Перечень тестовых заданий по специальности «Функциональная диагностика»

Инструкция: выберите один правильный ответ.

1. I-ое стандартное отведение образуется при помощи проводов:

1. красного и желтого
2. красного и зеленого
3. желтого и зеленого
4. желтого и черного

2. Отведение D по Небу образуется следующими по цвету проводами:

1. красного и желтого
2. красного и зеленого
3. желтого и зеленого
4. желтого и черного

3.Сократительная функция сердца осуществляется за счет:

1. эндокарда
2. миокарда
3. эпикарда
4. перикарда

4.Внутрений слой сердца:

1. эндокард
2. миокард
3. эпикард
4. перикард

5. Отведение D по Небу применяется для уточнения признаков инфаркта миокарда:

* 1. передней стенки
  2. задней стенки
  3. высоких отделов передней стенки
  4. переднеперегородочной области

6. Дополнительные «высокие» грудные отведения применяются для уточнения  
инфаркта миокарда (ИМ):

* 1. передней стенки
  2. задней стенки
  3. циркулярно-верхушечной области
  4. задне-базальной области

7. При первичной регистрации ЭКГ с декстрокардией изменения выявляется:

* 1. в отведениях от конечностей
  2. во всех отведениях
  3. в грудных отведениях V1 V2 V3
  4. в грудных отведениях V4 V5 V6

8. Для регистрации отведений по Небу электрод с зеленым проводом располагают в позиции электрода:

* 1. V3
  2. V4
  3. V5
  4. V6

9.БОЛЬШОЙ КРУГ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАЧИНАЕТСЯ:

1. из левого желудочка
2. из правого желудочка
3. из левого предсердия
4. из правого предсердия

10.МАЛЫЙ КРУГ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ:

1. аортой
2. легочным стволом
3. легочными венами
4. левом предсердии

11.При регистрации ЭКГ у пациента с декстрокардией необходимо:

1. поменять цветные провода на руках
2. поменять цветные провода на ногах
3. расположить в зеркальном отображении грудные электроды
4. оставить грудные электроды в своих позициях

12.При перепутанных проводах на руках изменения на ЭКГ выявляются:

1. в отведениях от конечностей
2. во всех отведениях
3. в грудных отведениях V1 V2 V3
4. в грудных отведениях V4 V5 V6

13.Для уточнения признаков инфаркта миокарда (ИМ) высоких отделов передней  
стенки грудные электроды следует установить:

1. в I ом межреберьи
2. во II ом межреберьи
3. в III ем межреберьи
4. в IV ом межреберьи

14.РОЛЬ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:

1. в обеспечении клеток организма кислородом и питательными веществами
2. в восстановлении газового состава крови

15.ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА НАХОДИТСЯ:

1. в третьем межреберье по левой среднеключичной линии
2. в пятом межреберье по среднеключичной линии
3. в области верхушечного толчка
4. в четвертом межреберье у левого края грудины

16. Основная причина возникновения помехи «сетевая наводка»:

1. кабинет ЭКГ находится рядом с рентгеновским кабинетом
2. кабинет ЭКГ находится рядом с физиотерапевтическим кабинетом
3. перепутаны провода на нижних конечностях
4. перепутаны провода на верхних конечностях

17. Медсестра кабинета функциональной диагностики может устранить:

1. возникшие при регистрации на ЭКГ сетевые помехи
2. возникшие на ЭКГ мышечные помехи
3. неисправность блока питания
4. неисправность кабеля отведений

18.МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН НАХОДИТСЯ МЕЖДУ:

1. левым предсердием и левым желудочком
2. правым предсердием и правым желудочком
3. между полостями сердца и сосудами

19.ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОТВЕДЕНИЯ AVL АКТИВНЫЙ ЭЛЕКТРОД НАХОДИТСЯ НА:

1. правой руке
2. левой руке
3. левой ноге
4. правой ноге

20. Сетевой фильтр при записи ЭКГ следует включать только при:

1. наличии «сетевой» наводки
2. наличии мышечной наводки («соматической» дрожи)
3. плавании изолинии
4. выявлении на ЭКГ признаков декстрокардии

21.При миграции водителя ритма на ЭКГ изменяется зубец:

1. Р
2. Q
3. R
4. Т

22. Углубленный «позиционный» зубец Q выявляется в следующих отведениях:

1. I стандартном
2. II стандартном
3. III стандартном
4. aVF

23.ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОТВЕДЕНИЯ V2 АКТИВНЫЙ ЭЛЕКТРОД НАХОДИТСЯ:

1. на конечностях
2. в 4-ом межреберье у правого края грудины
3. в 4-ом межреберье у левого края грудины
4. в 5-ом межреберье по среднеключичной линии
5. в 5 межреберье по переднеподмышечной линии

24.ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОТВЕДЕНИЙ ПО НЕБУ КРАСНЫЙ ЭЛЕКТРОД УСТАНАВЛИВАЕТСЯ:

1. во 2-ом межреберье у правого края грудины
2. во 2-ом межреберье у левого края грудины
3. на точке V7
4. на уровне верхушки

25. При регистрации ЭКГ в III - ем стандартном отведении на задержанном вдохе  
«позиционный» зубец Q:

1. уменьшается
2. исчезает
3. не меняется
4. увеличивается

26. Грудные электроды V4 V5 V6 следует располагать в межреберьи:

1. третьем
2. четвертом
3. пятом
4. шестом

27. Грудные электроды VI V2 следует располагать в межреберьи:

1. втором
2. третьем
3. четвертом
4. пятом

28.Выбрать скорость записи при нарушении ритма:

1. 50 мм / сек
2. 25 мм / сек

29.Перед началом работы медсестре необходимо проверить в первую очередь:

1. милливольт
2. заземление
3. загорится ли лампочка аппарата
4. накаляется ли перо электрокардиографа
5. 30.Если на ЭКГ вместо зубца Р регистрируются волны F, f различной формы и  
   амплитуды, а интервалы RR при этом разные, то это:
6. мерцание (фибрилляция) предсердий
7. идиовентрикулярный ритм
8. мерцание (фибрилляция) желудочков
9. миграция водителя ритма

31. При мерцании (фибрилляции) желудочков на ЭКГ регистрируются:

1. вместо зубца Р волны f различной формы и ширины
2. вместо зубца Р крупные волны F одинаковые по форме
3. вместо QRS беспорядочные волны разной амплитуды и формы
4. групповые желудочковые экстрасистолы

32.НЕОБХОДИМО ЛИ ЗАЗЕМЛЕНИЕ, ЕСЛИ ВАШ КАРДИОГРАФ РАБОТАЕТ ОТ АККУМУЛЯТОРА:

1. да
2. нет

33.ПРИ ЗАМЕНЕ БУМАГИ КАРДИОГРАФ НЕОБХОДИМО ОТКЛЮЧИТЬ ОТ СЕТИ:

1. да
2. нет

34. Регистрировать ЭКГ от 10 до 12 циклов следует при выявлении признаков:

1. миграции водителя ритма
2. экстрасистолии
3. атриовентрикулярной (АВ) блокады с низкой ЧСС
4. инфаркта миокарда

35. Выделите наиболее неблагоприятные желудочковые экстрасистолы:

1. ранние
2. групповые
3. политопные
4. поздние

36.ПРИ ОБРЫВЕ ЭЛЕКТРОДА ОТ ЛЕВОЙ РУКИ НАВОДКА БУДЕТ:

1. в I и II ст. отведениях
2. во II и III ст. отведениях
3. в I и III ст. отведениях
4. в усиленных однополюсных отведениях

37. ВО ВРЕМЯ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ НА ЭЛЕКТРОГРАММЕ КЛЕТКИ ПРОПИСЫВАЕТСЯ:

1. изолиния
2. положительный зубец
3. отрицательный зубец

38. Характерные ЭКГ признаки предсердной пароксизмальной тахикардии:

1. внезапный приступ учащения ЧСС до 140 - 220 в минуту
2. нормальные желудочковые комплексы QRS
3. расширенные желудочковые комплексы QRS
4. вместо QRS беспорядочные волны разной амплитуды и формы

39. Характерные ЭКГ признаки желудочковой пароксизмальной тахикардии:

1. внезапный приступ учащения ЧСС до 140 - 220 в минуту
2. нормальные желудочковые комплексы QRS
3. расширенные желудочковые комплексы QRS
4. вместо комплекса QRS регистрируются беспорядочные волны разной амплитуды и  
   формы

40.ПРИ ВОЗБУЖДЕНИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ЭКГ ОБРАЗУЕТСЯ:

1. зубец Р
2. зубец R
3. изолиния

41.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ QRS:

1. 0,10 - 0,12 сек
2. 0,06 - 0,10 сек
3. 0,08 - 0,12 сек
4. 0,06 - 0,08 сек

42. Признаки атриовентрикулярной (АВ) блокады III степени (полной):

1. брадикардия, ЧСС в пределах 20 - 40 ударов в минуту
2. зубцы Р не связаны с QRS
3. зубцы Р связаны с QRS
4. приступы потери сознания

43. Желудочковые экстрасистолы по типу бигеминии выявляются на ЭКГ при  
длительном приеме следующих препаратов:

1. сосудорасширяющих
2. гипотензивных
3. сердечных гликозидов
4. мочегонных

44. Электрокардиостимулятор имплантируется (устанавливается) при:

1. атриовентрикулярной (АВ) блокаде I ой степени
2. атриовентрикулярной (АВ) блокаде II ой степени с редкой ЧСС
3. атриовентрикулярной (АВ) блокаде III ей степени с редкой ЧСС
4. полной блокаде левых ветвей пучка Гиса

45.ПРИ ВОЗБУЖДЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ ОБРАЗУЕТСЯ:

1. изолиния
2. зубец Р
3. QRS
4. QRST

46.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QRST В НОРМЕ РАВНА:

1. 0,32 - 0,40 сек
2. 0,06 - 0,10 сек
3. 0,28 - 0,32 сек
4. 0,42 - 0,48 сек
5. зависит от ЧСС

47.ВЫБЕРИТЕ ЧСС, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ:

1. 60-90
2. 85-120
3. 50-70
4. 40-50

48. В мерцание (фибрилляцию) желудочков может перейти:

1. предсердная пароксизмальная тахикардия
2. желудочковая пароксизмальная тахикардия
3. желудочковые экстрасистолы по типу бигеминии
4. предсердные экстрасистолы по типу бигеминии

49. Частые жалобы пациентов с полной атриовентрикулярной (АВ) блокадой на фоне  
выраженной брадикардии:

1. на приступы потери сознания
2. на головокружения
3. одышку
4. головную боль

50. Признаки работы электрокардиостимулятора (ЭКС) на ЭКГ (вариант полной  
атриовентрикулярной (АВ) блокады):

1. ЧСС в пределах 70 ударов в минуту
2. сигнал ЭКС (артефакт) перед расширенным QRS
3. сигнал ЭКС после расширенного QRS
4. сигнал ЭКС между расширенными QRS

51.ЭКГ-ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПРЕДСЕРДНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ:

1. Р изменен, QRS обычной формы
2. Р обычный синусовый, укорочен RR
3. Р обычный синусовый, укорочен RR
4. Р отсутствует, QRS широкий, деформирован

52.ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

1. Р положительный, ORS уширен
2. Р отрицательный, QRS уширен
3. Р отсутствует, QRS уширен
4. Р отсутствует, QRS обычной формы

53.ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НА ЭКГ:

1. Р отсутствует, расстояние RR одинаковое
2. волны f; RR различное
3. Р обычное, RR различное

54.УКАЖИТЕ ТИПИЧНЫЕ ЭКГ-ПРИЗНАКИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ:

1. ЧСС -130в минуту; QRS обычной формы
2. ЧСС- 120 в минуту;QRS - 0.10 в секунду
3. ЧСС - 150-250 в минуту; QRS - 0,12 секунд; деформирован
4. ЧСС -120в минуту; QRS - уширен; Р - деформирован

55.ЭКСТРАСИСТОЛА, ПО ФОРМЕ НАПОМИНАЕТ БЛОКАДУ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА:

1. из правого желудочка
2. из левого желудочка

56. Р ОТСУТСТВУЕТ, QRS УШИРЕН, ДЕФОРМИРОВАН:

1. предсердная экстрасистола
2. узловая экстрасистола
3. желудочковая экстрасистола

57.ПРИ БЛОКАДЕ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЗУБЕЦ Т V5, 6

1. отрицательный
2. положительный

58.ПРИ AТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ:

1. выпадение зубца Р
2. удлинение PQ
3. выпадение QRS
4. различное расстояние RR

59.ВО II, III, AVF ВЫСОКИЙ ОСТРОКОНЕЧНЫЙ P:

1. гипертрофия левого предсердия
2. гипертрофия правого предсердия
3. замедление внутрипредсердного проведения

60. Для более точного анализа следует снять подлиннее:

1. атриовентрикулярную (АВ) блокаду I ой степени
2. атриовентрикулярную (АВ) блокаду II ой степени
3. атриовентрикулярную (АВ) блокаду III ей степени
4. блокаду левой ножки пучка Гиса

61. Признаки мерцания (фибрилляции) предсердий на ЭКГ:

1. зубец Р не регистрируется
2. вместо зубца Р различные волны F, f
3. разные интервалы RR
4. равные интервалы RR

62.ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НА ЭКГ:

1. Р отсутствует, расстояние RR одинаковое
2. волны f; RR различное
3. Р обычное, RR различное

63.УКАЖИТЕ ТИПИЧНЫЕ ЭКГ-ПРИЗНАКИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ:

1. ЧСС -130 в минуту; QRS обычной формы
2. ЧСС- 120 в минуту; QRS - 0.10 в секунду
3. ЧСС - 200-250 в минуту; QRS - 0,12 секунд; деформирован
4. ЧСС -120в минуту; QRS - уширен; Р - деформирован

64. Характерные признаки синдрома WPW:

1. укорочение P-Q интервала
2. уширение комплекса QRS
3. дельта-волна в комплексе QRS
4. волны мерцания предсердий

65. При синдроме WPW возможны приступы:

1. пароксизмальной тахикардии
2. мерцания, трепетания предсердий
3. экстрасистолии
4. выраженной брадикардии

66. Синдром WPW типа В симулирует (напоминает) инфаркт миокарда:

1. передней стенки
2. задней стенки
3. переднеперегородочной области
4. циркулярно-верхушечной области

67. Частой причиной развития инфаркта миокарда является:

1. атеросклероз
2. ревматизм
3. миокардит
4. пороки сердца

68. Выделите основной ЭКГ признак трансмурального инфаркта миокарда:

1. появление патологического зубца Q
2. уменьшение зубца R
3. уменьшение зубца S
4. появление отрицательного зубца Т

69. Выделите основной ЭКГ признак интрамурального инфаркта миокарда:

1. появление патологического зубца Q
2. уменьшение зубца R
3. уменьшение зубца S
4. появление отрицательного зубца Т

70. Для острой стадии инфаркта миокарда характерны следующие признаки:

1. патологический зубец Q, подъем сегмента RS-T
2. патологический зубец Q, формирование отрицательного зубца Т
3. патологический зубец Q, сегмент RS-T на изолинии, сглаженный зубец Т
4. патологический зубец Q, высокий зубец Т

71. Для подострой стадии инфаркта миокарда характерны следующие признаки:

1. патологический зубец Q, подъем сегмента RS-T
2. патологический зубец Q, формирование отрицательного зубца Т
3. патологический зубец Q, сегмент RS-T на изолинии, сглаженный зубец Т
4. патологический зубец Q, высокий зубец Т

72. При выявлении в отведении аVL отрицательного зубца Т следует снять  
дополнительные ЭКГ отведения:

по Небу

1. «высокие» грудные
2. «низкие» грудные
3. «правые» грудные

73. Для уточнения признаков инфаркта миокарда (ИМ) у пациента с хронической  
легочной патологией следует снять дополнительные ЭКГ отведения по Небу:

1. «высокие» грудные
2. «низкие» грудные
3. «правые» грудные

74. Выделите «опасные» нарушения ритма и проводимости в острой стадии  
инфаркта миокарда (ИМ):

1. миграция водителя ритма
2. пароксизмальная желудочковая тахикардия
3. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
4. фибрилляция желудочков

75.Основными ЭКГ признаками некроза сердечной мышцы является:

1. снижение сегмента ST
2. подъем сегмента ST
3. уменьшение зубца R
4. широкий, глубокий Q
5. отрицательный зубец Т

76.Признаком подострой стадии инфаркта миокарда является:

1. монофазная кривая
2. ST выше изолинии
3. Q патологический
4. ST на изолнии, Q патологический, динамика (-) зТ

77. У пациента с острым инфарктом миокарда в реанимации на мониторе постоянно регистрируется ЭКГ для выявления:

1. экстрасистолии
2. нарушений ритма
3. нарушений проводимости
4. признаков развития инфаркта миокарда

78. Выделите «атипичные» варианты клинической картины инфаркта миокарда:

1. абдоминальный
2. астматический
3. цереброваскулярный
4. болевой

79. В рубцовой стадии инфаркта миокарда при трансмуральном некрозе патологический зубец Q:

1. сохраняется
2. исчезает
3. уменьшается

80. Характерные симптомы в развитии инфаркта миокарда:

1. внезапная жгучая нестерпимая боль за грудиной
2. отсутствие эффекта от приема нитроглицерина
3. продолжительность болей в грудной клетке более 20 -30 минут
4. после приема нитроглицерина боль исчезает через 2-3 минуты

81. Характерные признаки климактерической кардиалгии:

1. длительные боли в области сердца (ноющие, щемящие, тупые и т. д.)
2. вегетативные нарушения - приливы, потливость, ознобы, сердцебиение
3. эффект от приема корвалола, валокардина
4. давящие, жгучие, сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке

82. Положительная проба с обзиданом помогает уточнить диагноз:

1. ишемической болезни сердца
2. ревмокардита
3. климактерической миокардиодистрофии
4. нестабильной стенокардии

83. Расчет обзидана при проведении пробы:

1. 1 мг на кг веса
2. 2 мг на кг веса
3. 3 мг на кг веса
4. 4 мг на кг веса

84. Наиболее частой причиной внезапной смерти больных с острым инфарктом  
миокарда является:

1) мерцание (фибрилляция) желудочков

2) пароксизмальная желудочковая тахикардия

3) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

4) групповые экстрасистолы

85. Рекомендации пациенту при проведении метода суточного мониторирования АД:

1. перед началом измерения, услышав сигнал, остановиться
2. перед измерением руку расслабить и дождаться окончания измерения
3. при симптомах подъема давления сделать дополнительное измерение
4. на ночь манжету отсоединить от аппарата

86. Пациента следует оставить на кушетке и вызвать врача при выявлении на ЭКГ следующих признаков:

1. инфаркта миокарда
2. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
3. пароксизмальной желудочковой тахикардии
4. желудочковой экстрасистолии по типу бигеминии

87. Велоэргометрия (проба с физической нагрузкой) проводится:

1. при жалобах на загрудинные боли при физической нагрузке на фоне нормальной ЭКГ
2. при атипичном болевом синдроме в грудной клетке
3. для ВТЭКа после перенесенного инфаркта миокарда
4. при гипертонической болезни

88. При проведении велоэргометрии для исключения помех при записи ЭКГ  
электроды от конечностей следует:

1. расположить в области ключиц и поясницы
2. расположить в области лопаток и поясницы
3. оставить на конечностях
4. расположить произвольно

89. Велоэргометрия проводится под контролем:

1. ЧСС
2. АД
3. ЭКГ
4. ЧД (числа дыханий)

90. При возрастающей нагрузке на велоэргометре длительность каждой ступени  
составляет:

1. 1 минуту
2. 2 минуты
3. 3 минуты
4. 4 минуты

91. После прекращения пробы с физической нагрузкой ЭКГ следует регистрировать до восстановления исходных данных:

1. ЧСС
2. АД
3. ЭКГ
4. ЧД (числа дыханий)

92. ЭКГ признаки прекращения велоэргометрии:

1. нарушения ритма - мерцание или трепетание предсердий
2. нарушения проводимости - блокады сердца
3. частые желудочковые экстрасистолы
4. синусовая аритмия

93. Электроэнцефалография - это метод, при котором:

1. регистрируются биотоки коры головного мозга
2. определяется кровенаполнение в бассейне внутренней сонной артерии
3. определяется кровенаполнение в бассейне наружной сонной артерии
4. определяется кровенаполнение в позвоночных артериях

94. Для проведения велоэргометрии в кабинете должны быть:

1. электрокардиограф, велоэргометр
2. средства для оказания неотложной медицинской помощи
3. тонометр, дефибриллятор
4. реограф

95.Изменения в V5, V6, aVL характерны для инфаркта:

1. передней стенки
2. задней стенки
3. боковой стенки
4. верхушки

96.Для хронической ишемической болезни наиболее характерны:

1. косовосходящее расположение сегмента ST, отрицательный, симметричный зубец Т
2. отрицательный, асимметричный зубец Т, горизонтальное расположение сегмента ST

97. Для регистрации электроэнцефалографии (ЭЭГ) в повседневной практике чаще  
используются электроды следующих типов:

1. мостиковые
2. чашечковые
3. круглые
4. ленточные

98. Для регистрации электроэнцефалографии (ЭЭГ) электроды устанавливают на  
следующие анатомические области:

1. лобные
2. центральные
3. теменные, затылочные
4. сосцевидные

99. При проведении электроэнцефалографии (ЭЭГ) проводятся следующие пробы:

1. следует открыть - закрыть глаза
2. с фотостимуляцией
3. с гипервентиляцией
4. с поворотами головы

100.Специфические изменения на ЭКГ при ИБС:

1. имеются всегда
2. чаще отсутствуют
3. всегда отсутствуют

101.Синусовая аритмия:

1. нередко наблюдается у молодых людей
2. может быть проявлением нарушения функции синусового узла
3. в большинстве случаев связана с актом дыхания
4. все ответы верны

102. Для регистрации реоэнцефалографии электроды располагают на области:

1. лобные
2. сосцевидные
3. затылочные
4. теменные

103. При проведении реоэнцефалографии проводятся следующие пробы:

1. следует открыть - закрыть глаза
2. с нитроглицерином
3. с гипервентиляцией
4. с поворотами головы

104. Показания к проведению метода реовазографии:

1) облитерирующий эндартериит

2) атеросклероз сосудов конечностей

3) последствия отморожения и травм

4) полиартрит

105.Стандартными отведениями ЭКГ называют:

1. отведения от конечностей
2. двухполюсные отведения от конечностей
3. однополюсные отведения от конечностей
4. грудные отведения

106.При скорости движения бумаги 25 мм/сек продолжительность 1 мм:

1. равна 0,01с
2. равна 0,02с
3. равна 0,03с
4. равна 0,04с

107. При передаче ЭКГ по телефону электроды следует располагать:

1. обычным способом - 12 отведений
2. только на передней стенке грудной клетки
3. только на конечностях
4. по Небу

108. При проведении реовазографии (РВГ) применяются электроды:

1. ленточные
2. прямоугольные
3. круглые
4. мостиковые

109. При проведении реоэнцефалографии (РЭГ) применяются электроды:

1. ленточные
2. прямоугольные
3. круглые
4. чашечковые

110. ЭКГ электроды для мониторирования нарушений сердечного ритма в  
реанимации следует расположить:

1. обычным способом
2. на передней стенке грудной клетки
3. на конечностях
4. по Небу

111.К признакам гипертрофии правого желудочка относятся:

1. отклонение ЭОС вправо
2. в отведениях V1 зубец R больше зубца S
3. в отведении V6 зубец S больше зубца R
4. все перечисленное верно

112.Основным ЭКГ-признаком крупноочагового инфаркта миокарда является:

1. инверсия зубцов Т
2. подъем сегмента SТ
3. депрессия сегмента SТ
4. патологический зубец Q

113. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру проводится в условиях:

1. сниженной активности пациента
2. обычной активности пациента
3. повышенной активности пациента
4. специальной нагрузки пациента

114. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру позволяет выявить:

1. нарушения ритма и проводимости,
2. экстрасистолию
3. скрытые признаки ишемии миокарда
4. гипертрофию миокарда

115. При синоаурикулярной блокаде выпадает:

1. зубец Р
2. желудочковый комплекс QRS
3. зубец Т
4. полностью сердечный цикл РQRSТ

116. Суточное мониторирование АД проводится в условиях:

1. сниженной активности пациента
2. обычной активности пациента
3. повышенной активности пациента
4. специальной нагрузки пациента

117. Дистанционную передачу ЭКГ по телефону целесообразно проводить:

1. из здравпунктов вокзалов, стадионов, аэропортов
2. из машин скорой медицинской помощи
3. из отдаленных медучреждений
4. внутри поликлиники

118. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает:

1. холодовая проба
2. дипиридамоловая проба
3. проба с нагрузкой на велоэргометре
4. проба со статической физической нагрузкой

119. 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ дает возможность диагностировать:

1. безболевую ишемию миокарда
2. нарушение ритма сердца
3. ни то, ни другое
4. и то, и другое

120. Показания к проведению суточного мониторирования АД:

1. постановка диагноза артериальной гипертонии
2. оценка и подбор эффективности лечения
3. ожидаемая гипертония белого халата
4. оценка выраженности кардиосклероза

121. Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерны следующие признаки:

1. патологический зубец Q, подъем сегмента RS-T
2. патологический зубец Q, формирование отрицательного зубца Т
3. патологический зубец Q, сегмент RS-T на изолинии, сглаженный зубец Т
4. патологический зубец Q, высокий зубец Т

122. При суточном мониторировании ЭКГ пациент заполняет дневник, в котором отмечает:

1. время
2. действия (активность)
3. ощущения (боли)
4. цифры АД

123. Наиболее специфичными для хронической ишемической болезни сердца являются смещения сегмента ST ниже изолинии:

1) косое восходящее

2) горизонтальное

3) косое нисходящее

4) корытообразное

124.Температура воздуха в палате должна быть не менее:

1) 18-20 С в зимнее время

2) 22-24 С в зимнее время

3) 23-25 С в зимнее время

4) 20-22 С в зимнее время

125.Санитарно-противоэпидемиологический режим означает проведение комплекса мероприятий:

1. По профилактике экзогенных интоксикаций
2. Направленных на пропаганду «Здорового образа жизни»
3. По профилактике внутрибольничной инфекции

126.Главным признаком типичного инфаркта миокарда является:

1. холодный пот и резкая слабость
2. брадикардия или тахикардия
3. низкое АД
4. боль за грудиной продолжительностью более 20 минут

127. Показания для установки электрокардиостимулятора (ЭКС):

1. атриовентрикулярная (АВ) блокада с редкой ЧСС
2. стойкая выраженная брадиаритмия
3. полная блокада правой ветви
4. полная блокада левых ветвей

128. Выберите методики, при которых проводится функциональная проба с  
нитроглицерином:

1) реоэнцефалография (РЭГ)

2) бреовазография (РВГ)

3) вэлектроэнцефалография

4) спирография

129. При проведении спирографии учитываются следующие данные:

1. температура воздуха
2. барометрическое давление
3. влажность воздуха
4. температура пациента

130. Для записи жизненной емкости легких (ЖЕЛ) пациенту предлагается сделать:  
1) спокойный вдох - максимальный выдох

2) максимальный вдох - максимальный выдох

3) максимальный вдох - спокойный выдох

4) резкий выдох после нормального вдоха

131. Для записи форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) пациенту  
предлагается сделать:

1. спокойный вдох - максимальный выдох
2. максимальный вдох - максимальный выдох
3. резкий выдох после максимального вдоха
4. резкий выдох после нормального вдоха

132. Одноразовые загубники после использования следует:

1. поместить в емкость с дезраствором согласно экспозиции и утилизировать
2. промыть проточной водой и утилизировать
3. промыть дистиллированной водой и утилизировать
4. утилизировать без предварительной обработки

133.В норме отрицательные зубцы Р и Т регистрируются в отведении:

* 1. aVR
  2. aVL
  3. aVF

134.В холодное время года кровоостанавливающий жгут накладывается:

1. на 15 минут
2. на 30 минут
3. на 1час
4. на 2 часа

135. «Стерилизация» - это уничтожение:

1) вегетативных и споровых форм патогенных и непатогенных микроорганизмов

2) патогенных бактерий.

3) микробов на поверхности

4) инфекции

136.Современные дезинфицирующие средства для генеральных уборок:

1) 5% хлорамин

2) Лизетол, Сайдекс

3) Жавель Солид, лизафин, Новодез - форте

4) моющий раствор

137. Понятие катастрофа- это:

1) бытовые травмы;

2) дорожно- транспортные происшествие;

3) внезапное быстротечное событие, повлекшее за собой человеческие жертвы, разрушения;

4) клиническая смерть;

5) множественные повреждения целостности органов.

138. Какой микроэлемент выводится при приеме мочегонных:

1) кальций

2) калий

3) йод

4) фосфор

5) железо

139.Характер болей при стенокардии

1) сжимающий, давящий, жгучий

2) ноющий

3) тупой, покалывающий

4) колющий

5) раздирающий

140. Расположение электродов при проведении реовазографии нижних конечностей:

1) первый (проксимальный) ниже коленной чашечки

2) средний в нижней трети голени

3) третий (дистальный) на основании большого пальца стопы

4) четвертый в средней части голени

141. Многоразовые загубники после использования следует:

* 1. поместить в емкость с дезраствором согласно экспозиции
  2. промыть проточной, затем дистиллированной водой
  3. выложить на чистые салфетки
  4. провести стерилизацию

142. Характерные признаки ЭКГ при работе электрокардиостимулятора:

1. постоянная нормальная ЧСС
2. сигнал (артефакт) перед желудочковым комплексом QRS
3. уширенный желудочковый комплекс QRS
4. сигнал (артефакт) после желудочкового комплекса QRS

143. ЭКГ электроды для суточного мониторирования по Холтеру располагают:

1. обычным способом - 12 отведений
2. на конечностях
3. на передней стенке грудной клетки
4. по Небу

144.Какой микроэлемент выводится при приеме мочегонных:

1. кальций;
2. калий;
3. йод;
4. фосфор;
5. железо

145.Характер болей при стенокардии

1. сжимающий, давящий, жгучий
2. ноющий
3. тупой, покалывающий
4. колющий
5. раздирающий

146. Клинические критерии прекращения велоэргометрии:

1. развитие приступа стенокардии
2. снижение АД ниже исходного
3. подъем АД свыше 200 на 130 мм рт. ст.
4. синусовая тахикардия

147. При трепетании предсердий на ЭКГ регистрируются вместо:

1. зубца Р волны f различной формы и ширины
2. зубца Р крупные волны F одинаковые по форме
3. QRS крупные волны одинаковой амплитуды и формы
4. QRS различные по форме и амплитуде волны

148. У детей в раннем детском возрасте в норме в V1 V2 V3 (V4) регистрируются:

1. отрицательные зубцы Т
2. положительные зубцы Т
3. сниженные зубцы Т
4. высокие зубцы Т

149. Главным признаком типичного инфаркта миокарда является:

1. холодный пот и резкая слабость
2. брадикардия или тахикардия
3. низкое АД
4. боль за грудиной продолжительностью более 20 минут

150. Понятие катастрофа- это:

1. бытовые травмы;
2. дорожно- транспортные происшествие;
3. внезапное быстротечное событие, повлекшее за собой человеческие жертвы, разрушения;
4. клиническая смерть;
5. множественные повреждения целостности органов

151. Выберите особенности ЭКГ раннего детского возраста:

* 1. синусовая тахикардия
  2. неполная блокада правой ветви
  3. синусовая аритмия
  4. синусовая брадикардия

152. Асистолия сердца - остановка - обычно развивается после:

1. мерцания (фибрилляции) желудочков
2. мерцания (фибрилляции) предсердий
3. пароксизмальной предсердной тахикардии
4. пароксизмальной желудочковой тахикардии

153. Опасные нарушения ритма в острой стадии инфаркта миокарда:

1. мерцание (фибрилляция) желудочков
2. пароксизмальная предсердная тахикардия
3. пароксизмальная желудочковая тахикардия
4. синусовая аритмия

154. При регистрации желудочковых экстрасистол по типу бигеминии (тригеминии) следует:

1. снять ЭКГ подлиннее
2. оставить пациента на кушетке и вызвать врача.
3. пациента отвести к врачу
4. отменить прием сердечных гликозидов

155. Расчеты зубцов и интервалов на ЭКГ следует проводить в отведениях:

* 1. в I ом стандартном
  2. во II ом стандартном
  3. в III ем стандартном
  4. в aVL

156. При появлении на ЭКГ «наводки» (искажений) в I ом и в III ем отведениях  
следует проверить установку электрода с:

1. красным проводом
2. желтым проводом
3. зеленым проводом
4. черным проводом

157. Основным способом прекращения фибрилляции желудочков и восстановления  
работы сердца является:

1. электрическая дефибрилляция
2. закрытый массаж сердца
3. искусственная вентиляция легких
4. прекордиальный удар

158. К дозированной физической нагрузке можно отнести:

1. Велоэргометрическую
2. Натредмиле
3. 25 приседаний

159.Составные части реографической кривой:

1. Анакрота
2. Катакрота
3. Вершина
4. Плато

160. При проведении спирографии после пробы с бронхолитиками исследование  
следует повторить:

1. сразу
2. через 5 минут
3. через 15 минут
4. через 30 минут

161. Для суточного мониторирования АД интервал измерения по рекомендации  
Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) устанавливается в дневное время  
через:

* 1. 10 минут
  2. 15 минут
  3. 30 минут
  4. 40 минут

162. Для суточного мониторирования АД интервал измерения по рекомендации ВОЗ  
устанавливается в ночное время через:

1. 10 минут
2. 15 минут
3. 30 минут
4. 40 минут

163. При эмфиземе увеличивается:

1. Дыхательный объем
2. Остаточный объем
3. Жизненная емкость легких
4. Резервный объем выдоха

164.Самой мощной мышцей вдоха является:

1. Грудная
2. Межреберная
3. Диафрагма
4. Прямые мышцы живота

165. Пробы при проведении электроэнцефалографии - ЭЭГ:

* 1. открыть - закрыть глаза
  2. с фотостимуляцией
  3. с гипервентиляцией
  4. с поворотами головы

166. Электрод с красным проводом по Небу располагают справа у края грудины в  
межреберьи:

1. первом
2. втором
3. третьем
4. четвертом

167. Грудной электрод V4 следует располагать в пятом межреберьи по следующим  
линиям:

1. средне - ключичной
2. передней подмышечной
3. средней подмышечной
4. задней подмышечной

168. Грудной электрод V5 следует располагать в пятом межреберьи по следующим  
линиям:

1. средне - ключичной
2. передней подмышечной
3. средней подмышечной
4. задней подмышечной

169. На спирографию прислали больного с диагнозом пневмония, температура - 36,7:

1) Исследование показано

2) Исследование не показано

170. Больному с диагнозом «бронхиальная астма»:

1) спирография показана

2) спирография не показана

171.Патогенез обструктивного типа нарушения вентиляционной функции легких связан с:

1) нарушениями проходимости дыхательных путей

2) наличием препятствий для нормального расправления легких

172. Проба с физической нагрузкой проводится для выявления:

1) скрытой коронарной недостаточности (ишемии)

2) толерантности к физической нагрузке у пациента с ИБС

3) признаков гипертрофии миокарда

4) нарушений ритма

173.Внутривенное введение каких препаратов показано при развитии у больного анафилактического шока:

1. преднизолон
2. адреналина
3. эуфилина
4. амедоперин

174.Шок - это:

1. острая сосудистая недостаточность
2. острая сердечная недостаточность
3. острая дыхательная недостаточность

175. Расположение электродов при проведении реовазографии верхних конечностей:

1. первый (проксимальный) в верхней трети предплечья
2. средний на лучезапястный сустав
3. третий (дистальный) на основание среднего пальца кисти
4. четвертый в средней части предплечья

176. При проведении пробы с физической нагрузкой ЭКГ следует регистрировать:

1. до проведения пробы
2. во время проведения пробы
3. после окончания пробы в течение 7- 10 минут
4. через 1 час после окончания пробы

177. Выделите наиболее тяжелое осложнение у пациентов с обширным инфарктом  
миокарда:

1) отек легких

2) кардиогенный шок

3) перикардит

4) аневризма сердца

178.Функциональные нагрузки это:

1) Проба (открыть глаза - закрыть глаза), ритмическая фотостимуляция, гипервентиляция

2) Выполнение движений различными конечностями

3) Удержание равновесия стоя с закрытыми глазами

179.Показатели электроэнцефалграммы позволяют:

1) Проводить диффиринциальный диагноз различных заболеваний нервной системы

2) Нозологически неспецифичны

180.Показатели электроэнцефалограммы:

1) Одинаковы при бодрствовании и во сне

2) Закономерно изменяются при различных уровнях бодрствования

181. «Высокие» грудные отведения позволяют уточнить локализацию инфаркта  
миокарда:

1. передней стенки
2. задней стенки (нижней)
3. циркулярноверхушечной области
4. заднебазальной области

182. При замене бумаги кардиограф необходимо отключить от сети:

1. да
2. нет

183. Найболее частое осложнение синдрома WPW:

1. мерцательная аритмия
2. фебрилляция желудочков
3. асистолия
4. пароксизмальная тахикардия

184. Наиболее частой причиной внезапной смерти у пациентов с острым инфарктом  
миокарда является:

1. мерцание предсердий
2. трепетание предсердий
3. мерцание (фибрилляция) желудочков
4. полная атриовентрикулярная (АВ) блокада

185.Для проведения искусственной вентиляции легких необходимо в первую очередь:

1. Голову пострадавшего запрокинуть с выдвиганием вперёд нижней челюсти.
2. 3акрыть нос пострадавшему.
3. Сделать пробное вдувание воздуха.
4. Нажать на грудину.

186.Признак артериального кровотечения:

1. Медленное вытекание крови из раны.
2. Темно-вишнёвый цвет крови.
3. Сильная пульсирующая струя крови.
4. Образование гематомы.

187. II стандартное отведение образуется при помощи проводов:

1. красного и желтого
2. красного и зеленого
3. желтого и зеленого
4. черного и зеленого

188. ЭКГ следует снять подлинее от 10 - до 12 циклов при выявлении:

1. экстрасистолии
2. атриовентрикулярной (АВ) блокады II-ой - III степени
3. миграции водителя ритма
4. при гипертрофии миокарда

189. У ребенка 6 лет на ЭКГ: ЧЧС-95 в минуту, VI до V4 Т(-), PQ-0,12 сек, QRS-0,06 сек - это:

1. нормальная ЭКГ
2. дистрофия миокарда
3. инфаркт миокарда
4. гипертрофия правого желудочка
5. синусовая тахикардия

190. Для подготовки кожи для ЭКГ-мониторирования требуется:

1. побрить грудную клетку
2. промыть 99% изопропанолом
3. нанести гель

191. Дополнительные ЭКГ отведения в основном используются для:

1. выявления нарушений ритма
2. выявления нарушения проводимости
3. уточнения признаков инфаркта миокарда
4. уточнения признаков гипертрофии миокарда

192. К «плаванию нулевой линии» приводят причины:

1. отсутствие заземления аппарата
2. движение пациента во время записи ЭКГ
3. работа расположенных поблизости электроприборов
4. дрожание рук при болезни Паркинсона.

193. При феномене WPW медицинская сестра должна:

1. не предпринимать никаких действий
2. срочно вызвать врача

194. Вставочные экстрасистолы - это экстрасистолы:

1. Наслаивающиеся на T
2. Возникающие после Р
3. Вставляющиеся в нормальное расстояние RR

195. Р отрицательный после QRS; QRS обычной формы экстрасистола:

1. Предсердная
2. Узловая
3. Желудочковая

196. Если в I, во II и в aVR отведениях регистрируется «наводка», то необходимо  
проверить контакт электрода на:

1. правой руке
2. левой руке
3. правой ноге
4. левой ноге

197. При выполнении пробы с физической нагрузкой электроды от конечностей  
располагают на поверхности тела для устранения:

1. «мышечных искажений»
2. «сетевых искажений»
3. плавания нулевой линии
4. снижения калибровочного сигнала

198.Для тиреотоксикоза характерны:

1. тахикардия
2. диффузная дистрофия
3. повышенная возбудимость и частая утомляемость

199.Ранними признаками передозировки сердечных гликозидов является:

1. корытообразное смещение сегмента RS-T
2. уширение QRS
3. блокада ножек пучка Гиса
4. полная АV блокада

200. Проба с физической нагрузкой прекращается при появлении на ЭКГ:

1. нарушений ритма
2. нарушений проводимости
3. частых, политопных и групповых экстрасистол
4. синусовой тахикардии

201. Высота калибровочного сигнала равна:

1. 10 мм
2. 15 мм
3. 20 мм
4. 5 мм

202. 0тведения по Слапаку регистрируются на:

1. 1 стандартном отведении
2. Н стандартном отведении
3. III стандартном отведении
4. S1-S4, желтый электрод, красный электрод
5. V2

203. Для уточнения преходящих нарушений ритма пациенту показана:

1. проба с физической нагрузкой
2. суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру
3. регистрация ЭКГ отведений по Небу
4. регистрация «высоких» грудных отведений

204. Наиболее частое осложнение синдрома WPW:

1. мерцательная аритмия
2. наджелудочковая тахикардия
3. Асистолия
4. пароксизмальная аритмии

205. При феномене WPW медицинская сестра должна:

1. не предпринимать никаких действий

2) вызвать врача

206. Амплитуда калибровочного сигнала при регистрации ЭКГ равна:

1) пять мм

2) десять мм

3) пятнадцать мм

4) двадцать мм

207. Для мониторирования ЭКГ в реанимации на передней грудной стенке  
достаточно установить:

1) 3 электрода

2) 5 электродов

3) 7 электродов

4) 9 электродов

208. Для регистрации отведений по Небу используются следующие цветные провода:

1) красный

2) желтый

3) зеленый

4) черный

209. Причины «мышечных» наводок на ЭКГ:

1) волнение пациента

2) узкая неудобная кушетка

3) кабинет располагается рядом с рентгеновским кабинетом

4) кабинет располагается рядом с физиотерапевтическим отделением

210. Раздражителем дыхательного центра является:

1) 02

2) С02

3) Инертные газы

211.Количество воздуха, которое максимально выдыхает больной после глубокого вдоха:

1) МВЛ  
2) ЖЕЛ   
3) ОФВ1  
4) ОО

212. Для проведения искусственной вентиляции легких необходимо в первую очередь:

1) Голову пострадавшего запрокинуть с выдвиганием вперёд нижней челюсти.

2) Закрыть нос пострадавшему.

3) Сделать пробное вдувание воздуха.

4) Нажать на грудину.

213. Для проведения эхокардиографического исследования больному:

1. Требуется специальная подготовка
2. Специальной подготовки не требуется
3. Необходимо предварительное ЭКГ обследование

214. Анатомически в печени выделяют:

1. 6 сегментов;
2. 8 сегментов;
3. 7 сегментов;
4. 5 сегментов;
5. 4 сегментов.

215. Анатомическим ориентиром границы между долями печени не является:

1. основной ствол воротной вены;
2. ложе желчного пузыря;
3. ворота печени;
4. круглая связка.

216.Структура паренхимы неизмененной печени при  проведении УЗИ представляется как:

1. мелкозернистая;
2. крупноочаговая;
3. множественные участки повышенной эхогенности;
4. участки пониженной эхогенности;
5. участки средней эхогенности.

217.Колебания нормального размера основного ствола воротной вены обычно составляют:

1. 7-8 мм;
2. 5-8 мм;
3. 15-20 мм;
4. 17-21 мм;
5. 9-14 мм.

 218. При неинвазивном ультразвуковом исследовании печени имеется возможность достоверно установить:

1. клинический диагноз;
2. морфологический диагноз;
3. инструментальный диагноз.

219. При  неинвазивном  ультразвуковом  исследовании  печени  имеется возможность достоверного установления…

1. характера поражения;
2. характера и распространенности поражения;
3. нозологической формы поражения;
4. нозологической формы поражения и ее выраженности;
5. нозологической формы поражения и его прогноза.

 220. Размеры печени на ранних стадиях цирроза чаще:

1. в пределах нормы;
2. уменьшены;
3. значительно уменьшены;
4. увеличены.

221. Размеры  печени  в  терминальную стадию цирроза чаще:

1) в пределах нормы;

2) увеличены за счет правой доли;

3) уменьшены за счет правой доли;

4) уменьшены за счет левой доли;

5) значительное увеличение всего объема органа

222. Атрофический  цирроз печени в ультразвуковом изображении характеризуется:

1) уменьшением размеров печени и асцитом;

2) неоднородной структурой печеночной ткани и спленомегалией;

3) признаками портальной гипертензии;

4) варикозным расширением вен пищевода.

223.Признаком портальной гипертензии не является:

1) расширение селезеночной вены более 6 мм в диаметре;

2) расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре;

3) увеличение желчного пузыря;

4) увеличение селезенки;

5) выявление порто-кавальных анастомозов.

224.Признаками портальной гипертензии на начальных ее этапах являются:

1) увеличение размеров печени и селезенки с расширением воротной вены;

2) уменьшение размеров печени при увеличенной селезенке с нормальным состоянием воротной вены;

3) нормальное состояние печени при увеличении селезенки и уменьшением просвета воротной вены;

4) увеличение левой доли печени и селезенки.

225.Порто-портальные анастомозы — это:

1) анастомозы между основным стволом воротной вены и селезеночной веной;

2) анастомозы между основным стволом воротной вены и верхней брызжеечной веной;

3) анастомозы между основным стволом воротной вены и ветвями нижней полой вены;

 4) анастомозы между основным стволом   воротной   вены и ее внутрипеченочными ветвями;

5) анастомозы между основным стволом воротной вены печеночными венами.

226. Ярко выраженная портальная гипертензия может развиваться при:

1) выраженных диффузных поражениях паренхимы печени (цирроз);

2) локализации   крупных    объемных    образований    в    области печеночно-12перстной связки со сдавлением ее компонентов или области шейки поджелудочной железы;

3) локализации объемных образований в воротах печени;

227. Выявляемый опухолевый тромб в воротной вене является патогномоничным признаком для:

**1) первичного рака печени;**

2) метастатического поражения печени

228. Неинвазивная эхография при исследовании печени в большинстве случаев позволяет:

1) установить нозологический характер поражения;

2) верифицировать характер гистологических изменений ткани;

**3) установить наличие диффузного или очагового патологического процесса и относительную степень его выраженности;**

4) установить клинический диагноз;

5) верифицировать лабораторные показатели.

229. Поликистоз печени чаще сочетается с поликистозом:

1) почек;

2) поджелудочной железы;

3) селезенки;

4) яичников;

**5) верно а) и б)**

6) верно а) и г)

230 дополнительное УЗИ почек выполняют в позе пациента:

1) лежа на животе

2) лежа на спине

3) лежа на боку

4) стоя

231 . К внепеченочным желчевыводящим протокам относятся:

1) сегментарные, долевые протоки;

2) долевые протоки, общий печеночный проток;

3) общий печеночный проток, общий желчный проток;

4) общий желчный проток;

5) проток желчного пузыря;

**6) верно г) и д)**

7) верно в) и д)

232. Возможно  ли  по ультразвуковому   исследованию   определить гистологию опухоли желчного пузыря:

1) да, всегда;

**2) нет, нельзя;**

3) да, при наличии зон распада в опухоли;

4) да, при наличии кальцинации в опухоли.

233.Что такое «Гартмановский карман»:

1) специфическим признаком увеличения желчного пузыря при билиарной гипертензии

**2) анатомической особенностью желчного пузыря**

3) следствием длительного существования хронического холецистита

4) следствием длительного существования желчекаменной болезни

5) следствием рубцовой деформации при остром холецистите

 234.Симптом Курвуазье проявляется:

**1) в увеличении желчного пузыря при наличии желтухи**

2) в уменьшении и деформации желчного пузыря при наличии желтухи

3) в уменьшении размеров печени и увеличении размеров селезенки

4) в появлении симптомов портальной гипертензии

5) асцитом.

235.Клинико-лабораторная симптоматика при подпеченочной желтухе связана:

**1) с закупоркой желчных протоков**

2) с увеличением размеров желчного пузыря

3) с увеличением размеров печени и селезенки

4) с изменением состояния портальной системы.

236 . С какой из перечисленных групп органов и структур поджелудочная железа находится в «соприкосновении»:

1) печень, желчный пузырь, восходящая ободочная кишка, желудок

2) печень, желудок, селезенка, 12-перстная кишка, правая почка

3) печень, желудок, селезенка, 12-перстная кишка, левая почка

4) почки, желудок, поперечно-ободочная кишка, селезенка, сигмовидная кишка

5) желудок, восходящая, поперечная и нисходящая ободочная кишка, селезенка

237. Расширение вирсунгова протока не относится к одному из возможных признаков:

1) острого панкреатита.

2) хронического панкреатита.

3) жировой инфильтрации поджелудочной железы.

4) опухоли головки поджелудочной железы.

5) холедохолитиаза.

238. Опухолевые поражения поджелудочной железы чаще всего встречаются:

1) в головке поджелудочной железы

2) в теле поджелудочной железы

3) в хвосте поджелудочной железы

4) в области фатерова соска

239.Неинвазивная эхография при исследовании поджелудочной железы в большинстве случаев позволяет:

1) установить нозологический характер поражения

2) установить характер гистологических изменений ткани

3) установить наличие диффузного или очагового   патологического процесса и относительную степень его выраженности и распространенности

4) установить клинический диагноз

5) верифицировать лабораторные показатели

240.Так называемый «калькулезный панкреатит»:

1) развивается из-за обструкции общего соустья холедоха и вирсунгова   протока желчным камнем

2) сопровождается формированием кальцификатов  в  протоковой  системе  поджелудочной железы на фоне частых обострений, особенно при злоупотреблении алкоголем

3) является синонимом острого панкреатита или обострения хронического панкреатита при наличии желчекаменной болезни

4) является   названием   хронического   воспалительного   процесса поджелудочной железы, приводящего к образованию конкрементов в желчном пузыре

241. Из перечисленных  видов  исследования  наиболее  приемлемым  в  клинике внутренних болезней как для скрининга, так  и  для  уточняющей  диагностики является:

1) рентгеновское исследование

2) рентгеновская компьютерная томография

3) магнитно-резонансное исследование

4) радиоизотопное исследование

5) ультразвуковое исследование

6) любое исследование, в зависимости от направленности диагностического поиска и материальной базы учреждения

242.Селезенка расположена:

1) в верхнем этаже брюшной полости;

2) в среднем этаже брюшной полости;

3) забрюшинно.

243.Дистопия селезенки — это:

1) патологическая смещаемость селезенки при перемене положения тела;

2) неправильное перемещение селезенки в процессе эмбриогенеза;

3) уменьшение размеров селезенки с нормальным развитием паренхимы.

244.Почки расположены:

1) в верхнем этаже брюшной полости;

2) в среднем этаже брюшной полости;

3) забрюшинно;

4) в латеральных каналах брюшной полости;

5) в малом тазу

245. Среди опухолей почки  наиболее  часто  у  взрослого  населения  встречается:

1) цистаденокарцинома почки;

2) поченоклеточный рак;

3) онкоцитома почки;

4) ангиома почки;

5) гемангиомиолипома почки;

6) опухоль Вильмса.

246.Местом излюбленной локализации гипернефромы является:

1) передняя губа почки;

2) латеральный край почки;

3) полюса почки;

4 почечный синус;

5) ворота почки

247.Органы «мишени» метастазирования почечно-клеточного рака это:

1) легкие, кости, мозг, щитовидная железа, органы малого таза;

2) печень, органы малого таза, надпочечники;

3) печень, кожа, мозг, органы мошонки;

4) молочные железы, печень -  у женщин, органы мошонки, печень - у мужчин;

5) надпочечники

248.Если у  пациента  с  симптомами  почечной  колики  не  определяется  признаков дилятации верхних мочевых путей — это:

1) полностью исключает наличие конкремента;

2) не исключает наличие конкремента в мочеточнике;

3) исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы пораженной почки;

4) не исключает наличие очень мелкого конкремента в мочеточнике;

5) не   исключает   наличие   мочекислого конкремента

249.У пациента с острой почечной недостаточностью при ультразвуковом исследовании отмечается дилятация чашечно-лоханочной системы обеих почек, наиболее вероятной причиной появления ее является:

1) обструкция мочеточника;

2) полиурия;

3) интерстициальный нефрит;

4) склеротические изменения в стенке чашечно-лоханочной системы;

5) некротические изменения в стенке мочеточников.

250.Дистопия почки — это:

1) патологическая смещаемость почки при перемене положения тела;

2) неправильное перемещение почки в процессе эмбриогенеза;

3) уменьшение размеров  почки  с  нормальным  развитием  паренхимы  и чашечно-лоханочного комплекса;

4) патологическая смещаемость почки при дыхании;

5) сращение почек нижними полюсами.

251.Множественные простые кисты почки» и  «поликистоз  почки» —   синонимы:

1) да;

2) нет;

3) да — у лиц старческого возраста;

4) да — у детей и подростков;

5) да — при наличии туберкулеза почек в анамнезе.

252.Поликистоз почек чаще сочетается с поликистозом:

1) печени;

2) поджелудочной железы;

3) селезенки;

4) яичников;

5) верно б) и г)

253. Карбункул почки является следствием:

1) дальнейшего прогрессирования ксантогранулематозного пиелонефрита;

2) септического инфаркта  с  последующим  воспалением   и   гнойным   распадом;

3) образования каверн при туберкулезе почки;

4) дальнейшего прогрессирования хронического пиелонефрита;

5) верно б) и г).

254.На ранних стадиях хронического пиелонефрита  лучшая  диагностика  заболевания осуществляется с помощью:

1) ультразвукового исследования;

2) внутривенной урографии;

3) компьютерной томографии;

4) нефросцинтиграфии;

5) ангиографии.

255.У женщин острый пиелонефрит чаще развивается вследствие:

1) урогенитальной инфекции;

2) обструктивных уропатий;

3) врожденных аномалий развития мочеполовой системы;

4) сахарного диабета;

5) инфаркта почки

 256.Врач-терапевт   после   получения    данных    ультразвукового  исследования отверг у больного диагноз хронического гломерулонефрита:

1) он прав;

2) он неправ;

3) он прав, при наличии клинико-лабораторной ремиссии в течении трех лет;

4) он прав, при отсутствии гидронефротической трасформации почки;

5) он прав, при отсутствии изменений в анализах мочи.

257.У   больного   предполагается   хронический   гломерулонефрит. Ультразвуковое исследование почек:

1) информативно;

2) не информативно;

3) информативно только при наличии  клинико-лабораторной  ремиссии  в  течении трех лет;

4) информативно только при наличии  гидронефротической  трансформации почки;

5) информативно только при наличии изменений в анализах мочи.

258. Частым  осложнением  раннего  периода  почечной  трансплантацииявляется:

1) острое отторжение трансплантата;

2) образование уриномы;

3) острый пиелонефрит;

4) медуллярный нефрокальциноз;

5) верно а), б) и в)

259.Нефросклероз при хроническом гломерулонефрите чаще:

1) симметричен;

2) асимметричен;

3) сопровождается понижением эхогенности паренхимы;

4) сопровождается гидронефротической трансформацией почек;

5) сопровождается резким  увеличением  размеров  почек.

260.Дивертикул мочевого пузыря это:

1) мешковидное выпячивание  стенки  мочеточника  в  полость  мочевого пузыря;

2) мешотчатое  выпячиваниестенки  мочевого  пузыря  с   образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря;

3) полиповидное разрастание в области устья мочеточника;

4) расширение урахуса;

5) верно а) и б)

261.Уретероцеле — это:

1) мешковидное выпячивание  стенки  мочеточника  в  полость  мочевого пузыря;

2) мешотчатое  выпячивание  стенки  мочевого  пузыря  с  образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря;

3) полиповидное разрастание в области устья мочеточника;

4) расширение урахуса;

5) верно а) и б)

262.В нормальной предстательной железе (согласно зональной анатомии) выделяют:

1) две железистые зоны;

2) три железистые зоны;

3) четыре железистые зоны;

4) пять железистых зон;

5) одну   железистую   зону,   состоящую   из   собственных   желез предстательной железы.

263.Метод лабораторной диагностики для скрининга рака предстательной  железы - это:

1) определения уровня специфического антигена предстательной железы в сыворотке крови больного;

2) определение уровня щелочной фосфатазы крови больного;

3) определение антигенов системы HLF;

4) определение LE-клеток в толстой капле крови;

5) латекс-тест

264.Аденома предстательной железы-это:

1) гиперплазия периуретральных  желез,  разрастание  фибромускулярной  стромы;

2) гиперплазия собственных желез;

3) метаплазия эпителиальных элементов простатической уретры;

4) гиперплазия желез переходных зон;

5) верно а) и г)

265.Аденоматозный узел при ректальном пальцевом исследовании:

1) хрящевой плотности;

2) плотно-эластичной консистенции;

3) каменистой плотности;

4) «дряблой» консистенции;

5) деревянистой плотности.

266.Раковый узел при ректальном пальцевом исследовании:

1) хрящевой плотности;

2) плотно-эластической консистенции;

3) «дряблой» консистенции;

4) каменистой плотности;

5) верно а) и г)

267. Первичный  раковый  узелок   в   предстательной   железе   чаще локализуется в

1) в центральной зоне;

 2) в периферической зоне;

3) в средней зоне;

4) в переходных зонах;

5) в периуретральной зоне.

268.Рак предстательной железы чаще является:

1) перерождением периуретральных желез;

2) перерождением парауретральных желез;

3) перерождением собственных желез предстательной железы;

4) неупорядоченным разрастанием фиброзномускулярной стромы;

5) перерождением эпителия мужской простатической маточки.

269.Варикоцеле — это:

1) жидкость в полости мошонки между оболочками яичка;

2) киста придатка яичка;

3) расширение вен семенного канатика;

4) расширение канальцевых структур яичка;

5) верно в) и г)

270. Гидроцеле — это:

1) жидкость в полости мошонки между оболочками яичка;

2) киста придатка яичка;

3) расширение вен семенного канатика;

4) расширение канальцевых структур яичка;

5) верно в) и г)

271. Сперматоцеле — это:

1) жидкость в полости мошонки между оболочками яичка;

 2) киста семенного канатика;

3) расширение вен семенного канатика;

4) расширение канальцевых структур яичка;

5) верно в) и г)

272. Для выявления варикоцеле используются:

1) проба с фентоламином;

2) проба Вальсальвы, ортостатическая проба;

3) маршевая проба;

4) проба с лазиксом;

5) проба с кофеином.

273.Наиболее распространенной опухолью яичка является:

1) семинома;

2) лейдигома;

3) тератома;

4) тестикулярная аденома;

5) андробластома.

274.Методом выбора при исследовании молочных желез у женщин до 40 лет является:

1) рентгеновская маммография;

2) эхография молочных желез;

3) компьютерная томография;

4) верно а) и б)

275.В составе молочной железы нет ткани:

1) соединительной;

2) железистой;

3) мышечной;

4) жировой.

276.Функциональной единицей молочной железы является:

1) ацинус;

2) железистая долька;

3) железистая доля;

4) жировая долька;

5) квадрант.

277.В молочной железе нет подкожножировой клетчатки:

1) в области верхнего наружного квадранта;

2) в области верхнего внутреннего квадранта;

3) в области ареолы;

4) в проекции кожной складки в нижних отделах молочной железы

278.В молочных железах начинаются процессы инволюции:

1) после первой беременности;

2) в предменопаузный период;

3) в менопаузу;

4) в постменопаузный период.

279.Для инволюции молочной железы не типичны:

1) жировая инфильтрация;

2) разрастание соединительной ткани;

 3) протоковая пролиферация;

4) склероз протоков с образованием карманов и кист;

5) склероз мелких сосудов.

280.К «предракам» относятся следующие изменения молочных желез:

1) диффузная форма мастита;

2) узловая форма мастита;

3) диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ);

4) узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии;

5) инволютивные процессы дегенерации;

6) стеатонекроз

281.В основе фиброзно-кистозной мастопатии лежит:

1) отек стромального вещества молочной железы;

2) соединительнотканное перерождение ткани молочной железы;

3) одновременное разрастание  соединительной  ткани  и  пролиферация железистой ткани, протоковой элементов;

4) инволютивные процессы дегенерации.

282.Наиболее часто поражает    молочную    железу    следующая доброкачественная опухоль:

1) липома;

2) цистаденома;

3) лифангиома;

4) фиброаденома;

5) филлоидная опухоль.

283.Самое большое количество  соединительной  ткани  характерно  для  следующей злокачественной опухоли молочной железы:

1) скиррозной;

2) медуллярной;

3) цистаденокарциноме;

4) папиллярной;

5) смешанной.

284. Наименьшее  количество  соединительной  ткани  характерно   для  следующей опухоли молочной железы:

1) скиррозной;

2) медуллярной;

3) цистаденокарциноме;

4) папиллярной;

5) смешанной.

285.Сосудистый пучок шеи прикрывает следующая мышца:

1) грудино-ключично-сосцевидная;

2) грудино-щитовидная;

3) грудино-подъязычная;

4) лопаточно-подъязычная.

286. При  подозрении  на  диффузное  поражение   щитовидной   железы  оптимально сочетание следующих диагностических методов:

1) ультразвуковое  исследование  и  определение  гормонов  щитовидной железы;

2) ультразвуковое исследование и сканирование щитовидной железы;

3) ультразвуковое   исследование   и   рентгеновская    комьютерная томография;

4) ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография.

287. При  подозрении  на  очаговое   поражение   щитовидной   железы оптимально сочетание следующих диагностических методов:

1) ультразвуковое исследование и определение гормонов щитовидной железы;

2) пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с морфологической верификацией;

3) сканирование щитовидной железы с определением гормонов  щитовидной железы;

4) ультразвуковое исследование и сканирование щитовидной железы;

5) верно б) и г)

6) верно а) и г).

288. При подозрении на злокачественный процесс  в  щитовидной  железе оптимально сочетание следующих диагностических методов:

1) ультразвуковое исследование и сканирование щитовидной железы;

2) ультразвуковое   исследование   и   рентгеновская    комьютерная томография;

3) определение гормонов щитовидной железы и рентгенологическое обследование органов шеи;

4) пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с морфологической верификацией.

289. Для диффузного  зоба  щитовидной железы характерны следующие размеры:

1) увеличенные;

2) уменьшенные;

3) нормальные;

4) верно все.

290.При тиреоидитах щитовидная железа может быть:

1) увеличена в размерах;

2) уменьшена в размерах;

3) нормальных размеров;

4) все перечисленное верно.

 291.Для злокачественной опухоли щитовидной железы типично  следующее сочетание данных ультразвукового и радионуклидного исследований:

1) изоэхогенное и «горячее» образование;

2) гиперэхогенное и «горячее» образованиие;

3) гипоэхогенное и «горячее» образование;

4) гипоэхогенное и «холодное» образование.

292.При   осмотре   щитовидной   железы   особенно   важны   группы  лимфатических узлов:

1) подчелюстные, подбородочные;

2) глубокие яремные, пре- и паратрахеальные;

3) над- и подключичные;

4) околоушные, предгортанные.

293. Лимфатическую систему составляют:

1) региональные лимфоузлы, лимфатические сосуды;

2) региональные   лимфоузлы,   лимфатические   сосуды,   селезенка;

3)  миндалины, скопление лимфоидной ткани в жировой клетчатке;

4) региональные лимфоузлы, селезенка;

5 )верно б) и в).

294. При ультразвуковом исследовании  анатомическим  маркером  поиска  лимфатических узлов служат:

1) сосуды;

2) нервные стволы;

3) внутренние и поверхностные органы;

4) свой определенный маркер в каждом конкретном случае.

295 Что необходимо получить у больного перед проведением пункции?

1) письменное согласие пациента на проведение процедуры

2) результат ЭКГ

3) анализ крови

4) анализ мочи

296. При легкой форме острого панкреатита больного беспокоят:

1) опоясывающие боли

2) прерывистое дыхание

3) обморочное состояние

4) кожный зуд

297. После каких процедур выполняется трансабдоминальное УЗИ малого таза?

1) очистительная клизма

2) заполнение мочевого пузыря

3) 12-ти часовой период голодания

4) без подготовки

298.В каких методах лучевой диагностики не используется ионизирующее излучение:

1) рентгенологический метод

2) ультразвуковой метод

3) компьютерная томография

4) радиоизотопная сцинтиграфия

299. Ведущим методом диагностики ранних стадий рака молочной железы является:

1) маммография

2) клиническое исследование (осмотр и пальпация молочной железы)  
3) медицинская термография

4) ультразвуковое исследование

300. Для чего применяют ультразвуковую остеоденситомтрию:

1) для оценки минеральной плотности костной ткни

2) для определения выраженности остеосклероза

3) для определения толщины слоя компактного вещества кости

4) для оценки степени развития костной мозоли при переломах

301. С какой целью устанавливают кава-фильтр:

1) для улучшения коронарного кровообращения

2) для улучшения мозгового кровообращения

3) для профилактики тромбоэмболии легочной артерии

4) для улучшения венозного оттока из нижних конечностей

302. Нормальная температура воздуха в кабинете УЗД:

1) 22-24 С

2) 16-18 С

3) 25-26 С

4) 18-20 С

303. Относительная влажность воздуха в помещения кабинета:

1) 40-60%

2) 20-30%

3) 30-80%

4) 10-40%

304. При ультразвуковом исследовании беременной женщины наполненный мочевой пузырь необходим:

1) в первом триместре беременности

2) во втором триместре беременности

3) в третьем триместре беременности

4) на любом сроке беременности

305. Ультразвуковое исследование в первом триместре беременности составляет единиц:

1) 1

2) 2,5

3) 3

4) 4

306. ПЕРЧАТКИ, ЗАГРЯЗНЕННЫЕ КРОВЬЮ В ХОДЕ РАБОТЫ, ОБРАБАТЫВАЮТСЯ:

1. 3 % Хлорамином
2. 1 % хлорамином
3. 0,5 % хлорамином

307.КОМПЛЕКС МЕР ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПОПАДАНИЯ МИКРОБОВ В РАНУ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЯХ ЭТО:

1. Асептика
2. Антисептика
3. Заключительная дезинфекция
4. Текущая дезинфекция

308. ПРИЧИНА ИММУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1. поражении В-клеток
2. поражении Т-лимфоцитов
3. поражении эритроцитов

309. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАДИИ ИНКУБАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В.И.ПОКРОВСКОГО (1989Г):

1. стадия инкубации длится от момента заражения до развития оппортунистических инфекций
2. стадия инкубации длится от момента заражения до появления генерализованной лимфоаденопатии
3. стадия инкубации длится от момента заражения до выработки антител

310. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ СЫВОРОТОК КРОВИ, ОТОБРАННЫХ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ:

1. при температуре не выше О С до 2 суток
2. при температуре не выше +4 С до 7 суток
3. при температуре не выше +8 С до 3 суток

311. ЧЕЛОВЕК СЧИТАЕТСЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ, ЕСЛИ:

1. антитела к ВИЧ в сыворотке крови выявлены методом ИФА отечественными тест-системами с двумя положительными результатами из 2-х или 3-х анализов;
2. антитела к ВИЧ в сыворотке крови выявлены методом ИФА импортными тест-системами
3. антитела к ВИЧ в сыворотке крови выявлены методом иммунного блотинга.

312. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Вирус
2. Простейшие
3. Бактерии

313.ИСТОЧНИКОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. вирусоносители, больные люди
2. больные животные и птицы
3. больные животные и человек

314. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД - ЭТО:

1. два разных заболевания
2. две формы одного заболевания
3. СПИД является терминальной стадией ВИЧ-инфекции

315. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. бактериологические методы диагностики
2. серологические методы диагностики
3. биохимические методы диагностики

316.РЕАНИМАЦИЯ ЭТО:

1. раздел клинической медицины, изучающий терминальные состояния
2. отделение многопрофильной больницы
3. практические действия, направленные на восстановление жизнедеятельности

317. РЕАНИМАЦИЮ ОБЯЗАНЫ ПРОВОДИТЬ:

1. все взрослое население
2. только врачи и медсестры реанимационных отделений
3. все специалисты, имеющие медицинское образование

318. РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА:

1. в каждом случае смерти больного
2. только при внезапной смерти молодых больных и детей
3. при внезапно резвившихся терминальных состояниях

319. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 10-15 минут
2. 5-6 минут
3. 2-3 минуты
4. 1-2 минуты

320. НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ:

1. на границе верхней и средней трети грудины
2. на границе средней и нижней трети грудины
3. на 1 см выше мечевидного отростка

321. СЖАТИЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ:

1. 40 - 60 в минуту
2. 60-80 в минуту
3. 80 - 100 в минуту
4. 100 - 120 в минуту

322. ПОЯВЛЕНИЕ ПУЛЬСА НА СОННОЙ АРТЕРИИ ВО ВРЕМЯ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

1. об эффективности реанимации
2. о правильности проведения массажа сердца
3. об оживлении больного

323. ДВИЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ:

1. об эффективности реанимации
2. о правильности проводимой ИВЛ
3. об оживлении больного

324. Острые гепатиты в ультразвуковом изображении сопровождаются:

1. увеличением размеров печени, понижением эхогенности паренхимы, уменьшением  
       количества трабекулярных структур по периферии
2. увеличением размеров печени, повышением эхогенности паренхимы
3. уменьшением размеров печени с повышением эхогенности паренхимы
4. нормальными размерами печени, появлением неоднородности паренхимы с нарушением архитектоники печени

325. НЕЭФФЕКТИВНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ:

1. 5 минут
2. 15 минут
3. 30 Минут
4. до 1 часа
5. до восстановления жизнедеятельности

326. ДЛЯ ЭЛЕКТРОТРАВМ 1 СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНО:

1. потеря сознания
2. расстройства дыхания и кровообращения
3. судорожное сокращение мышц
4. клиническая смерть

327. ПРИ УТОПЛЕНИИ В ХОЛОДНОЙ ВОДЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ:

1. Укорачивается
2. Удлиняется
3. Не меняется

328. НАЛОЖЕНИЕ ТЕПЛОИЗОЛИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКИ БОЛЬНЫМ С ОТМОРОЖЕНИЯМИ ТРЕБУЕТСЯ:

1. в дореактивном периоде
2. в реактивном периоде

329. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ:

1. стоя
2. сидя
3. лежа на спине с приподнятыми ногами
4. лежа на спине с опущенным ножным концом

330. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ТИПИЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. холодный пот и резкая слабость
2. брадикардия или тахикардия
3. низкое АД
4. боль за грудиной продолжительностью более 20 минут

331. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. введение строфантина в/в
2. введение лазикса в/м
3. дача нитроглицерина
4. наложение венозных жгутов на конечности
5. измерение АД

332. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЬНОГО В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ:

1. на спине с опущенным головным концом
2. на спине с опущенным ножным концом
3. на боку
4. на животе

333. ШОК - ЭТО:

1. острая сердечная недостаточность
2. острая сердечно-сосудистая недостаточность
3. острое нарушение периферического кровообращения
4. острая легочно-сердечная недостаточность

334. В ОСНОВЕ БОЛЕВОГО (РЕФЛЕКТОРНОГО) ШОКА ЛЕЖИТ:

1. спазм периферических сосудов
2. уменьшение объема циркулирующей крови
3. угнетение сосудодвигательного центра

335. В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ НАКЛАДЫВАЕТСЯ:

1. на 15 минут
2. на 30 минут
3. на 1час
4. на 2 часа

336. В ТЕПЛОЕ ВРЕМЯ ГОДА ЖГУТ НАКЛАДЫВАЕТСЯ:

1. на 15 минут
2. на 30 минут
3. на 1 час
4. на 2 часа

337. В ОСНОВЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ЛЕЖИТ:

1. угнетение сосудодвигательного центра
2. расширение сосудов
3. уменьшение объема циркулирующей крови

338. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ СИМПТОМОВ ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. положение с опущенным головным концом
2. положение с приподнятым ножным концом
3. положение с опущенным ножным концом

339. ПРИ ПОПАДАНИИ СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ ЯДОВИТЫХ ВЕЩЕСТВ НА КОЖУ НЕОБХОДИМО:

1. обтереть кожу влажной салфеткой
2. погрузить в емкость с водой
3. обмыть проточной водой

340. БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТСЯ:

1. при тяжелом состоянии больного
2. в случаях, когда не удалось промыть желудок
3. при бессознательном состоянии больного
4. во всех случаях острых отравлений

341. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. сернокислая магнезия
2. атропин
3. прозерин
4. тиосульфат натрия

342. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. введение бемегрида
2. введение сердечных гликозидов
3. искусственная вентиляция легких при давлении
4. больным с одышкой и сердцебиением

343. СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ БОЛЬНЫМ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ ВВОДЯТ:

1. сразу после адреналина и преднизолона
2. после стабилизации АД больным с сохраняющейся тахикардией
3. больным с сохраняющимся низким давлением после повторного введения адреналина

344. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ, ВОЗ К КАТАСТРОФАМ ОТНОСЯТСЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ВОЗНИКНОВЕНИЕМ:

1. 5 пораженных
2. более 10 пораженных
3. более 20 пораженных
4. более 50 пораженных

345. К ФОРМИРОВАНИЯМ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ:

1. бригада скорой медпомощи
2. санитарные посты
3. санитарные дружины
4. бригады экстренной медицинской помощи
5. передвижные госпитали

346. ЗА СОЗДАНИЕ, ПОДГОТОВКУ И ОСНАЩЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТВЕЧАЮТ:

1. штабы МСГО
2. межрайонные центры медицины катастроф
3. администрация города или района
4. руководители ЛПУ

347. БРИГАДА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СОСТОИТ:

1. из 1 врача и 1 медсестры
2. из 2 врачей и 2 медсестер
3. из 1 врача, 2 медсестер и 1 санитара
4. из 1 врача, 1 медсестры и 1 санитара

348. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОЧАГЕ ЧС НАЧИНАЕТСЯ С:

1. остановки кровотечений
2. реанимации
3. устранения дыхательных расстройств
4. медицинской сортировки

349. СРОК, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ДОЛЖНО БЫТЬ НАЧАТО ОРГАНИЗОВАННОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧС, СОСТАВЛЯЕТ:

1. 5 минут
2. 15 минут
3. 30 Минут
4. 1 час
5. 2 часа

350. ДЛЯ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

1. отсутствие движений в пораженных конечностях
2. плотный отек мягких тканей
3. боль в пораженных конечностях
4. цианоз кожи дистальнее границы сдавления
5. все ответы верны

351. Замеры селезенки в следующих параметрах:

1. длина, ширина, толщина
2. длина, ширина
3. толщина, ширина

352. Эхогенность селезенки в норме:

1. средняя
2. повышенная
3. пониженная

353. Структура селезенки в норме:

1. однородная
2. неоднородная
3. пятнистая

354. Для успешного проведения УЗИ поджелудочной железы прием ферментативных препаратов:

1. обязателен
2. не обязателен
3. хроническим больным

355. При УЗИ щитовидной железы можем определить:

1. сердечную аритмию
2. очаговые образования, структура и эхогенность

356. При УЗИ матки проводятся замеры:

1. тела матки
2. шейки матки
3. тела и шейки матки

357. При спирографии пробы повторяются:

1) Однократно

2) Двукратно

3) Трехкратно

358. Пространство, где не происходит газообмена называется:

1) Мертвым

2) Альвеолярным

3) Вредным

359. Патогенез обструктивного типа нарушения вентиляционной функции легких связан с:

1) нарушениями проходимости дыхательных путей

2) наличием препятствий для нормального расправления легких

360. С каким органом сравнивается паренхима правой почки:

1. селезенкой
2. поджелудочной железой
3. печенью

361. С каким органом сравнивается паренхима левой почки:

1. селезенкой
2. поджелудочной железой
3. печенью

362. Размеры почек в норме – до:

1. 110х55х50
2. 130х65х40
3. 90х40х35

363. Остаточный объем мочевого пузыря определяется:

1. через 30 минут после мочеиспускания
2. через 60 минут после мочеиспускания
3. немедленно после мочеиспускания

364. Проведение водной нагрузки для УЗИ почек включает:

1. введение диуретиков натощак
2. введение диуретиков после приема жидкости

365. Стерилизация пункционных игл производится:

1. в р-ре сайдекса – 30 мин.
2. в р-ре сайдекса – 45 мин.
3. в 3% р-ре хлорамина – 15 мин.
4. в 3% р-ре хлорамина – 30 мин.

366. Для определения срока беременности обязательны следующие замеры плода:

1. бипариетальный размер головы (БПР)
2. длина бедренной кости (ДБ)
3. диаметр брюшной полости (ДБП)
4. длина стопы (ДС)

367. При проведении тонкоигольной биопсии используются:

1. одноразовые перчатки на руки оператора, резиновый колпачок на датчик, обработка рабочих игл сайдексом
2. одноразовые перчатки на руки оператора, обработка датчика сайдексом, одноразовые иглы
3. перчатки на руки оператора и медицинской сестры, обработка датчика сайдексом, одноразовые иглы для забора материала

368. Для ультразвукового исследования органов малого таза требуется:

1. адекватно наполненный мочевой пузырь
2. прием ферментативных препаратов
3. специальная диета

369. Забранный материал при ТИАБ:

1. намазывается на стекла и высушивается, после чего передается в лабораторию
2. намазывается на стекала и обрабатывается 70% спиртом, после чего передается в лабораторию
3. намазывается на стекала и обрабатывается сайдексом, после чего передается в лабораторию

370. Повторное использование одноразовых игл для проведения стержневой биопсии:

1. не допускается
2. допускается при соответствующей обработке функционально исправных игл сайдексом
3. допускается при соответствующей обработке функционально исправных игл раствором хлорамина

371. Материал, полученный при стержневой биопсии:

1. высушивается и передается в лабораторию
2. фиксируется в 70% спирте и передается в лабораторию
3. фиксируется в растворе формалина и передается в лабораторию
4. фиксируется в растворе сайдекса и передается в лабораторию

372.  УЗ исследование внутриполостным датчиком без использования резинового колпачка:

1. проводится хорошо обработанным в растворе сайдекса датчиком при нанесении на него избыточного количества геля
2. не допускается

373. Пункционная биопсия простаты под УЗ контролем не проводится:

1. трансперинеально
2. трансуретрально
3. трансректально

374. При проведении трансректальной биопсии простаты под УЗ контролем:

1. резиновый колпачок одевается на полостной датчик с надетым адаптером и обрабатывается 70% спиртом
2. стерильный адаптер одевается на полостной датчик с надетым резиновым колпачком
3. пункция проводится без колпачка с использованием избыточного количества   стерильного геля

375. При чрезкожной пункционной биопсии печени под УЗ контролем:

1. место манипуляции обрабатывается 70% спиртом
2. место манипуляции обрабатывается раствором сайдекса
3. место манипуляции обрабатывается по правилам обработки операционного поля и отграничивается стерильным материалом

376. Для успешного проведения УЗИ поджелудочной железы необходимо исключить из диеты:

1. белый хлеб
2. черный хлеб
3. молочные продукты
4. овощи
5. фрукты

377. При создании «акустического» окна для исследования поджелудочной железы пациент пьет воду:

1. глотками
2. через трубочку
3. не имеет значения

378. Влияют ли размеры камня желчного пузыря на характер изображения:

1. да
2. нет

379. При пункционной биопсии под УЗ контролем при подозрении на канцероматозные образования используют:

1. только тонкоигольную биопсию
2. тонкоигольную либо стержневую биопсию
3. всегда только стержневую биопсию

380. При пункционной биопсии под УЗ контролем при подозрении на мезенхимальные опухоли используют:

1. только тонкоигольную биопсию
2. тонкоигольную либо стержневую биопсию
3. всегда только стержневую биопсию

381. Проведение чрезкожной пункционной биопсии образований брюшной или грудной полости под УЗИ-контролем вне условий операционной:

1. допускается при наличии организованной реанимационной службы
2. не допускается

382.

Шок - это острая......недостаточность

1. сосудистая
2. сердечная

383. Наиболее опасное проявление немедленной аллергии:

1. Крапивница.
2. Бронхоспазм.
3. Анафилактический шок.
4. Отёк Квинке.

384. Боль за грудиной, иррадиирущая в левую руку и левую лопатку, – признак:

1. Приступа стенокардии.
2. Желчной колики.
3. Почечной колики.
4. Приступа бронхиальной астмы.

385. Парентеральный способ внедрения лекарств в организм:

1. Ингаляционный.
2. Пероральный.
3. Сублингвальный.
4. Ректальный.

386. При острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс) больному надо придать положение:

1. Горизонтальное
2. Ровное горизонтальное.
3. с приподнятой головой.
4. Горизонтальное с приподнятыми ногами.

387. Для профилактики аспирации рвотных масс больному следует придать положение:

1. На спине.
2. На боку.
3. На животе.
4. Полу сидячее.

388. Стремительно развивающийся шок:

1. Травматический.
2. Геморрагический.
3. Анафилактический.
4. Гемотрансфузионный.

389. Для проведения искусственной вентиляции легких необходимо в первую очередь:

1. Голову пострадавшего запрокинуть с выдвиганием вперёд нижней челюсти.
2. Закрыть нос пострадавшему.
3. Сделать пробное вдувание воздуха.
4. Нажать на грудину.

390. Несомненный признак биологической смерти:

1. Отсутствие дыхания.
2. Отсутствие сердцебиения.
3. Расширение зрачков.
4. Помутнение роговицы.

391. Для восстановления сердечной деятельности внутрисердечно вводят:

1. Раствор кальция хлорида.
2. Кордиамин.
3. Раствор кофеин-бензоната натрия.
4. 0,1 % раствор адреналина гидрохлорида.

392. Окклюзионную повязку накладывают при:

1. Закрытом переломе ребер.
2. Открытом пневмотораксе
3. Ушибе грудной клетки.
4. Переломе ключицы.

393. Эпилептический припадок характеризуется:

1. Редким дыханием, бледной кожей.
2. Отсутствием или резким ослаблением реакции организма на внешние раздражители.
3. Внезапной потерей сознания.
4. Запахом ацетона изо рта.

394. Неотложная помощь при носовом кровотечении:

1. Запрокинуть голову больного назад, положить холод на переносицу, сделать тампонаду.
2. Нагнуть голову больного вперёд, положить холод на переносицу, сделать тампонаду.
3. Немедленно уложить больного на спину без подушки, положить холод на переносицу, сделать тампонаду.
4. Приложить тепло к переносице.

395. Через какой промежуток времени возникает молниеносная форма шока

1. до 1-2 минут
2. до 4-5 минут
3. до 3-6 минут
4. больше 5 минут

396. Внутривенное введение каких препаратов показано при развитии у больного анафилактического шока:

1. преднизолона
2. адреналина
3. эуфилина
4. баралгин

397. Неотложная помощь при судорожном синдроме:

1. седуксен
2. коргликон
3. кардиамин
4. супраcтин

398. Неотложная помощь при ожогах:

1. анальгин
2. асептическая повязка
3. обильное питье
4. димедрол
5. грелка

399. Неотложная помощь при травматическом шоке:

1. обезболивание
2. иммобилизация
3. остановка кровотечения
4. седуксен
5. эфедрин

400. Неотложная помощь при отравлениях неприжигающими ядами:

1. водная нагрузка
2. промывание желудка
3. клизма
4. слабительное

401. Неотложная помощь при гипеpтeрмическом синдроме:

1. холод
2. oбтиpание спиpтом
3. тепло
4. кордиамин
5. новокаин
6. анальгин

402. Анатомически в печени выделяют:

1. 6 сегментов
2. 8 сегментов
3. 5 сегментов
4. 7 сегментов

403. Для электротравм 1 степени тяжести характерно:

1. потеря сознания
2. расстройства дыхания и кровообращения
3. судорожное сокращение мышц
4. клиническая смерть

404. Реанимацию обязаны проводить:

1. только врачи и медсестры реанимационных отделений
2. все специалисты, имеющие медицинское образование
3. все взрослое население

405. Реанимация показана:

1. в каждом случае смерти больного
2. только при внезапной смерти молодых больных и детей
3. при внезапно развивающихся терминальных состояниях

406.В каких методах лучевой диагностики не используется ионизирующее излучение:

1) рентгенологический метод

2) ультразвуковой метод

3) компьютерная томография

4) радиоизотопная сцинтиграфия

407. При ультразвуковом исследовании взрослых измерение толщины левой доли печени производится:

* 1. в положении косого сканирования
  2. в положении поперечного сканирования
  3. в положении продольного сканирования
  4. в положении датчика вдоль восьмого межреберья

408. Адсорбент, применяемый при отравлениях:

1. раствор крахмала
2. раствор сернокислой магнезии
3. активированный уголь

409.  Результатом правильного наложения жгута при кровотечении является:

1. прекращение кровотечения, отсутствие пульса, бледность кожи
2. уменьшение кровотечения, сохранение пульса, увеличение цианоза
3. прекращение кровотечения, отсутствие пульса, нарастание цианоза
4. уменьшение кровотечения, сохранение пульса, бледность кожи

410. Выведение нижней челюсти при ИВЛ:

1. предупреждает регургитацию желудочного содержимого
2. устраняет западение языка, восстанавливает проходимость ДП (гортани и трахеи)
3. создает герметичность между ртом оказывающего помощь и ртом пациента   
   411. Доврачебная неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы:
4. ингаляция беротока или сальбутамола (1 доза)
5. ингаляция кислорода
6. инъекция эуфиллина 2,4 % - 10,0

412. «Не навреди» - это основной принцип этической модели:

1. Гиппократа
2. Парацельса
3. деонтологической
4. биоэтики  
   413. Медицинская  психология не изучает:
5. деятельность медицинского персонала
6. психологию больных
7. роль психических факторов в возникновении психосоматических заболеваний
8. психологический климат учреждений

414. Анатомически в сердце различают:

* 1. 4 камеры
  2. 2 камеры
  3. 3 камеры

415. При проведении эхокардиографии датчик помещается в области:

* 1. грудины
  2. 4 межреберья
  3. 4 ребра
  4. в области верхушки сердца

416. Строение аортального клапана:

* 1. одностворчатое
  2. двухстворчатое
  3. трехстворчатое

417. Ультразвуковое исследование селезенки проводится:

* 1. после еды
  2. через 2 часа после еды
  3. натощак

418. Ультразвуковая допплерография сосудов конечностей позволяет исследовать:

* 1. скорость кровотока в магистральных артериях
  2. в артериальных капиллярах
  3. в венозных капиллярах
  4. в артериолах

419. К проводящей системе сердца не относится:

1. предсердные проводящие пути
2. атриовентрикулярный узел
3. пучок Гиса
4. митральный клапан

420. При неправильном наложении электродов на ЭКГ:

1. появляются наводки
2. изменяется полярность зубцов
3. записывается изолиния
4. смещается изолиния вверх или вниз

421. Точка наложения электрода для регистрации грудного отведения V1:

* 1. III межреберье справа у грудины
  2. III межреберье слева у грудины
  3. IV межреберье справа у грудины
  4. IV межреберье слева у грудины

422. Точка наложения электрода для регистрации груд ного отведения V2:

* 1. III межреберье справа у грудины
  2. III межреберье слева у грудины
  3. IV межреберье справа у грудины
  4. IV межреберье слева у грудины

423. Точка наложения электрода для регистрации грудного отведения V3:

* 1. III межреберье справа у грудины
  2. III межреберье слева по средней ключичной линии
  3. середина между точками V2 и V4
  4. на 2 см ниже точки V2

424. Точка наложения электрода для регистрации грудного отведения V4:

1. IV межреберье слева у грудины
2. V межреберье слева у грудины
3. IV межреберье слева по средней ключичной линии
4. V межреберье по средней ключичной линии

425. Выберите правильный вариант ответа Точка наложения электрода для регистрации грудного отведения V5:

* 1. V межреберье по средней ключичной линии
  2. V межреберье по передней подмышечной линии
  3. VI межреберье по средней ключичной линии

426. Точка наложения электрода для регистрации грудного отведения V6:

* 1. IV межреберье по средней подмышечной линии
  2. располагается на уровне верхушечного толчка
  3. V межреберье по средней подмышечной линии

427. При подозрении на острый инфаркт миокарда основным диагностическим исследованием является:

* 1. ультразвуковое исследование сердца
  2. электрокардиография
  3. суточное мониторирование ЭКГ

428. Приступы стенокардии возникают:

1. при эмоциональной нагрузке
2. при физической нагрузке
3. во время приема пищи
4. ночью, во время сна

429. Медицинская деонтология – это наука о:

1) должном

2) правилах поведения медицинского работника

3) формах человеческого сознания

4) внутреннем духовном мире человека

430. Профилактическую дезинфекцию проводят:

* 1. вокруг больного
  2. вокруг носителя
  3. для предупреждения распространения инфекции

431. Действия или средства для удовлетворения просьбы больного об ускорении его смерти – это:

1) эвтаназия

2) танатология

432. Медицинскому персоналу осуществлять эвтаназию:

1) разрешается по просьбе больного

2) допускается в исключительных случаях

3) запрещается законом

433. В случае неблагоприятного прогноза заболевания информация в деликатной форме сообщается:

1) гражданину

2) гражданину и членам его семьи с его согласия

3) работодателю

434. Врачебную тайну составляет информация (укажите неверный ответ):

1) о диагнозе и лечении

2) об обращении и заболевании

3) о прогнозе и исходах болезни

4) о стоимости лечения

435. Кипячение – метод

* 1. стерилизации
  2. дезинфекции
  3. дезинсекции
  4. дератизации

436. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент не имеет право на:

1) эвтаназию

2) облегчение боли

3) сохранение врачебной тайны

4) гуманное и уважительное отношение

5) обследование и лечение

437. Правильная последовательность действий при подготовке к записи ЭКГ:

* 1. включить аппарат, включить тумблер «сеть», записать милливольт, наложить электроды
  2. выключить аппарат, наложить электроды, включить тумблер «сеть», записать милливольт
  3. наложить электроды, включить тумблер «сеть», включить аппарат, записать милливольт

438. Асептика – это:

1) уничтожение болезнетворных микробов

2) комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране

3) комплекс мероприятий, предупреждающих попадание микробов в рану

439. Антисептика – это:

1) уничтожение болезнетворных микробов

2) комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране, в организме

3) комплекс мероприятий, предупреждающих попадание микробов в рану, организм

440. Показатели элекроэнцефалограммы используются при проведении:

1) медикаментозного лечения больных

2) хирургических, внутриполостных операций

441. Чтобы зарегистрировать электроэнцефалограмму надо:

1) наложить электроды на кожные покровы человека

2) наложить на кожные покровы головы от 12 до 24 электродов в зависимости от целей исследования

442. Электроэнцефалограф это:

1) аппарат для регистрации биоэлектрической активности мозга

2) аппарат для регистрации кожно-гальванического эффекта

443. Аббревиатура ЭЭГ

1) расшифровывается как электроэнцефалография

2) расшифровывается как электроэнцефалограмма

3) означает анализ биопотенциалов мозга

444. Клиническим признаком дыхательной недостаточности II степени является:

1) одышка при большой физической нагрузке

2) одышка при малой физической нагрузке

3) одышка в покое

445. Клиническим признаком дыхательной недостаточности III степени является:

1) одышка при большой физической нагрузке

2) одышка при малой физической нагрузке

3) одышка в покое

446. Клиническим признаком дыхательной недостаточности I степени является:

1) одышка при большой физической нагрузке

2) одышка при малой физической нагрузке

3) одышка в покое

447. Какие отделы сосудистого русла малого круга кровообращения эффективно участвуют в газообмене:

1) прекапилляры

2) капилляры и посткапилляры

3) участие их одинаково

448. Жизненная емкость это:

1) максимальный объем газа, вентилируемый в течение 1 мин.

2) объем газа, остающийся в легких после спокойного выдоха

3) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха

4) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха

449. Общая емкость легких это:

1) объем воздуха, выдыхаемого из легких после спокойного вдоха

2) объем воздуха, который можно максимально выдохнуть после максимального вдоха

3) объем воздуха, содержащийся в легких на высоте вдоха

4) объем воздуха, который можно вдохнуть в легкие после спокойного выдоха

450. Резервный объем вдоха это:

1) максимальный объем воздуха, который можно выдохнуть после спокойного выдоха

2) максимальный объем воздуха, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха

451. Дыхательный объем это:

1) объем воздуха при спокойном дыхании

2) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение минуты.

3) объем газа, остающийся в легких после спокойного выдоха

4) максимальный объем воздуха, выдыхаемый из легких после максимального вдоха

5) объем воздуха, остающийся в легких после максимального выдоха

452. Легочная гипертензия может быть следствием:

1) митральной недостаточности

2) митрального стеноза

3) аортального стеноза

4) стеноза легочной артерии

5) тетрады Фалло

6) все ответы правильные

453. При каком заболевании наблюдается застой в легких:

1) перикардит

2) митральный стеноз

3) стеноз устья аорты

4) заболевание мышцы сердца с развитием левожелудочковой недостаточности

5) недостаточность полулунных клапанов аорты

6) все ответы правильные

454. Признаками острого стенозирующего ларингита являются все, кроме:

1. «лающего» кашля
2. стридорозного дыхания
3. экспираторной одышки
4. инспираторной одышки

455. Величина артериального давления зависит от:

1) работы сердца

2) сопротивления сосудов

3) вязкости крови

4) массы циркулирующей крови

456. При тетраде Фалло, которые из следующих нарушений обязательно присутствуют:

1) дефект межжелудочковой перегородки

2) большая праволежащая аорта

3) клапанный пульмональный стеноз

4) дефект межпредсердной перегородки

457. Для аортальной недостаточности характерно:

1) симметричная гипертрофия и уменьшение объема левого желудочка:

2) увеличение размеров левого желудочка

3) увеличение размеров правого желудочка

4) уменьшение степени раскрытия аортального клапана

5) изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки

458. Характерный признак гипертрофической кардиомиопатии:

1) увеличение конечного диастолического размера левого желудочка

2) увеличение конечного систолического размера левого желудочка

3) гипертрофиямежжелудочковой перегородки

4) гипертрофия правого желудочка

5) гипертрофия задней стенки левого желудочка

459. Наиболее ранними признаками открытого артериального протока являются:

1) увеличение левых камер сердца

2) гипертрофия правого желудочка

3) расширение легочного ствола и усиление легочного рисунка за счет гиперволемии

4) расширение восходящей части аорты

5) усиление легочного рисунка за счет венозного компонента

460. Для открытого артериального протока характерным является:

1) значительное увеличение левого предсердия

2) увеличение левого желудочка, возможно, незначительное

3) изолированная гипертрофия левого желудочка

4) увеличение обоих желудочков, больше-правого

5) увеличение обоих предсердий

461. Для дефекта межжелудочковой перегородки в мембранозной части характерно:

1) значительное увеличение левого предсердия, вплоть до атриомегалии

2) гипертрофия правого желудочка и, возможно, левого

3) изолированная гипертрофия левого желудочка

4) увеличение левых камер

5) увеличение правых камер и усиление легочного рисунка за счет венозного компонента

462. Для начальной стадии клапанного стеноза аорты характерно:

1) увеличение диастолического и систолического размеров левого желудочка

2) симметричная гипертрофия и уменьшение диастолического и систолического размеров левого желудочка

3) увеличение размеров левого предсердия

4) увеличение размеров правого желудочка

5) пролабирование створок аортального клапана

463. Для митральной недостаточности характерно:

1) небольшие размеры левого желудочка

2) увеличение размеров левого предсердия и левого желудочка

3) увеличение размеров левого предсердия и правого желудочка

4) уменьшение площади митрального отверстия

5) легочная гипертензия

464. При каком заболевании выявляются вегетации клапанов:

1) ишемическая болезнь сердца

2) кардиомиопатия

3) эндокардит

465. При гипертрофической кардиомипатии может иметь место:

1) сужение пути оттока левого желудочка

2) недостаточность митрального клапана

3) гипертрофия левого желудочка

4) внезапная смерть

5) все вышеперечисленные состояния

466. Покрытие электродов хлористым серебром проводится:

1) для уменьшения сопротивления

2) для уменьшения поляризационного потенциала

3) с гигиеническими целями

467. При остром инфаркте миокарда противопоказано введение:

1) наркотических препаратов

2) сердечных гликозидов

3) антиаритмических препаратов по показаниям

4) нитратов

468. Одышка, отеки нижних конечностей, перебои в сердце, увеличение печени характерны для:

1) острого инфаркта миокарда

2) стенокардии

3) гипертонической болезни

4) хронической недостаточности кровообращения

469. Характерные для гипертонического криза симптомы:

1) головная боль

2) головокружение

3) тошнота, рвота

4) боли в сердце

5) все перечисленное

470. Какой прибор можно использовать в качестве регистратора при записи реоэнцефалограммы:

1. а) электрокардиограф
2. б) энцефалограф

471. Для острой левожелудочковой недостаточности характерно:

1) удушье, вынужденное сидячее положение, цианоз, кашель с розовой мокротой, выраженное тахипное с участием вспомогательной мускулатуры, тахикардия

2) одышка, цианоз, набухание шейных вен, увеличение печени, тошнота, рвота, похолодание конечностей

472. Для острой правожелудочковой недостаточности характерно:

1) удушье, вынужденное сидячее положение, цианоз, кашель с розовой мокротой, выраженное тахипное с участием вспомогательной мускулатуры, тахикардия

2) одышка, цианоз, набухание шейных вен, увеличение печени, тошнота, рвота, похолодание конечностей

473. К осложнениям гипертонического криза не относится:

1) острая левожелудочковая недостаточность

2) геморрагический инсульт

3) острая коронарная недостаточность

4) кровоизлияние в сетчатку

5) легочное кровотечение

474. В понятие «диастолы» сердечного цикла входят:

1) протодиастолический интервал, период расслабления, период наполнения

2) фаза изометрического расслабления, период наполнения

3) период наполнения

4) период расслабления

5) протодиастолический интервал

475. Артериальное давление у взрослого пациента в положении стоя наиболее высокое в:  
1) плечевой артерии

2) сонной артерии

3) почечной артерии

4) бедренной артерии

5) лучевой артерии

476. Сердечный выброс зависит от:

1) частоты сердечного ритма

2) вязкости крови

3) силы сокращения желудочка

4) венозного возврата

5) все верно

477. Сердечный импульс распространяется от предсердия к желудочкам через:  
1) синусовый узел

2) атриовентрикулярный узел

3) пучок Гиса

4) волокна Пуркинье

5) межжелудочковую перегородку

478. Возбуждение парасимпатической нервной системы вызывает:

1) торможение сердечной деятельности

2) усиление моторной деятельности желудочно-кишечного тракта

3) сужение зрачков

4) сужение просвета бронхов

5) все верно

479. Возбуждение симпатической нервной системы вызывает:

1) усиление работы сердца

2) торможение моторной деятельности желудочно-кишечного тракта

3) увеличение просвета бронхов

4) сужение зрачков

480. Система это:

1) совокупность органов и тканей

2) объединение элементов, в результате которого возникает новое качество

481. Исчезновение печеночной тупости характерно для:

1) острого холецистита

2) прободной язвы желудка

3) острого панкреатита

4) острого холангита

482. Положение больного при носовом кровотечении:

1. лежа на спине, холод на спинку носа
2. сидя с откинутой назад головой, холод на спинку носа
3. сидя с наклоненной вперед головой, лоток под нос, холод не спинку носа.

483. В теплое время года жгут накладывается:

* 1. на 15 минут
  2. на 30 минут
  3. на 1 час

484. Для печеночной колики характерно:

1) боли ноющего характера в правой подвздошной области при общем удовлетворительном состоянии

2) боли в поясничной области и боковых отделах живота с иррадиацией в паховые области, половые органы

3) постоянная резкая боль в эпигастральной области, в подреберьях с иррадиацией в спину, правую и левую лопатки

4) боли без четкой локализации и без иррадиации, усиленная перистальтика кишечника

5) боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и плечо, за грудину

485. Для почечной колики характерно:

1) боли ноющего характера в правой подвздошной области при общем удовлетворительном состоянии

2) боли в поясничной области и боковых отделах живота с иррадиацией в паховые области, половые органы

3) постоянная резкая боль в эпигастральной области, в подреберьях с иррадиацией в спину, правую и левую лопатки

4) боли без четкой локализации и без иррадиации, усиленная перистальтика кишечника

5) боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и плечо, за грудину

486. Назовите препарат неотложной помощи при остром инфаркте миокарда:

1) морфин

2) лазикс

3) строфантин

4) адреналин

487. Первоочередным мероприятием при острой левожелудочковой недостаточности является:

1. введение строфантина в/в
2. наложение венозных жгутов на конечности
3. измерение АД

488. Оптимальным положением для больного во время приступа стенокардии является положение:

* 1. стоя
  2. сидя
  3. лежа на спине с приподнятыми ногами
  4. лежа на спине с опущенным ножным концом

489. Появление пульса на сонной артерии во время непрямого массажа сердца свидетельствует:

* 1. об эффективности реанимации
  2. о правильности проведения массажа сердца
  3. об оживлении больного

490. При синдроме длительного сдавления необходимо:

1) наложить жгут на границе сдавления и госпитализировать

2) наложить давящую повязку на сдавленную конечность и госпитализировать

3) срочно госпитализировать без наложения жгута и давящей повязки

491. Непрямой массаж сердца проводится:

* 1. на границе верхней и средней трети грудины
  2. на границе средней и нижней трети грудины
  3. на 1 см выше мечевидного отростка

492. Наличие остатков моющих средств на инструментах проверяется с помощью :

* 1. Фенолфталеиновой пробы
  2. Азопирамовой пробы
  3. Амидопириновой пробы

493. Амидопириновая проба проводится для определения остатков:

* 1. Крови
  2. Хлора
  3. Моющего средства

494. Невралгия – это:

1) воспаление нерва

2) повреждение нерва

3) боль по ходу нерва

4) атрофия нерва

495. Ушная ликворея возникает при:

1) переломе основания черепа и височной кости

2) травмах носа

3) травмах уха

4) травмах небных миндалин

496. Инородные тела гортани локализуются в:

1) голосовой щели

2) носоглотке

3) ротоглотке

4) бронхах

497. КАКУЮ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В НОРМЕ ВЫПОЛНЯЕТ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЙ УЗЕЛ?

* 1. вырабатывает импульсы
  2. защищает желудочки от чрезмерной импульсации
  3. проводит импульсы

498. КАКОЙ ОТДЕЛ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА?

1. предсердия
2. синусовый узел
3. атриовентрикулярный узел
4. правая ножка пучка Гиса

499. ВНУТРИ КЛЕТКИ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ ПРЕОБЛАДАЮТ ИОНЫ:

1. 1.Na+
2. K+
3. 3.Cа+
4. Cl-

500. В НЕВОЗБУЖДЕННОЙ КЛЕТКЕ МЕМБРАНА ПРОНИЦАЕМА ДЛЯ:

1. Na+
2. K+
3. Cа+
4. Cl-

Ответы на тесты по специальности «Функциональная диагностика»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ответ | № | ответ | № | ответ | № | ответ | № | ответ |
| 1. | 1 | 101 | 4 | 201 | 4 | 301 | 3 | 401 | 1,2 |
| 2 | 1 | 102 | 1,2,3 | 202 | 4 | 302 | 1 | 402 | 3 |
| 3 | 2 | 103 | 3,4 | 203 | 2 | 303 | 1 | 403 | 3 |
| 4 | 1 | 104 | 1,2,3 | 204 | 4 | 304 | 1 | 404 | 2 |
| 5 | 2 | 105 | 1 | 205 | 2 | 305 | 1 | 405 | 3 |
| 6 | 1 | 106 | 4 | 206 | 2 | 306 | 1 | 406 | 3 |
| 7 | 2 | 107 | 1 | 207 | 1 | 307 | 1 | 407 | 1 |
| 8 | 2 | 108 | 1 | 208 | 1,2,3 | 308 | 2 | 408 | 3 |
| 9 | 1 | 109 | 3 | 209 | 1,2,3 | 309 | 3 | 409 | 1 |
| 10 | 4 | 110 | 2 | 210 | 2 | 310 | 2 | 410 | 1, 2 |
| 11 | 1,3 | 111 | 4 | 211 | 2 | 311 | 3 | 411 | 1 |
| 12 | 1 | 112 | 3,4 | 212 | 3 | 312 | 1 | 412 | 1 |
| 13 | 2,3 | 113 | 2 | 213 |  | 313 | 1 | 413 | 4 |
| 14 | 2 | 114 | 1,2,3 | 214 | 2 | 314 | 3 | 414 | 1 |
| 15 | 1 | 115 | 4 | 215 | 1 | 315 | 2 | 415 | 2,4 |
| 16 | 1,2 | 116 | 2 | 216 | 1 | 316 | 3 | 416 | 3 |
| 17 | 1,2 | 117 | 1,2,3 | 217 | 5 | 317 | 3 | 417 | 3 |
| 18 | 1 | 118 | 3 | 218 | 3 | 318 | 3 | 418 | 1 |
| 19 | 1 | 119 | 3 | 219 | 2 | 319 | 2 | 419 | 4 |
| 20 | 1 | 120 | 1,2,3 | 220 | 4 | 320 | 3 | 420 | 2 |
| 21 | 1 | 121 | 3 | 221 | 3 | 321 | 2 | 421 | 3 |
| 22 | 3 | 122 | 1,2,3 | 222 | 1 | 322 | 2 | 422 | 4 |
| 23 | 2 | 123 | 2,3 | 223 | 3 | 323 | 2 | 423 | 3 |
| 24 | 1 | 124 | 1 | 224 | 1 | 324 |  | 424 | 4 |
| 25 | 1,2 | 125 | 3 | 225 | 4 | 325 | 3 | 425 | 2 |
| 26 | 3 | 126 | 4 | 226 | 1,2,3 | 326 | 3 | 426 | 3 |
| 27 | 3 | 127 | 1,2 | 227 | 1 | 327 | 2 | 427 | 2 |
| 28 | 2 | 128 | 1,2 | 228 | 3 | 328 | 1 | 428 | 4 |
| 29 | 2 | 129 | 1,2,3 | 229 | 5 | 329 | 2 | 429 | 2 |
| 30 | 1 | 130 | 2 | 230 | 3 | 330 | 4 | 430 | 3 |
| 31 | 3 | 131 | 3 | 231 | 6 | 331 | 1 | 431 | 1 |
| 32 | 2 | 132 | 1 | 232 | 2 | 332 | 3 | 432 | 3 |
| 33 | 1 | 133 | 1 | 233 | 2 | 333 | 2 | 433 | 2 |
| 34 | 1,2,3 | 134 | 2 | 234 | 1 | 334 | 3 | 434 | 4 |
| 35 | 1,2,3 | 135 | 1 | 235 | 1 | 335 | 2 | 435 | 2 |
| 36 | 3 | 136 | 3 | 236 | 3 | 336 | 3 | 436 | 1 |
| 37 | 2 | 137 | 3 | 237 | 3 | 337 | 3 | 437 | 1 |
| 38 | 1,2 | 138 | 2 | 238 | 1 | 338 | 2 | 438 | 3 |
| 39 | 1,2 | 139 | 1 | 239 | 3 | 339 | 3 | 439 | 2 |
| 40 | 1 | 140 | 1,2,3 | 240 | 2 | 340 | 4 | 440 | 1 |
| 41 | 2 | 141 | 1,2,3 | 241 | 6 | 341 | 2 | 441 | 2 |
| 42 | 1,2,4 | 142 | 1,2,3 | 242 | 1 | 342 | 3 | 442 | 1 |
| 43 | 3 | 143 | 3 | 243 | 2 | 343 | 3 | 443 | 1,2 |
| 44 | 2,3 | 144 | 2 | 244 | 3 | 344 | 1 | 444 | 2 |
| 45 | 3 | 145 | 1 | 245 | 2 | 345 | 3 | 445 | 3 |
| 46 | 1 | 146 | 1,2,3 | 246 | 3 | 346 | 2 | 446 | 1 |
| 47 | 4 | 147 | 2 | 247 | 1 | 347 | 2 | 447 | 2 |
| 48 | 2 | 148 | 1 | 248 | 2 | 348 | 3 | 448 | 3 |
| 49 | 1,2 | 149 | 4 | 249 | 2 | 349 | 3 | 449 | 3 |
| 50 | 1,2 | 150 | 3 | 250 | 2 | 350 | 5 | 450 | 2 |
| 51 | 1 | 151 | 1,2,3 | 251 | 2 | 351 | 1 | 450 | 1 |
| 52 | 3 | 152 | 1 | 252 | 1 | 352 | 1 | 452 | 6 |
| 53 | 2 | 153 | 1,2,3 | 253 | 2 | 353 | 2 | 453 | 6 |
| 54 | 3 | 154 | 1,2 | 254 | 2 | 354 | 2 | 454 | 3 |
| 55 | 2 | 155 | 2 | 255 | 1 | 355 | 3 | 455 | 1,2 |
| 56 | 3 | 156 | 2 | 256 | 2 | 356 | 3 | 456 | 1,2 |
| 57 | 1 | 157 | 1 | 257 | 2 | 357 | 3 | 457 | 2 |
| 58 | 2 | 158 | 1 | 258 | 5 | 358 | 1 | 458 | 3 |
| 59 | 2 | 159 | 1,2,3 | 259 | 1 | 359 | 2 | 459 | 1,3 |
| 60 | 2,3 | 160 | 3,4 | 260 | 2 | 360 | 3 | 460 | 1,2 |
| 61 | 1,2,3 | 161 | 2 | 261 | 1 | 361 | 1 | 461 | 2 |
| 62 | 2 | 162 | 3 | 262 | 3 | 362 | 1 | 462 | 2 |
| 63 | 3 | 163 | 2 | 263 | 1 | 363 | 3 | 463 | 2 |
| 64 | 1,2,3 | 164 | 3 | 264 | 5 | 364 | 2 | 464 | 3 |
| 65 | 1,2,3 | 165 | 1,2,3 | 265 | 2 | 365 | 1 | 465 | 4 |
| 66 | 2 | 166 | 2 | 266 | 5 | 366 | 1 | 466 | 2 |
| 67 | 1 | 167 | 1 | 267 | 2 | 367 | 2 | 467 | 2 |
| 68 | 1 | 168 | 2 | 268 | 3 | 368 | 1 | 468 | 4 |
| 69 | 4 | 169 | 1 | 269 | 3 | 369 | 1 | 469 | 5 |
| 70 | 1 | 170 | 1 | 270 | 1 | 370 | 1 | 470 | 2 |
| 71 | 2 | 171 | 1 | 271 | 2 | 371 | 3 | 471 | 1 |
| 72 | 2 | 172 | 1,2 | 272 | 2 | 372 | 2 | 472 | 2 |
| 73 | 3 | 173 | 1,2,3 | 273 | 1 | 373 | 2 | 473 | 5 |
| 74 | 2,3,4 | 174 | 1 | 274 | 2 | 374 | 2 | 474 | 1 |
| 75 | 4 | 175 | 1,2,3 | 275 | 3 | 375 | 3 | 475 | 4 |
| 76 | 4 | 176 | 1,2,3 | 276 | 2 | 376 | 2,3,4,5 | 476 | 5 |
| 77 | 1,2,3 | 177 | 2 | 277 | 3 | 377 | 1 | 477 | 3 |
| 78 | 1,2,3 | 178 | 1 | 278 | 1 | 378 | 1 | 478 | 4 |
| 79 | 1 | 179 | 1 | 279 | 3 | 379 | 2 | 479 | 1,2,3 |
| 80 | 1,2,3 | 180 | 1 | 280 | 4 | 380 | 3 | 480 | 2 |
| 81 | 1,2,3 | 181 | 1 | 281 | 3 | 381 | 2 | 481 | 2 |
| 82 | 3 | 182 | 1 | 282 | 4 | 382 | 1 | 482 | 3 |
| 83 | 1 | 183 | 4 | 283 | 1 | 383 | 3 | 483 | 3 |
| 84 | 1 | 184 | 3 | 284 | 2 | 384 | 1 | 484 | 5 |
| 85 | 1,2,3 | 185 | 2 | 285 | 1 | 385 | 1 | 485 | 2 |
| 86 | 1,2,3 | 186 | 3 | 286 | 1 | 386 | 4 | 486 | 1 |
| 87 | 1,2,3 | 187 | 2 | 287 | 5 | 387 | 3 | 487 | 3 |
| 88 | 1,2 | 188 | 1,2,3 | 288 | 4 | 388 | 2 | 488 | 2 |
| 89 | 1,2,3 | 189 | 1 | 289 | 4 | 389 | 1 | 489 | 2 |
| 90 | 3 | 190 | 1,2,3 | 290 | 4 | 390 | 4 | 490 | 2 |
| 91 | 1,2,3 | 191 | 3 | 291 | 4 | 391 | 4 | 491 | 2 |
| 92 | 1 | 192 | 2,4 | 292 | 2 | 392 | 3 | 492 | 1 |
| 93 | 1,2,3 | 193 | 1 | 293 | 4 | 393 | 3 | 493 | 1 |
| 94 | 1,2,3 | 194 | 3 | 294 | 1 | 394 | 2 | 494 | 3 |
| 95 | 3 | 195 | 2 | 295 | 1 | 395 | 1 | 495 | 1 |
| 96 | 2 | 196 | 1 | 296 | 1 | 396 | 1,2,3 | 496 | 1 |
| 97 | 1,2 | 197 | 1,3 | 297 | 4 | 397 | 1 | 497 | 2 |
| 98 | 1,2,3 | 198 | 1,3 | 298 | 2,4 | 398 | 1,2,3 | 498 | 2 |
| 99 | 1,2,3 | 199 | 1,4 | 299 | 1 | 399 | 1,2,3 | 499 | 2 |
| 100 | 2 | 200 | 1,2,3 | 300 | 1 | 400 | 1,2,3,4 | 500 | 2 |