частично контролируемой бронхиальной астме необходима следующая коррекция терапии
	целесообразно увеличение объема терапии («ступень вверх») для достижения контроля
	выбор минимального объема поддерживающей терапии
	лечить как легкое обострение
	лечить как тяжелое обострение
	коррекция терапии не целесообразна
698	При какой стадии хронической обструктивной болезни лёгких применяют ингаляционные глюкокортикостероиды на регулярной основе?
	при 3-4 стадии заболевания (тяжелая и крайне тяжелая)
	начиная со 2 стадии заболевания (средней степени тяжести)
	при 4 стадии заболевания (крайне тяжелая стадия)
	уже при 1 стадии (легкая степень тяжести)

699	Какие функциональные изменения легких соответствуют тяжелой (3) стадии хронической обструктивной болезни лёгких?
	30 % <ОФВ1<50% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ <0,7
	ОФВ1<45% от должного
	ОФВ1>70% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ <0,7
	25% <ОФВ1<45 % от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ <0, 6
700	Для установления диагноза хроническая обструктивная болезнь лёгких необходимо
	снижение ОФВ1/ФЖЕЛ
	снижение ОФВ1
	снижение ФЖЕЛ
	кашель и отделение мокроты
	анамнез курения
701	Бронхиальная гиперреактивность может отмечаться у больных
	с бронхиальной астмой
	с хронической обструктивной болезни лёгких
	с муковисцидозом
	с бронхоэктатической болезнью
	с пневмонией
702	Важнейшими критериями диагностики хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) являются
	длительный продуктивный кашель
	индекс курящего человека более 10 пачек/лет
	рентгенологические признаки эмфиземы легких
	практически необратимая бронхиальная обструкция
	высокая эозинофилия крови и мокроты
703	Для бронхиальной астмы, в отличие от хронической обструктивной болезни лёгких, характерно
	аллергия (атопия) в анамнезе
	приступы экспираторной одышки и/или кашля
	суточные колебания пиковой скорости выдоха более чем на 20%
	необратимость бронхиальной обструкции
	высокая эозинофилия крови и мокроты
704	Снижение отношения ОФВ1/ФЖЕЛ отмечается при заболеваниях
	бронхиальная астма
	хроническая обструктивная болезнь легких
	облитерирующий бронхолит
	пневмония
	муковисцидоз
705	К бронхопровокационным тестам относятся
	тесты с бронхолитиками
	тесты с метахолином
	тесты с гистамином
	тесты с физической нагрузкой
	тесты с аллергенами
706	Диагностическими критериями респираторного дистресс-синдрома взрослых являются
	кровохарканье
	острое начало одышки
	PaO2/FiO2 <200 (FiO2 – концентрация кислорода во вдыхаемой смеси)
	двусторонние инфильтраты на прямой рентгенограмме легких
	давление заклинивания в легочной артерии <18 мм рт. ст. (при отсутствии недостаточности кровообращения – НК)
707	В понятие «аспириновая триада» включаются

	бронхиальная астма
	полипоз носа
	непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов
	атопия
708	Какие из перечисленных ниже патологических процессов в легких соответствуют хронической обструктивной болезни лёгких?
	мукоцилиарная дисфункция
	бронхиальная обструкция
	рестриктивные нарушения
	нарушение механики дыхания
	нарушение легочного газообмена
709	Какие из нижеперечисленных показателей относятся к шкале оценки тяжести хронической обструктивной болезни лёгких (BODE)?
	ОФВ ₁ , % от должного
	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ
	диспноэ MRC
	6-мин- тест
	ИМТ
710	Критериями правильного выполнения маневра ЖЕЛ является
	постоянная скорость вдоха
	скорость движения воздуха в конце глубокого выдоха не более 25 мл/с
	быстрый глубокий вдох, продолжительностью 1-2 сек
	форсированный предшествующий выдох
711	Продолжительность форсированного выдоха должна быть
	меньше 6 сек у взрослых и меньше 3 сек у детей
	больше 6 сек у взрослых и больше 3 сек у детей
	меньше 6 сек у взрослых и больше 3 сек у детей
	больше 6 сек у взрослых и меньше 3 сек у детей
712	При правильном маневре ФЖЕЛ за наилучшие результаты принимают те, в которых значения
	ФЖЕЛ и ОФВ ₁ наименьшие
	ФЖЕЛ и ОФВ ₁ наибольшие
	ФЖЕЛ наибольшие и ОФВ ₁ наименьшие
	ФЖЕЛ наименьшие и ОФВ ₁ наибольшие
713	У здоровых людей
	ФЖЕЛ может быть на 500 мл меньше ЖЕЛ
	ЖЕЛ и ФЖЕЛ примерно равны
	ЖЕЛ может быть на 500 мл меньше ФЖЕЛ
	ЖЕЛ может быть на 800 мл меньше ФЖЕЛ
714	В качестве должных величин в спирометрии используют статистически обработанные результаты измерений дыхательных объемов и скоростей потока в репрезентативных группах
	здоровых некурящих лиц
	здоровых курящих лиц
	больных некурящих лиц
	больных курящих лиц
715	При выявлении обструктивного и рестриктивного синдромов по спирометрическим показателям анализ начинают с оценки величины
	ОЕЛ
	ЖЕЛ
	ОФВ ₁
	ОФВ ₁ /ЖЕЛ (индекса Тиффно)

716	Для лиц среднего и пожилого возраста в качестве нижней границы нормы может быть использована величина ОФВ ₁ /ЖЕЛ
	45%
	55%
	70%
	90%
717	При выявлении обструктивного и рестриктивного синдромов по спирометрическим показателям если ОФВ ₁ /ЖЕЛ не снижена, то анализируют показатель (отношения к должной)
	ОЕЛ
	ОФВ ₁
	ЖЕЛ
	ООЛ
718	Оценка степени выраженности обструктивных нарушений строится на анализе степени увеличения величины ОФВ ₁ по отношению к должной величине
	уменьшения величины ОФВ ₁ по отношению к должной величине
	увеличения величины ЖЕЛ по отношению к должной величине
	уменьшения величины ЖЕЛ по отношению к должной величине
719	Степень тяжести обструкции по уменьшению ОФВ ₁ <35 % от должных величин по Американскому торакальному обществу/Европейскому респираторному обществу
	легкая
	умеренная
	средней тяжести, значительная
	резко выраженная, крайне резкая
720	Степень тяжести обструкции по ОФВ ₁ > 70 % от должных величин по Американскому торакальному обществу/Европейскому респираторному обществу
	легкая
	умеренная
	средней тяжести, значительная
	резко выраженная, крайне резкая
721	Степень тяжести обструкции по ОФВ ₁ = 50-59 % от должных величин по Американскому торакальному обществу/Европейскому респираторному обществу
	легкая
	умеренная
	средней тяжести, значительная
	резко выраженная, крайне резкая
722	К дефектам при исследовании ЖЕЛ относятся
	задержка дыхания на высоте вдоха
	постоянная скорость вдоха
	отсутствие воспроизводимости ЖЕЛ как минимум в двух попытках
	скорость движения воздуха в конце глубокого выдоха не более 25 мл/с
	глубокий вдох с примерной продолжительностью 5-6 сек
723	При исследовании форсированного выдоха (пробы ФЖЕЛ) к дефектам относится
	плато в конце выдоха на кривой «объем–время»
	воспроизводимость результатов как минимум в 3х попытках
	медленное развитие экспираторного усилия
	постоянная скорость вдоха
724	К критериям правильного выполнения маневра ФЖЕЛ относят
	медленное развитие экспираторного усилия
	плато в конце выдоха на кривой «объем–время»
	довдыхание во время маневра

	задержка дыхания на высоте вдоха
725	Для количественной оценки качества выполнения дыхательного маневра в различных приборах не должно быть нарушено соотношение максимальной объемной скорости $<MOC_{25} < MOC_{50} < MOC_{75}$ $> MOC_{25} > MOC_{50} > MOC_{75}$ $MOC_{25} = MOC_{50} = MOC_{75}$ $<MOC_{25} < MOC_{50} = MOC_{75}$
726	При внегрудной обструкции дыхательных путей увеличивается преимущественно аэродинамическое сопротивление вдоха выдоха вдоха и выдоха в вертикальном положении вдоха и выдоха в горизонтальном положении
727	При внутригрудной обструкции дыхательных путей увеличивается преимущественно аэродинамическое сопротивление вдоха выдоха вдоха и выдоха в вертикальном положении вдоха и выдоха в горизонтальном положении
728	Снижение ЖЕЛ при относительно незначительных изменениях скоростных показателей указывает на обструктивный вариант нарушения на рестриктивный вариант нарушений на трахеобронхиальную дискинезию на коллапс мелких бронхов на смешанный вариант нарушений
729	Снижение скоростных показателей ОФВ1, МОС25, МОС50, МОС75 при нормальной ЖЕЛ свидетельствует о рестриктивном варианте нарушений о смешанном варианте нарушений о трахеобронхиальной дискинезии об обструктивном варианте о коллапсе мелких бронхов
730	Проходимость бронхов на уровне дистальных отделов дыхательных путей отражают показатели МОС25 РО вдоха МОС75 МВЛ РО выдоха
731	Критерий обратимости бронхообструктивного синдрома после ингаляции бронходилататоров прирост ЖЕЛ на 25% и МОС 75 на 30% прирост ЖЕЛ на 20% и МОС 75 на 25% прирост ОФВ1 на 30% и ПСВ на 25% прирост ОФВ1 на 8% и ПСВ на 5% прирост ОФВ1 на 13% и ПСВ на 16%
732	Для хронической обструктивной болезни лёгких III стадии (тяжёлой) характерны следующие показатели 30% <ОФВ1 <50% от должных величин после пробы с бронходилататором 30% <ОФВ1 <50% от должных величин до пробы с бронходилататором ОФВ1 <30% от должных величин или ОФВ1 <50% от должных величин в сочетании с хронической ДН или правожелудочковой недостаточностью

	ОФВ1 < 80% от должных величин
	50% < ОФВ1 < 80% от должных величин
733	Высокой степени гиперреактивности бронхов соответствует
	ПД20 < 0,25 мг/мл
	0,25 мг/мл < ПД20 < 2 мг/мл
	2 мг/мл < ПД20 < 8 мг/мл
	ПД20 ≥ 8 мг/мл
734	Легкой степени гиперреактивности бронхов соответствует
	ПД20 < 0,25 мг/мл
	0,25 мг/мл < ПД20 < 2 мг/мл
	2 мг/мл < ПД20 < 8 мг/мл
	ПД20 ≥ 8 мг/мл
735	Умеренной степени гиперреактивности бронхов соответствует
	ПД20 < 0,25 мг/мл
	0,25 мг/мл < ПД20 < 2 мг/мл
	2 мг/мл < ПД20 < 8 мг/мл
	ПД20 ≥ 8 мг/мл
736	Для проведения бронхолитических проб существуют следующие показания
	тяжелая патология сердечно-сосудистой системы
	определение обратимости обструктивных нарушений
	диагностика ранних («скрытых») обструктивных нарушений
	подбор индивидуальных эффективных лекарственных препаратов
737	Пройодимость бронхов на уровне проксимальных отделов дыхательных путей отражают показатели
	ЖЕЛ
	ОФВ1
	МОС25
	МОС50
738	Противопоказанием к провокационному тестированию являются
	острые респираторные инфекции или вакцинации в течение последнего месяца
	обострение бронхолегочного заболевания
	беременность
	выраженные бронхоспастические реакции на ингаляции лекарственных веществ в анамнезе
	исходная величина ОФВ1 не менее 80 % от должной величины
739	Показаниями для проведения эргоспирометрии являются
	оценка эффекта лечения хронической сердечной недостаточности
	экспертиза трудоспособности
	дифференциальный диагноз при одышке/утомляемости
	экспертиза нетрудоспособности
	нестабильная стенокардия
740	Противопоказаниями для проведения эргоспирометрии являются
	нестабильная стенокардия
	неконтролируемые предсердные/желудочковые нарушения ритма
	атриовентрикулярная блокада III степени
	острый миокардит, перикардит
	острые изменения на ЭКГ, подозрительные на инфаркт миокарда
	тяжелый аортальный стеноз
	реабилитация
	дифференциальный диагноз при одышке/утомляемости
741	Внутригрудное объем газа, измеренный методом бодиплетизмографии тождественен

	ОЕЛ
	ООЛ
	ЖЕЛ
	ФОЕ
742	Метод бодиплетизмографии базируется
	на законе Бойля-Мариотта
	на законе Шарля
	на законе Гей-Люссака
	на законе Авогадро
743	Какой из следующих методов дает наиболее точные значения общей емкости легких у пациентов с обструктивными заболеваниями легких?
	ФОЕ, измеренная методом бодиплетизмографии + емкость вдоха
	ФОЕ, измеренная при разведении гелия методом множественных дыханий (закрытая система) + емкость вдоха
	ФОЕ, измеренная при вымывании азота методом множественных дыханий + емкость вдоха
	ФОЕ, измеренная при разведении гелия методом множественных дыханий (открытая система) + емкость вдоха
744	Остаточный объем лёгких (ООЛ) может быть точно определен с помощью
	бодиплетизмографии
	мультиспиральной компьютерной томографии лёгких
	пикфлоуметрии
	пульсоксиметрии
	спирометрии
745	Показатели, характеризующие неэластические (динамические) свойства аппарата вентиляции
	общая емкость легких
	остаточная емкость легких
	бронхиальное сопротивление
	внутригрудной объем газа
746	Функциональная остаточная емкость (ФОЕ) — это
	объем воздуха, остающийся в легких после спокойного выдоха
	объем воздуха, остающийся в легких после максимально глубокого выдоха
	максимальный объем, который могут вместить лёгкие на высоте полного вдоха
	максимальный объем воздуха, который может быть провентилирован легкими за 1 минуту
747	Остаточный объем легких (ООЛ) — это
	объем воздуха, остающийся в легких после спокойного выдоха
	объем воздуха, остающийся в легких после максимально глубокого выдоха
	максимальный объем, который могут вместить лёгкие на высоте полного вдоха
	максимальный объем воздуха, который может быть провентилирован легкими за 1 минуту
748	Общая ёмкость лёгких (ОЕЛ) — это
	объем воздуха, остающийся в легких после спокойного выдоха
	объем воздуха, остающийся в легких после максимально глубокого выдоха
	максимальный объем, который могут вместить лёгкие на высоте полного вдоха
	максимальный объем воздуха, который может быть провентилирован легкими за 1 минуту
749	Максимальная вентиляция легких (МВЛ) — это
	объем воздуха, остающийся в легких после спокойного выдоха
	объем воздуха, остающийся в легких после максимально глубокого выдоха
	максимальный объем, который могут вместить лёгкие на высоте полного вдоха

	максимальный объем воздуха, который может быть провентилирован легкими за 1 минуту
1	Функциональная диагностика состояния нервной системы
750	Импеданс служит
	для проверки качества установки электродов
	для исключения синфазных помех из ЭЭГ
	для устранения сетевой наводки
	для дополнительного заземления больного
751	Диапазон бета активности ЭЭГ
	13-30 Гц
	10-16 Гц
	4-8 Гц
	12-60 Гц
752	Биполярное отведение в ЭЭГ
	оба электрода располагаются над активной областью мозга
	двухполюсное отведение
	имеются два электрода в отведении
	запись осуществляется с двумя активными точками и одной индифферентной
753	Какая чувствительность самая высокая?
	1mv/mm
	5mv/mm
	20mv/mm
	10mv/mm
754	Индекс ритма ЭЭГ — это
	отношение времени, в течение которого этот ритм регистрируется, к общему времени анализа
	процентный показатель межполушарной асимметрии
	отношение амплитуды ритма в фоне к ее величине при нагрузке
	процентное соотношение мощности альфа и дельта активности
755	Электрод, отражающий активность заднелобной области слева
	F3
	Fp1
	F7
	F4
756	Правый теменной электрод — это
	P4
	T4
	O2
	F4
757	Функциональная значимость альфа-ритма — это
	ритм "холостого хода"
	сканирующий механизм чувствительности нейронов мозга
	активность, связанная с расслабленным бодрствованием
	активность, связанная с активным бодрствованием
758	Диапазон тета-активности ЭЭГ
	1-4 Гц
	5-8 Гц
	8-12 Гц
	5-12 Гц
759	Международная система отведений ЭЭГ, разработанная Джаспером, соответствует

	10-20
	1:1
	50-50
	1:100
760	Левый височный электрод — это
	T3
	P3
	O1
	F3
761	С какой целью невролог назначает ЭЭГ?
	для диагностики эпилепсии
	для оценки когнитивных функций
	локализации очага инсульта
	для оценки состояния сосудистой системы
762	Проба с гипервентиляцией в ЭЭГ служит
	для оценки пароксизмальной готовности мозга
	для оценки уровня внимания
	для оценки межполушарной асимметрии медленноволновой активности
	для оценки степени гипоксии мозга
763	Для лиц старше 60 лет в ЭЭГ является характерным
	замедление, снижение индекса альфа-ритма и увеличение индекса тета-активности
	исчезновение альфа-активности
	увеличение индекса бета-активности
	нарастание синхронной медленной активности в ЭЭГ
764	Диапазон дельта-активности в ЭЭГ составляет
	0,5-4 Гц
	1-6 Гц
	4-8 Гц
	8-13 Гц
765	Мю-ритм в ЭЭГ — это
	роландический ритм, депрессирующийся на проприоцептивные нагрузки
	онтогенетический предшественник альфа-ритма
	связан с когнитивными процессами
	ритм холостого хода зрительного анализатора
766	В норме альфа-ритм в ЭЭГ
	блокируется при открывании глаз
	усиливается при открывании глаз
	нет реакции на открывание глаз
	смещается при открывании глаз в передние отделы мозга
767	В норме на ЭЭГ взрослого человека регистрируется
	альфа-ритм
	дельта-ритм
	гипсаритмия
	паттерн «вспышка-подавление»
768	При наличии фокальной/региональной патологической активности в ЭЭГ оценка
	общемозговых изменений производится
	по интактному полушарию
	по пораженному полушарию
	не проводится
	по парасагиттальным отведениям

769	Для записи детской ЭЭГ используется чувствительность
	10mv/mm
	7mv/mm
	3mv/mm
	20mv/mm
770	Правый затылочный электрод — это
	O2
	P3
	O1
	F3
771	ЭЭГ в детском возрасте характеризуется
	увеличением индекса тета-активности
	асимметрией тета-активности
	усилением бета-активности
	заостренностью ритмов в лобно-центральных отделах
772	Правый центральный электрод — это
	C4
	P3
	C3
	F3
773	Диапазон альфа-активности ЭЭГ
	8-12 Гц
	4-8 Гц
	10-16 Гц
	12-60 Гц
774	В норме альфа-ритм преобладает
	в затылочных отведениях
	в передне-центральных отведениях
	во второй стадии сна
	в височных отведениях
775	Реакция на ритмическую фотостимуляцию служит
	для оценки уровня бодрствования
	для оценки состояния подкорково-диэнцефальных структур
	для оценки состояния коры
	для активации эпилептической активности
776	Для 4-й стадии сна характерны
	веретена и К-комплексы и их сочетание
	медленные волны с индексом больше 50 %
	наличие устойчивых волн с частотой меньше 2-х Гц
	амплитуда дельта-волн больше 75 мкВ
777	Для парадоксальной (REM) стадии сна характерны
	высокий артефакт ЭМГ
	быстрые движения глаз
	высокий порог пробуждения
	низкоамплитудная кривая ЭЭГ
778	Амплитуда ЭЭГ-сигнала в норме при гипервентиляции
	до 500 мкВ
	от 0,5 мкВ до 50 мкВ
	от 1 мкВ до 10 мкВ
	от 0 до 5 мкВ

779	Реакция hV служит
	для оценки пароксизмальной готовности
	для оценки уровня бодрствования
	для активации мезенцефальных структур ствола
	для оценки зрелости коры
780	С возрастом у ребенка в ЭЭГ
	увеличивается частота альфа-ритма
	уменьшается частота альфа-ритма
	усиливается синхронизация ритмов
	уменьшается индекс бета-активности
781	ЭЭГ признаки очагового поражения мозга — это
	локальная пароксизмальная и/или медленно волновая активности
	усиление синхронизации ритмов
	десинхронизация ЭЭГ
	уменьшение индекса альфа-активности
782	Применение снотворных препаратов класса барбитуратов приводит
	к появлению бета – ритма
	к усилению мю-ритма
	к появлению неспецифических ответов в вертексной области
	к десинхронному типу ЭЭГ
783	Амплитуда сигнала ЭЭГ измеряется
	в микровольтах (мкВ)
	в милливольтгах (мВ)
	в сантиметрах (см)
	в герцах (Гц)
784	Неблагоприятным прогностическим критерием по ЭЭГ при коматозном состоянии являются
	паттерны сна
	ареактивность
	топическое однообразие (отсутствие градиента по отведениям)
	отсутствие биоэлектрической активности
785	Благоприятным прогностическим критерием по ЭЭГ при коматозном состоянии являются
	паттерны сна
	ареактивность
	топическое однообразие (отсутствие градиента по отведениям)
	отсутствие биоэлектрической активности
786	Паттерны ЭЭГ, характерные для эпилепсии
	пик-волна и позитивные спайки
	локальное замедление альфа-активности
	бета-активность
	группы тета-ритма
787	Вызванные потенциалы (ВП) — это
	биоэлектрические сигналы, которые появляются с постоянными временными интервалами после определенных внешних воздействий
	запись ЭЭГ с функциональными пробами
	регистрация ЭЭГ во время фотостимуляции
	биоэлектрические сигналы, которые появляются с непостоянными временными интервалами после определенных внешних воздействий
788	Потенциал дальнего поля — это
	потенциал мозгового происхождения от удаленных источников

	электромагнитное излучение воздействующее на запись ЭЭГ
	помехи от общественного транспорта
	помеха от сети переменного тока
789	При интерпретации вызванных потенциалов (ВП) как сигнала от различных структур мозга оцениваются
	латентности основных пиков
	площадь ответа
	наличие периодических составляющих
	по всем критериям
790	В зрительных вызванных потенциалах (ЗВП) менее надежна оценка стволовых составляющих, так как
	время обработки стимула в сетчатке до 50 мсек
	амплитуда ответа может превышать 5 мкВ
	их спектральные характеристики включаются в спектральную полосу спонтанной ЭЭГ
791	Слуховые вызванные потенциалы (СВП) мозгового ствола требуют диапазон частот усилителя
	10-3000 Гц
	до 1000 Гц
	до 70 Гц
	до 50 Гц
792	Медленный негативный потенциал (СNV) – это
	потенциал, возникающий между предварительным и пусковым сигналом
	потенциал, возникающий на сверхпороговый раздражитель
	потенциал, возникающий на неожиданный стимул
	потенциал, возникающий на допороговый раздражитель
793	Р 300 когнитивный вызванный потенциал (ВП) – это
	потенциал, выделяемый при опознании случайно возникающего стимула (события) среди частых стандартных стимулов
	потенциал готовности к когнитивному стимулу
	потенциал, возникающий при предъявлении знакомых стимулов
	потенциал, возникающий на допороговый раздражитель
794	Негативный потенциал рассогласования (НПР) – это
	когнитивный вызванный потенциал, возникающий в условиях, когда отклоняющийся стимул имеет близкие к стандартным значения параметров
	вызванный потенциал, возникающий на пропущенные стимулы
	когнитивный вызванный потенциал, возникающий на незначимые стимулы
795	Генез III пика слухового стволового вызванного потенциала связывают с ответом
	билатерального верхнего оливолярного комплекса
	проксимальной части слухового нерва и части кохлеарных ядер
	восходящих слуховых волокон в ростральной части моста и боковой петли
	нижних бугров четверохолмия
796	Латентность II пика акустического стволового вызванного потенциала (АСВП) в норме составляет
	$2,8 \pm 0,17$ мс
	$5,1 \pm 0,12$ мс
	$10,2 \pm 0,15$ мс
	$3,1 \pm 0,11$ мс
797	Как меняется Р 300 при рассеянном склерозе?
	не меняется
	уменьшается амплитуда пика
	удлиняется латентность

	уменьшается крутизна (более пологий спуск P300)
798	Латентность пика когнитивного вызванного потенциала P 300 с возрастом увеличивается снижается не меняется исчезает
799	О хорошей оперативной памяти может свидетельствовать заостренный пик и резкая крутизна наклона пика высокая амплитуда P300 увеличение латентности P300 стабильность выделения P300
800	При подозрении на какое заболевание невролог назначает зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) на шахматный паттерн? на демиелинизирующие заболевания на миопию на инсульт на туннельный синдром
801	В генерации P 100 компонента зрительного вызванного потенциала (ЗВП) преимущественно участвуют структуры поля 17-18 зрительные нервы таламические структуры все структуры
802	При рассеянном склерозе наибольшую диагностическую значимость имеет зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) акустические стволовые вызванные потенциалы (АСВП) P300 соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП)
803	В каком случае исследование зрительного вызванного потенциала (ЗВП) на паттерн предпочтительнее, чем зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) на вспышку? при дифференциальном диагнозе рассеянного склероза при нарушении сознания у младенцев у стариков
804	Патологическим знаком зрительного вызванного потенциала (ЗВП) на паттерн является латентность больше 120 мс амплитуда меньше 10 мкВ асимметрия левых и правых кривых по амплитуде до 20% все критерии
805	Межпиковые латентности I-III пиков акустического стволового вызванного потенциала (АСВП) длятся 2,2 - 2,4 мс 10 - 12 мс 4 - 2,5 мс 1 - 2,5 мс
806	Пики N30 P45 соматосенсорного вызванного потенциала (ССВП) отражают ответы ассоциативных областей и лобной коры ответы неспецифических ядер таламуса проведение на стволовом уровне шейные стволовые ответы

807	Латентность в точке Эрба в норме составляет
	9,6 ± 0,7 мсек
	8,2 ± 0,5 мсек
	13,5 ± 0,6 мсек
	7,8 ± 0,6 мсек
808	Для мониторинга состояния стволовых структур при операции на заднечерепной ямке используют
	слуховые коротколатентные вызванные потенциалы
	зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) на вспышку
	соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП)
	слуховые длиннолатентные вызванные потенциалы
809	Нормальный (замкнутый) вариант строения Виллизиевого круга встречается
	у 30-50 % населения
	у 10-30 % населения
	у 50-70 % населения
	у 70-90 % населения
810	Нормальный уровень мозгового кровотока в среднем равен
	45-55 мл/100г мозга/мин
	10-20 мл/100г мозга/мин
	75-85 мл/100г мозга/мин
	30-40 мл/100г мозга/мин
811	При локалии глазничной (надблоковой) артерии и пережатии гомолатеральной наружной сонной артерии в норме кровотока
	не изменяется или усиливается
	уменьшается или меняет направление
	исчезает
	уменьшается
812	Какой стеноз принято считать гемодинамически значимым?
	более 70%
	более 50%
	более 30%
	более 40%
813	Где регистрируется паттерн затрудненной перфузии?
	проксимальнее места стенозирования сосуда
	в месте максимально сужения сосуда
	дистальнее места стенозирования сосуда
	на всем протяжении сосуда
814	Для стенозов, окклюзий основной артерии (ОА), позвоночной артерии (ПА) характерны
	снижение периферического сопротивления в позвоночной артерии (ПА)
	снижение диастолического потока до «0»
	снижение (признаки стеноза) или отсутствие кровотока на уровне пораженного сегмента основной артерии (ОА)
	остаточный поток в задней мозговой артерии (ЗМА)
815	Признаками функционирования передней соединительной артерии (ПСА) при проведении транскраниальной доплерографии является
	реверсирование кровотока в А1 сегменте во время компрессии гомолатеральной общей сонной артерии (ОСА) и увеличение линейной скорости кровотока (ЛСК) при компрессии контрлатеральной общей сонной артерии (ОСА)
	реверсирование кровотока в А1 сегменте во время компрессии контрлатеральной общей сонной артерии (ОСА) увеличение линейной скорости кровотока (ЛСК) при компрессии гомолатеральной общей сонной артерии (ОСА)

	в ответ на компрессию гомолатеральной общей сонной артерии (ОСА) – четкое увеличение линейной скорости кровотока (ЛСК) в М1-2 – сегментах и увеличение индекса периферического сопротивления в А1 сегменте
	остаточный поток в А1 сегменте и увеличение индекса периферического сопротивления в М1-2 сегментах во время компрессии контрлатеральной общей сонной артерии (ОСА)
816	К двигательным единицам (ДЕ) 2Б гистохимического типа относят быстрые, наиболее утомляемые двигательные единицы (ДЕ), обладающие гликолитическим типом обмена быстрые, относительно устойчивые к утомлению, обладающие оксидативно-гликолитическим типом обмена, активируются во время фазического сокращения медленные, устойчивые к утомлению, обладающие оксидативным типом обмена, активируются во время тонического сокращения
817	Амплитуда потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) в норме равна 300-1000 мкВ 50-100 мкВ 2-3 мВ 20-30 мВ
818	Спонтанная активность мышечных волокон — это потенциалы фибрилляций и положительные острые волны потенциалы фасцикуляций двухфазные спусковые потенциалы миокимические разряды
819	Отличительной особенностью нейрональных заболеваний является увеличение средней амплитуды и длительности потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) и потенциалы фасцикуляций изменение формы потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) увеличение числа полифазных потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) до 100% снижение средней амплитуды и длительности потенциалов двигательных единиц (ПДЕ)
820	В основе постсинаптического миастенического синдрома лежат следующие патофизиологические механизмы снижение плотности ацетилхолиновых рецепторов и нарушение ресинтеза медиатора нарушение высвобождения ацетилхолина при нормальном ресинтезе нарушение высвобождения ацетилхолина при нормальной плотности ацетилхолиновых рецепторов дефицит ацетилхолинэстеразы
821	Количество фаз в потенциалах двигательных единиц (ПДЕ) в норме 2-3 5-7 4-8 8-10
822	Псевдомиотонические разряды отличаются от миотонических стабильностью амплитуды потенциала в разряде падением амплитуды потенциала в разряде наличием нескольких потенциалов в разряде высокой частотой потенциалов в разряде
823	Отличительной особенностью миопатий является снижение средней длительности и амплитуды потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) увеличение средней длительности и амплитуды потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) наличие фасцикуляций изменение формы потенциалов двигательных единиц (ПДЕ)
824	Скорость проведения возбуждения по чувствительным волокнам нерва в норме выше по проксимальным отделам

	по дистальным отделам
	практически одинакова по всей длине нерва
825	При регистрации Н-рефлекса возбуждение распространяется
	ортодромно по чувствительным волокнам, а далее ортодромно по двигательным волокнам
	антидромно по двигательным волокнам, а далее антидромно по чувствительным волокнам
	антидромно по двигательным волокнам, а далее ортодромно по двигательным волокнам
	ортодромно по чувствительным волокнам, а далее антидромно по двигательным волокнам
826	Посттетаническое облегчение характеризуется
	нарастанием амплитуды 1-го М-ответа по отношению к амплитуде исходного и уменьшением декремента
	снижением амплитуды 1-го М-ответа по отношению к амплитуде исходного, неизменной выраженностью декремента
	нарастанием амплитуды 1-го М-ответа по отношению к амплитуде исходного, неизменной выраженностью декремента
	инкрементом М-ответов
827	При миастении будут отрицательными следующие фармакологические пробы
	амиридиновая и гуанидиновая
	прозеринавая и тензилоновая
	прозеринавая и амиридиновая
	прозеринавая и гуанидиновая
828	Мышечные волокна в двигательной единице в норме располагаются
	мозаично
	компактными пучками
	в зависимости от гистохимического типа двигательных единиц (ДЕ)
	параллельно
829	В состав двигательной единицы входят (выберите правильное сочетание)
	мотонейрон, аксон, нервные терминалы, мышечные волокна
	аксон и мышечные волокна
	мотонейрон, аксон
	нервные терминалы, мышечные волокна
830	Средняя длительность потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) увеличена более, чем на 30%
	при нейрональных заболеваниях
	при первично-мышечных заболеваниях
	при всех невро-мышечных заболеваниях
	при вторично-мышечных заболеваниях
831	Изолированное увеличение резидуальной латентности является начальным признаком
	моторной аксонопатии
	моторной миелінопатии
	сенсорной миелінопатии
	сенсорной аксонопатии
832	Демиелинизирующая нейропатия диагностируется, если
	амплитуда М-ответа снижена, длительность увеличена, форма полифазна
	амплитуда М-ответа нормальная, длительность увеличена
	амплитуда М-ответа снижена, длительность снижена
	амплитуда М-ответа увеличена, длительность снижена
833	При миастении наблюдаются следующие ЭНМГ-феномены
	инкремент М-ответов

	декремент М-ответов
	посттетаническое истощение
	посттетаническое облегчение
834	Средняя амплитуда потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) в мышце снижена
	при первично-мышечных заболеваниях
	при нейрональных заболеваниях
	при демиелинизирующих полинейропатиях
	при всех нервно-мышечных заболеваниях
835	Кривая максимального усилия изменяется по типу "ритма частотола"
	при невральных и нейрональных заболеваниях
	при первично-мышечных заболеваниях
	при невральной и центральной денервации
	при всех перечисленных заболеваниях и состояниях
836	Скорость проведения по двигательным волокнам нервов в норме ниже
	на нижних конечностях
	на верхних конечностях
	практически одинакова на верхних и нижних конечностях
837	Изолированная сенсорная аксонопатия диагностируется в том случае, если
	снижена амплитуда потенциала действия (ПД), скорость проведения в норме
	снижена амплитуда потенциала действия (ПД), снижена скорость проведения
	амплитуда потенциала действия (ПД) в норме, скорость проведения снижена
	снижена амплитуда потенциала действия (ПД), скорость проведения увеличена
838	При ботулизме отсутствует следующий ЭНМГ-феномен
	амплитуда 1-го М-ответа через 3 минуты после тетанической стимуляции значительно ниже амплитуды исходного М-ответа
	выраженный феномен посттетанического облегчения
	отрицательная прозерина проба
	инкремент М-ответа после тетанической стимуляции
839	В основе пресинаптического миастенического синдрома лежит следующий патофизиологический механизм
	нарушение высвобождения ацетилхолина при нормальной плотности ацетилхолиновых рецепторов
	снижение плотности ацетилхолиновых рецепторов и нарушение ресинтеза медиатора
	нарушение высвобождения ацетилхолина при нормальном ресинтезе
	дефицит ацетилхолинэстеразы
840	Сонные веретена характеризуются
	длительность от 0,5 секунд до нескольких секунд
	частота 12-14 Гц
	симметричное распределение над центральной областью
	частота 4-8 Гц
841	Структурами, способствующими усилению и генерализации разрядной активности, являются
	мозжечок
	амигдала
	гиппокамп
	forix (свод)
842	При очаговом деструктивном процессе может регистрироваться в зоне очага
	учащение ритмики и пароксизмальная активность
	полиморфная дельта активность
	эпилептиформная активность
	асимметричность в передних областях

843	Медленные волны сна характеризуются асимметричностью в передних областях большей выраженностью в центральных и теменных отделах индексом, амплитудой и длительностью в зависимости от стадии сна широкой билатеральной распределенностью
844	Влияние ноотропных препаратов приводит к снижению порога судорожной готовности к уменьшению очаговой медленной активности к увеличению индекса альфа и бета ритмов к учащению альфа-ритма
845	Смещение дельта-и тета-активности с альфа-ритмом встречается в ЭЭГ в 5 % нормы до 30 лет в детском возрасте до 7 лет в подростковом возрасте в пожилом и старческом возрасте
846	Интерпретация вызванных потенциалов (ВП) как переходного процесса включает оценку генерации компонентов как потенциалов дальнего поля колебательного процесса в нейронных сетях времени и качества реагирования мозговых структур ответа мозга на импульсное воздействие
847	Зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) на паттерн имеют следующие особенности по сравнению с ЗВП на вспышку лучше отражает неспецифическую составляющую ответа имеет меньшую межиндивидуальную вариабельность, чем ЗВП на вспышку имеет большую стабильность при локализации, чем ЗВП на вспышку имеет меньшую амплитуду
848	Параметры соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) зависят от пола от возраста от роста от всех параметров
849	Остаточный поток в сосудах дистальнее зоны гемодинамически значимого стеноза характеризуется резким снижением показателей кинематики (сглаженный поток) и мощности спектра резким снижением цереброваскулярной реактивности (ЦВР) снижением линейной скорости кровотока (ЛСК), прежде всего V_s и снижением уровня периферического сопротивления усилением линейной скорости кровотока (ЛСК), прежде всего V_s и снижением уровня периферического сопротивления
850	Тета-вариант альфа-ритма определяется выраженности в лобной области частоты тета-диапазона депрессии на открывание глаз, привлечение внимания теменно-затылочной топографии
851	К каким изменениям на ЭЭГ приводит отмена противосудорожных препаратов? уплощение ЭЭГ усиление эпилептиформной активности повышение реактивности на гипервентиляцию нарастание дезорганизации
852	Атипичный абсанс характеризуется

	наличием межполушарной асимметрии
	частотой пик-волновых комплексов, отличной от 3 Гц
	включением других видов активности
	полиморфизмом комплексов
853	О хорошей оперативной памяти может свидетельствовать
	заостренный пик и резкая крутизна наклона пика
	низкая амплитуда P300
	увеличение латентности P300
	нестабильность выделения P300
854	Пики N30 P45 соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) отражают
	ответы ассоциативных областей и лобной коры
	периферический компонент ответа
	проведение на стволовом уровне
	шейные стволовые ответы
	ответы неспецифических ядер таламуса
855	Оценка реактивности ЭЭГ в коме с помощью звуковой стимуляции проводится
	не менее 2 раз с интервалом не менее 30 сек
	не менее 2 раз с интервалом не менее 20 сек
	не менее 2 раз с интервалом не менее 10 сек
	не менее 1 раза с интервалом не менее 20 сек
	не менее 1 раза с интервалом не менее 10 сек
856	Заднее преобладание альфа-волн наблюдается у коматозных пациентов с поражением
	ствола мозга
	лобной области
	височной области
	теменной области
	затылочной области
857	Альфа-активность при альфа коме чаще всего наблюдается
	в лобной области
	в височной области
	в теменной области
	в затылочной области
	во всех областях головного мозга
858	Веретенная кома определяется как наложенные на фоновую активность всплески в форме веретена с частотой
	до 14 Гц
	до 10 Гц
	до 11 Гц
	до 12 Гц
	до 13 Гц
859	Веретенная кома определяется как преобладающая
	тета и дельта фоновая активность
	тета фоновая активность
	дельта фоновая активность
	альфа фоновая активность
	бета фоновая активность
860	Бета активность на ЭЭГ максимально выражена
	в лобных областях
	в височных областях
	в теменных областях
	в затылочных областях
	во всех областях головного мозга

861	Бета кома характеризуется доминирующей частотой
	12-16 Гц
	7-9 Гц
	9-11 Гц
	20-30 Гц
	25-35 Гц
862	Бета кома характеризуется доминирующей амплитудой более
	30 мкВ
	20 мкВ
	15 мкВ
	10 мкВ
	5 мкВ
863	Тета кома характеризуется доминирующей частотой
	4-7 Гц
	5-8 Гц
	6-9 Гц
	7-10 Гц
	8-11 Гц
864	Тета кома характеризуется амплитудой более
	30 мкВ
	25 мкВ
	20 мкВ
	15 мкВ
	10 мкВ
865	При высокоамплитудной дельта коме амплитуда ЭЭГ превышает
	150 мкВТ
	70 мкВ
	80 мкВТ
	90 мкВ
	100мкВТ
866	При низкоамплитудной дельта коме амплитуда ЭЭГ не превышает
	20 мкВ
	40 мкВ
	35 мкВ
	30 мкВ
	25 мкВ
867	У больного в коме длительность записи ЭЭГ должна быть
	по меньшей мере 30 минут
	по меньшей мере 10 минут
	по меньшей мере 15 минут
	по меньшей мере 20 минут
	по меньшей мере 25 минут
868	При записи ЭЭГ больного в коме должны выполняться следующие требования к уровню чувствительности фильтров
	снижение нижних фильтров (до 0.3 Гц), высокие фильтры не менее 30 Гц
	снижение нижних фильтров (до 0.4 Гц), высокие фильтры не менее 25 Гц
	снижение нижних фильтров (до 0.4 Гц), высокие фильтры не менее 30 Гц
	снижение нижних фильтров (до 0.5 Гц), высокие фильтры не менее 30 Гц
	снижение нижних фильтров (до 0.5 Гц), высокие фильтры не менее 25 Гц
869	Уровень усиления сигналов при записи ЭЭГ больного в коме составляет
	2 мкВ

	10 мкВ
	15 мкВ
	20 мкВ
	25 мкВ
870	Какие электроды и в каком количестве применяются при записи ЭЭГ больного в коме?
	минимум 8 скальповых и 2 ушных электрода
	минимум 4 скальповых и 2 ушных электрода
	4 скальповых и 1 ушного электрода
	минимум 6 скальповых электродов и одного ушного электрода
871	Оценка реакции активации ЭЭГ у пациента в коме при пассивном открывание глаз (век) должна проводиться
	1 раз
	не менее 2 раза
	не менее 3 раза
	не менее 4 раза
	не менее 5 раз
872	Кома – это
	остро развивающееся тяжёлое патологическое состояние, характеризующееся утратой сознания с нарушением функции на внешние раздражители
	остро развивающееся тяжёлое патологическое состояние, без утраты сознания с нарушением функции на внешние раздражители
	постепенно развивающееся тяжёлое патологическое состояние, характеризующееся утратой сознания с нарушением функции на внешние раздражители
	постепенно развивающееся тяжёлое патологическое состояние, без утраты сознания с нарушением функции на внешние раздражители
	постепенно развивающееся тяжёлое патологическое состояние, без утраты сознания и без нарушения функции на внешние раздражители
873	Сопор — это состояние, характеризующееся
	глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций
	глубокое угнетение сознания с нарушением координированных и защитных реакций
	поверхностное угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций
	поверхностное угнетение сознания с нарушением координированных и защитных реакций
	отсутствие угнетения сознания с сохранностью координированных защитных реакций
874	Речевые реакции, характерные для умеренного оглушения
	речевой контакт сохранен, но получение ответа порой требует повторения вопросов
	команды выполняет правильно, но несколько замедленно, особенно сложные
	речевой контакт нарушен
	команды не выполняет
	речевой контакт сохранен, на вопросы отвечает сразу
875	Характерные симптомы умеренного оглушения
	глаза открывает спонтанно или сразу на обращение к нему
	ориентировка во времени, месте, а также окружающей обстановке, лицах может быть неполной
	двигательная реакция на боль активная и целенаправленная
	глаза на обращение не открывает
	полностью дезориентирован
876	Глубокое оглушение отличается от умеренного
	ориентировкой в месте, времени
	контролем за функцией тазовых органов
	зрачковыми, корнеальными рефлексами
	глотательными рефлексами
	глубокими рефлексами

877	Реакции пациента, характерные для комы 1 ст. больные не реагируют на обращенную к ним речь больные не реагируют на раздражение ярким светом больные не реагируют на раздражение сильным звуком больные реагируют на раздражение ярким светом больные реагируют на раздражение сильным звуком
878	Глазодвигательные рефлексы, характерные для комы 1 ст. больные не открывают глаза в ответ на боль и другие раздражители реакция зрачков на свет сохранена нередко отмечается расходящееся косоглазие реакция зрачков на свет нарушена больные открывают глаза в ответ на боль и другие раздражители
879	Для комы 1 ст. характерно мышечный тонус повышен кожные рефлексы резко ослаблены мышечный тонус снижен мышечный тонус неизменен кожные рефлексы не изменены
880	Состояние рефлексов при коме 1 ст. корнеальный рефлекс сохранен скуловой рефлекс сохранен корнеальный рефлекс снижен скуловой рефлекс снижен функции тазовых органов контролирует
881	Состояние рефлексов при коме 2 ст. корнеальные рефлексы снижены нарушен акт глотания кожные рефлексы отсутствуют корнеальный рефлекс отсутствует кожные рефлексы снижены
882	Общие симптомы для комы 1 ст. и 2 ст. больные не реагируют на обращенную к ним речь больные не реагируют на раздражение ярким светом больные не реагируют сильным звуком больные не выполняют задания реакция зрачков на свет резко ослаблена
883	Состояние рефлексов, характерных для комы 3 ст. кожные рефлексы отсутствуют корнеальный рефлекс отсутствует корнеальные рефлексы снижены глоточный рефлекс снижен кожные рефлексы снижены
884	Для комы 3 ст. характерны атония арефлексия полное отсутствие реакций на любые раздражения рефлексы вызываются мышечный тонус повышен
885	Характерные симптомы комы 3 ст. зрачки расширены реакция зрачков на свет отсутствует

	зрачки сужены
	реакция зрачков на свет резко ослаблена
	мочиспускание и дефекация произвольны
886	Характерные симптомы комы 4 ст.
	прекращение спонтанного дыхания
	гипотермия
	прогрессирующее снижение артериального давления
	гипертермия
	дыхание прерывистое аритмичное
887	Кома, связанная с потерей электролитов, воды и энергетических веществ, наблюдается
	при алиментарной дистрофии
	при гемолитических состояниях
	при хлорпенических состояниях
	при отравлении угарным газом
	при инсульте
888	Этиология церебральной комы
	черепно-мозговая травма
	острые нарушения мозгового кровообращения
	инфекционные заболевания ЦНС
	опухоль головного мозга
	рассеянный склероз
889	Какие виды стимуляции используются для оценки реактивности ЭЭГ в коме
	болевая стимуляция - надавливание на грудину
	болевая стимуляция - сжатие большого пальца руки
	тактильная стимуляция
	температурная стимуляция
	все виды стимуляции
890	Бета-кома наблюдается у пациентов
	с интоксикацией седативными препаратами
	барбитуратами
	бензодиазепинами
	с поражением ствола головного мозга
	с поражением полушарий головного мозга
891	Биоэлектрическое молчание на ЭЭГ наблюдается при следующих состояниях
	сразу после прекращения деятельности сердца и остановки дыхания
	при глубокой гипотермии
	смерть коры головного мозга
	у пациентов, находящихся в хроническом вегетативном состоянии
	после эпилептического припадка
892	У больного в коме при записи ЭЭГ должна отсутствовать ЭЭГ активность в ответ
	на сильные соматосенсорные стимулы
	на слуховые стимулы
	на зрительные стимулы
	на обонятельные стимулы
	на осязательные стимулы
1	Функциональная диагностика состояния других систем организма (органов желудочно-кишечного тракта, мочеполовой, эндокринной систем, органов кроветворения и других)
893	К методам функциональной диагностики состояний желудочно-кишечного тракта относятся
	электрофизиологические методы желудочно-кишечного тракта
	контрастные исследования желудочно-кишечного тракта

	сцинтиграфия органов желудочно-кишечного тракта
	ультразвуковое исследование органов желудочно-кишечного тракта
894	Электрогастроэнтерография — это
	электрофизиологический метод исследования моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при помощи одновременной регистрации биопотенциалов его различных отделов
	электрофизиологическая методика регистрации и исследования электрических полей, образующихся при работе сердца
	электрофизиологический метод исследования моторно-эвакуаторной функции желудка при помощи одновременной регистрации биопотенциалов его различных отделов
	метод электрофизиологического исследования поражений нервно-мышечной системы, состоящий в регистрации электрической активности (биопотенциалов) скелетных мышц
	электрофизиологический метод исследования сетчатки глаза, основанный на регистрации суммарной биоэлектрической активности всех нейронов сетчатки
895	Гастрокардиомониторинг — это
	комбинированная электрофизиологическая методика, совмещающая определение кислотности в желудке и электрокардиографическое исследование
	метод электрофизиологического исследования функционального состояния пищевода и желудка, основанный на регистрации импеданса (сопротивления) между электродами зонда, введенного через рот в верхние отделы желудочно-кишечного тракта
	методика реографической оценки гемодинамики печени с помощью регистрации кровенаполнения сосудов печени в фазы сердечного цикла
	комбинированная электрофизиологическая методика, совмещающая определение кислотности в желудке и кишечнике и электрокардиографическое исследование
896	Импедансометрия желудочно-кишечного тракта – это
	метод электрофизиологического исследования функционального состояния пищевода и желудка, основанный на регистрации импеданса (сопротивления) между электродами зонда, введенного через рот в верхние отделы желудочно-кишечного тракта
	методика реографической оценки гемодинамики печени с помощью регистрации кровенаполнения сосудов печени в фазы сердечного цикла
	комбинированная электрофизиологическая методика, совмещающая определение кислотности в желудке и кишечнике и электрокардиографическое исследование
	комбинированная электрофизиологическая методика, совмещающая определение кислотности в желудке и электрокардиографическое исследование
897	Реогепатография — это
	методика реографической оценки гемодинамики печени с помощью регистрации кровенаполнения сосудов печени в фазы сердечного цикла
	комбинированная электрофизиологическая методика, совмещающая определение кислотности в желудке и кишечнике и электрокардиографическое исследование
	комбинированная электрофизиологическая методика, совмещающая определение кислотности в желудке и электрокардиографическое исследование
	метод электрофизиологического исследования функционального состояния пищевода и желудка, основанный на регистрации импеданса (сопротивления) между электродами зонда, введенного через рот в верхние отделы желудочно-кишечного тракта
898	К методам функциональной диагностики в андрологии относятся
	электрофизиологические методы
	контрастные исследования мочеполовой системы
	сцинтиграфия органов мочеполовой системы
	ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы
899	Реофаллография – это
	метод электрофизиологического исследования в андрологии, основанный на регистрации электрического сопротивления различных участков артериальных сосудов полового члена в состоянии покоя и в ответ на стимуляцию
	электрофизиологическое исследование, позволяющее оценить автономную иннервацию пениса у пациентов с эректильной дисфункцией

	нейроэлектрофизиологическое исследование, применяемое для диагностики эректильной дисфункции нейрогенного генеза
	электрофизиологические исследования состояния мышц мочевого пузыря и сфинктеров, имеющих важное значение в удержании мочи и осуществлении произвольного акта мочеиспускания
900	Кавернозная электромиография — это
	электрофизиологическое исследование, позволяющее оценить автономную иннервацию пениса у пациентов с эректильной дисфункцией
	нейроэлектрофизиологическое исследование, применяемое для диагностики эректильной дисфункции нейрогенного генеза
	электрофизиологические исследования состояния мышц мочевого пузыря и сфинктеров, имеющих важное значение в удержании мочи и осуществлении произвольного акта мочеиспускания
	метод электрофизиологического исследования в андрологии, основанный на регистрации электрического сопротивления различных участков артериальных сосудов полового члена в состоянии покоя и в ответ на стимуляцию
901	Исследование бульбокавернозного рефлекса – это
	нейроэлектрофизиологическое исследование, применяемое для диагностики эректильной дисфункции нейрогенного генеза
	электрофизиологические исследования состояния мышц мочевого пузыря и сфинктеров, имеющих важное значение в удержании мочи и осуществлении произвольного акта мочеиспускания
	метод электрофизиологического исследования в андрологии, основанный на регистрации электрического сопротивления различных участков артериальных сосудов полового члена в состоянии покоя и в ответ на стимуляцию
	электрофизиологическое исследование, позволяющее оценить автономную иннервацию пениса у пациентов с эректильной дисфункцией
902	Электромиография мочевого пузыря — это
	электрофизиологические исследования состояния мышц мочевого пузыря и сфинктеров, имеющих важное значение в удержании мочи и осуществлении произвольного акта мочеиспускания
	метод электрофизиологического исследования в андрологии, основанный на регистрации электрического сопротивления различных участков артериальных сосудов полового члена в состоянии покоя и в ответ на стимуляцию
	электрофизиологическое исследование, позволяющее оценить автономную иннервацию пениса у пациентов с эректильной дисфункцией
	нейроэлектрофизиологическое исследование, применяемое для диагностики эректильной дисфункции нейрогенного генеза
903	Показания для электрофизиологических методов в андрологии
	эректильная дисфункция (импотенция)
	диабетическая нейропатия
	недержание мочи
	нейрогенный мочевой пузырь
	острый цистит у мужчин и женщин
	хронический простатит
	хронический цистит у мужчин и женщин
904	Аудиометрия — это
	метод оценки остроты слуха
	метод исследования биоэлектрической активности слухового нерва
	метод регистрации вызванной активности улитки и слухового нерва, возникающей после предъявления короткого акустического стимула
	метод исследования функции органа зрения посредством регистрации биоэлектрических потенциалов сетчатки, образующихся в результате воздействия света на глаз
905	Исследование слуховых вызванных потенциалов – это
	метод исследования биоэлектрической активности слухового нерва

	метод регистрации вызванной активности улитки и слухового нерва, возникающей после предъявления короткого акустического стимула
	метод исследования функции органа зрения посредством регистрации биоэлектрических потенциалов сетчатки, образующихся в результате воздействия света на глаз
	метод оценки остроты слуха
906	Электрокохлеография — это
	метод регистрации вызванной активности улитки и слухового нерва, возникающей после предъявления короткого акустического стимула
	метод исследования функции органа зрения посредством регистрации биоэлектрических потенциалов сетчатки, образующихся в результате воздействия света на глаз
	метод оценки остроты слуха
	метод исследования биоэлектрической активности слухового нерва
907	Реоофтальмография — это
	исследование скорости кровотока в глазных сосудах
	метод исследования функции органа зрения посредством регистрации биоэлектрических потенциалов сетчатки, образующихся в результате воздействия света на глаз
	регистрация разности потенциалов при движении глазных яблок
	исследование функциональной характеристики зрительного анализатора, заключающееся в определении минимальной частоты импульсного излучения, необходимой для субъективного восприятия светового излучения как непрерывного
908	Электроретинография – это
	метод исследования функции органа зрения посредством регистрации биоэлектрических потенциалов сетчатки, образующихся в результате воздействия света на глаз
	исследование скорости кровотока в глазных сосудах
	регистрация разности потенциалов при движении глазных яблок
	исследование функциональной характеристики зрительного анализатора, заключающееся в определении минимальной частоты импульсного излучения, необходимой для субъективного восприятия светового излучения как непрерывного
909	Электроокулография — это
	регистрация разности потенциалов при движении глазных яблок
	метод исследования функции органа зрения посредством регистрации биоэлектрических потенциалов сетчатки, образующихся в результате воздействия света на глаз
	исследование скорости кровотока в глазных сосудах
	исследование функциональной характеристики зрительного анализатора, заключающееся в определении минимальной частоты импульсного излучения, необходимой для субъективного восприятия светового излучения как непрерывного
910	Определение критической частоты слияния мельканий — это
	исследование функциональной характеристики зрительного анализатора, заключающееся в определении минимальной частоты импульсного излучения, необходимой для субъективного восприятия светового излучения как непрерывного
	регистрация разности потенциалов при движении глазных яблок
	метод исследования функции органа зрения посредством регистрации биоэлектрических потенциалов сетчатки, образующихся в результате воздействия света на глаз
	исследование скорости кровотока в глазных сосудах
911	Электрофизиологические методы исследования желудочно-кишечного тракта — это
	электрогастроэтерография
	гастрокардиомониторинг
	импедансаметрия желудочно-кишечного тракта
	реогепатография
	чреспищеводная электрокардиография
	электронейрография
912	Показания для электрогастроэнтерографии
	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

	ишемическая болезнь сердца, стенокардия
	язвы пищевода и желудка с угрозой кровотечения
913	Показания для импедансометрии желудочно-кишечного тракта
	гастрит хронический
	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
	язва желудка
	ишемическая болезнь сердца, стенокардия
914	Показания для реогепаатографии
	алкогольная болезнь печени
	брюшная жаба
	вирусный гепатит (А, В, С, D, E)
	гепатиты неинфекционного происхождения
	хроническая печеночная недостаточность
	цирроз печени
	варикозно-расширенные вены пищевода II–IV-й степени
	недавние хирургические вмешательства или кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)
	тяжелые формы гипертонической болезни и ишемической болезни сердца
915	Противопоказания для электрофизиологических методов исследования желудочно-кишечного тракта
	злокачественные новообразования пищевода и желудка
	язвы пищевода и желудка с угрозой кровотечения
	варикозно-расширенные вены пищевода II–IV-й степени
	недавние хирургические вмешательства или кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)
	ожоги, дивертикулы, декомпенсированные стриктуры пищевода
	упорный кашель или рвота
	аневризма аорты
	тяжелые формы гипертонической болезни и ишемической болезни сердца
	обструкция носоглотки
	челюстно-лицевые травмы
	тяжелые формы коагулопатий
	психические заболевания
	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
916	Электрофизиологические методы исследования в андрологии — это
	реофаллография
	кавернозная электромиография
	исследование бульбокавернозного рефлекса
	электромиография мочевого пузыря
	электроретинография
917	Показания для электрофизиологических методов исследования в урологии
	диабетическая нейропатия
	недержание мочи
	нейрогенный мочевой пузырь
	острый цистит у мужчин и женщин
	хронический простатит
	хронический цистит у мужчин и женщин
	эректильная дисфункция (импотенция)
918	К электрофизиологическим методам исследования в отоларингологии относят
	аудиометрию
	исследование слуховых вызванных потенциалов
	электрокохлеографию

	реофтальмографию
	электроретинографию
919	Показания для электрофизиологических методов исследования в отоларингологии
	адгезивный средний отит
	болезнь Меньера
	головокружение
	евстахиит
	кохлеарный неврит
	лабиринтит
	мастоидит
	наружный отит
	нейрофиброматоз Реклингхаузена
	опухоль уха
	отомикоз
	отосклероз
	повреждения барабанной перепонки
	рассеянный склероз
	травмы уха
	тугоухость
	диабетическая ретинопатия
	uveит
920	К электрофизиологическим методам исследования в офтальмологии относятся
	реофтальмография
	электроретинография
	электроокулография
	исследование зрительных вызванных потенциалов
	определение критической частоты слияния мельканий
	исследование слуховых вызванных потенциалов
	электрокохлеографию
921	Показания для электрофизиологических методов исследования в офтальмологии
	гемералопия
	диабетическая ретинопатия
	инородные тела глаза
	ишемическая нейропатия зрительного нерва
	катаракта
	механические повреждения глаз
	окклюзия центральной артерии сетчатки
	окклюзия центральной вены сетчатки
	опущение верхнего века
	отслойка сетчатки
	ретинит
	ретинопатия
	эндофтальмит
	косоглазие
	опухоль уха
	отосклероз
1	Организация здравоохранения. Организация службы функциональной диагностики
922	Медицинской организации присваивается статус клинической, если на базе организации
	проводятся клинические испытания
	ведется научно-исследовательская деятельность
	проводится подготовка информационно-аналитических материалов
	осуществляется практическая подготовка медицинских работников
923	Разрабатывать и утверждать клинические рекомендации по вопросам оказания
	медицинской помощи могут только
	органы исполнительной власти субъектов РФ

	медицинские профессиональные некоммерческие организации
	министерство здравоохранения и министерство юстиции РФ
	органы местного самоуправления
924	Медицинские организации по территориальному признаку именуют как
	областные
	автономные
	казенные
	лечебно-профилактические
925	Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует
	выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи
	реорганизации медицинских организаций
	повышению укомплектованности медицинскими кадрами
	увеличению расходов финансовых средств
926	Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут _____ ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации
	персональную
	уголовную
	строгую
	материальную
	персональную
927	При проведении аттестации по присвоению квалификационной категории медицинским работникам, определяющим является стаж работы
	во вредных (опасных) условиях труда
	непрерывный
	по специальности
	медицинский
928	Показатель охвата реабилитационными мероприятиями, в том числе санаторно-курортным лечением, пациентов с хроническими заболеваниями, свидетельствует о качестве
	диспансеризации
	диспансерного наблюдения
	проведения профилактических медицинских осмотров
	противоэпидемической работы
929	Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания, является
	пострадавшим
	получателем медицинских услуг
	клиентом
	пациентом
930	Медицинские работники имеют право
	на страхование рисков, связанных с выполнением рабочих обязанностей
	на выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию
	на оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
	на получение подарков и денежных средств от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
931	Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет
	на предоставление пациенту недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых лекарственных препаратах

	на участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций
	на участие в научно-практических конференциях
	на подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов
932	Целью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи является
	обеспечения прав граждан РФ на бесплатное оказание медицинской помощи
	строгое соблюдение стандартов медицинской помощи
	рациональное использование бюджетных средств
	снижение затрат на здравоохранение
933	Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет
	на участие в научно-практических конференциях
	на участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций
	на получение от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, подарков, денежных средств
	на получение информации о лекарственных препаратах их независимых источников
934	В основе медицинской этики и деонтологии лежат правила и нормы взаимодействия медицинского работника
	с представителями общества защиты прав потребителей
	с коллегами, пациентом и его родственниками
	с участниками Всероссийского общественного движения «За права человека»
	с членами своей семьи
935	В соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. «об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» пациент имеет право на выбор
	методик лабораторного исследования
	врача и медицинской организации
	методик инструментального обследования
	лекарственных средств при лечении в стационаре
936	Обязанность медицинских работников по формированию здорового образа жизни у населения закреплена
	в программе добровольного медицинского страхования
	в Трудовом кодексе Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ
	территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
	в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
937	Страховой медицинский полис имеет силу
	на всей территории Российской Федерации
	только на территории того субъекта Российской Федерации, где выдан страховой полис
	только на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет дипломатические отношения
	только на территории того субъекта Российской Федерации, где проживает застрахованный
938	Стандарт медицинской помощи включает
	усредненные показатели частоты предоставления медицинских услуг и кратности применения лекарственных препаратов
	план диспансерного наблюдения пациента с указанием кратности осмотра врачами-специалистами, выполнения лабораторных и инструментальных исследований
	рекомендуемое штатное расписание структурных подразделений медицинской организации
	информацию об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике конкретного заболевания

939	К видам медицинской помощи относят первичную медико-санитарную, специализированную, скорую и стационарную экстренную неотложную паллиативную
940	Медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента, является плановой экстренной неотложной реабилитационной
941	Среди факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний ведущую роль играет генетическая предрасположенность окружающая среда образ жизни недостатки работы системы здравоохранения
942	Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в статье _____ конституции Российской Федерации 7 статье 65 статье 41 статье 39 статье
943	1 условная единица времени исследования, принятая в функциональной диагностике для расчета нагрузки врачей и медицинских сестер, соответствует 30 минут 15 минут 20 минут 10 минут
944	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает стандарты медицинской помощи порядки оказания медицинской помощи объемы соответствующих видов медицинской помощи протоколы ведения пациентов
945	Дефицит йода в рационе питания приводит к повышению риска развития заболеваний дыхательной системы поджелудочной железы надпочечников щитовидной железы
946	Инвалидом признается лицо, имеющее _____ нарушение здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его _____ стойкое; социальной защиты незначительное; стационарного лечения обратимое; санаторно-курортного лечения и реабилитации временное; выдачи листка нетрудоспособности
947	К основной мере профилактики заболеваний органов дыхательной системы у взрослого населения относят соблюдение принципов рационального питания профилактику стрессовых ситуаций

	борьбу с табакокурением
	адекватную физическую нагрузку
948	Составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории субъекта российской федерации является
	территориальная программа обязательного медицинского страхования
	программа социальной поддержки населения
	программа Фонда социального страхования
	программа добровольного медицинского страхования
949	После обучения по программам профессиональной переподготовки медицинские работники должны пройти
	первичную специализированную аккредитацию
	аттестацию
	первичную аккредитацию
	периодическую аккредитацию
950	Школы здоровья чаще организуют по _____ пациентов
	половому составу
	возрасту
	уровню образования
	профилю заболевания
951	Строгий вегетарианский рацион питания приводит к дефициту
	витаминов
	углеводов
	животного белка
	клетчатки
952	Под консилиумом понимают совещание
	нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента
	представителей администрации медицинской организации для решения вопроса об эвакуации пациента
	сотрудников клинической кафедры по профилю заболевания пациента
	представителей страховых компаний по решению спорных вопросов лечения пациентов
953	Доступ граждан к услугам в сфере здравоохранения посредством единого портала государственных услуг обеспечивается с помощью
	федеральной электронной регистратуры
	регистра медицинских работников
	подсистемы ведения специализированных регистров населения
	лабораторной информационной системы
954	Приоритетным направлением структурных преобразований в здравоохранении российской федерации является развитие _____ помощи
	первичной медико-санитарной
	паллиативной медицинской
	специализированной медицинской
	скорой медицинской
955	Обязательное медицинское страхование как вид медицинского страхования является _____ в отличие от _____ медицинского страхования
	имущественным; группового
	страхованием ответственности; популяционного
	коммерческим; индивидуального
	некоммерческим; добровольного
956	Медицинские работники имеют право
	на оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов

	на выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию
	на предоставление пациенту образцов лекарственных препаратов, полученных бесплатно от фармацевтических компаний
	на создание профессиональных некоммерческих организаций
957	Информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия гражданина предоставляют
	по решению врачебной комиссии
	по запросу органов дознания, следствия и суда
	по заявлению работодателя пациента
	по письменному адвокатскому запросу
958	Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем
	соблюдения этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения к пациенту
	рационального использования лекарственных средств у льготных категорий граждан
	соблюдения правил техники безопасности при осуществлении медицинской деятельности
	соблюдения норм трудовой дисциплины
959	Врачебная комиссия в медицинской организации создается и работает на основании
	приказа руководителя медицинской организации
	постановления органов местного самоуправления
	наличия лицензии по экспертизе профессиональной пригодности
	распоряжения органа исполнительной власти субъекта Федерации
960	Высокотехнологичная медицинская помощь является частью _____ помощи
	паллиативной
	первичной медико-санитарной
	специализированной
	скорой
961	При оформлении на работу трудовой договор составляют в 2-х экземплярах для _____ трудового договора
	участников
	получателей
	клиентов
	каждой из сторон
962	В Российской Федерации обязанность по хранению медицинской документации возложена
	на медицинскую организацию
	на пациента
	на территориальный фонд обязательного медицинского страхования
	на страховую компанию
963	Лечащим врачом является врач
	имеющий ученую степень
	участвующий в проведении профилактических медицинских осмотров
	оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации
	участвующий в консилиуме в качестве консультанта
964	Оптимальной для разрешения конфликта является стадия
	пика
	начальная
	эскалации
	спада
965	Обмен данными между медицинскими организациями в электронном виде обеспечивает
	портал государственных услуг

	Министерство здравоохранения
	электронное Правительство
	единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)
966	Согласно номенклатуре городскую больницу относят к медицинским организациям
	краевым
	особого типа
	по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
	лечебно-профилактическим
967	Согласно номенклатуре к лечебно-профилактическим медицинским организациям относят
	медико-санитарную часть
	центр военно-врачебной экспертизы
	центр мобилизационных резервов
968	Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин может выбирать медицинскую организацию ___ раз(а) в год
	3
	4
	1
	2
969	Каждый гражданин имеет право выбора врача-терапевта, врача-общей врачебной практики (семейная медицина), врача-педиатра в выбранной медицинской организации ___ раз(а) в год
	3
	4
	1
	2
970	Качество медицинской помощи напрямую зависит от выполнения
	плана посещений
	правил внутреннего распорядка
	административных регламентов
	порядков, стандартов и клинических рекомендаций
971	Обеспеченность населения стационарной медицинской помощью определяется числом
	больных, выписанных из стационаров
	пациентов, направленных в стационар
	коек на 1000 жителей
	пролеченных за год больных
972	Медицинские работники имеют право
	на выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию
	на стимулирование труда в соответствии со спецификой и сложностью работы
	на оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
	на предоставление пациенту образцов лекарственных препаратов, полученных бесплатно от фармацевтических компаний
973	Реабилитационные мероприятия инвалида осуществляются на основании
	программы добровольного медицинского страхования
	индивидуальной программы реабилитации инвалида
	полиса обязательного медицинского страхования
	свидетельства об инвалидности
974	Соблюдение врачебной тайны является одним из основных _____ охраны здоровья
	критериев
	факторов

	индикаторов
	принципов
975	О качестве профилактической работы свидетельствует показатель
	отношения числа пациентов, которым проведена трансплантация почки, к числу нуждающихся
	текучности кадров
	охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами
	занятости койки в стационаре, в который госпитализируется прикрепленное население
976	Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет
	на создание формулярных комиссий в медицинской организации
	на участие в научно-практических конференциях
	на получение от компании, представителя компании образцов лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам
	на участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций
977	В основе организации оказания первичной медико-санитарной помощи лежит _____ принцип
	этапный
	цеховой
	индивидуальный
	территориально-участковый
978	В отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, медицинское вмешательство допускается
	по приказу главного врача
	по письменному согласию гражданина или его законного представителя
	с устного согласия гражданина или родственников
	без согласия гражданина
979	Признание человека инвалидом возможно только при проведении экспертизы
	военно-врачебной
	медико-социальной
	судебно-медицинской
	трудоспособности
980	Для контроля качества лечебно-диагностического процесса в структурных подразделениях медицинской организации используют
	клинические рекомендации
	требования техники безопасности
	правила внутреннего распорядка
	показатели фондооснащенности и фондовооруженности
981	Приказ работодателя о приеме на работу предъявляют работнику под роспись в _____ дневной срок со дня начала работы
	7
	2
	3
	5
982	Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на
	бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ
	оказание медицинской помощи на платной основе
	получение страховой выплаты в результате стойкой утраты трудоспособности
	оплату листка временной нетрудоспособности

983	К одной из целей применения международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) относят
	организацию и планирование деятельности медицинских организаций
	систематизированный анализ данных о заболеваемости и смертности населения
	материально-техническое обеспечение медицинских организаций
	контроль качества оказания медицинской помощи населению
984	Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет
	на участие в научно-практических конференциях
	на участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний
	на участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций
	на подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов
985	Действия лица, которое передает должностному лицу незаконное денежное вознаграждение за выполнение последним в интересах дающего действий, которые входят в его должностные обязанности, являются
	выплатой гонорара
	оплатой за услугу
	дачей взятки
	вручением подарка
986	Порядок оказания медицинской помощи включает
	усредненные показатели частоты предоставления медицинских услуг и кратности применения лекарственных препаратов
	этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности, стандарт оснащения, рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации
	информацию об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике конкретного заболевания
	план диспансерного наблюдения пациента с указанием кратности осмотра врачами-специалистами, выполнения лабораторных и инструментальных исследований
987	Медицинские работники обязаны
	соблюдать врачебную тайну
	рассказывать представителям средств массовой информации о случаях поступления пациентов с криминальными травмами
	предоставлять информацию в письменном виде по просьбе родственников о состоянии и диагнозе пациента
	сообщать работодателю о заболевании сотрудника
988	Под реабилитацией понимают
	деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов
	систему медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных мероприятий
	реализацию профилактических мероприятий
	комплекс мероприятий, направленных на восстановление способности к занятиям спортом
989	Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет
	на оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
	на участие в научно-практических конференциях
	на участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций
	на подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов

990	Отказ в предоставлении средства массовой информации сведений возможен, если они содержат
	данные о летальности пациентов в стационаре
	показатели заболеваемости населения
	врачебную тайну
	анализ качества оказания медицинской помощи
991	Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет
	на выписку лекарственных препаратов на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата или на бланках, содержащих информацию рекламного характера
	на получение информации о лекарственных препаратах их независимых источников
	на участие в научно-практических конференциях с представителями фармацевтических компаний
	на участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций
992	Медицинские работники имеют право
	на выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию
	на оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
	на получение подарков и денежных средств от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
	на прохождение аттестации для получения квалификационной категории
993	В соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и
	правила поведения пациента в медицинских организациях
	условия договора со страховой медицинской компанией
	правила обязательного медицинского страхования
	этический кодекс
994	Заболевание, которое вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой жизни и здоровью, либо становится причиной смерти, является _____ заболеванием
	сопутствующим
	прогрессирующим
	рецидивирующим
	основным
995	Основным нормативным правовым документом, регулирующим сферу здравоохранения, является
	Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
	Федеральный закон от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»
	Федеральный закон от 29.11.2010 № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
	Международная классификация болезней 10 пересмотра
996	Основная обязанность врача функциональной диагностики состоит
	в регистрации исследуемого пациента
	в объяснении порядка выполнения функциональных проб пациенту
	в изучении истории болезни, амбулаторной карты
	в анализе кривых, написании заключения
997	Главной обязанностью медсестры кабинета функциональной диагностики является
	выполнение санитарно-эпидемиологического режима
	ведение журналов по списанию медикаментов
	соблюдение норм этики и деонтологии

	проведение исследований
998	В стандарт оснащения кабинета для проведения функциональных нагрузочных проб кроме диагностической аппаратуры обязательно входит
	термометр
	гигрометр
	мешок Амбу
	дефибриллятор
999	Правила проведения функциональных исследований устанавливает приказ МЗ РФ
	№997н
	№283
	№132
	№388н
1000	Врач кабинета функциональной диагностики должен
	выдать заключение
	назначить консервативное лечение
	поставить клинический диагноз
	оценить степень нетрудоспособности пациента
1001	Обязательным документом при проведении функциональной диагностики является
	направление
	выписка из стационара
	свидетельство о рождении
	амбулаторная карта
1002	На должность заведующего кабинета (отделения) функциональной диагностики назначается врач функциональной диагностики со стажем работы не менее ____ лет
	10
	2
	7
	3
1003	Расчетная норма для врача при электрокардиографическом исследовании в условиях непрерывной суточной регистрации электрокардиосигнала пациента (холтеровское мониторирование) составляет _____ условных единиц
	12
	15
	6
	3,4
1004	Результаты обследования считаются пригодными для анализа, если имеется до _____ % удовлетворительных измерений
	80
	50
	70
	40
1005	Расчетная норма времени для врача при расшифровке ЭКГ составляет _____ условных единиц
	3,5
	2,8
	1,7
	1,1