

«Функциональная диагностика»

Вопросы и ответы из теста по [Функциональной диагностике](#) с сайта [oltest.ru](#).

Общее количество вопросов: 993

Тест по предмету «Функциональная диагностика».

Список тем:

- [Основы социальной гигиены и организация службы функциональной диагностики](#)
- [Теоретические основы оценки функционального состояния органов, систем и целого организма](#)
- [Аппаратурное обеспечение и методические основы функциональной диагностики](#)
- [Исследование сердца, клиническая электрокардиография](#)
- [Клиническая физиология и функциональная диагностика системы дыхания](#)
- [Анализ и оценка функционального состояния центральной и периферической нервной системы](#)
- [Эхокардиография](#)
- [Клиническая физиология и функциональная диагностика сосудистой системы](#)

Основы социальной гигиены и организация службы функциональной диагностики

1. В понятие «децентрализация» управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие, кроме:

- **отсутствие нормативной базы в здравоохранении**

2. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

- **любой поликлинике Российской Федерации**

3. Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет:

- **врач приемного покоя больницы**

4. Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан создаются в целях:

- **защиты прав пациента и отдельных групп населения**
- **подготовки рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской медицинской деятельности**
- **разработки норм медицинской этики**
- **разрешения вопросов, связанных с нарушением норм медицинской этики**

5. Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей в следующих случаях:

- **лицам страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями представляющими опасность для окружающих**

6. Международная классификация болезней

- **система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями**

7. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

- **систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей**



8. Не являются основными источниками информации о здоровье:

- **данные страховых компаний**

9. Новыми правами пациента для российского законодательства являются:

- **выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС**
- **допуск в стационар адвоката**
- **допуск в стационар священнослужителя**
- **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

10. Отпуск до истечения 11 месяцев с момента приема на работу предоставляется всем ниже перечисленным, кроме:

- **работникам вредных производств**

11. Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет

- **лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ**

12. Сущность термина «болезненность»:

- **все заболевания, зарегистрированные в данном году**

oltest.ru



Теоретические основы оценки функционального состояния органов, систем и целого организма

13. Абсолютный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:

- **Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST**

14. Аортальный клапан состоит из:

- **Трех створок**

15. В коронарных артериях имеются:

- **Альфа- и бета-адренергические рецепторы**

16. В регуляции сердечной деятельности принимают участие:

- **Сердечные барорецепторы**
- **Хеморецепторы артериальной стенки**

17. В состоянии покоя концентрация калия:

- **Внутри клетки больше, чем вне клетки**

18. В состоянии покоя концентрация натрия:

- **Внутри клетки меньше, чем вне клетки**

19. В физиологических условиях между величиной минутного объема и величиной общего периферического сосудистого сопротивления существует:

- **Обратная зависимость**

20. Высокая активность ренина в плазме крови у больного с артериальной гипертонией позволяет исключить наличие:

- **Синдрома Конна**

21. Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:

- **Левым желудочком**

22. Дислиппротеидемия считается "атерогенной", если:

- **Правильного ответа нет**

23. Для гиперлиппротеидемии 4 типа характерно:

- **Повышение уровня триглицеридов**

24. Для гиперлиппротеидемии II "А" типа характерно:

- **Повышение уровня холестерина**

25. Для гиперлиппротеидемии типа II "Б" характерно:

- **Повышение уровня холестерина и триглицеридов**

26. Замедление тока крови:

- **Сопровождается повышением риска тромбообразования**

27. Значение избыточной массы тела как фактора риска ишемической болезни сердца ассоциируется с:

- **Нарушением липидного обмена**
- **Нарушением углеводного обмена**
- **Повышением уровня артериального давления**
- **Понижением физической активности**

28. Значительное повышение содержания альдостерона сочетается с:

- **Гипокалиемией**



29. Из перечисленных субстанций вазопрессором является:

- **Ангиотензин-II**

30. Из перечисленных факторов риска ишемической болезни сердца наиболее значимым является:

- **Гиперхолестеринемия более 240 мг/дл**

31. Изменения конечной части желудочкового комплекса у больных сахарным диабетом могут быть обусловлены:

- **Диабетической ангиопатией**
- **Ишемической болезнью сердца**

32. К артериям мышечного типа относятся:

- **Коронарные артерии**
- **Почечная, мезентериальные артерии**

33. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:

- **Клеток сократительного миокарда**

34. Коронарное кровоснабжение миокарда желудочков;

- **Более выражено, чем в предсердиях**
- **Более развито во внутренних слоях миокарда**
- **Характеризуется широким внутриорганным анастомозированием**

35. Коронарные артерии относятся к артериям:

- **Мышечного типа**

36. Курение следует считать:

- **Одним из факторов риска в развитии бронхогенного рака легких**
- **Одним из факторов риска в развитии ишемической болезни сердца**
- **Фактором риска развития перемежающейся хромоты**

37. Липоидоз аорты:

- **Всегда встречается у детей грудного возраста**

38. Липоидоз аорты:

- **Может подвергаться обратному развитию**

39. Липоидоз аорты:

- **Часто встречается у детей 10-летнего возраста**

40. Механизмами повышения АД могут быть:

- **Повышение общего периферического сосудистого сопротивления**
- **Увеличение массы циркулирующей крови**
- **Увеличение минутного объема сердца**

41. На скорость сокращения миофибрилл влияют:

- **Концентрация ионов кальция**
- **Концентрация ионов магния**
- **Скорость гидролиза АТФ**

42. Наиболее "атерогенными" липопротеидами считаются:

- **Липопротеиды низкой плотности**

43. Наиболее атерогенным из гиперлиппротеидемий является:

- **Тип 2 "А"**
- **Тип 2 "Б"**



44. Наиболее высокая скорость проведения импульсов регистрируется в:
- **Волокнах Пуркинье**
45. Наибольшей автоматической активностью в норме обладают:
- **Синусовый узел**
46. Наличие аритмии у больного всегда указывает на:
- **Может выявляться у практически здоровых людей**
47. Образование тромбов:
- **Часто наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов**
48. Основной транспортной формой пищевых липидов являются:
- **Хиломикроны**
49. Основной транспортной формой эндогенного холестерина являются:
- **Липопротеиды низкой плотности**
50. Основными сократительными белками являются:
- **Актин**
 - **Миозин**
51. Основными условиями для возникновения аритмии по механизму повторного входа волны возбуждения являются:
- **Блокада проведения импульса по одному из них**
 - **Восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении**
 - **Наличие 2-х путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически**
52. Относительный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:
- **Продолжительности зубца Т**
53. Передняя поверхность сердца представлена в основном:
- **Правым желудочком**
54. Повышение активности ренина наблюдается при:
- **Гиповолемии**
 - **Кровопотере**
 - **Резком ограничении соли в пище**
 - **Стенозе почечных артерий**
55. При атеросклерозе в меньшей степени поражаются артерии:
- **Мышечного типа**
56. При возрастании концентрации натрия в плазме секреция ренина:
- **Уменьшается**
57. При раздражении каротидного синуса артериальное давление:
- **Понижается**
58. При раздражении каротидного синуса частота сердечных сокращений:
- **Уменьшается**
59. При увеличении нагрузки на сердце окислительное фосфорилирование:
- **Активизируется**



60. Регуляция секреции ренина обеспечивается:

- **Барорецепторами, находящимися в стенках приводящих почечных артериол**
- **Простагландинами**
- **Симпато-адреналовой системой**
- **Хеморецепторами дистальных почечных канальцев**

61. Синтез ренина осуществляется в:

- **Клетках юкстагломерулярного аппарата**

62. Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте является:

- **Фактором риска развития мозгового инсульта**

63. Согласно рекомендации экспертов ВОЗ, критерием пограничного повышения диастолического артериального давления является:

- **90-94 мм рт. ст**

64. Согласно рекомендации экспертов ВОЗ, критерием пограничного повышения систолического артериального давления является:

- **140-159 мм рт. ст**

65. Содержание ренина в крови при гипертонической болезни может быть:

- **Нормальным**
- **Повышенным**
- **Пониженным**

66. Сосуды Вьессена-Тебезия:

- **Обеспечивают непосредственный переход крови из артерий в вены, минуя капиллярную сеть**
- **Относятся к особому типу артерио-венозных анастомозов**
- **Представляют собой узкие сосудистые щели, выстланные эндотелием**

67. Транспорт липидов крови обеспечивается:

- **Белками**

68. У здоровых людей адреналин:

- **Увеличивает частоту сердечных сокращений**

69. У здоровых людей частая электрическая стимуляция предсердий:

- **Уменьшает ударный объем**

70. Уровень артериального давления в основном зависит от величины сосудистого сопротивления:

- **В артериолах**

71. Факторами риска в развитии ишемической болезни сердца является все перечисленное, кроме:

- **Правильного ответа нет**

72. Фибринолитическая активность крови при применении гепарина:

- **Не изменяется**

73. Фосфолипиды входят в состав:

- **Лipoproteидов высокой плотности**
- **Лipoproteидов низкой плотности**
- **Лipoproteидов очень низкой плотности**
- **Хиломикронов**

74. Функцией возбудимости обладают:

- **Клетки проводящей системы**
- **Клетки сократительного миокарда**



75. Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:

- **Замедление проведения импульсов**

oltest.ru



Аппаратурное обеспечение и методические основы функциональной диагностики

76. Во время холтеровского мониторирования ЭКГ при ЧСС 110 в минуту зарегистрированы периоды горизонтальной депрессии ST сегмента до 0,15 мВ без субъективных клинических проявлений. Это обусловлено:

- **безболевого ишемией миокарда**

77. Во время холтеровского мониторирования ЭКГ у больных стенокардией напряжения безболевые эпизоды депрессии ST сегмента:

- **встречаются довольно часто**

78. Диагностическая ценность перфузионной сцинтиграфии миокарда в сочетании с физической нагрузкой

- **выше, чем у нагрузочной ЭКГ**

79. Диагностические возможности селективной коронароангиографии:

- **позволяют выявить наличие коронарного атеросклероза**
- **позволяют дать визуальную оценку состояния коронарных артерий диаметром до 0,5 мм**
- **тяжесть поражения коронарных артерий часто недооценивается**

80. Для выявления дисфункции синусового узла наиболее информативной считается фармакологическая проба

- **с атропином**

81. Для реализации механизма повторного входа волны возбуждения необходимо:

- **наличие замедленного проведения импульса и однонаправленной блокады в каком-либо участке миокарда**

82. Доказано, что поздние потенциалы сердца являются маркером механизма тахикардий:

- **повторный вход волны возбуждения**

83. За время восстановления функции синусового узла принимают:

- **интервал на ЭКГ от последнего навязанного предсердного комплекса (зубца Р или последнего артефакта электрического импульса) до первого зубца Р синусового происхождения**

84. Индекса Робинсона рассчитывается как:

- **произведение систолического АД последней ступени и ЧСС последней ступени**

85. Использование радиоактивного изотопа Tc-99m MIBI имеет преимущество:

- **возможность получения изображения полостей сердца с оценкой глобальной сократительной функции**
- **не дает ложноположительных результатов**
- **оценка жизнеспособности миокарда с выявлением резидуальной ишемии**

86. К абсолютным противопоказаниям неотложной коронароангиографии не относят:

- **острый инфаркт миокарда**

87. К критериям повышенного риска развития коронарных событий относят:

- **депрессию сегмента ST более 3 мм**
- **длительное сохранение депрессии или подъема сегмента ST после прекращения нагрузки (более 8 мин)**
- **раннее появление (на I ступени нагрузки) депрессии сегмента ST на 1 мм и более**

88. К показаниям стресс-эхокардиографии можно отнести все, кроме:

- **определение зоны поражения при остром инфаркте миокарда**



89. К числу признаков нарушения коронарного кровообращения при коронарной ангиографии с неблагоприятным прогностическим значением относят:

- **окклюзия коронарной артерии**
- **поражение ствола левой коронарной артерии**
- **слабое развитие коллатерального кровообращения**

90. К ЭКГ-критериям, свидетельствующим о появлении ишемии миокарда, относят:

- **возникновение эпизодов горизонтальной или косонисходящей депрессии ST на 1,0 мм и более**
- **появление эпизодов элевации ST на 1,0 мм и более**

91. Катетеризация полостей сердца позволяет:

- **выявить аномальные сообщения между полостями сердца и сосудами**
- **изучить газовый состав крови на всем пути прохождения катетера**
- **оценить размеры полостей сердца**
- **провести запись внутрисердечного отведения ЭКГ**

92. Косовосходящая депрессия ST сегмента расцениваются как ишемическая:

- **при снижении до 0,2 мВ**

93. Критерием антиангинальной активности препарата при парных ВЭМ-пробах считают:

- **прирост пороговой мощности на 25 Вт**
- **увеличение времени педалирования на данной ступени более 2 мин**

94. Критериями ишемии при холтеровском мониторировании не считают:

- **косонисходящую депрессию ST сегмента менее 0,1 мВ**

95. Критериями неблагоприятного прогноза при холтеровском мониторировании ЭКГ считают:

- **максимальную глубину депрессии сегмента ST более 3 мм**
- **наличие безболевых эпизодов ишемии**
- **наличие желудочковой экстрасистолии на фоне преходящих эпизодов ишемии**
- **суточную продолжительность всех ишемических эпизодов более 60 минут**

96. Критериями положительной фармакологической пробы при сцинтиграфии с таллием-201

- **дефект накопления в зоне инфаркта без патологических зубцов Q**

97. Метод сигнал-усредненной ЭКГ имеет:

- **высокую специфичность и чувствительность при низкой предсказующей ценности положительного результата**

98. Наиболее информативным методом для визуализации очагов некроза в миокарде является:

- **сцинтиграфия миокарда с технецием-99м-пирофосфатом**

99. Наиболее информативными отведениями при нагрузочных тестах с целью диагностики ИБС являются:

- **V5-V6**

100. Нитроглицериновую пробу проводят у лиц:

- **с изменения конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ для уточнения их генеза**

101. Нормальный ответ на нагрузку при стресс-эхокардиографии выражается в виде:

- **гиперкинеза всех стенок ЛЖ**
- **увеличения фракции выброса ЛЖ**

102. Пациенту с диагнозом: ИБС, атриовентрикулярная блокада II:

- **проведение ЧП ЭКС противопоказано**



103. По данным левожелудочковой вентрикулографии дискинезию оценивают как:

- **парадоксальное движение ограниченного участка сердечной мышцы во время систолы**

104. Показанием к назначению скintiграфии с таллием-201 служит:

- **атипичный болевой синдром**
- **блокада ножки пучка Гиса**
- **выраженная гипертрофия левого желудочка**
- **неинформативная или сомнительная нагрузочная проба**

105. Показаниями к проведению холтеровского мониторирования ЭКГ считают:

- **больные с подозрением на вариантную стенокардию**
- **больные с эпизодами внезапной одышки, боли в груди неясной причины**
- **оценка проаритмического действия лечения при применении препаратов с высоким риском его развития**

106. Положительная калиевая проба, сопровождающаяся изменением зубца Т от слабо отрицательного до положительного, служит подтверждением наличия у пациента:

- **дисгормональная кардиопатия**
- **нейроциркуляторная дистония**

107. При выполнении пробы с изопроterenолом отмечен приступ стенокардии без сочетания с изменениями на ЭКГ. Пробу следует расценить как:

- **сомнительную**

108. При интерпретации данных ВЭМ-пробы признаками ишемии миокарда необходимо считать:

- **Горизонтальная депрессия сегмента ST на 1 мм**

109. При проведении чреспищеводной электрокардиостимуляции ритм навязывается:

- **Левому предсердию**

110. При холтеровском мониторировании ЭКГ критериями оценки эффективности антиаритмической терапии считают:

- **полное устранение групповых экстрасистол и «пробежек» желудочковой тахикардии**
- **уменьшение общего числа желудочковой экстрасистолии до 75%**

111. При холтеровском мониторировании ЭКГ у пациента 30 лет зарегистрированы желудочковые нарушения ритма. Это указывает на:

- **ничего из перечисленного**

112. Приступ стенокардии, развившийся при выполнении ВЭМ-пробы, ...

- **является критерием для прекращения функциональной пробы**

113. Причиной появления поздних потенциалов сердца при ИБС считают:

- **ишемию**
- **фиброз и некроз**

114. Проба с добутамином используют:

- **для выявления коронарной недостаточности**
- **для оценки жизнеспособности миокарда**

115. Проба с эргометрином позволяет:

- **выявлять нарушения диастолического наполнения левого желудочка при ранних проявлениях ИБС во время ангинозного приступа**
- **диагностировать особую форму стенокардии типа Принцметала**
- **определять роль ангиоспазма в генезе приступов**



116. Радиоизотопная вентрикулография позволяет оценить:

- **только глобальную сократительную способность миокарда**
- **только сегментарную сократительную способность миокарда**

117. Снижение систолического АД на 20 мм рт. ст. при выполнении ВЭМ-пробы:

- **является критерием для прекращения нагрузочной пробы**

118. Сужение коронарной артерии до 50% просвета

- **не отражается на коронарном кровообращении**

119. Сцинтиграфия миокарда с ^{99m}Tc-пирофосфатом (технецием) применяется:

- **для диагностики крупноочагового инфаркта миокарда**
- **для диагностики мелкоочагового инфаркта миокарда**

120. Тест с чреспищеводной электростимуляцией сердца для диагностики скрытой коронарной недостаточности должен быть немедленно прекращен при:

- **ни при одном перечисленном состоянии**

121. У больного с анамнестическими данными о перенесенном инфаркте миокарда при отсутствии специфических признаков на исходной ЭКГ во время нагрузки не получено изменений на ЭКГ, что свидетельствует:

- **О возникновении транзиторной ишемии миокарда одновременно на противоположных стенках левого желудочка, приводящее к нивелированию возможных изменений ЭКГ**
- **О недостаточной мощности нагрузки**
- **О хорошем развитии коллатералей**

122. У больного со стенокардией напряжения выявление безболевого эпизода ишемии возможно при:

- **холтеровском мониторинге ЭКГ**

123. Ухудшение показателей СУ-ЭКГ с появлением поздних потенциалов сердца возможно при антиаритмической терапии:

- **этацизином**

124. Чреспищеводная электростимуляция сердца позволяет:

- **купировать и провоцировать пароксизмы трепетания предсердий**

125. Чреспищеводная электростимуляция сердца показана:

- **больным ИБС**
- **больным с пароксизмальными нарушениями ритма**
- **больным с синдромом слабости синусового узла**

126. Чреспищеводная электростимуляция сердца является методом выбора при:

- **атеросклерозе артерий нижних конечностей, сопровождающемся синдромом перемежающейся хромоты**
- **высокой артериальной гипертонии**
- **заболеваниях опорно-двигательного аппарата**

127. Чувствительность и специфичность пробы с дипиридамолом

- **Возрастает при увеличении числа пораженных артерий и степени их стенозирования**



Исследование сердца, клиническая электрокардиография

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

- **Выраженной артериальной легочной гипертензией**
- **Стенозом легочной артерии**
- **Тетрадой Фалло**

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

- **Хронических неспецифических воспалительных заболеваниях легких**

130. "Бифасцикулярной" блокадой является:

- **Блокада левой ножки п. Гиса**
- **Блокада правой ножки п. Гиса в сочетании с блокадой левой передней или левой задней ветви**
- **Перемежающаяся блокада левой передней и левой задней ветвей**

131. "Пушечный" тон Стражеско описан при:

- **Атриовентрикулярной блокаде**

132. "Ритм перепела" при митральном стенозе обусловлен:

- **Наличием тона (щелчка) открытия митрального клапана**

133. "Синдром кардиостимулятора" может наблюдаться у больных с электростимуляцией:

- **Желудочков**

134. "Физиологической" стимуляцией сердца называют все перечисленные виды стимуляции, кроме:

- **Стимуляции желудочков**

135. 2-я фаза потенциала действия клеток миокарда преимущественно обусловлена:

- **Входом ионов кальция внутрь клетки**

136. 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ дает возможность диагностировать:

- **И безболевою ишемию миокарда, и нарушения ритма сердца**

137. 35 монополюсных грудных отведений ЭКГ целесообразно применять:

- **Для определения объема поражения при переднем инфаркте миокарда**

138. I стандартное отведение является:

- **Биополярным отведением**

139. AV соединение:

- **Осуществляет задержку проведения импульса из предсердий к желудочкам**
- **Является центром автоматизма II порядка**

140. Абсолютным показанием для имплантации искусственного водителя ритма сердца является:

- **Возникновение предобморочных состояний или эпизодов потери сознания (приступов Морганьи-Эдемса-Стокса) у больных с дисфункцией синусового узла или АВ-блокадой 2-3-й степени**

141. АВ-блокаду II степени с коэффициентом проведения 2:1, возникшую при синусовой тахикардии, часто приходится дифференцировать с:

- **Трепетанием предсердий**

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

- **Можно рассматривать как физиологическую**



143. Автоматизм клеток синусового узла обеспечивается:

- Преобладанием во время диастолы ионного тока внутри клетки над током наружу
- Спонтанной диастолической деполяризацией

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

- До 2,5 мм

145. Атриовентрикулярная блокада II степени во время наджелудочковой тахикардии чаще всего возникает при:

- Предсердных тахикардиях

146. Блокады ветвей п. Гиса:

- Могут быть "идиопатическими" — у лиц без признаков сердечно-сосудистых заболеваний
- Прогноз у больных с блокадами ветвей п. Гиса прежде всего зависит от характера основного заболевания:
- Прогноз у лиц с "идиопатическими" блокадами ветвей п. Гиса, как правило, вполне благоприятный

147. Болевые ощущения, трудно отличимые от стенокардии, могут быть при:

- Остром панкреатите
- Расслоении аорты
- Тромбоэмболии легочной артерии

148. Более точно оценить функциональные возможности больного ИБС позволяет:

- Проба с нагрузкой на велоэргометре

149. Больные с тетрадой Фалло принимают вынужденное положение:

- На корточках

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

- Высокая частота предсердных комплексов

151. В костную ткань активно включается:

- Технеций-99м-пирофосфат

152. В норме аортальный компонент II тона возникает:

- Раньше легочного компонента

153. В норме время синоатриального проведения составляет:

- 100-150 мсек

154. В норме на фонокардиограмме аортальный компонент 2-го тона:

- Предшествует пульмональному компоненту

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

- Неполной блокады правой ножки пучка Гиса или гипертрофии правого желудочка

156. В отведении V1 высокий R, соотношение амплитуд зубцов R/S=1,5, ST снижен на 2 мм, положительный T. Наиболее вероятно наличие:

- Задне-базального инфаркта миокарда

157. В отведении V1:

- В норме может быть любая из перечисленных конфигураций зубца Р



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

- **Гипертрофии межжелудочковой перегородки**
- **Очаговых изменений передней локализации**

159. В передней прямой проекции при рентгенографии грудной клетки вторая дуга по левому контуру образована:

- **Легочной артерией**

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

- **Горизонтально**

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

- **Под углом +60 градусов**

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

- **Под углом +120 градусов**

163. В шестиосевой системе отведений (Бейли) ось отведения aVR расположена:

- **Под углом +210 градусов**
- **Под углом -150 градусов**

164. В шестиосевой системе отведений (Бейли) ось отведения aVF расположена:

- **Вертикально**

165. В шестиосевой системе отведений (Бейли) ось отведения aVL расположена:

- **Под углом -30 градусов**

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

- **Хроническим обструктивным заболеванием легких**

167. Вариант гипертрофии правого желудочка типа RSR наиболее характерен для больных с:

- **Дефектом межпредсердной перегородки**

168. Вектор реполяризации направлен:

- **От минуса к плюсу**

169. Вектор электродвижущих сил сердца всегда направлен:

- **От минуса к плюсу**

170. Величина интервала A-N на Гис-электрограмме при АВ-блокаде I степени, локализующейся в АВ-узле:

- **Увеличивается**

171. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

- **Дефектом межжелудочковой перегородки**
- **Митральной недостаточностью**

172. Внезапная одышка может наблюдаться при:

- **Отеке легких**
- **Пневмотораксе**
- **Тампонаде сердца**
- **Тромбоэмболии легочной артерии**

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

- **Отрицательно**



174. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов калия:

- **Больше, чем во внеклеточной жидкости**

175. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов натрия:

- **Меньше, чем во внеклеточной жидкости**

176. Во время мерцания предсердий возможно все перечисленное ниже, кроме:

- **Зубцов Р, отличающихся по форме от "синусовых"**

177. Во время реципрокной АВ-узловой тахикардии:

- **Может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам**
- **Может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям**

178. Во время реципрокной атриовентрикулярной тахикардии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта:

- **Возникновение блокады проведения импульса к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "реципрокной АВ-тахикардии"**

179. Возникновение депрессии сегмента ST может быть следствием:

- **Ишемии миокарда**
- **Мелкоочагового инфаркта миокарда**
- **Реципрокных изменений при крупноочаговом инфаркте**

180. Возникновение желудочковой тахикардии типа "пируэт" чаще всего отмечено на фоне приема:

- **Хинидина**

181. Возникновение нарушения ритма по типу парасистолии возможно при:

- **Наличии блокады входа эктопического центра автоматизма**
- **Существовании 2-х водителей ритма**

182. Возникновение приступов одышки только в покое (при отсутствии заметной одышки во время нагрузки) характерно для:

- **Нейроциркуляторной дистонии**

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

- **V1-2 отведениях**

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

- **35 мм**

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

- **Дискордантного смещения сегмента ST и зубца T**
- **Инверсии зубца T**
- **Увеличения высоты зубца T в отведении V1**
- **Уменьшения высоты зубца T**

186. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

- **Недостаточности трехстворчатого клапана**

187. Выскальзывающие ритмы сердца:

- **Можно ускорить с помощью симпатомиметиков и/или холинолитиков**

188. Высокие остроконечные ("пикообразные") зубцы T характерны для:

- **Гиперкалиемии**



189. Высокий остроконечный зубец Р в отведениях III, aVF отмечается:

- **При миксоте правого предсердия**
- **При тромбоэмболии легочной артерии**
- **При хронических неспецифических заболеваниях легких**

190. Высота зубца Р в норме не превышает:

- **2,5 мм**

191. Выявление линий Керли при рентгенографии грудной клетки свидетельствует о:

- **Венозном застое в малом круге кровообращения**

192. Гигантские отрицательные зубцы "Т" в прекардиальных отведениях характерны для:

- **Особого варианта гипертрофической кардиомиопатии**

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

- **Субарахноидальным кровоизлиянием**

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

- **"R-типа"**
- **"RSR-типа"**
- **"S-типа"**

195. Двумерная эхокардиография позволяет:

- **Выявлять в ряде случаев стенозирование проксимальных отделов левой и правой коронарных артерий при их кальцинозе**

196. Двухфазный зубец Р чаще всего регистрируется в норме:

- **В отведении VI**

197. Деполяризация в миокарде желудочков в норме направлена:

- **От эндокарда к эпикарду**

198. Деполяризация желудочков заканчивается:

- **В базальной части левого желудочка**

199. Деполяризация желудочков начинается:

- **С левой части межжелудочковой перегородки**

200. Диастолический шум, начинающийся через небольшой промежуток от 2-го тона, характерен для:

- **Митрального стеноза**

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

- **Вторичными изменениями реполяризации вследствие гипертрофии**

202. Для АВ-блокады I степени не характерно:

- **Правильного ответа нет**

203. Для АВ-блокады II степени по типу Мобитц II характерно:

- **Наличие выскальзывающих сокращений во время пауз в возбуждении желудочков**
- **Наличие паузы в возбуждении желудочков, продолжительность которой равна 2 нормальным расстояниям PP или кратна им**
- **Постоянство интервала PQ**

204. Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа 2 ("Мобитц-2") характерно:

- **Постоянство интервала PR**
- **Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса**



205. Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа I ("Мобитц-I) характерно:

- **Прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS**

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

- **Прогрессивное удлинение интервала PR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS)**
- **Прогрессивное укорочение интервалов RR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS)**

207. Для аускультативной картины поражения аортального клапана при подостром инфекционном эндокардите характерно наличие:

- **Диастолического шума в точке Боткина**

208. Для больных с "верхушечной" гипертрофической кардиомиопатией характерна регистрация на ЭКГ:

- **"Гигантских" отрицательных зубцов Т в левых грудных отведениях (V4-V6) — глубиной до 10 мм и более**

209. Для больных с диастолической перегрузкой правого желудочка (перегрузка объемом) характерно наличие признаков гипертрофии правого желудочка в виде:

- **"RSR-типа"**

210. Для больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких характерно:

- **"S" тип ЭКГ**
- **Низкий вольтаж ЭКГ**
- **Отсутствие увеличения высоты зубца R в грудных отведениях от V1 к V4**
- **Признаки гипертрофии правого предсердия**

211. Для гипертрофии левого предсердия не характерно:

- **Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1**

212. Для гипертрофии правого предсердия не характерно:

- **Индекс Макруза 1,7 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ)**

213. Для диагностики стенокардии в эпидемиологических исследованиях используют:

- **Опросник Роуза**

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

- **40-50 в мин**

215. Для замещающего ритма из волокон Пуркинье характерна частота:

- **20-30 в мин**

216. Для зубца Q в норме не характерна:

- **Амплитуда, равная 15% от зубца R в отведении V2**

217. Для митрального стеноза характерно:

- **Увеличение интервала Q-I тон и укорочение интервала II тон-щелчок открытия митрального клапана**

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

- **Уширение комплекса QRS более 0,12"**

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

- **Сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и отрицательного зубца T**



220. Для оценки сократительной функции левого желудочка методом термодилуции:
- **Достаточно катетеризации легочной артерии**
221. Для оценки эффективности антиаритмической терапии у лиц, реанимированных после внезапной смерти, используют:
- **Длительное мониторирование ЭКГ**
 - **Повторное проведение электростимуляции желудочков**
 - **Повторные пробы с физической нагрузкой**
222. Для полной блокады левой ножки пучка Гиса без очаговых изменений не характерны:
- **Наличие зубца Q в отведениях V5-6**
223. Для полной блокады правой ножки пучка Гиса не характерны:
- **Увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях V5-6**
224. Для предсердной экстрасистолии характерно:
- **Наличие неполной компенсаторной паузы**
225. Для синдрома ранней реполяризации желудочков наиболее характерна регистрация на ЭКГ:
- **Подъема сегмента ST**
226. Для узловой пароксизмальной тахикардии характерно:
- **Резкое удлинение PQ в момент возникновения тахикардии**
227. Для ускоренного идиовентрикулярного ритма характерно:
- **Уширение комплекса QRS**
 - **Частота сердечных сокращений > 60 в минуту**
228. Для уточнения диагноза верхне-бокового инфаркта миокарда целесообразно дополнительно зарегистрировать:
- **Отведения V5-6 на 2 ребра выше**
229. Для ЭКГ при гипертрофии правого предсердия не характерно:
- **Увеличение отрицательной фазы зубца P в отведении V1**
230. Для экстрасистол из АВ-соединения характерно:
- **Наличие неполной компенсаторной паузы**
 - **Обычно не уширенный комплекс QRS**
 - **Отсутствие зубца P перед комплексом QRS**
231. Для эктопического ритма из левого предсердия характерна регистрация отрицательных зубцов P:
- **В отведении I**
232. Для эктопического ритма из левого предсердия характерно:
- **Наличие зубца P, имеющего форму "Щит и меч" в нескольких отведениях**
233. Достаточно специфичным признаком инфаркта миокарда правого желудочка является:
- **Ничего из перечисленного**
234. Достоверным признаком ИБС на ЭКГ покоя является:
- **Наличие патологического зубца Q**
235. Если в I отведении амплитуда R=S, а в aVF амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:
- **90 градусов**



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

- **0 градусов**

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

- **-30 градусов**

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

- **Правильного ответа нет**

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

- **+120 градусов**

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

- **+60 градусов**

241. Если при полной атриовентрикулярной блокаде (АВ-блокаде 3-ей степени) регистрируется выскальзывающий ритм с уширенными комплексами QRS с частотой сердечных сокращений и равной 30 в 1 мин, наиболее вероятно, что локализация блокады:

- **На уровне ветвей пучка Гиса**

242. Желудочковая экстрасистолия:

- **И не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца, и может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом**

243. Желудочковые комплексы типа RSR в отведении V1 являются признаком:

- **Блокады правой ножки п. Гиса**

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

- **Очаговых изменениях боковой стенки**

245. Зубец S в правых грудных отведениях отражает обычно:

- **Потенциалы левого желудочка**

246. Зубец P в норме всегда отрицателен в:

- **aVR отведении**

247. Зубец T электрокардиограммы отражает:

- **Реполяризацию желудочков**

248. Из перечисленных пароксизмальных наджелудочковых тахикардий всегда прекращается при возникновении атриовентрикулярной блокады 2-й степени:

- **Атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительных путей АВ-проведения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта)**

249. Имплантация кардиостимулятора (стимуляция желудочков в режиме "деманд"):

- **Показана только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения)**

250. Имплантация кардиостимулятора считается показанной даже при отсутствии клинических симптомов у больных с:

- **Атриовентрикулярной блокадой 2-й степени типа 2 ("Мобитц-2")**
- **Приобретенной полной атриовентрикулярной блокадой**



251. Имплантируемые электрокардиостимуляторы с автоматически изменяемой частотой стимуляции при физической активности пациента реагируют на изменение:

- **Интервала Q-T**
- **Механического сотрясения тела**
- **Температуры крови**
- **Частоты дыхания**

252. Импульсы проводятся с наименьшей скоростью:

- **В АВ-узле**
- **В синоатриальной зоне**

253. Интегральный вектор комплекса QRS при блокаде задней ветви левой ножки пучка Гиса отклоняется:

- **Вниз и вправо**

254. Интегральный вектор комплекса QRS при блокаде передней ветви левой ножки пучка Гиса отклоняется:

- **Влево и вверх**

255. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии увеличивается при проведении всех нижеперечисленных приемов, за исключением:

- **Перехода в положение приседания**

256. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии уменьшается:

- **В положении приседания**

257. Интервал PQ включает:

- **Время проведения импульса по AV-узлу**
- **Время проведения импульса по волокнам Пуркинье**
- **Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса**
- **Время проведения импульсов по предсердиям**

258. Интервал PR в норме не должен быть меньше:

- **0,12 сек**

259. Интервал PR в норме не должен превышать:

- **0,20 сек**

260. Интервал QT включает:

- **Зубец T**
- **Комплекс QRS**
- **Сегмент ST**

261. Инфекционный эндокардит реже всего возникает у больных с:

- **Незаращением овального отверстия**

262. Иррадиация болевых ощущений в спину наиболее характерна для:

- **Расслоения аорты**

263. Использование чреспищеводной электростимуляции сердца для диагностики ИБС целесообразно при:

- **Высокой артериальной гипертонии**
- **Перемежающейся хромоте**
- **Тромбофлебите нижних конечностей**

264. К выскальзывающим сокращениям относят:

- **Импульсы, появляющиеся после паузы**



265. К достоверным ЭКГ-признакам ишемии миокарда при проведении пробы с физической нагрузкой относится:

- **Горизонтальная депрессия сегмента ST**

266. К ослаблению звучности I тона может привести:

- **Разрушение атриовентрикулярных клапанов**
- **Резкое ограничение подвижности створок атриовентрикулярных клапанов**
- **Снижение сократительной функции левого желудочка**

267. К позиционным изменениям следует отнести:

- **Отрицательный T в отведениях V1-V2**

268. К признакам гипертрофии левого желудочка относится:

- **Дискордантное смещение сегмента ST и зубца T**
- **Увеличение амплитуды зубцов R в левых отведениях (aVL, I, V5-6)**
- **Увеличение глубины зубцов S в правых грудных отведениях (V1-2)**

269. К признакам гипертрофии левого желудочка относятся:

- **Ничего из перечисленного**

270. К признакам гипертрофии правого желудочка относятся:

- **В отведении V1 зубец R больше зубца S**
- **В отведении V6 зубец S больше зубца R**
- **Отклонение электрической оси вправо**

271. К признакам гипертрофии правого предсердия на ЭКГ относится:

- **Увеличение высоты зубцов P в отведениях II и V1**

272. К электрокардиографическим признакам интоксикации сердечными гликозидами относится все перечисленное, кроме:

- **"Корытообразной" депрессии сегмента ST**

273. Какая активность ренина плазмы крови характерна для синдрома Конна:

- **Низкая**

274. Какие из перечисленных метаболитов катехоламинов определяются в моче при диагностике феохромоцитомы:

- **Ванилилминдальная кислота**

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

- **Положительный зубец T наряду с высоким R и снижением сегмента ST в отведениях V1-2**

276. Кардиальный цирроз печени чаще всего наблюдается у больных с:

- **Констриктивным перикардитом**

277. Клиническое значение, прогноз и лечебные мероприятия при экстрасистолии и парасистолии:

- **Примерно одинаковы**

278. Конечнодиастолическое давление в левом желудочке соответствует:

- **Давлению заклинивания легочных капилляров**

279. Конечной частью желудочкового комплекса называется:

- **Сегмент ST и зубец T**

280. Концентрическая симметричная гипертрофия левого желудочка:

- **Редко встречается при гипертрофической кардиомиопатии**



281. Критериями положительной велоэргометрической пробы при диагностике ИБС являются:

- **Горизонтальная депрессия сегмента ST в одном или нескольких отведениях 1 мм и более**

282. Кровохарканье может быть симптомом:

- **Инфаркта легкого**
- **Митрального стеноза**
- **Рака легкого**

283. Ложноотрицательные результаты теста с дозированной физической нагрузкой могут быть обусловлены:

- **Ничем из перечисленного**

284. Максимальные зубцы R в отведениях aVL и aVR, в I отведении равнофазный комплекс QRS. В этом случае:

- **Угол альфа -90 градусов**

285. Максимальные зубцы R в отведениях I и II, равнофазный комплекс QRS — в III отведении. В этом случае:

- **Угол альфа +30 градусов**

286. Максимальный зубец R в отведении aVL, равнофазный комплекс QRS (R=S) в отведении aVR. В этом случае:

- **Угол альфа -60 градусов**

287. Мгновенное нарастание интенсивности болевых ощущений до максимума наиболее характерно для:

- **Расслоения аорты**

288. Метод векторкардиограммы имеет наибольшую ценность при:

- **Диагностике инфаркта миокарда**

289. Метод радионуклидной вентрикулографии позволяет оценивать:

- **И глобальную функцию левого желудочка, и регионарную сократимость левого желудочка**

290. Метод чреспищеводной стимуляции предсердий позволяет:

- **Провоцировать и купировать пароксизмы трепетания предсердий**

291. Методика чреспищеводной электрокардиостимуляции позволяет оценить функцию синусового узла с помощью определения:

- **Времени восстановления функции синусового узла**
- **Времени синоатриального проведения**
- **Корригированного времени восстановления функции синусового узла**

292. Методика чреспищеводной электрокардиостимуляции, как правило, не позволяет:

- **Провоцировать желудочковые пароксизмальные нарушения ритма**

293. Митральная регургитация достаточно часто встречается при:

- **Гипертрофической кардиомиопатии**
- **Дилатационной кардиомиопатии**
- **Рестриктивной кардиомиопатии**

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

- **+120 градусам**



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

- **-45 градусам**

296. На диагностические возможности метода 24-часового мониторирования ЭКГ у больных со стенокардией влияют следующие факторы:

- **Активность больного во время исследования**
- **Прием лекарственных препаратов**
- **Толерантность к физической нагрузке**

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

- **В отведении V5 зубец S больше зубца R**
- **В отведении aVR зубец R больше зубца Q**
- **Отклонение электрической оси вправо**
- **Отрицательный зубец T в V1**

298. На ЭКГ у больных гипертрофической кардиомиопатией:

- **Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии левого желудочка**

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

- **Инфаркт миокарда возможен. Необходимо дальнейшее наблюдение за ЭКГ и уровнем ферментов**

300. Наиболее вероятными признаками желудочковой тахикардии при ЭКГ с уширенными комплексами QRS является все перечисленное, кроме:

- **В отведении VI желудочковые комплексы типа RSr**

301. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает:

- **Проба с нагрузкой на велоэргометре**

302. Наиболее достоверно установить уровень АВ-блокады III степени позволяет:

- **Запись электрограммы пучка Гиса**

303. Наиболее достоверным признаком выскальзывающего импульса является:

- **Продолжительность нормального импульса до эктопического больше нормального расстояния RR**

304. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:

- **Сцинтиграфия миокарда с технецием-99м — пирофосфатом**

305. Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертонии является:

- **Рентгеноконтрастная аортография**

306. Наиболее информативным методом диагностики спонтанной стенокардии при неизмененных коронарных артериях является:

- **Эргоновиновая проба**

307. Наиболее информативным отведением ЭКГ при проведении проб с дозированной физической нагрузкой с целью диагностики ИБС является:

- **V5-V6**

308. Наиболее опасным вариантом тахикардии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта является:

- **Мерцательная аритмия**



309. Наиболее специфические клинические признаки острой левожелудочковой недостаточности:
- **Ортопноное**
 - **Пароксизмальная одышка (сердечная астма)**
310. Наиболее точно оценить эффект антиангинальных препаратов у больных стенокардией напряжения позволяет:
- **Проба с нагрузкой на велоэргометре (метод парных велоэргометров)**
311. Наиболее характерный признак блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса — это:
- **Резкое отклонение электрической оси вправо**
312. Наиболее характерным признаком блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса является:
- **Резкое отклонение электрической оси влево**
313. Наиболее характерным признаком политопной экстрасистолии является:
- **Изменение продолжительности интервала сцепления**
314. Наиболее частым признаком эктопического ритма из нижней части правого предсердия является:
- **Наличие инвертированного зубца Р перед комплексом QRS**
315. Наиболее чувствительным методом и диагностики стенокардии напряжения является:
- **Проба с дозированной физической нагрузкой**
316. Наилучшие результаты хирургического лечения тахиаритмий достигнуты у больных с:
- **Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта**
317. Наименее чувствительным методом и диагностики ИБС является:
- **24-часовое мониторирование ЭКГ**
318. Наименьшей по продолжительности фазой потенциала действия является:
- **0**
319. Накопление технеция-99м-пирофосфата в миокарде может наблюдаться при:
- **"Нестабильной" стенокардии**
 - **Аневризме левого желудочка**
 - **Кардиомиопатиях**
320. Наличие гипертрофии правого желудочка при несомненных признаках гипертрофии левого желудочка можно выявить, если на ЭКГ имеется:
- **Высокий R в отведениях V1-V2**
 - **Глубокие зубцы S в отведениях V5-V6**
 - **Признаки неполной блокады правой ножки в отведении V1**
 - **Угол альфа, равный (+) 100 градусов и более**
321. Наличие отрицательного зубца Т в отведениях V1 и V2:
- **Может быть вариантом нормы**
322. Наличие систолического щелчка и позднего систолического шума наблюдается при:
- **Пролапсе митрального клапана**
323. Направление вектора деполяризации:
- **Совпадает с направлением деполяризации**
324. Направление вектора реполяризации:
- **Прямо противоположно направлению реполяризации**



325. Направление реполяризации в желудочках в норме:

- **От эпикарда к эндокарду**

326. Начальный вектор деполяризации направлен:

- **Вправо-вперед**

327. Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:

- **Фибрилляция желудочков**

328. Непрерывный систоло-диастолический шум характерен для:

- **Открытого артериального протока**

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

- **Межжелудочковой перегородки**

330. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:

- **Аортальным стенозом**

331. Одновременное развитие АВ-блокады 2-3-й степени и ускоренного ритма из АВ-соединения может наблюдаться при приеме:

- **Дигоксина**

332. Основным показанием для назначения длительного мониторинга ЭКГ у больных с заболеваниями сердца является:

- **Выявление бессимптомных аритмий**
- **Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ**

333. Основным ЭКГ-признаком крупноочагового инфаркта миокарда является появление:

- **Патологического зубца Q**

334. Основными клиническими симптомами синдрома слабости синусового узла являются:

- **Головокружения и обмороки**

335. Остро возникшая АВ-блокада I степени чаще всего локализуется в:

- **АВ-узле**

336. Ось отведения aVF перпендикулярна оси:

- **I отведения**

337. Ось отведения aVL перпендикулярна оси:

- **II отведения**

338. Ось отведения aVR перпендикулярна оси:

- **III отведения**

339. Отличить гипертрофию левого предсердия от внутрисердечной блокады позволяет:

- **Ни один из перечисленных признаков**

340. Отрицательная фаза зубца P в отведении V1 обусловлена:

- **Возбуждением левого предсердия**

341. Отрицательный зубец P в отведениях III и aVF может регистрироваться:

- **И при эктопическом предсердном ритме, и при отклонении электрической оси предсердия влево**



342. Отрицательный зубец Р при пароксизмальной тахикардии у больного с синдромом WPW обычно расположен:

- **За комплексом QRS**

343. Отрицательный зубец Р при узловой пароксизмальной тахикардии чаще расположен:

- **Совпадает с комплексом QRS**

344. Парадоксальный пульс может встречаться:

- **При ожирении**
- **При тампонаде сердца**
- **При хронических обструктивных заболеваниях легких**

345. Патологические зубцы Q, не связанные с перенесенным инфарктом миокарда, могут встретиться при:

- **И при гипертрофической кардиомиопатии, и при дилатационной кардиомиопатии**

346. Патологический III тон обусловлен:

- **Увеличением диастолического наполнения желудочков**

347. Первичной клинической формой нарушения ритма сердца не является:

- **Атриовентрикулярная диссоциация**

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

- **Отведениям V3-V4**

349. Периодическое прогрессивное укорочение интервалов RR (или PP) на протяжении нескольких циклов с последующей паузой (внезапное удлинение интервала RR или PP) характерно для:

- **Атриовентрикулярной блокады II степени тип I**
- **Сино-атриальной блокады II степени тип I**

350. Перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201 в условиях дозированной физической нагрузки по сравнению с классическим ЭКГ-тестом с физической нагрузкой характеризуется:

- **Более высокой чувствительностью и специфичностью**

351. Повышение систолического и понижение диастолического АД свойственно:

- **Аортальной недостаточности**
- **Артериовенозным шунтам**
- **Незаращению артериального (Боталлова) протока**

352. Подъем сегмента ST в большинстве отведений характерен для:

- **Острого перикардита**

353. Подъем сегмента ST у больных без ишемической болезни сердца на ЭКГ, зарегистрированной в состоянии покоя может наблюдаться при:

- **Нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях с глубокими зубцами S**
- **Острых перикардитах**
- **Синдроме ранней реполяризации**
- **Тромбозамболии легочной артерии в отведениях V1-2**

354. Поликардиография по Блумбергу (фазовый анализ систолы левого желудочка) предусматривает регистрацию:

- **ЭКГ, ФКГ и каротидной сфигмограммы**

355. Полиморфная предсердная тахикардия:

- **Возникает на фоне приема симпатомиметиков, эуфиллина**
- **Считается прогностически неблагоприятным признаком**
- **Чаще всего возникает у больных с тяжелыми заболеваниями легких**



356. Полная компенсаторная пауза:

- **Бывает при желудочковой экстрасистолии**
- **Может быть при наджелудочковой экстрасистолии**

357. Полная нерегулярность ритма желудочковых сокращений наиболее характерна для:

- **Мерцания предсердий**

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

- **Отрицательный зубец Т в нескольких отведениях**

359. Постоянная атриовентрикулярная блокада III степени на уровне АВ-узла:

- **Имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами и/или резкой брадикардией**
- **Как правило, является врожденной**

360. Постоянная атриовентрикулярная блокада III степени на уровне системы Гиса-Пуркинье:

- **Как правило, является приобретенной**
- **Является показанием для имплантации кардиостимулятора**

361. Потенциалом действия называют:

- **Деполаризацию и последующую реполяризацию клеточной мембраны**

362. Потенциалом покоя называют:

- **Разность потенциалов между клеткой и внеклеточной средой во время диастолы**

363. Потенциально наиболее вероятной причиной аритмогенного действия препаратов является:

- **Замедление проведения в сочетании с укорочением рефрактерных периодов**

364. Появление глубоких отрицательных зубцов Т при прекращении стимуляции желудочков во время восстановления собственного ритма:

- **Может сохраняться до 2-х месяцев**
- **Часто является проявлением так называемого постстимуляционного синдрома, не связанного с ишемией миокарда**

365. Появление комплексов QS наиболее характерно для инфаркта миокарда:

- **Передне-перегородочной локализации**

366. Появление ложноположительных результатов теста с дозированной физической нагрузкой возможно:

- **На фоне приема гликозидов**
- **При гипокалиемии**
- **При пролапсе митрального клапана**
- **При синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта**

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

- **Синоатриальной блокады II степени**

368. Появление широкого двугорбого зубца Р в отведениях I, II и aVF обычно обусловлено:

- **Замедлением межпредсердной проводимости**
- **Развитием гипертрофии левого предсердия**

369. Прекращение приступа после применения вагусных приемов (проба Вальсальвы, массаж сонной артерии) наиболее вероятно при:

- **Атриовентрикулярной узловой тахикардии или наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения**



370. При 24-часовом мониторинге ЭКГ наиболее достоверными признаками ишемии миокарда являются:

- **Депрессия сегмента ST**
- **Подъем сегмента ST**

371. При 24-часовом мониторинге ЭКГ у больных со стенокардией напряжения:

- **Чаще выявляются эпизоды депрессии сегмента ST**

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

- **Выпадение одного или нескольких комплексов QRS**

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

- **Из 3 синусовых импульсов на желудочки проводится 2**

374. При АВ-диссоциации наблюдается:

- **И одновременное существование 2-х водителей ритма в предсердии и желудочке, и ретроградная блокада проведения возбуждения из желудочков в предсердия**

375. При АВ-диссоциации у больных с желудочковой тахикардией:

- **Интервал RR меньше, чем интервал PP**
- **Можно обнаружить сливные комплексы QRS**
- **Периодически могут появляться синусовые комплексы**

376. При атриовентрикулярной блокаде 3 степени на ЭКГ отмечается:

- **Выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков**

377. При атриовентрикулярной блокаде 3-ей степени выскальзывающий ритм нормальными (неуширенными) комплексами QRS позволяет предположить развитие блокады:

- **На уровне АВ-узла или пучка Гиса**

378. При атриовентрикулярной блокаде 3-ей степени выскальзывающий ритм с широкими комплексами QRS дает основание предположить развитие блокады:

- **На любом уровне**

379. При атриовентрикулярной блокаде I-ой степени на ЭКГ отмечается:

- **Удлинение интервала PR**

380. При аускультации для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:

- **Грубого среднесистолического шума в точке Боткина**

381. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается:

- **Дующий пансистолический шум**

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

- **aVL**

383. При блокаде передней ветви левой ножки пучка Гиса:

- **Амплитуда R aVL > RI**
- **Глубокий SIII, aVF**
- **Зубец S в V5-6**
- **Комплекс QR или rSR в aVR**

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

- **-30 градусов**



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

- **Высокий R aVL**
- **Глубокий SIII, aVF**
- **Зубец S в отведении V6**
- **Форма QRS в виде rSR в отведениях V1-2**

386. При вертикальном положении электрической оси сердца максимальный зубец R регистрируется:

- **В отведении aVF**

387. При вертикальном положении электрической оси угол альфа равен:

- **От +70 градусов до +90 градусов**

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

- **Переход зубца Q в QS**
- **Подъем сегмента ST**
- **Углубление зубца Q**

389. При возникновении приступа устойчивого сердцебиения в пользу того, что тахикардия желудочковая, свидетельствуют все перечисленные признаки, кроме:

- **Купирования приступа с помощью вагусных приемов**

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

- **Признака QIII SI**

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

- **Глубокий S в отведениях V1-V2**
- **Косонисходящая депрессия ST в V5-6**
- **Угол альфа, равный -30 градусам**

392. При гипертрофической кардиомиопатии толщина межжелудочковой перегородки:

- **Обычно превышает толщину задней стенки левого желудочка**

393. При горизонтальном положении электрической оси сердца максимальный зубец R регистрируется:

- **В I отведении**

394. При горизонтальном положении электрической оси угол альфа равен:

- **От 0 градусов до +39 градусов**

395. При идиопатическом гипертрофическом субаортальном стенозе аускультативная симптоматика более выражена в:

- **Вертикальном положении**

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

- **I, aVL, V5-6**

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

- **Депрессия сегмента ST в отведениях V1-2**
- **Увеличение высоты зубцов R в отведениях V1-2**

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

- **II, III, aVF**



399. При инфаркте предсердий на ЭКГ может наблюдаться:

- **Мерцательная аритмия**
- **Подъем сегмента PQ в I, aVL, V5-6 отведениях**
- **Подъем сегмента PQ во II, III, aVF отведениях**
- **Снижение сегмента PQ во II, III и aVF отведениях**

400. При комбинированной гипертрофии левого и правого предсердий обычно не встречается:

- **Индекс Макруза меньше или равен 1,6 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ)**

401. При констриктивном перикардите на ЭКГ может наблюдаться:

- **Снижение вольтажа комплекса QRS**
- **Уплотнение или инверсия зубца Т**
- **Уширенный зубец Р в I и II отведениях**

402. При лечении больных с опасными для жизни желудочковыми тахикардиями с помощью электрических приборов, наилучших результатов удалось достичь при имплантации:

- **Кардиовертеров-дефибрилляторов**

403. При межпредсердной блокаде на ЭКГ может наблюдаться:

- **И появление уширенного двугорбого зубца Р, и мерцание левого предсердия**

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

- **Изменения амплитуды и полярности Р**
- **Изменения расстояния PP**
- **Отсутствие зубца Р у некоторых комплексов QRS**

405. При миокардитах может наблюдаться:

- **Блокада ножек пучка Гиса**
- **Депрессия сегмента ST**
- **Псевдоинфарктный зубец Q**
- **Сглаженный или отрицательный зубец Т**

406. При наджелудочковой тахикардии с "тахизависимым" нарушением внутрижелудочковой проводимости комплексы QRS чаще всего:

- **Имеют форму блокады правой ножки пучка Гиса**
- **Уширены менее 0,14 сек**

407. При наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта) циркуляция импульса происходит:

- **Включает предсердия, АВ-узел, пучок Гиса и одну из его ветвей, и пучок Кента**

408. При наличии патологического зубца Q в I и aVL отведениях очаговые изменения локализуются:

- **В верхне-боковой области левого желудочка**

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

- **В области нижней стенки**

410. При наличии признаков синдрома слабости синусового узла на ЭКГ:

- **Больные без клинических симптомов не нуждаются в специальном лечении и обследовании**
- **Прогноз у больных без клинических симптомов вполне благоприятный**
- **Прогноз у больных с обмороками и/или головокружениями прежде всего зависит от основного заболевания и степени поражения миокарда**

411. При нормальном положении электрической оси сердца максимальный зубец R регистрируется:

- **Во II отведении**



412. При ожирении на ЭКГ может наблюдаться:

- **Горизонтальное положение электрической оси**
- **Некоторые признаки гипертрофии левого желудочка**
- **Синусовая тахикардия**
- **Снижение вольтажа зубцов комплекса QRS**

413. При определении сердечного выброса прямым методом Фика:

- **Достаточно получить венозные пробы крови**

414. При остром перикардите у большинства больных на ЭКГ отмечается:

- **Подъем сегмента ST в большинстве отведений**

415. При остром перикардите часто отмечается подъем сегмента PR в отведении:

- **aVR**

416. При отклонении электрической оси сердца вправо максимальный зубец R регистрируется:

- **В III отведении**

417. При передне-перегородочном инфаркте миокарда характерные изменения ЭКГ отмечаются:

- **В отведениях V1-V4**

418. При повороте сердца вершущой вперед на ЭКГ появляется:

- **Электрическая ось типа QI-QII-QIII**

419. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- **Мерцательная аритмия**
- **Нарушения АВ проводимости**
- **Синусовая брадикардия или тахикардия**
- **Экстрасистолия**

420. При полной межпредсердной блокаде на ЭКГ наблюдается:

- **На фоне нормального синусового ритма независимая электрическая активность левого предсердия**

421. При приеме сердечных гликозидов можно наблюдать все, за исключением:

- **Удлинения интервала QT**

422. При применении больших доз хинидина обычно не встречается:

- **Укорочения интервала QT**

423. При проведении проб с дозированной физической нагрузкой расчетная величина частоты сердечных сокращений, соответствующая субмаксимальному уровню нагрузки:

- **Уменьшается с возрастом пациента**

424. При проведении пробы с дозированной физической нагрузкой можно:

- **Выявить нарушения ритма, которые могут быть у больного**
- **Определить толерантность к физической нагрузке**
- **Оценить эффективность терапии нарушений ритма**
- **Уточнить диагноз ишемической болезни сердца**

425. При проведении чреспищеводной электрокардиостимуляции ритм навязывается:

- **Левому предсердию**

426. При пролапсе митрального клапана аускультативная симптоматика более выражена в:

- **Вертикальном положении**



427. При радионуклидной вентрикулографии можно определить:

- **Минутный объем левого желудочка**
- **Сердечный индекс**
- **Ударный объем левого желудочка**
- **Фракцию выброса желудочков**

428. При регистрации во время наджелудочковой тахикардии предсердных комплексов в области сегмента ST или зубца Т наиболее вероятно, что у больного:

- **Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения**

429. При регистрации на ЭКГ наджелудочковой тахикардии с отсутствием зубцов Р наиболее вероятно, что у больного:

- **Атриовентрикулярная узловатая тахикардия**

430. При ритме атриовентрикулярного соединения возможно:

- **Зубцы Р отрицательны во II отведении и регистрируются перед комплексами QRS**
- **Зубцы Р отрицательны во II отведении и регистрируются позади комплексов QRS**
- **Зубцы Р отсутствуют**
- **Наблюдается атриовентрикулярная диссоциация**

431. При селективной коронароангиографии введение контрастного вещества производится в:

- **Раздельно в устье правой и левой коронарных артерий**

432. При сердечной недостаточности у больных без видимых отеков задержка жидкости может составлять:

- **5 литров**

433. При синдроме Пиквика:

- **Имеет место и повышение давления углекислого газа в крови, и понижение давления кислорода в крови**

434. При синоатриальной блокаде 3:2:

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

435. При синоатриальной блокаде I степени на ЭКГ:

- **Патологических изменений не отмечается**

436. При синоатриальной блокаде II степени может наблюдаться:

- **И постепенное замедление синоатриальной проводимости с последующим выпадением очередного импульса, и не меняющееся время синоатриального проведения с выпадением очередного импульса**

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

- **Выпадение комплексов PQRST**
- **Выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса PQRST**
- **Укорочение интервала PP перед выпадением импульсов**

438. При синусовой брадикардии возможно:

- **Расширение зубца Р**
- **Увеличение амплитуды зубца Т**
- **Удлинение интервала PQ**
- **Удлинение интервала QT**

439. При синусовой тахикардии возможно:

- **Изменение формы сегментов PQ и ST - "Якоробразная" форма PQRST**
- **Увеличение значения угла альфа**
- **Укорочение интервала PQ**
- **Укорочение интервала QT**



440. При скорости движения бумаги 25 мм/с продолжительность I мм:

- **Равна 0,04 с**

441. При скорости движения бумаги 50 мм/с продолжительность I мм:

- **Равна 0,02 с**

442. При тахикардии с уширенными комплексами QRS для желудочковой тахикардии характерно все перечисленное, кроме:

- **Трехфазного комплекса QRS в отведении VI (типа rSR)**

443. При тахикардии с частотой возбуждения желудочков 160 в мин и уширенными комплексами QRS следует предполагать наличие:

- **Пароксизма антидромной тахикардии при синдроме WPW**
- **Пароксизма желудочковой тахикардии**
- **Пароксизма суправентрикулярной тахикардии с аберацией внутрижелудочковой проводимости**

444. При трепетании предсердия возбуждаются с частотой:

- **250 в мин**

445. При тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ:

- **В III отведении появляется зубец Q**
- **Имеются признаки гипертрофии правого желудочка**
- **Имеются признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса**
- **Появляются высокие зубцы R во II, III, aVF отведениях**

446. При фибринозном перикардите на ЭКГ обычно не бывает:

- **Отклонения электрической оси влево**

447. При физикальном обследовании больных с выпотным перикардитом может отмечаться:

- **Ослабление дыхания ниже угла левой лопатки**
- **Приглушение тонов сердца**
- **Усиление голосового дрожания ниже угла левой лопатки**

448. При физикальном обследовании у больных констриктивным перикардитом может отмечаться:

- **Систолический щелчок**

449. При экссудативном перикардите на ЭКГ часто наблюдается:

- **Низкий вольтаж зубцов**

450. При экстрасистолии из левого желудочка:

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

451. При экстрасистолии из правого желудочка:

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

452. При экстрасистолии:

- **Продолжительность предэкстрасистолического интервала меньше нормального расстояния RR**

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

- **Брадикардия**
- **Отсутствие зубца P**
- **Ретроградный зубец P за комплексом QRS**
- **Тахикардия**



454. Признаками "синдрома кардиостимулятора" является:

- **Головокружения и обмороки**
- **Общая слабость и быстрая утомляемость**
- **Одышка при нагрузке**
- **Ощущения дискомфорта за грудиной, "кома в горле"**

455. Признаками возможной гипертрофии левого желудочка вследствие диастолической перегрузки (перегрузки объемом) являются:

- **Увеличение амплитуды зубцов R в отведениях aVL, I, V5-6**
- **Увеличение высоты зубцов T в отведениях V5-6**
- **Увеличение глубины зубцов Q в отведениях V5-6**

456. Признаками гипертрофии левого предсердия на ЭКГ является:

- **"Двугорбость" зубца P**
- **Увеличение отрицательной фазы зубца P в отведении V1**
- **Уширение зубца P более 0,11 с**

457. Признаками парасистолии является все перечисленное, кроме:

- **Постоянного интервала сцепления**

458. Признаками парасистолии являются:

- **Возможность вычисления общего делителя для всех межэктопических интервалов**
- **Изменяющийся интервал сцепления преждевременных комплексов**
- **Наличие "сливных" комплексов**

459. Признаками феномена WPW являются:

- **Наличие волны дельта**
- **Расширение комплекса QRS**
- **Укороченный интервал PQ**

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

- **Астенической конституции**
- **Гипокалиемии**
- **Синусовой тахикардии**

461. Признаки предвозбуждения желудочков на ЭКГ могут имитировать:

- **И крупноочаговые рубцовые изменения, и блокады ветвей п. Гиса**

462. Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:

- **Выпадение комплексов QRS**

463. Признаком гипертрофии левого желудочка не является:

- **Ничего из перечисленного**

464. Признаком дисфункции синусового узла является:

- **Выраженная синусовая брадикардия**

465. Признаком инфаркта миокарда задней стенки (заднебазальный инфаркт) является:

- **Депрессия сегмента ST в отведениях V1-2**
- **Положительные зубцы T в отведениях V1-2**
- **Увеличение высоты и ширины зубцов R в отведениях V1-2**

466. Признаком острого легочного сердца на ЭКГ является:

- **Возникновение блокады правой ножки п. Гиса**
- **Появление отрицательных зубцов T в отведениях V1-4**
- **Синдром QIII SI**
- **Смещение переходной зоны влево**



467. Признаком парасистолии является:

- **Наличие кратных отношений интерэктопических интервалов**
- **Обычно меняющийся интервал сцепления между нормальным и эктопическим импульсом**
- **Периодическое появление сливных комплексов QRS**

468. Признаком пароксизмальной желудочковой тахикардии является:

- **Наличие синусовых зубцов P, не связанных с комплексом QRS**
- **Появление проводных синусовых импульсов (захватов)**
- **Появление сливных комплексов QRS**
- **Уширение комплекса QRS > 014"**

469. Признаком пароксизмальной синоатриальной тахикардии является:

- **В некоторых случаях наличие АВ-блокады**
- **Внезапное начало и внезапный конец тахикардии**
- **Положительный зубец P перед комплексом QRS в большинстве отведений**

470. Признаком синоатриальной (СА) блокады II степени является:

- **Эпизодическое выпадение комплексов QRS**
- **Эпизодическое исчезновение зубцов P**

471. Применение сердечных гликозидов у пациентов с наличием дополнительного пути предсердно-желудочкового проведения (пучок Кента):

- **Может уменьшить его рефрактерность**

472. Принцип диагностики ИБС с помощью метода радионуклидной вентрикулографии в условиях дозированной физической нагрузки основывается на:

- **Выявлении снижения сократимости миокарда при ишемии**

473. Приступы одышки, возникающие в положении сидя и облегчающиеся в положении лежа, могут наблюдаться у больных с:

- **Миксомой левого предсердия**
- **Шаровидным тромбом в левом предсердии**

474. Причинами возникновения предсердно-желудочковой диссоциации являются:

- **Полная атриовентрикулярная блокада**
- **Ускоренный идиовентрикулярный ритм или желудочковая тахикардия**
- **Ускоренный ритм или тахикардия из атриовентрикулярного соединения**

475. Причинами появления признаков гипертрофии левого предсердия на ЭКГ могут быть:

- **Ничего из перечисленного**

476. Причинами синусовой тахикардии, не связанной с физической нагрузкой, могут быть:

- **Анемия**
- **Миокардит**
- **Тиреотоксикоз**
- **Феохромоцитома**

477. Причинами ускоренных эктопических ритмов сердца могут быть все перечисленные, за исключением:

- **Приема бета-блокаторов**

478. Причиной "синдрома кардиостимулятора" является:

- **Отсутствие синхронизации сокращений предсердий и желудочков (атриовентрикулярная диссоциация)**
- **Ретроградное проведение импульсов к предсердиям при электростимуляции желудочков**

479. Причиной возникновения двунаправленной желудочковой тахикардии чаще всего является:

- **Интоксикация сердечными гликозидами**



480. Причиной очень высокой частоты сердечных сокращений во время мерцательной аритмии могут быть:

- Прием препаратов класса I (хинидин, ритмилен и т.п.)
- Синдром преждевременного возбуждения желудочков
- Электрофизиологические особенности АВ узла (так называемое "улучшенное" проведение по АВ-узлу)

481. Причиной появления отрицательных зубцов Т на ЭКГ может быть все перечисленное, за исключением:

- Гиперкалиемии

482. Причиной появления очень высоких зубцов Т может быть:

- Ваготония
- Гиперкалиемия
- Нарушения мозгового кровообращения
- Сверхострая фаза инфаркта миокарда

483. Причиной синусовой тахикардии может быть все перечисленное, кроме:

- Гипотиреоза

484. Проба с физической нагрузкой на тредмиле у больных ИБС:

- Практически равноценна пробе на велоэргометре

485. Проведение велоэргометрии с целью диагностики ишемической болезни сердца нецелесообразно:

- На фоне блокады левой ножки пучка Гиса

486. Проведение пробы с частой стимуляцией предсердий при синдроме слабости синусового узла:

- Не показано больным без клинических симптомов с признаками дисфункции синусового узла на ЭКГ
- Отрицательные результаты пробы (нормальные показатели функции синусового узла) не исключают диагноз синдрома слабости синусового узла
- Показано только больным с обмороками и/или головокружениями неясной этиологии, если синдром слабости синусового узла является возможной причиной этих симптомов

487. Продолжительность зубца Р в норме составляет:

- До 0,10 сек

488. Продолжительность интервала PQ при увеличении ЧСС в норме:

- Уменьшается

489. Продолжительность интервала PQ у взрослых в норме составляет:

- 0,14-0,20 сек

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

- Уменьшается

491. Продолжительность рефрактерного периода в клетках синусового и атриовентрикулярного узлов при ускорении ритма:

- Удлиняется

492. Ранний диастолический шум (сразу после 2-го тона) характерен для:

- Аортальной недостаточности

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

- левой ножки п. Гиса



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

- **Вовлечения задней стенки (задне-базальных отделов)**
- **Сопутствующего мелкоочагового инфаркта миокарда передней стенки**
- **Так называемых реципрокных изменений**

495. Регистрация на ЭКГ высокого пикообразного зубца Р, удлинения интервала PR и неполной блокады правой ножки п. Гиса характерна для:

- **Аномалии Эбштейна**

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

- **Сопутствующего инфаркта правого желудочка**

497. Регистрация поздних потенциалов желудочков является:

- **Отражением участков замедленного проведения в миокарде**

498. Регистрация признаков гипертрофии правого желудочка с комплексами типа QRS в отведении VI указывает на вероятное наличие:

- **Гипертрофии правого предсердия**
- **Дилатации правого желудочка**
- **Недостаточности 3-х створчатого клапана**

499. Результирующий вектор деполяризации предсердий при гипертрофии правого предсердия отклоняется:

- **Вниз и вперед**

500. Реполяризация миокарда желудочков в норме начинается:

- **У эпикарда**

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

- **Фазы 0, 1, 2, 3**

502. С внутривенным введением новокаинамида может быть связано:

- **Появление тахикардии типа "пируэт"**
- **Удлинение интервала PQ**
- **Удлинение интервала QT**
- **Уширение комплекса QRS**

503. С гиперкалиемией может быть связано:

- **Высокие остроконечные зубцы T**
- **Укорочение интервала QT**
- **Уширение комплекса QRS**

504. С гипокалиемией может быть связано:

- **Депрессия сегмента ST**
- **Увеличение амплитуды зубца U**
- **Уменьшение амплитуды зубца T**

505. С помощью электрической стимуляции невозможно купировать:

- **Мерцание предсердий**

506. С приемом бета-адреноблокаторов может быть связано:

- **Увеличение амплитуды зубца T**
- **Увеличение интервала PP**
- **Удлинение интервала PQ**
- **Укорочение интервала QT**



507. С тиреотоксикозом может быть связано:

- **Изменение положения электрической оси сердца**
- **Синусовая тахикардия**
- **Увеличение амплитуды зубцов P, T и комплекса QRS**

508. Самой продолжительной фазой потенциала действия миокарда является:

- **2**

509. Самый ранний симптом отека легких:

- **Тахипное**

510. Самый частый симптом при тромбоэмболии легочной артерии:

- **Внезапная одышка**

511. Самым специфичным признаком гипертрофии правого желудочка является:

- **Комплекс типа QR в отведении VI (без блокады правой ножки п. Гиса)**

512. Связь болевых ощущений с движениями туловищем, дыханием, глотанием характерна для:

- **Перикардита**

513. Сегмент ST электрокардиограммы отражает:

- **Ничего из перечисленного**

514. Сегмент P-R отражает проведение импульса:

- **По АВ-узлу и системе Гиса-Пуркинье**

515. Сино-атриальную реципрокную тахикардию отличает от синусовой тахикардии:

- **Внезапное начало и прекращение приступов**
- **Возможность индукции электрокардиостимуляцией**
- **Возможность развития АВ-блокады во время тахикардии**

516. Синоатриальную тахикардию от синусовой тахикардии можно отличить по:

- **Правильного ответа нет**

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

- **Синусовая брадикардия**

518. Синусовая аритмия:

- **В большинстве случаев связана с актом дыхания**
- **Может быть обусловлена нарушениями синоатриальной проводимости**
- **Может быть проявлением нарушения функции синусового узла**
- **Нередко наблюдается у молодых людей**

519. Синусовая брадикардия не сопровождается:

- **Правильного ответа нет**

520. Синусовая тахикардия не сопровождается:

- **Удлинением интервала QT**

521. Систолические шумы типа изгнания обычно выслушиваются:

- **Как среднесистолические (через короткий промежуток после I-го тона)**

522. Систолическое движение вперед передней створки митрального клапана характерно для:

- **Гипертрофической кардиомиопатии**

523. Скорость проведения в атриовентрикулярном узле в максимальной степени замедляет:

- **Финоптин**



524. Скорость проведения в миокарде желудочков в наибольшей степени замедляет:

- **Этацизин**

525. Скорость проведения импульса зависит от:

- **И от скорости и амплитуды "0" фазы потенциала действия, и от уровня потенциала покоя**

526. Следствием интоксикации сердечными гликозидами могут быть:

- **"Непароксизмальная тахикардия из атриовентрикулярного соединения"**
- **Двунаправленная желудочковая тахикардия**
- **Предсердная тахикардия с атриовентрикулярной блокадой II степени**

527. Смещение верхушечного толчка не отмечается у больных с:

- **Митральным стенозом**

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

- **Выпоте в полость перикарда**
- **Микседеме**
- **Хронических обструктивных заблеваниях легких**

529. Снижение сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:

- **Дилатационной кардиомиопатии**

530. Снижение уровня калия в сыворотке крови может наблюдаться при:

- **Вторичном альдостеронизме**
- **Первичном альдостеронизме**
- **Применении диуретиков**

531. Содержание калия в крови при первичном гиперальдостеронизме:

- **Понижено**

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

- **РII > RI > RIII**

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

- **Митрального стеноза**

534. Специфическим признаком ишемической болезни сердца на ЭКГ покоя является:

- **Ничего из перечисленного**

535. Специфичность теста с дозированной физической нагрузкой в диагностике ИБС является наиболее высокой у:

- **Мужчин пожилого и среднего возраста**

536. Специфичным для острого перикардита изменением ЭКГ является:

- **Подъем сегмента PQ в отведении aVR**
- **Подъем сегмента ST в большинстве отведений**

537. Специфичными для миокардита являются:

- **Специфических нарушений ритма и проводимости нет**

538. Среди дополнительных путей атриовентрикулярного проведения чаще встречается:

- **Пучок Кента**

539. Средний сектор деполяризации желудочков направлен:

- **Влево-назад-вниз**



540. Стандартными отведениями ЭКГ называют:

- **Двухполюсные отведения от конечностей**

541. Таллий-201 активно включается в:

- **Здоровый миокард**

542. Тахикардия с уширенными комплексами QRS:

- **Может быть наджелудочковой — при нарушении внутрижелудочковой проводимости**
- **Может быть наджелудочковой — у больных с синдромом предвозбуждения желудочков**

543. Терминальный вектор деполяризации желудочков в норме, как правило, направлен:

- **Назад**

544. Термином "ортопноное" называют:

- **Неспособность находиться в положении лежа из-за одышки**

545. Термином "сердечная астма" обозначают:

- **Приступы пароксизмальной ночной одышки у больных с левожелудочковой недостаточностью**

546. Тест с физической нагрузкой должен быть немедленно прекращен при:

- **Ни при одном из перечисленных состояний**

547. Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать с:

- **Предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени**

548. Третий тон может выслушиваться в норме у:

- **Беременных**
- **Детей**
- **Молодых людей**

549. Третий тон может выслушиваться при всех нижеперечисленных состояниях, за исключением:

- **Митрального стеноза**

550. Третий тон сердца:

- **Выслушивается в норме у детей**

551. У больного в отведениях I, aVL, V5-6 отмечается укорочение PQ, имеется дельта-волна и уширенный комплекс QRS с высоким зубцом R. Зубец QS в III aVL отведениях у этого больного отражает:

- **Наличие одного из вариантов феномена WPW**

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

- **2-3 суток**

553. У больных гипертрофической кардиомиопатией верхушечный толчок:

- **Усиленный и продолжительный (вплоть до 2-го тона)**

554. У больных с аномалией Эбштейна на ЭКГ отмечается:

- **Высокий пикообразный зубец P**
- **Неполная блокада правой ножки п. Гиса RSR в VI**
- **Признаки предвозбуждения желудочков**
- **Удлинение интервала PP**



555. У больных с блокадой левой ножки п. Гиса появление зубцов Q в отведениях aVL, I, V1-3 является признаком инфаркта миокарда:

- **Передне-перегородочной локализации**

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

- **Боковой локализации**

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

- **Зубец r во II отведении 1,5 мм и меньше**
- **Зубец r во II отведении меньше, чем зубцы r в отведениях III и aVF**
- **Регистрация зубцов q во II отведении**
- **Регистрация комплексов QS во II отведении**

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

- **И снижение вольтжа, и электрическая альтернация**

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

- **Выраженная гипертрофия правого желудочка**
- **Гипертрофия правого предсердия**
- **Недостаточность 3-х створчатого клапана**

560. У больных с дефектом межжелудочковой перегородки:

- **Могут быть признаки гипертрофии обоих желудочков**
- **Могут быть признаки гипертрофии левого желудочка**
- **Могут быть признаки гипертрофии правого желудочка**
- **ЭКГ может быть в пределах нормы**

561. У больных с констриктивным (сдавливающим) перикардитом на ЭКГ может наблюдаться:

- **Депрессия сегмента ST**
- **Изменения иногда могут отсутствовать**
- **Появление отрицательных T в ряде отведений**
- **Снижение амплитуды зубцов комплекса QRS**

562. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:

- **Может не быть изменения ЭКГ**
- **Может отмечаться депрессия сегмента ST**
- **Может отмечаться инверсия зубцов T**
- **Может отмечаться подъем сегмента ST**

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

- **Депрессия сегмента ST**
- **Инверсия зубца T**
- **Увеличение амплитуды зубца T**
- **Удлинение интервала QT**

564. У больных с пневмотораксом на ЭКГ может отмечаться:

- **Нормализация ЭКГ в положении стоя**
- **Отклонение электрической оси вправо**
- **Появление комплексов типа QS в отведениях V1-4**

565. У больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта наиболее часто возникает:

- **Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия**



566. У больных с синдромом преждевременного возбуждения желудочков при регистрации отрицательной дельта-волны в отведениях III, VI-2 дополнительный путь наиболее вероятно расположен:

- **Справа**

567. У больных с синдромом преждевременного возбуждения желудочков регистрация отрицательной дельта-волны в отведениях I, V5-6 является признаком расположения дополнительного пути:

- **Слева**

568. У больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких на ЭКГ может отмечаться:

- **Вертикализация оси зубца Р**
- **Отрицательные зубцы Р в отведениях aVL и V1**
- **Отсутствие зубца Р в отведении I**

569. У больных с ЭКГ-признаками блокады 2-х ветвей п. Гиса:

• **"Профилактическая" имплантация кардиостимулятора нецелесообразна, т.к. ни в одном исследовании не выявлено увеличения продолжительности жизни после имплантации кардиостимулятора у больных с блокадой ветвей п. Гиса**

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

- **S-тип ЭКГ**
- **Зубец Q шириной 0,03-0,04 с в III отведении**
- **Неполная блокада правой ножки п. Гиса**
- **Отрицательные зубцы Т в отведениях III или V1-3**
- **Синдром SI, SII, SIII**
- **Синдром ранней реполяризации желудочков**

571. Увеличение толщины стенки левого желудочка характерно для:

- **Гипертрофической и рестриктивной кардиомиопатии**

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

- **60 градусов**

573. Удлинение сегмента ST является признаком:

- **Гипокальциемии**

574. Укорочение сегмента ST является признаком:

- **Гиперкальциемии**

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

- **Гипокалиемии**

576. Уменьшение выраженности блокады или восстановление проведения под влиянием физической нагрузки или введения атропина возможно при:

- **АВ-блокаде II степени тип I**
- **Полной АВ-блокаде на уровне АВ-узла**

577. Усиление болевых ощущений в грудной клетке при движении, глубоком дыхании и кашле характерно для:

- **Остеохондроза шейно-грудного отдела**
- **Перикардита**
- **Плеврита**

578. Усиление шума над мечевидным отростком на вдохе (симптом Корвалло) характерно для:

- **Правильного ответа нет**
- **Трикуспидальной недостаточности**



579. Ускоренными эктопическими ритмами сердца называют:

- **Эктопические ритмы с частотой более 60 в мин, но менее 100 в мин**

580. Утолщение ахиллова сухожилия характерно для:

- **Семейной гиперхолестеринемии**

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

- **Гипокальциемии**

582. Уширенный, двугорбый P в отведениях I и aVL встречается:

- **При ИБС с сердечной недостаточностью**
- **При дилатационной кардиопатии**
- **При митральном пороке сердца**
- **При пролапсе митрального клапана с регургитацией**

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

- **Входом в клетку ионов натрия**

584. Фармакологическая или хирургическая блокада АВ-узла может быть способом паллиативного лечения:

- **Хронической предсердной тахикардии**

585. Физиологической называют электрокардиостимуляцию:

- **"Р-управляемую" стимуляцию желудочков**
- **Двухкамерную (последовательную предсердно-желудочковую)**
- **При локализации стимулирующего электрода в предсердиях**

586. Функциональный систолический шум, выслушиваемый во втором межреберье слева, обусловлен:

- **Относительным сужением легочной артерии**

587. Характерным признаком тампонады сердца у больных с выпотным перикардитом на электрокардиограмме является:

- **Альтернация комплексов QRS**
- **Снижение вольтажа комплексов QRS**

588. Частая и/или групповая предсердная или желудочковая экстрасистолия:

- **Может регистрироваться и у лиц без других признаков поражения сердца**
- **Может указывать на наличие органического поражения сердечно-сосудистой системы**

589. Чаще всего выслушивается при шуме трения перикарда:

- **Систолический компонент**

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

- **0,10 сек**

591. Ширина комплекса QRS в прекардиальных отведениях (V1-V6) в норме не превышает:

- **0,10 сек**

592. Шум Грехема Стилла — это:

- **Диастолический шум относительной недостаточности клапана легочной артерии**

593. Шум трения перикарда классически состоит из:

- **Трех компонентов**



594. Шум трения перикарда можно выслушать:

- **В межлопаточном пространстве**
- **На небольшом участке в IV межреберье слева**
- **Над всей зоной абсолютной тупости сердца**

595. Шум трения перикарда обычно лучше всего слышен:

- **Во время систолы**

596. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка редко встречаются при:

- **Пролапсе митрального клапана**

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

- **Наличие зубца Q в отведении V1-V2**

598. ЭКГ признаком, не характерным для гипертрофии правого желудочка, является:

- **Уширение QRS > 0,12 сек**

599. ЭКГ-синдром SI QIII характерен для:

- **Острого легочного сердца**

600. Экстрасистолией называют:

- **Преждевременные импульсы**

601. Электрофизиологическое исследование показано:

- **Больным с синкопальными состояниями неясного генеза**



Клиническая физиология и функциональная диагностика системы дыхания

602. Абсолютным противопоказанием к проведению тестов с физической нагрузкой является:

- **артериальная гипертензия с высокими цифрами артериального давления (выше 220/110 мм рт. ст.)**
- **нестабильная стенокардия**
- **тромбоэмболия**
- **флеботромбоз глубоких вен голени**

603. Аэродинамическое сопротивление дыхательных путей больше:

- **на выдохе**

604. Больной 48 лет жалуется на боли в эпигастральной области, слабость. Ранее боли в животе не беспокоили. На ЭКГ зубец Q в отведениях I, AVF увеличен; сегмент S-T в отведениях III, AVF приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент S-T в отведениях V1-V3 ниже изолинии; в отведениях V1, V2 высокий, остроконечный зубец T. Заключение

- **инфаркт задней нижней стенки левого желудочка**

605. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

- **спирографии, пневмотахографии**

606. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:

- **бронхоспазм**
- **воспалительным отёком слизистой оболочки бронхов**
- **закрытием просвета бронхов вязким секретом**
- **спадением мелких бронхов на выдохе**

607. В норме форма кривой поток-объем в экспираторной фазе:

- **приближается к треугольной**

608. Диагноз пневмонии устанавливается на основании:

- **данных физикального исследования**
- **клинических симптомов заболевания**
- **показателей лабораторных анализов**
- **результатов рентгенологического исследования лёгких**

609. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет, прежде всего, подозревать:

- **рак бронха**

610. Должные величины зависят от:

- **веса**
- **возраста**
- **пола**
- **роста**

611. Дыхательный объем — это:

- **объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха**

612. Емкость вдоха (Евд) — это:

- **максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха**

613. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) — это:

- **максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха**



614. Жизненная емкость легких зависит:

- **от длины тела**
- **от массы тела**
- **от площади поверхности тела**
- **от пола**

615. Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации

- **левого желудочка**

616. К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят:

- **теопек, теодур, ретафил, дурофиллин**

617. К раку лёгкого предрасполагает:

- **курение**

618. Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов:

- **возраста больного**
- **количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов**
- **количественных и качественных характеристик секрета слизистых желёз бронхов**
- **функции сурфактантной системы лёгкого**

619. Кровохарканье чаще всего наблюдается:

- **при митральном стенозе**

620. На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более, чем на 0,10 с; зубцы Р (в отведениях I, II, AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Можно предположить:

- **ритм синусовый, регулярный**

621. На ЭКГ отрицательный зубец Р располагается после преждевременного, но неизмененного комплекса QRS. Это

- **атриовентрикулярная экстрасистола**

622. На ЭКГ при наличии преждевременного желудочкового комплекса зубец Р не определяется. Это может быть:

- **при атриовентрикулярной экстрасистоле**
- **при желудочковой экстрасистоле**

623. На ЭКГ продолжительность интервала PQ больше 0,20 с. Это характерно ...

- **для неполной атриовентрикулярной блокады I степени**

624. На ЭКГ продолжительность интервала PQ колеблется от 0,12 до 0,20 с. Это может быть:

- **предсердный ритм**
- **синусовая аритмия**
- **синусовый ритм**

625. На ЭКГ ритм желудочковых сокращений (QRST) неправильный, зубец Р отсутствует. Это указывает ...

- **на мерцательную аритмию**

626. На ЭКГ ритм синусовый, R-R — 0,95 с, P-Q — 0,22 с, QRS — 0,09 с. После физической нагрузки: R-R — 0,65 с, P-Q — 0,18 с, QRS — 0,09 с. Заключение

- **неполная атриовентрикулярная блокада I степени, обусловленная ваготонией**



627. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца

- **дилатация правого желудочка**

628. Наиболее информативным методом выявления бронхоэктазов является:

- **бронхография**

629. Наиболее простой и достаточно информативный метод ранней диагностики центрального рака лёгкого — это:

- **цитологическое исследование мокроты**

630. Наиболее рационально определение МОС 25%, МОС 50% и МОС 75%

- **по кривой поток-объем**

631. Наличие у больного положительного венного пульса характерно:

- **для недостаточности трехстворчатого клапана**

632. Начальный участок кривой поток/объем в фазу экспирации характеризует состояние:

- **крупных бронхов**

633. Осложнением центрального рака лёгкого может быть:

- **ателектаз лёгкого**
- **гиповентиляция лёгкого**
- **образование острого абсцесса лёгкого**
- **пневмония (возможно с абсцедированием)**

634. Осложнениями бронхоэктатической болезни могут быть:

- **амилоидоза внутренних органов**
- **кровохарканья и легочного кровотечения**
- **легочно-сердечной недостаточности**

635. Осложнениями хронического бронхита являются:

- **дыхательная недостаточность и хроническое лёгочное сердце**
- **кровохарканье**
- **лёгочное кровотечение**
- **облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца**
- **очаговый и диффузный пневмоторакс**
- **расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов**
- **спонтанный пневмоторакс и тромбоэмболия лёгочной артерии**
- **центриацинарная и буллезная эмфиземы лёгких**

636. Остаточный объем легких — это:

- **объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха**

637. Пациенты, страдающие бронхоэктатической болезнью, обычно предъявляют жалобы:

- **кашель с легко отделяемой мокротой, чаще по утрам**
- **кровохарканье, лёгочное кровотечение**
- **лихорадка, боли в груди**
- **одышка**

638. При аускультации лёгких у больных пневмонией можно выявить:

- **крупнопузырчатые влажные хрипы**
- **мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитирующие хрипы**
- **ослабленное дыхание при отсутствии хрипов**
- **сухие хрипы**

639. При аускультации лёгких у пациента с бронхоэктатической болезнью обычно выявляются:

- **локальные крупно- и среднепузырчатые хрипы, иногда в сочетании с сухими**



640. При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется:

- **воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта**
- **инфекцией**

641. При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки:

- **воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушения мукоцилиарного транспорта**

642. При пневмонии поражается:

- **альвеолы**
- **дыхательные бронхиолы**
- **интерстиций лёгких**

643. При хроническом бронхите с преимущественным поражением мелких бронхов возникновение дыхательной недостаточности связано с:

- **бронхоспазмом**
- **облитерацией просвета мелких бронхов и синдромом хлопающего клапана**

644. При хроническом бронхите соотношение геля и золя в мокроте:

- **меняется в сторону увеличения слоя золя**

645. Пульс tardus, parvus характерен:

- **для стеноза устья аорты**

646. Рак лёгкого чаще наблюдается у больных, страдающих:

- **хроническим неспецифическим заболеванием легких**

647. Ранним клиническим симптомом центрального рака лёгкого является:

- **сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови**

648. Резерв легочной вентиляции (РЛВ) — это:

- **максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин**

649. Резервный объем вдоха — это:

- **максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха**

650. Резервный объем выдоха — это:

- **максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха**

651. Решающее значение в диагностике бронхоэктатической болезни принадлежит:

- **бронхографии**

652. С помощью эхокардиографии можно диагностировать:

- **дилатационную и гипертрофическую кардиомиопатию**
- **крупноочаговый инфаркт миокарда**
- **опухоли сердца**
- **пороки сердца и пролапс митрального клапана**
- **экссудативный (выпотной) перикардит**

653. Систолическое дрожание над верхушкой сердца характерно:

- **для недостаточности митрального клапана**

654. Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, и вызывает наименьшее число побочных реакций:

- **ипратропия бромид**



655. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с:

- **данными спиррографии**
- **интенсивностью дыхательных шумов над лёгкими и сухих хрипов**

656. Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен:

- **повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов**

657. У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим затемнением в легких врач обязан в первую очередь исключить:

- **периферический рак лёгкого**

658. Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции:

- **стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс**

659. Уменьшение жизненной емкости легких выявляется при всех перечисленных состояниях, кроме:

- **грыжи пищеводного отверстия диафрагмы**

660. Функциональная остаточная емкость (ФОЕ) легких — это:

- **объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха**

661. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит:

- **к развитию центриацинарной эмфиземы и буллезной дистрофии лёгкого**

662. Электрокардиографическими признаками ишемии миокарда при выполнении пробы с физической нагрузкой являются:

- **преходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более**

663. Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи:

- **вязкости**
- **количества**
- **эластичности**



Анализ и оценка функционального состояния центральной и периферической нервной системы

664. В норме давление ликвора в положении сидя равно:

- **220-260 мм вод. ст**

665. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба:

- **ортостатическая**

666. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение:

- **1 суток**

667. Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования

- **можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга**

668. Для алкогольной полинейропатии характерно:

- **боли в голенях и стопах**
- **преимущественное поражение нижних конечностей**

669. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже:

- **«кофейных» пятен**

670. Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерно:

- **значительное повышение артериального давления**

671. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить:

- **магнитно-резонансную томографию**

672. Для дифтерийной полинейропатии характерно наличие:

- **бульбарных расстройств**
- **расстройств глубокой чувствительности**

673. Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать:

- **транскраниальную ультразвуковую доплерографию**

674. Для правильного проведения пробы с гипервентиляцией при записи ЭЭГ больной должен делать в минуту глубоких вдохов

- **16-20**

675. Для предупреждения приступа «менструальной» мигрени целесообразно назначение:

- **нестероидных противовоспалительных препаратов**

676. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0,1 г/л) характерно для менингита, вызванного

- **туберкулезной палочкой**

677. Индекс вегетативного равновесия определяет:

- **соотношение симпатической и парасимпатической регуляции сердечной деятельности**

678. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через

- **6 ч и более от начала заболевания**



679. Компьютерная томография головного мозга противопоказана в случае, если:

- **ничего из перечисленного**

680. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденситивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии в мозг спустя

- **1 ч от начала кровоизлияния**

681. Контрастное усиление при компьютерной томографии мозга применяют в случаях, если необходимо

- **оценить состояние гематоэнцефалического барьера независимо от характера церебрального процесса**

682. Лечение холинолитическими препаратами болезни Паркинсона противопоказано, если у больного:

- **глаукома**

683. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается:

- **опухоль височной доли**

684. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать:

- **туберкулостатические препараты**
- **цитостатики**

685. Мощность в диапазоне высоких частот HF опосредуется:

- **колебаниями тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы**

686. Мощность в диапазоне низких частот HF опосредуется:

- **колебаниями тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы**

687. На частоту сердечных сокращений оказывает преимущественное воздействие:

- **вегетативная нервная система**
- **гуморальная регуляция**
- **рефлекторная регуляция**
- **центральная нервная система**

688. Наиболее высоким уровнем накопления изотопа при проведении радионуклидной g-сцинтиграфии отличаются:

- **менингиомы**

689. Наиболее типичным неврологическим синдромом, осложняющим течение сахарного диабета, является:

- **полинейропатия**

690. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются:

- **тревожные невротические расстройства**

691. Наиболее частой причиной ортостатической гипотензии является:

- **передозировка гипотензивных препаратов**

692. Нейролептики могут вызывать следующие экстрапирамидные нарушения:

- **акинезию и ригидность**
- **оромандибулярную дискинезию**

693. Общесоматические проявления СПИДа включают:

- **генерализованную лимфаденопатию**
- **диарею и потерю массы тела**
- **длительную лихорадку и ночной пот**



694. Патологическим ритмом ЭЭГ считается:

- **тета-ритм амплитудой свыше 40 мкВ**

695. Под вариабельностью ритма сердца понимают:

- **изменчивость продолжительности интервалов R-R последовательных циклов**

696. Показатели ВСП в оценке риска неблагоприятного исхода характеризуются:

- **высокой чувствительностью**
- **низкой предсказующей ценностью положительного результата**
- **низкой специфичностью**

697. При диагностике абсцесса головного мозга из контрольных методов исследования получить прямое изображение патологического очага округлой формы можно с помощью:

- **g-сцинтиграфии**

698. При оценке дермографизма следует учитывать, что в норме:

- **белый дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей**
- **красный дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища**

699. Признак изоэлектрической линии при эхоэнцефалографии при лобно-затылочной локации характерен:

- **для объемного процесса субтенториальной локации**

700. Приступы, связанные с месячным циклом «менструальной» мигрени чаще бывают:

- **в течение предшествующей менструации недели**

701. Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью вызвать:

- **гипероксию и гипокапнию**

702. Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является:

- **наличие инородных металлических тел**

703. Радиоизотопная g-сцинтиграфия головы малоинформативна

- **при доброкачественных глиомах**

704. Развитие синдрома Уотерхауса-Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения:

- **менингококкового менингита**

705. Разрешающая способность компьютерной томографии мозга имеет ограничения и не позволяет определить КТ-контрастные патологические очаги в мозге диаметром менее:

- **1,5 * 1,5 мм**

706. Разрешающая способность компьютерной томографии по определению разницы плотности разных тканей позволяет отличить:

- **ткань мозга желудочки**
- **ткань серого и белого вещества**

707. Рассасывание физиологического раствора при пробе Олдрича замедлено:

- **при повышении тонуса симпатической нервной системы**

708. Решающая роль в диагностике смерти мозга из перечисленных методов обследования отводится:

- **ангиографии**

709. Решающее влияние на прогноз преходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает:

- **сохранная проходимость приводящих артерий**



710. Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет:

- **ангиография**

711. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

- **изменение спинномозговой жидкости**

712. Ригидным считается синусовый ритм при значении SDNN

- **менее 50 мс**

713. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется:

- **нарастанием неврологической симптоматики после пункции**

714. Содержание глюкозы в ликворе здорового человека колеблется в пределах

- **2,5-4,4 ммоль/л**

715. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах

- **120-130 ммоль/л**

716. Спондилография наименее информативна при локализации спинальной опухоли

- **интрамедуллярно**

717. Стандартное отклонение от средней длительности синусовых интервалов R-R (SDNN) характеризует:

- **баланс ВРС в целом**

718. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании:

- **венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка**

719. Термином «табетические кризы» у больных спинной сухоткой обозначают:

- **пароксизмы болей рвущего характера**

720. Увеличение симпатических воздействий приводит:

- **к уменьшению общей мощности спектра**

721. Характерным электроэнцефалографическим признаком очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите является:

- **наличие пиков (спайков) и острых волн**

722. Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно зарегистрировать с помощью:

- **игольчатых электродов**

723. Электронистагмографию можно проводить:

- **при любом уровне сознания**



Эхокардиография

724. "Вторым барьером " при митральном стенозе называют:

- **Артериальную легочную гипертензию**

725. "Критическим" считается уменьшение площади левого атриоventрикулярного отверстия до:

- **1 кв. см**

726. Аускультативные признаки пролапса митрального клапана на вдохе:

- **Усиливаются**

727. Быстрое увеличение амплитуды пульсовой волны характерно для:

- **Дефекта межжелудочковой перегородки**
- **Митральной недостаточности**

728. Быстрый подъем пульсовой волны, а затем быстрое падение ее наступает при:

- **Недостаточности аортального клапана**

729. В качестве ультразвуковых контрастов можно использовать:

- **5% раствор глюкозы**
- **Аутокровь**
- **Физиологический раствор**

730. В норме градиент давления между левым предсердием и левым желудочком во время диастолы составляет:

- **1-2 мм рт. ст**

731. В состоянии покоя концентрация калия:

- **Внутри клетки больше, чем вне клетки**

732. Возникновению отека легких при митральном стенозе способствует:

- **Развитие мерцательной аритмии**
- **Увеличение притока крови**
- **Увеличение частоты сердечных сокращений**

733. Выраженность пролабирования митрального клапана и его аускультативных признаков уменьшается:

- **В положении лежа**

734. Выслушивание "двойного" шума Дюрозье на бедренной артерии характерно для:

- **Недостаточности аортального клапана**

735. Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при:

- **Стенозе устья аорты**

736. Громкость щелчка открытия митрального клапана и диастолического шума при митральном стенозе уменьшается после:

- **Развития активной легочной гипертензии**
- **Развития недостаточности правого желудочка**

737. Грубый среднесистолический шум характерен для:

- **Аортального стеноза**
- **Стеноза легочной артерии**



738. Двухмерная эхокардиография имеет значение при выявлении:

- **Аневризмы левого желудочка**
- **Внутрисердечных тромбов**
- **Инфаркта миокарда правого желудочка**
- **Инфекционного эндокардита**

739. Деполяризация желудочков начинается с:

- **Левой части межжелудочковой перегородки**

740. Диастолический шум аортальной регургитации во время глубокого длительного выдоха:

- **Усиливается**

741. Диастолический шум на верхушке сердца при недостаточности аортального клапана (шум Флинта) сочетается с:

- **Правильного ответа нет**

742. Диастолическое мелкоамплитудное (высокочастотное) дрожание передней створки митрального клапана характерно для:

- **Аортальной недостаточности**

743. Для больных аортальной недостаточностью характерно все перечисленное, кроме:

- **Повышения диастолического артериального давления**

744. Для больных с "чистой" аортальной недостаточностью характерно все перечисленное, кроме:

- **Бледности кожных покровов**

745. Для больных с недостаточностью аортального клапана характерным является все перечисленное, кроме:

- **Повышения диастолического АД**

746. Для выявления гипертензии малого круга кровообращения методом эхокардиографии наиболее важное значение имеет определение особенностей движения:

- **Клапана легочной артерии**

747. Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно все перечисленное, кроме:

- **Соответствия интенсивности шума величине дефекта**

748. Для диагностики инфаркта миокарда правого желудочка используется:

- **Инвазивное исследование гемодинамики**
- **ЭКГ**
- **Эхокардиография**

749. Для митрального стеноза характерны следующие изменения на ЭКГ:

- **"P — mitrale"**
- **Признаки гипертрофии правого желудочка**

750. Для нарушения диастолической функции по типу аномального расслабления характерно:

- **соотношение E/A менее 1**

751. Для недостаточности трикуспидального клапана не характерны:

- **Пульсация сонных артерий**

752. Для определения величины сердечного выброса методом эхокардиографии основное значение имеет определение:

- **Передне-заднего размера полости левого желудочка**



753. Для открытого артериального протока характерно все перечисленное, кроме:

- **Уменьшения пульсового давления**

754. Для синдрома пролабирования митрального клапана характерно все перечисленное, кроме:

- **Ослабления 1-го тона**
- **Синусовой брадикардии**

755. Для стеноза легочной артерии характерно все перечисленное, за исключением:

- **Усиления пульмонального компонента 2-го тона**

756. Дующий пансистолический шум характерен для:

- **Митральной недостаточности**
- **Недостаточности 3-х створчатого клапана**

757. Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается:

- **Дефект межпредсердной перегородки**

758. Изометрическая нагрузка у больных с пороками сердца приводит к:

- **Правильного ответа нет**

759. К аускультативным признакам аортальной недостаточности относится:

- **Все перечисленное**

760. К аускультативным признакам митрального стеноза относится все перечисленное, за исключением:

- **Появления 3-го тона**
- **Ранний диастолический шум (сразу после 2-го тона)**

761. К аускультативным признакам хронической митральной недостаточности относится все перечисленное, кроме:

- **4-го тона**

762. К осложнениям пролабирования митрального клапана относится:

- **Возникновение и прогрессирование митральной недостаточности**
- **Инфекционный эндокардит**
- **Нарушения ритма сердца**

763. К основным причинам острой аортальной недостаточности относится:

- **Инфекционный эндокардит**
- **Расслоение аорты**
- **Травмы грудной клетки**

764. К показаниям стресс-эхокардиографии можно отнести все, кроме:

- **определение зоны поражения при остром инфаркте миокарда**

765. К признакам выраженного аортального стеноза относится все перечисленное, за исключением:

- **Усиления громкости систолического шума**

766. К признакам выраженной аортальной недостаточности относится:

- **Выслушивание 3-го тона сердца**
- **Выслушивание шума Аюстина-Флинта (грубый диастолический шум в середине диастолы)**
- **Увеличение продолжительности диастолического шума**

767. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся все перечисленные, за исключением:

- **Ослабления пульмонального компонента 2-го тона**



768. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся все перечисленные, кроме:

- **Гиповолемии малого круга**

769. К прогностически неблагоприятным признакам у больных с аортальным стенозом относится:

- **Выраженная одышка при физической нагрузке**
- **Обмороки**
- **Стенокардия напряжения**

770. К систолической асинергии относят:

- **акинез**
- **гипокинез**
- **дискинез**
- **парадоксальное движение**

771. К увеличению сердечного выброса могут привести:

- **Недостаточность аортального клапана**

772. К числу основных клинических симптомов аортального стеноза относится:

- **Обмороки**
- **Сердечная недостаточность**
- **Стенокардия напряжения**

773. Критическим считается уменьшение площади аортального отверстия до:

- **0,5 кв. см**

774. Кровохарканье у больных с митральным стенозом нередко исчезает после:

- **Появления недостаточности правого желудочка**
- **Развития активной легочной гипертензии**

775. Медленно наполняющийся малый пульс характерен для:

- **Аортального стеноза**

776. Митральный стеноз может быть обусловлен развитием фибрознодегенеративных изменений на уровне:

- **Подклапанных структур**
- **Створок митрального клапана**

777. Митральный стеноз чаще всего является следствием:

- **Ревматизма**

778. На вдохе могут усиливаться:

- **Как систолические, так и диастолические шумы**

779. На вдохе может наблюдаться усиление:

- **Диастолического шума пульмональной регургитации**
- **Диастолического шума трикуспидального стеноза**
- **Систолического шума пульмонального стеноза**

780. На вдохе происходит:

- **Увеличение ударного объема правого желудочка и уменьшение ударного объема левого желудочка**

781. На выдохе могут усиливаться:

- **Как систолические, так и диастолические шумы**

782. Наиболее вероятной причиной развития сочетанного аортального порока из перечисленного является:

- **Ревматизм**



783. Наиболее информативным для диагностики фибринозного перикардита без выпота следует считать метод:

- **Аускультации**

784. Наиболее информативным методом выявления недостаточности митрального клапана является:

- **Допплеркардиография**

785. Наиболее информативным методом при выявлении выпота в перикард является:

- **Эхокардиография**

786. Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

- **Эхокардиографии**

787. Наиболее распространенным врожденным пороком сердца из нижеперечисленных является:

- **Дефект межжелудочковой перегородки**

788. Наиболее часто первым симптомом митрального стеноза являются:

- **Одышка**

789. Наиболее частой причиной трикуспидальной регургитации является:

- **Дилатация правого желудочка**

790. Нарушением ритма сердца, наиболее часто встречающимся у больных с митральным стенозом, является:

- **Мерцательная аритмия**

791. Нехарактерным для фонокардиограммы больных со стенозом устья аорты является:

- **Увеличение амплитуды 1-го тона**

792. Нормальный ответ на нагрузку при стресс-эхокардиографии выражается в виде:

- **гиперкинеза всех стенок ЛЖ**
- **увеличения фракции выброса ЛЖ**

793. Однонаправленное диастолическое движение створок митрального клапана, выявляемое методом эхокардиографии, характерно для:

- **Митрального стеноза**

794. Отек легких у больных с недостаточностью митрального клапана развивается:

- **Менее часто, чем у больных с митральным стенозом**

795. Пальпируемый систолический толчок слева от нижнего края грудины у больных митральным стенозом обычно является:

- **Толчком правого желудочка**

796. Парадоксальное движение МЖП может наблюдаться в следующих случаях:

- **на фоне блокады ножек пучка Гиса**
- **на фоне легочной гипертензии**
- **при постоянной или временной кардиостимуляции**

797. Переход из вертикального положения в положение "на корточках" — прием, используемый при динамической аускультации сердца, сопровождается:

- **Как увеличением венозного возврата к сердцу, так и увеличением системного сосудистого сопротивления**

798. Переход из горизонтального в вертикальное положение сопровождается усилением аускультативной симптоматики:

- **Правильного ответа нет**



799. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

- **4-6 кв. см**

800. После приема нитроглицерина усиливается звучность шумов при:

- **Гипертрофической обструктивной кардиомиопатии**
- **Пролапсе митрального клапана**

801. Пресистолический шум при митральном стенозе имеет:

- **Нарастающий характер**

802. При "критическом" митральном стенозе градиент давления между левым предсердием и левым желудочком во время диастолы составляет:

- **Около 20 мм рт. ст**

803. При аномалии Эбштейна отмечается:

- **Увеличение правого предсердия**
- **Уменьшение правого желудочка**

804. При аускультации сердца у больных с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки выслушивается:

- **Систолический шум с эпицентром в 3-4 межреберье по левому краю грудины**
- **Усиление 2-го тона над легочной артерией**

805. При аускультации сердца у больных с дефектом межпредсердной перегородки выслушивается:

- **Систолический шум с эпицентром во 2-3-м межреберье по левому краю грудины**
- **Усиление 2-го тона над легочной артерией**

806. При возникновении неприятных ощущений в области сердца или нарушений ритма у больных с пролабированием митрального клапана в первую очередь целесообразно оценить эффект:

- **Бета-блокаторов**

807. При возникновении сердечной недостаточности у больных аортальным стенозом отмечается все перечисленное, кроме:

- **Увеличения продолжительности систолического шума**

808. При выраженном аортальном стенозе, сопровождающимся появлением клинических симптомов:

- **Абсолютно показано хирургическое лечение**
- **Фармакологическое лечение почти всегда не эффективно и может привести к ухудшению состояния**

809. При записи фонокардиограммы с верхушки сердца у больных с органической недостаточностью митрального клапана амплитуда 1-го тона:

- **Уменьшена**

810. При изометрической нагрузке усиливаются шумы при:

- **Аортальной регургитации**
- **Митральной регургитации**
- **Митральном стенозе**

811. При критическом аортальном стенозе градиент давления, как правило, превышает:

- **50 мм рт. ст**

812. При митральной недостаточности нагрузка на левый желудочек во время систолы:

- **Повышена**



813. При митральной недостаточности уменьшение степени регургитации и улучшение состояния больных можно ожидать от назначения:

- **Апрессина**
- **Каптоприла**
- **Коринфара**
- **Празозина**

814. При митральном стенозе тон (щелчок) открытия митрального клапана на ФКГ появляется после II тона через:

- **0,08-0,11 сек**

815. При небольшом объеме выпота в полость перикарда он наиболее часто локализуется в области:

- **Задней поверхности левого желудочка**

816. При недостаточности аортального клапана на фонокардиограмме (второе межреберье справа) регистрируется:

- **Снижение амплитуды аортального компонента 2-го тона и диастолический шум убывающей интенсивности**

817. При недостаточности митрального клапана 1-й тон:

- **Ослаблен**

818. При переходе из вертикального положения в положение "на корточках" усиливается звучность шума при:

- **Правильного ответа нет**

819. При переходе из вертикального положения в положение "на корточках" усиливается звучность шумов при:

- **Аортальной регургитации**

820. При переходе из горизонтального положения в вертикальное становится более выраженной аускультативная симптоматика при:

- **Гипертрофической кардиомиопатии**
- **Пролапсе митрального клапана**

821. При появлении мерцательной аритмии у больных с митральным стенозом пресистолический шум:

- **Исчезает**

822. При проведении физикального обследования для больных аортальным стенозом характерно:

- **Малый медленный пульс на сонных артериях**
- **Увеличение продолжительности верхушечного толчка (вплоть до 2-го тона)**
- **Усиление предсердной волны венного пульса (волны "а")**

823. При проведении эхокардиографии для больных митральным стенозом характерно все перечисленное, кроме:

- **Систолического движения вперед передней створки митрального клапана**

824. При пролабировании митрального клапана наиболее специфично выслушивание:

- **Позднего систолического шума**

825. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:

- **Во время систолы**

826. При рентгенологическом исследовании для больных с митральным стенозом характерно все перечисленное, за исключением:

- **Увеличения четвертой дуги по левому контуру**



827. При рентгенологическом исследовании признаками аортального стеноза является все перечисленное, за исключением:

- **Увеличения 3-й дуги по левому контуру (ушко левого предсердия)**

828. При рентгенологическом исследовании с контрастированным пищеводом у больных митральным стенозом пищевод отклоняется по дуге:

- **Малого радиуса**

829. При рентгенологическом исследовании с контрастированным пищеводом у больных с недостаточностью митрального клапана пищевод отклоняется по дуге:

- **Большого радиуса**

830. При стенозе устья аорты продолжительность систолы левого желудочка:

- **Увеличивается**

831. При стенозе устья аорты ревматической этиологии 2-ой тон:

- **Ослаблен**

832. При эхокардиографии признаком выраженного нарушения функции левого желудочка является все перечисленное, кроме:

- **Конечно-диастолического размера, равного 5,5 см**

833. При эхокардиографическом исследовании у больных с митральным стенозом могут быть выявлены все признаки, кроме:

- **Высокочастотного мелкоамплитудного "дрожания" передней митральной створки**

834. При эхокардиографическом исследовании у здорового человека наиболее трудно лоцировать:

- **Клапан легочной артерии**

835. Признаком выраженного митрального стеноза является:

- **Уменьшение интервала 2-й тон-щелчок открытия митрального клапана**

836. Признаком клапанного стеноза аорты, выявляемым при катетеризации левых отделов сердца, является:

- **Увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка**

837. Признаком сохранения подвижности створок аортального клапана у больных аортальным стенозом является:

- **Регистрация систолического тона изгнания**

838. Причинами митрального стеноза могут быть:

- **Системная красная волчанка**

839. Причиной "чистой" аортальной недостаточности может быть все перечисленное, кроме:

- **Кальцификации аортальных створок**

840. Причиной возникновения органической недостаточности митрального клапана может быть:

- **Ревматизм**
- **Ревматоидный полиартрит**
- **Септический эндокардит**
- **Склеродермия**

841. Причиной легочной гипертензии при митральном стенозе является:

- **Гипертрофия легочных артериол и артерий**
- **Склероз легочных артериол и артерий**
- **Спазм легочных артериол**



842. Причиной недостаточности митрального клапана может быть:

- **Атеросклероз**
- **Инфекционный эндокардит**
- **Ревматизм**

843. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:

- **Атеросклероз**
- **Врожденная патология клапана**
- **Ревматизм**

844. Причиной шума Грэхема-Стилла является:

- **Относительная недостаточность клапана легочной артерии**

845. Протодиастолический шум при митральном стенозе имеет:

- **Убывающий характер**

846. Пульсация печени может быть вызвана:

- **Недостаточностью трехстворчатого клапана**

847. Пульсовая волна, характеризующаяся быстрым начальным наполнением с последующим быстрым спадением в систолу, характерна для:

- **Аортальной недостаточности**

848. Расщепление II тона на вдохе обусловлено:

- **Увеличением венозного возврата к правому желудочку и снижением заполнения левого желудочка**

849. Ревматизм чаще всего приводит к развитию:

- **Митрального стеноза**

850. Ревматизм является практически единственной причиной:

- **Митрального стеноза**

851. Рентгенологическая картина дефекта межпредсердной перегородки включает в себя все перечисленное, кроме:

- **Расширения дуги аорты**

852. Рентгенологическими признаками артериальной легочной гипертензии при митральном стенозе являются все перечисленные, кроме:

- **Прослеживания легочного рисунка до периферии легочных сосудов**

853. Рентгенологическими признаками экссудативного перикардита являются:

- **Ослабление пульсации**
- **Сглаженность контуров сердца**
- **Увеличение размеров сердца**

854. С митральным стенозом связаны следующие клинические симптомы, кроме:

- **Повышения систолического артериального давления**

855. Самой частой причиной недостаточности аортального клапана является:

- **Ревматизм**

856. Самые большие размеры сердца ("бычье сердце") отмечаются у больных с:

- **Аортальной недостаточностью**



857. Сброс крови слева — направо при дефекте межпредсердной перегородки можно выявить с помощью:

- **Допплерэхокардиографии**
- **Радионуклидной вентрикулографии**
- **Цветового доплеровского картирования**

858. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта чаще всего выявляется у больных с:

- **Аномалией Эбштейна**

859. Синдром митральной регургитации при органической недостаточности митрального клапана включает:

- **Наличие 3-го тона сердца**
- **Ослабление 1-го тона**
- **Систолический шум на верхушке**

860. Систолический шум при аортальном стенозе:

- **Иррадирует на сонные артерии**
- **На фонокардиограмме имеет ромбовидную форму**
- **Является практически среднесистолическим**

861. Систолическое артериальное давление в левом предсердии в норме составляет:

- **8-10 мм рт. ст**

862. Среди клапанных пороков сердца врожденным чаще всего является стеноз:

- **Клапана легочной артерии**

863. Среди клапанных пороков сердца чаще всего отмечается поражение:

- **Митрального клапана**

864. Третий тон сердца не должен выслушиваться:

- **При митральном стенозе**

865. У больного с митральным стенозом на электрокардиограмме не могут быть:

- **Широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка**

866. У больных митральным стенозом при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- **Вверх и вправо**

867. У больных с аортальным стенозом после появления стенокардии напряжения, обмороков и сердечной недостаточности продолжительность жизни в большинстве случаев не превышает:

- **2-3 лет**

868. У больных с выраженной недостаточностью митрального клапана 3-й тон выслушивается на верхушке сердца:

- **Довольно часто**

869. У больных с митральным стенозом выраженность одышки уменьшается при:

- **Появлении недостаточности правого желудочка**
- **Развитии активной легочной гипертензии**

870. У больных с митральным стенозом после развития активной легочной гипертензии обычно наблюдается:

- **Исчезновение кровохарканья**
- **Уменьшение выраженности ортопноэ**
- **Уменьшение частоты приступов сердечной астмы и отека легких**



871. У больных с митральным стенозом признаками сопутствующего стеноза 3-х створчатого клапана является все перечисленное, за исключением:

- **Выраженной легочной гипертензии**

872. У больных с недостаточностью аортального клапана:

- **Систолическое артериальное давление повышается, а диастолическое снижается**

873. У больных с недостаточностью митрального клапана при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- **Вверх и влево**

874. У больных с пролабированием митрального клапана нередко наблюдается:

- **Гипомастия у женщин**
- **Деформация позвоночника**
- **Нейро-циркуляторная дистония**

875. У больных с пролабированием митрального клапана часто отмечаются:

- **Боли в груди**
- **Головокружение**
- **Сердцебиения или перебои в работе сердца**
- **Чувство нехватки воздуха**

876. У больных с пролабированием митрального клапана:

- **Возможно наличие аритмий**
- **На ЭКГ возможно наличие "неспецифических" изменений сегмента ST или зубца T**
- **Нередко выявляется наличие дополнительных путей атриовентрикулярного проведения (различные варианты синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта)**

877. У больных с пролапсом митрального клапана могут быть:

- **Инфекционный эндокардит**
- **Нарушения ритма сердца**
- **Недостаточность кровообращения**

878. У больных со сдавливающим (констриктивным) перикардитом можно наблюдать:

- **Ослабление I тона**
- **Ослабление II тона**
- **Трехчленный ритм**

879. У больных со сдавливающим перикардитом может наблюдаться:

- **Мерцательная аритмия**
- **Синусовая тахикардия**
- **Экстрасистолия**

880. У больных старше 60 лет аортальный стеноз чаще всего является:

- **Дегенеративным ("склеротическим")**

881. Ультразвуковое исследование затруднено при:

- **Кифосколиозе**
- **У лиц гиперстенической конституции**
- **Эмфиземе легких**

882. Ультразвуковые колебания хорошо проводятся через:

- **Жидкие среды**



883. Уменьшение сердечного выброса может быть связано с:

- **Микседемой**
- **Митральным стенозом**
- **Сердечной недостаточностью**
- **Тахисистолической формой мерцательной аритмии**

884. Уменьшение степени аортальной регургитации можно ожидать после назначения всего перечисленного, кроме:

- **Обзидана**

885. Феномен предсердно-желудочковой диссоциации можно выявить:

- **Методом эхокардиографии**
- **Регистрацией внутрисердечной электрограммы**
- **Электрокардиографией**

886. Характерным эхокардиографическим признаком обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является:

- **Систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана**

887. Характерными изменениями ЭКГ у больных со стенозом устья аорты являются все перечисленные, кроме:

- **Блокады правой ножки пучка Гиса**

888. Характерными эхокардиографическими признаками митрального стеноза являются:

- **Однонаправленное движение створок митрального клапана**
- **Отсутствие расширения полости левого желудочка**
- **Расширение левого предсердия**
- **Утолщение створок митрального клапана**

889. Целью назначения сердечных гликозидов у больных с митральным стенозом и постоянной формой мерцательной аритмии является:

- **Замедление частоты сокращений желудочков**

890. Частое возникновение пароксизмальных тахиаритмий характерно для больных с:

- **Аномалией Эбштейна**

891. Шум аортальной регургитации усиливается при:

- **Изометрической нагрузке**
- **Наклоне вперед в положении сидя**
- **Переходе в положение "на корточках"**

892. Шум аортальной регургитации усиливается:

- **При выполнении статической нагрузки**

893. Шум Грэхема-Стилла чаще всего может выслушиваться при:

- **Митральном стенозе с легочной гипертензией**

894. Шум Флинта выслушивается на верхушке сердца при:

- **Недостаточности аортального клапана**

895. Электрическая альтернация сердца характерна для:

- **Массивного выпота в перикард**

896. Эхокардиографическими признаками аневризмы принято считать:

- **наличие зоны акинеза, занимающей более 40% от площади левого желудочка**
- **наличие зоны дискинеза**



Клиническая физиология и функциональная диагностика сосудистой системы

897. Анакротический пульс на сонных артериях (пульс с медленным подъемом и уменьшенным объемом) характерен для:

- **Аортального стеноза**

898. Аркообразная реографическая кривая при записи РЭГ свидетельствует:

- **о повышении тонуса церебральных артерий и затрудненном венозном оттоке**

899. Артериализация венозного кровотока является признаком

- **артериовенозного шунтирования**

900. Более низкие цифры АД на ногах, чем на руках характерны для:

- **Коарктации аорты**

901. Болезненность при пальпации характерна для отеков при:

- **Тромбозе глубоких вен**
- **Тромбофлебите**

902. В импульсном доплеровском режиме датчик излучает:

- **Короткие по длительности синусоидальные импульсы**

903. В норме в брюшном отделе аорты определяется тип кровотока:

- **магистральный**

904. В норме в венах проба с компрессией дистальных отделов конечности вызывает:

- **Возрастание кровотока**

905. В норме в верхней брыжеечной артерии определяется кровоток с периферическим сопротивлением:

- **высоким**

906. В норме в кровоснабжении артерий нижней конечности принимает участие:

- **наружная подвздошная артерия**

907. В норме в сосуде при доплерографии регистрируется течение потока:

- **Ламинарное**

908. В норме кровоток в венах конечностей синхронизирован:

- **с дыханием**

909. В норме лодыжечно-плечевой индекс:

- **1,0 и более**

910. В норме при компрессии вены датчиком:

- **Стенки спадаются, исчезает просвет**

911. В норме систолический градиент артериального давления между аортой и левым желудочком:

- **Отсутствует**

912. В общей печеночной артерии в норме наблюдается кровоток с периферическим сопротивлением:

- **Низким**

913. Венозная гангрена нижней конечности развивается в результате:

- **При сочетанном тромбозе глубоких и поверхностных вен нижних конечностей**



914. Видимая пульсация в надгрудинной вырезке может быть признаком:

- **Аневризмы аорты**
- **Высокого расположения дуги аорты**
- **Коарктации аорты**

915. Возможность точного определения высоких скоростей кровотока — это преимущество ...

- **постоянно-волнового доплеровского исследования**

916. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

- **Неспецифического аортоартериита**

917. Гетерогенные бляшки чаще локализуются в:

- **внутренней сонной артерии**

918. Двусторонняя отечность голеней, не захватывающая стопы характерна для:

- **Ожирения**

919. Диффузный цианоз у больных с пороками сердца обусловлен:

- **Сбросом крови справа-налево**

920. Для нормального циркадного ритма артериального давления степень ночного снижения составляет:

- **от 10% до 22%**

921. Для церебрального ангиоспазма характерно:

- **резкое повышение линейной скорости кровотока**

922. Доступны для локации кровотока с помощью ультразвука:

- **Лицевая артерия**
- **Поверхностная височная артерия**

923. Емкостные сосуды — это:

- **Вены**

924. Заметная пульсация внутренней яремной вены в положении сидя свидетельствует о:

- **Повышении центрального венозного давления**

925. Измерение толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий производят:

- **по задней стенке**

926. К недостаткам осциллометрического метода суточного измерения артериального давления следует отнести:

- **чувствителен к движению руки**

927. К поверхностной системе вен нижних конечностей относятся:

- **Большая подкожная вена**
- **Малая подкожная вена**

928. Классическое строение артерий Вилизиева круга:

- **2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 1 передняя соединительная артерия, 2 задние соединительные артерии**

929. Клеточные факторы, определяющие реологические свойства крови:

- **Форма и объем клеток**



930. Коллатеральный тип кровотока характеризуется:

- **Снижением и закруглением систолического пика, замедленным подъемом и спадом кривой скорости кровотока**

931. Кровоток в прямом синусе определяется через

- **трансокципитальное окно**

932. Левая подключичная артерия отходит от:

- **аорты**

933. Линейная скорость кровотока — это:

- **Перемещение частиц потока за единицу времени в м/сек, измеренное в конкретной точке**

934. Магистральный тип кровотока характеризуется:

- **Острой вершиной в систолу, обратным кровотоком в период ранней диастолы и кровотоком в период поздней диастолы**

935. Местоположение электродов при записи вертебробазиллярного бассейна:

- **окципито-мастоидальное**

936. Местоположение электродов при записи каротидного бассейна:

- **фронтально-мастоидальное**

937. Наличие пресистолической волны на реоэнцефалограмме свидетельствует:

- **о затрудненном венозном оттоке**

938. Недостаточное ночное снижение артериального давления отмечается:

- **при нарушении качества сна (бессонница, частое пробуждение)**
- **у больных АГ на фоне гломерулонефрита**
- **у отдельной категории пациентов с эссенциальной АГ (пожилой возраст, длительный анамнез)**

939. Обменные сосуды — это:

- **Капилляры**

940. Объемная скорость кровотока — это:

- **количество крови, протекающее через поперечное сечение сосуда за единицу времени в л/мин или мл/сек**

941. Односторонние отеки ног характерны для больных с:

- **Заболеваниями вен**
- **Поражением лимфатических сосудов**

942. Определение кровотока в базальной вене Розенталя осуществляется через

- **височное окно**

943. Парадоксальный пульс чаще всего отмечается при:

- **Тампонаде сердца**

944. Первая ветвь внутренней сонной артерии — это:

- **Глазная артерия**

945. Плазменные факторы, определяющие реологические свойства крови:

- **Водно-электролитный состав крови**

946. По ультразвуковым критериям гомогенная бляшка — это:

- **Мягкая бляшка**



947. Подъем анакроты реографической кривой начинается по отношению к зубцам ЭКГ:

- **после зубца R**

948. Позвоночная артерия в норме отходит от:

- **Подключичной артерии**

949. Показанием для проведения суточного мониторирования артериального давления является:

- **обследование больных со специфическими болезнями (синдром апноэ во сне, микседема)**
- **обследование лиц молодого возраста с отягощенной наследственностью**
- **пограничная артериальная гипертензия**

950. Показатель «гипертоническая нагрузка» характеризует:

- **процент измерений артериального давления, превышающих границу нормальных значений в общем количестве регистраций**

951. Показатель «гипотоническая нагрузка»:

- **необходимо учитывать при оценке безопасности фармакотерапии**

952. Положительный венный пульс наблюдается при:

- **Трикуспидальной недостаточности**

953. После возникновения сброса крови справа-налево встречаются "барабанные палочки" и цианоз ног, но не рук, при следующем пороке сердца:

- **Незаращении артериального (Боталлова) протока:**

954. Правая и левая позвоночные артерии в норме сливаются в:

- **Основную артерию**

955. Правая подключичная артерия отходит от:

- **брахиоцефального ствола**

956. Правая позвоночная артерия отходит от:

- **подключичной артерии**

957. При высоких (>70%) степенях стеноза артерий чаще встречаются:

- **атеросклеротические бляшки однородной эхоструктуры**

958. При гемодинамически значимом стенозе артерий аорто-бедренного сегмента наблюдается следующий тип кровотока по общей бедренной артерии:

- **Магистрально-измененный**

959. При гиперкинетическом типе центральной гемодинамики (сердечный индекс-СИ, общее периферическое сосудистое сопротивление — ОПСС):

- **СИ>N, ОПСС<N**

960. При гипокинетическом типе центральной гемодинамики (сердечный индекс-СИ, общее периферическое сосудистое сопротивление — ОПСС):

- **СИН**

961. При изолированной окклюзии артерий голени тип кровотока в общей бедренной артерии:

- **Магистральный**

962. При индивидуальном контроле качества измерений у пациента допускается наличие разницы между «врачебным» и «приборным» артериальным давлением:

- **для САД до 10 мм рт.ст. и ДАД до 5 мм рт.ст**



963. При каком типе кровотока в малом круге кровообращения по данным реограммы легочной артерии определяется повышение амплитуды систолической волны, снижение реографического диастолического индекса

- **гиперкинетический**

964. При каком типе кровотока в малом круге кровообращения по данным реограммы легочной артерии определяется повышенный реографический диастолический индекс, амплитуда систолической волны снижена:

- **гипокинетический**

965. При каком типе центральной гемодинамики определяются следующие значения: сердечный индекс — 2,0 л/мин/м², общее периферическое сосудистое сопротивление — 1100динхсхсм-5

- **коллаптоидный**

966. При каком типе центральной гемодинамики определяются следующие значения: сердечный индекс — 3,2 л/мин/м², общее периферическое сосудистое сопротивление — 1800динхсхсм-5

- **зукинетический**

967. При ламинарном потоке определяется профиль скорости:

- **Параболический**

968. При неспецифическом аорто-артериите встречаются:

- **диффузное утолщение и уплотнение комплекса интима-медиа**

969. При окклюзии артерий аорто-бедренного сегмента по общей бедренной артерии наблюдается следующий тип кровотока:

- **Коллатеральный**

970. При окклюзии или субтотальном стенозе внутренней сонной артерии кровотоков в гомолатеральной средней мозговой артерии

- **коллатерального типа**

971. При окклюзии или субтотальном стенозе внутренней сонной артерии кровотоков в одноименной средней мозговой артерии

- **Коллатерального типа**

972. При окклюзии основной артерии отмечается:

- **Снижение кровотока и повышение индекса периферического сопротивления в позвоночных артериях с обеих сторон**

973. При окклюзии почечной артерии:

- **Отсутствует ультразвуковой сигнал в почечной артерии и регистрируется коллатеральный тип кровотока во внутрипочечных артериях**

974. При суточном мониторинговании артериального давления расчет коэффициента Trough-to-peak позволяет:

- **оценить влияние антигипертензивного средства на суточную вариабельность артериального давления**
- **оценить продолжительность действия антигипертензивного средства**

975. При ультразвуковой локации ламинарного течения спектр доплеровского сдвига частот характеризуется:

- **Малой шириной, что соответствует небольшому разбросу скоростей в опрашиваемом объеме**

976. При зукинетическом типе центральной гемодинамики (сердечный индекс-СИ, общее периферическое сосудистое сопротивление — ОПСС):

- **СИ=N, ОПСС=N**



977. Признаками полного тромбоза глубоких вен нижних конечностей являются:

- **Невозможность полной компрессии просвета вены датчиком**
- **Отрицательная проба дистальной компрессии**

978. Проба с наклоном и поворотом головы применяется при:

- **повышении тонуса церебральных артерий и снижении кровенаполнения в вертебробазилярном бассейне**

979. Систолическая пульсация печени и крупных вен бывает при:

- **Недостаточности трехстворчатого клапана**

980. Сосуды сопротивления:

- **Влияют на общее периферическое сопротивление**

981. Сосуды шунты — артериоло-венулярные анастомозы обеспечивают сброс крови из артерии в вены:

- **Минуя капилляры**

982. Транскраниальная доплерография артерий виллизиевого круга выполняется с использованием датчика:

- **2 МГц**

983. Турбулентное течение развивается в сосудах с:

- **Сужением более 60% просвета**

984. Турбулентное течение характеризуется наличием:

- **Большого количества вихрей разного размера с хаотичным изменением скорости**

985. Увеличение периферического сопротивления в кровеносной системе:

- **Уменьшает объемную скорость кровотока**

986. Ультразвуковыми критериями посттромботической болезни глубоких вен нижних конечностей являются:

- **Несостоятельность клапанного аппарата глубоких и поверхностных вен нижних конечностей**
- **Расширение поверхностных вен нижних конечностей**

987. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

- **Аортальной недостаточности**

988. Феномен парадоксального пульса заключается в:

- **Уменьшении наполнения пульса на вдохе**

989. Характеристика структуры наружной оболочки сосудистой стенки:

- **Содержит сплетения нервных волокон и vasa vasorum**

990. Характеристика структуры средней оболочки сосудистой стенки:

- **Содержит один или несколько слоев гладкомышечных клеток**

991. Характеристика функции внутренней оболочки сосудистой стенки

- **Синтезирует биологические активные вещества**

992. Эндогенные вещества, влияющие на периферическое сосудистое сопротивление — повышают тонус сосуда:

- **Эндотелин**



993. Эндogenous вещества, влияющие на периферическое сосудистое сопротивление — снижают тонус сосуда:

- **Антидиуретический гормон**
-

Файл скачан с сайта oltest.ru

oltest.ru

