

Тесты по циклу:  
**Функциональная диагностика**

1. Длительность анализа результатов суточного мониторинга ЭКГ в рамках расчетной нормы времени проведения (время мониторирования 20-24 часа):
  - 1 60 мин.
  - 2 90 мин
  - 3 120 мин.
2. Для проведения эхокардиографического исследования в М- и В- и ЦДК- режимах врачу отводится:
  - 1 30 мин
  - 2 40 мин.
  - 3 60 мин.
3. Ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи, несет:
  - 1 Лечебно-профилактическое учреждение
  - 2 Врач
  - 3 Главный врач медицинского учреждения
4. Суточное мониторирование АД - это:
  - 1 Диагностическая методика, основанная на длительном наблюдении в дискретном режиме за уровнем АД и ЧСС, позволяющих судить о среднесуточных и средних значениях АД за любой промежуток времени, его суточном профиле, эпизодах повышения или понижения и взаимос
  - 2 Диагностическая методика, основанная на длительном наблюдении в дискретном режиме за уровнем АД и ЧСС, позволяющих судить о среднесуточных и средних значениях АД за любой промежуток времени и изменениях ЭКГ
  - 3 Контроль АД в течение суток каждые 2 часа
5. Суточный индекс - это:
  - 1 Характеристика степени ночного снижения показателей АД
  - 2 Характеристика степени снижения показателей АД в период отдыха
  - 3 Характеристика степени ночного повышения показателей АД
6. Важность системы Пуркинье состоит в следующем:
  - 1 Увеличивает скорость проведения импульсов через сердечную мышцу
  - 2 Предотвращает преждевременные сокращения желудочков
  - 3 Позволяет желудочкам сокращаться практически одновременно
7. Факторы, вызывающие развитие легочной гипертензии:
  - 1 Повышенное легочное сопротивление
  - 2 Интраваскулярные легочные шунты
  - 3 Анемия
8. Обструктивная дыхательная недостаточность развивается вследствие:
  - 1 Торможения дыхательного центра
  - 2 Спазма гладких мышц бронхов
  - 3 Спазма мускулатуры диафрагмы
9. Какие электроды обеспечивают наилучшее качество регистрации ЭКГ и ЭЭГ?
  - 1 Серебряно-хлорид-серебряные
  - 2 Алюминиевые
  - 3 Медные
10. При комбинированном мониторировании АД и ЭКГ наиболее значимые требования предъявляют:
  - 1 К инструктажу пациента
  - 2 К перезарядке аккумулятора перед каждым исследованием
  - 3 К визуальному контролю за регистрацией ЭКГ
11. Полоса частот ЭЭГ составляет:
  - 1 0,01-100 Гц
  - 2 0,5-20 Гц
  - 3 0,5 Гц до 2 кГц
12. Диапазон ультразвуковых колебаний, используемых в медицине составляет:

- 1 10 000 Гц - 20 000 Гц
- 2 20 000 - 1 000 000 000 Гц
- 3 1 000 000 000 - 2 000 000 000 Гц

13. Для исследования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий головы целесообразно использовать частоты:
- 1 2-2,5 МГц
  - 2 5-15 МГц
  - 3 15-20 МГц
14. Для транскраниального исследования сосудов головного мозга целесообразно использовать частоты:
- 1 2-2,5 МГц
  - 2 5-5 МГц
  - 3 5-10 МГц
15. Амплитуда зубца "Р" при нормальной конституции обычно наибольшая:
- 1 Во II стандартном отведении
  - 2 В III стандартном отведении
  - 3 В I стандартном отведении
16. Амплитуда зубца "Р" в норме не должна превышать:
- 1 1,5 мм
  - 2 2,0 мм
  - 3 2,5 мм
17. Первая фаза зубца Р в отведении V1 в норме:
- 1 Положительная
  - 2 Отрицательная
  - 3 Изoeлектрическая
18. Интервал PQ в норме у взрослых составляет:
- 1 0,12-0,18 с
  - 2 0,10-0,18 с
  - 3 0,12-0,20 с
19. В стандартных и усиленных отведениях от конечностей амплитуда комплекса QRS в норме превышает:
- 1 3 мм
  - 2 5 мм
  - 3 10 мм
20. В норме ширина зубца Q не больше:
- 1 0,01 с
  - 2 0,02 с
  - 3 0,03 с
21. При нижней локализации инфаркта миокарда:
- 1 Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях V1-2. Реципрокные изменения в отведениях II, III, aVF.
  - 2 Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях V1-6, I, aVL. Реципрокные изменения в отведениях II, III, aVF.
  - 3 Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях II, III, aVF. Реципрокные изменения в отведениях V1-3, aVL.
22. Классификация Лауна используется для оценки следующих нарушений ритма:
- 1 Предсердная экстрасистолия
  - 2 Желудочковая экстрасистолия
  - 3 Пароксизмы мерцания предсердий
23. При проведении пробы с физической нагрузкой "истинно" ишемические изменения ЭКГ чаще всего регистрируются в:
- 1 Передних отведениях (V1-4)
  - 2 Нижних отведениях (II, III, aVF)
  - 3 Боковых отведениях (I, V5-6)
24. Продолжительность стенокардии напряжения в большинстве случаев составляет:
- 1 Менее 1 мин
  - 2 2-5 мин
  - 3 10-15 мин

25. Основным признаком, отличающим мелкоочаговый инфаркт миокарда от нестабильной стенокардии, является:
- 1 Повышение активности ферментов сыворотки более, чем в 1,5-2 раза выше нормы
  - 2 Выявление зон асинергии миокарда
  - 3 Выявление дефектов перфузии при скintiграфии миокарда с Таллием-201
26. Появление боли в грудной клетке, усиливающейся при глубоком дыхании, кашле, глотании, в положении лежа на спине в сочетании с выявлением на ЭКГ подъема сегмента ST во всех отведениях (кроме aVR), у больных с острым инфарктом миокарда наиболее вероятно является признаком:
- 1 Рецидивирования инфаркта миокарда
  - 2 Перикардита
  - 3 Тромбоэмболии легочной артерии
27. Самым частым признаком инфекционного эндокардита является:
- 1 Повышение температуры
  - 2 Появление петехий
  - 3 Увеличение печени и селезенки
28. Самой частой причиной развития легочного сердца являются:
- 1 Хронические неспецифические заболевания легких
  - 2 Интерстициальные заболевания легких
  - 3 Поражения сосудов легких
29. Самым характерным симптомом тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) является:
- 1 Боль в грудной клетке
  - 2 Кровохарканье
  - 3 Внезапная одышка без ортопное
30. При трансмуральном повреждении отмечают:
- 1 Подъем сегмента ST над изолинией выпуклостью кверху
  - 2 Горизонтальное смещение сегмента ST ниже изолинии
  - 3 Инверсию зубца T
31. На наличие зоны некроза в миокарде указывает:
- 1 Отрицательный "коронарный" зубец T
  - 2 Наличие патологического зубца Q
  - 3 Монофазный подъем сегмента ST
32. Для стадии повреждения при крупноочаговом инфаркте миокарда характерно:
- 1 Подъем сегмента ST в виде монофазной кривой
  - 2 Обязательное наличие патологического зубца Q на ЭКГ
  - 3 Инверсия зубца T
33. Диагностика распространенного инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка проводится преимущественно по отведениям:
- 1 V1-V6
  - 2 III, aVF
  - 3 avR, II
34. Для полной атриовентрикулярной блокады проксимального типа характерно:
- 1 "Широкий" комплекс QRS
  - 2 "Узкий" комплекс QRS
  - 3 Блокада левой ножки пучка Гиса
35. Продолжительность интервала PQ больше 0,20". Это характерно для:
- 1 Полной атриовентрикулярной блокады
  - 2 Атриовентрикулярной блокады I ст.
  - 3 Блокады ножек пучка Гиса
36. Наиболее часто при гипокалиемии наблюдается на ЭКГ:
- 1 Уплотнение зубца T
  - 2 Урежение ЧСС
  - 3 Увеличение зубца T
37. ЭКГ может давать информацию о всех нижеперечисленных состояниях, за исключением:
- 1 Сердечного выброса
  - 2 Электролитных нарушений
  - 3 Эмболии легочной артерии

38. В отношении нестабильной стенокардии справедливы все перечисленные утверждения, кроме:
- 1 Приступы возникают в состоянии покоя или при небольшой физической нагрузке
  - 2 Во время приступа на ЭКГ обычно регистрируется картина ишемии или повреждения миокарда
  - 3 После приступа на ЭКГ обычно регистрируется динамика, аналогичная динамике при остром инфаркте миокарда
39. При анализе ЭКГ угол альфа = +80 градусов, в отведении V1 комплекс типа rSR, продолжительность его 0,14 сек., в отведении V6 зубец S широкий, неглубокий. Ваше заключение:
- 1 Гипертрофия правого желудочка
  - 2 Неполная блокада правой ножки пучка Гиса
  - 3 Полная блокада правой ножки пучка Гиса
40. Секреция сурфактанта в альвеолах начинается на:
- 1 2-4 месяце внутриутробного развития
  - 2 4-6 месяце внутриутробного развития
  - 3 6-7 месяце внутриутробного развития
41. По результатам спирометрии пациента с диагнозом "хронический бронхит" дайте заключение:  
ЖЕЛ - 4 л (105% Д ЖЕЛ),  
ОФВ1- 2,2 л (60% Д ОФВ1),  
ОФВ1/ЖЕЛ - 55%:
- 1 Патологических изменений нет
  - 2 Умеренно выраженное нарушение вентилиции по обструктивному типу
  - 3 Резко выраженное нарушение вентилиции по обструктивному типу
42. Кривая поток-объем вдоха наиболее эффективна для:
- 1 Выявления обструкции верхних дыхательных путей
  - 2 Определения эффективности бронхорасширяющих препаратов
  - 3 Дифференциальной диагностики хронического бронхита и эмфиземы лёгких
43. В норме на ЭЭГ взрослого человека в состоянии покоя регистрируется:
- 1 Альфа-ритм
  - 2 Низкочастотный бета-ритм амплитудой выше 15 мкВ
  - 3 Дельта- ритм
44. Система установки электродов "10-20" названа:
- 1 По процентному соотношению расстояний от основных опорных точек I и N
  - 2 В честь "Лиги клинических нейрофизиологов", предложившей ее
  - 3 В честь Юнга
45. Электродное сопротивление не должно превышать:
- 1 100 Ом
  - 2 600 Ом
  - 3 5 кОм
46. ЭЭГ формируется полностью к:
- 1 5 годам
  - 2 16 годам
  - 3 20 годам
47. Где можно ожидать наиболее точную локализацию очага по ЭЭГ:
- 1 При очаге на поверхности коры
  - 2 При глубинном очаге
  - 3 При субтенториальном очаге
48. Патологическую медленную активность (очаговую) генерирует зона:
- 1 Зона опухоли
  - 2 Перифокальная зона очага
  - 3 Зона отека
49. Коррелятами абсанса в ЭЭГ являются:
- 1 Наличие билатеральных спайков или спайк-волновых комплексов с частотой 2-4 Гц
  - 2 Дезорганизация корковой электрической активности
  - 3 Полифазная пароксизмальная активность

50. Запись с депривацией сна проводят при:
- 1 Мигрени
  - 2 Наличии эпилептиформных знаков при ГВ
  - 3 Подозрении на приступы, связанные с недосыпанием
51. Реакция при пробе с гипервентиляцией служит для:
- 1 Оценки состояния коры
  - 2 Выявления скрытой эпилептиформной активности
  - 3 Выявления дизритмии
52. Артефакты "сосудистых волн" являются результатом:
- 1 Изменения импеданса при изменении кровенаполнения под электродом прижимающего сосуда
  - 2 Влияние ЭКГ
  - 3 Волнением пациента
53. Реакция при пробе с гипервентиляцией служит для:
- 1 Выявления скрытой эпилептиформной активности
  - 2 Оценки состояния коры
  - 3 Оценки таламической активации
54. Какой из перечисленных ниже методов наиболее информативный для диагностики ранних когнитивных нарушений и деменции:
- 1 ЭЭГ
  - 2 Р300
  - 3 ЗВП на вспышку
55. Какой ЭЭГ признак может служить показателем наличия сознания?
- 1 Реактивный альфа ритм, включая и устойчивую десинхронизацию
  - 2 Диффузная бета активность
  - 3 Альфа и тета активность в передних отделах
56. ЭЭГ является специфическим тестом для диагностики эпилепсии поскольку:
- 1 Отражает патологическую разрядную активность нейронов, вызывающих припадки
  - 2 Регистрирует состояние коры
  - 3 Во время припадка ЭЭГ меняется
57. Для ультразвукового исследования сердца ребенка используется тип датчика:
- 1 Специальный секторный датчик с частотой 5,0-7,5 МГц
  - 2 Микроконвексный или фазированный датчик (Частота 2,4-5,0 МГц)
  - 3 Внутриполостной датчик
58. Базовыми (основными) режимами в ультразвуковой диагностике состояния сердечно-сосудистой системы являются:
- 1 М- и В-режимы
  - 2 В- и Д-ЭхоКГ
  - 3 3Д-изображение
59. Контрастную ЭхоКГ левых камер сердца следует использовать для:
- 1 Улучшения качества изображения внутрисердечных структур и потоков крови, а также оценки движения стенок сердца
  - 2 Выявления жидкости в перикарде
  - 3 Определения скорости движения миокарда
60. Доступ, в котором проводится визуализация места впадения нижней полой вены в правое предсердие:
- 1 Субкостальный доступ
  - 2 Верхушечный доступ
  - 3 Супрастернальный доступ
61. По отношению к датчику в левой парастернальной позиции по короткой оси на уровне основания сердца кровотоки в легочной артерии направлены:
- 1 К датчику, при ЦДК окрашен синим цветом
  - 2 От датчика, при ЦДК окрашен синим цветом
  - 3 К датчику, при ЦДК окрашен красным цветом
62. Укажите наиболее плотную (соответствующую "эхопозитивной" части серой шкалы) структуру сердца:
- 1 Миокард
  - 2 Эндокард

## 3 Перикард

63. Укажите правильную последовательность применения доплеровских режимов (при наличии цветowych доплеровских режимов) при исследовании клапанной патологии:
- 1 ЦДК - ИД - ПД
  - 2 ПД - ИД - ЦДК
  - 3 ИД - ЦДК - ПД
64. При импульсной Допплер-ЭхоКГ контрольный объем для поиска митральной регургитации 0 - 1-й степени устанавливается:
- 1 За митральными створками в левом предсердии (ЛП)
  - 2 В области стенки ЛП, противоположной митральным створкам
  - 3 Перед створками МК в левом желудочке
65. Диаметр восходящего отдела аорты при аневризме этого отдела:
- 1 > 4 см
  - 2 > 5 см
  - 3 > 6 см
66. Наиболее точный из всех перечисленных метод определения объема ЛЖ:
- 1 Формула Тейхольца (М-режим)
  - 2 Метод Симпсона (В-режим)
  - 3 Определение ударного объема методом Д-ЭхоКГ
67. Характерным признаком дефекта межпредсердной перегородки, не осложненного легочной гипертензией, при цветном доплеровском картировании является:
- 1 Сброс слева направо
  - 2 Сброс справа налево
  - 3 Нет визуализации потока в области дефекта
68. В случае митрального стеноза при доплеровском исследовании трансмитрального кровотока выявляют:
- 1 Уменьшение скорости потока
  - 2 Поток митральной регургитации
  - 3 Увеличение скорости трансмитрального потока
69. Достоверный признак недостаточности трикуспидального клапана:
- 1 Д-ЭхоКГ: систолический поток в правом предсердии за створками ТК
  - 2 Уплотнение створок ТК
  - 3 Увеличение правого предсердия
70. Наиболее ранняя локализация выпота в перикарде, выявляемая в М- и В-режимах в виде сепарации листков перикарда имеет место в области:
- 1 Передней стенки ПЖ
  - 2 Верхушки сердца
  - 3 Задней стенки ЛЖ и ЛП
71. Признак, выявляемый с помощью Д-ЭхоКГ трансмитрального потока при митральной недостаточности - это:
- 1 Резкое возрастание скорости потока в стадию ранней диастолы и в систолу левого предсердия
  - 2 Высокоскоростной турбулентный кровоток из ЛП в ЛЖ в стадию ранней диастолы
  - 3 Высокоскоростной турбулентный поток из ЛЖ в ЛП в стадию систолы
72. Наиболее частыми ЭхоКГ- признаками вегетации на створках аортального клапана являются:
- 1 Крупные плотные образования
  - 2 Плотные образования на створках с ограничением их подвижности
  - 3 Нежные подвижные образования, в диастолу пролабируют в выносящий тракт ЛЖ
73. К ЭхоКГ признакам тромба левого предсердия относятся:
- 1 Движение в митральное отверстие и смещение в пространство между створками в момент диастолы
  - 2 Малоподвижное пристеночное образование в ЛП
  - 3 Округлое эхонегативное образование, имеющее связь с перикардом.
74. ЭхоКГ признаком дилатационной кардиомиопатии является:
- 1 Очаговая гипокинезия и дилатация ЛЖ
  - 2 Дилатация всех камер сердца и диффузная гипокинезия стенок
  - 3 Изолированная дилатация предсердий

75. Вид нарушенной сократимости, встречающийся в зоне обширной аневризмы ЛЖ - это:
- 1 Гипокинезия
  - 2 Акинезия
  - 3 Дискинезия
76. Метастазы опухолей других органов обычно локализуются в области сердечных структур:
- 1 Миокарда
  - 2 Эндокарда
  - 3 Перикарда
77. Укажите степень тяжести аортального стеноза по максимальному градиенту давления между Ао и ЛЖ (30-60 мм.рт.ст., измерен Д-ЭхоКГ) и площади отверстия аортального клапана (1,0-0,75 см<sup>2</sup> в В-режиме):
- 1 Легкая
  - 2 Умеренная
  - 3 Тяжелая
78. Признаки истинной аневризмы ЛЖ в области верхушки в В-режиме:
- 1 Расширение ЛЖ в области верхушки, тонкая, плотная несокращающаяся стенка
  - 2 Утолщение стенки в месте поражения, уплотнение и снижение амплитуды движения
  - 3 Разрыв свободной стенки ЛЖ с переходом в мешковидное выпячивание перикарда
79. Признаком ложной аневризмы (псевдоаневризмы) ЛЖ в области верхушки в В-режиме:
- 1 Расширение ЛЖ в области верхушки, тонкая, плотная несокращающаяся стенка
  - 2 Разрыв свободной стенки ЛЖ с переходом в мешковидное выпячивание перикарда
  - 3 Отсутствие систолического утолщения и движения стенки в полость ЛЖ
80. Часто встречающийся признак, сопутствующий аортальной недостаточности, это:
- 1 Симметричная гипертрофия и уменьшение объема левого желудочка
  - 2 Увеличение размеров левого желудочка
  - 3 Уменьшение степени раскрытия аортального клапана
81. Основным коллектором, осуществляющим перераспределение крови в мозге, является:
- 1 Виллизиев круг
  - 2 Глазничный анатомоз между системами внутренней и наружной сонных артерий
  - 3 Корковые анастомозы
82. Реографический индекс отражает:
- 1 Пульсовое кровенаполнение
  - 2 Объемный кровоток
  - 3 Абсолютные величины кровообращения
83. Тест "реактивной гиперемии" положителен при стенозе:
- 1 Подключичной артерии I-го сегмента
  - 2 Внутренней сонной артерии
  - 3 Плечевой артерии
84. К гемодинамической характеристике артериальной обструкции относится:
- 1 Уменьшение лодыжечно-плечевого индекса
  - 2 Повышение лодыжечно-плечевого индекса
  - 3 Плече-лодыжечный градиент давления менее 20 мм.рт.ст.
85. Наиболее часто атеросклеротические изменения локализуются в:
- 1 Общей сонной артерии
  - 2 Внутренней сонной артерии
  - 3 Бифуркации общей сонной артерии
86. Основной транскраниальный доступ для УЗИ артерий каротидного бассейна
- 1 Субокципитальный
  - 2 Орбитальный
  - 3 Темпоральный
87. Ультразвуковой диагноз аневризмы сосуда устанавливается на основании:
- 1 Идентификации расслоения сосудистой стенки
  - 2 Увеличения диаметра сосудистого просвета более, чем в два раза
  - 3 Увеличения величины градиента давления более, чем в два раза

88. Артериальный приток в венозную часть вызывает турбулентность и артериальную пульсацию венозной стенки при наличии:
- 1 Псевдоаневризмы
  - 2 Артерио-венозной мальформации
  - 3 Артерио-венозного соустья
89. Острый венозный тромбоз при исследовании в В-режиме характеризуется:
- 1 Низким уровнем эхогенности
  - 2 Высоким уровнем эхогенности
  - 3 Умеренно обозначенной эхогенностью
90. Стандартный ультразвуковой протокол результатов исследования при варикозной болезни вен нижних конечностей составляется на основании исследования:
- 1 Пораженной конечности
  - 2 Симметричных участков двух конечностей
  - 3 Системы нижней полой вены
91. При цветовом картировании сосудистого русла венозный просвет не расположен рядом с артерией при визуализации:
- 1 Подколенной вены
  - 2 Задней тибиальной вены
  - 3 Большой подкожной вены
92. При тромбозе вен верхней конечности чаще всего поражается вена
- 1 Подмышечная
  - 2 Подключичная
  - 3 Плечевая
93. Закупорка подключичной артерии сопровождается ишемией
- 1 Предплечья
  - 2 Области плеча
  - 3 Всей руки
94. Ультразвуковой симптом "египетский глаз" характерен для вены:
- 1 Ствола большой подкожной
  - 2 Суальной
  - 3 Бедренной
95. Ультразвуковой симптом "египетский глаз" характерен для вены:
- 1 Ствола большой подкожной
  - 2 Суальной
  - 3 Бедренной
96. Вена, проходящая через глубокую фасцию, называется:
- 1 Стволовая
  - 2 Перфорантная
  - 3 Коммуникантная
97. При "свежем" тромбозе вены нижней конечности (давность до 10 дней) ее поперечный диаметр в В-режиме:
- 1 Равен диаметру сопутствующей артерии
  - 2 Составляет более 2х диаметров сопутствующей артерии
  - 3 Составляет более 3х диаметров сопутствующей артерии
98. Суральные вены являются частью:
- 1 Бассейна малой подкожной вены
  - 2 Перфорантных вен нижних конечностей
  - 3 Мышечно-венозной помпы голени
99. Ультразвуковым признаком рецидива варикозной болезни вен нижних конечности является наличие:
- 1 Патологии клапанного аппарата подкожных вен
  - 2 Клапанной несостоятельности задних большеберцовых вен
  - 3 Патологии клапанного аппарата глубоких вен
100. На каком участке общей сонной артерии (ОСА) проводится стандартизованное измерение комплекса интима-медиа?
- 1 В области бифуркации ОСА
  - 2 На 1-1,5 см проксимальнее области бифуркации ОСА
  - 3 На 2 см проксимальнее области бифуркации ОСА