

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ С УХОДОМ ЗА
БОЛЬНЫМИ

**Основные методы обследования
больных в клинике внутренних болезней.
Модуль 1**

Сборник итоговых тестов для студентов-иностранцев граждан
международных факультетов

Запорожье -2017

УДК:616.1/4-07

Авторы:

- В.В.Сыволап, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней с уходом за больными ЗГМУ, д.мед.н., профессор.
- Лукашенко Л.В., Олейник А.И., Лихасенко И.В., доценты кафедры пропедевтики внутренних болезней с уходом за больными ЗГМУ
- Авраменко Н.Ф., Герасько М.П., Кравченко Т.В., Курилец Л.О., Поливода С.В., ассистенты кафедры пропедевтики внутренних болезней с уходом за больными ЗГМУ, к.мед.н.
- Жеманюк С.П., ассистент

Сборник итоговых тестов для студентов 3-го курса медицинского факультета по модулю 1 рассмотрен и утвержден на заседании центрального методического Совета ЗГМУ от «28» сентября 2017г., протокол № 1

Рецензенты:

1. В.А.Визир – зав.кафедрой внутренних болезней №2 ЗДМУ, д.мед.н., профессор
2. В.Д.Сыволап - зав.кафедрой внутренних болезней 1 ЗГМУ, д.мед.н., профессор

Оглавление

1. Кардиология (диагностика)
2. Пульмонология (диагностика)
3. Гастроэнтерология (диагностика)
4. ЭКГ, ФКГ

Кардиология
(диагностика)

У больных сердечной недостаточностью отеки локализуются на:

1. Спине
2. Лице
3. На веках
4. На нижних конечностях
5. На верхних конечностях

Осанка горделивого человека характерна для:

1. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
2. Экссудативного перикардита
3. Слипчивого перикардита
4. Асцита
5. Экссудативного плеврита

Выражение лица у больных сердечной недостаточностью называют:

1. *facies mitralis*
2. *facies aortalis*
3. *facies Corvisara*
4. *facies Hippocratica*
5. *facies selenica*

Facies mitralis характеризуется:

1. Бледностью
2. Желтушностью
3. Цианотическим румянцем
4. Лунообразным лицом
5. Маскообразным лицом

Facies aortalis характеризуется:

1. Цианозом
2. Бледностью
3. Желтушностью
4. Субиктеричностью
5. Хлорозом

Артериальная пульсация печени может возникнуть вследствие:

1. Недостаточности митрального клапана
2. Недостаточности полулунных клапанов аорты
3. Недостаточности трикуспидального клапана

4. Снижения сократительной функции левого желудочка
5. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия

Венозная пульсация печени может возникнуть вследствие:

1. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
2. Недостаточности полулунных клапанов аорты
3. Недостаточности трикуспидального клапана
4. Снижения сократительной функции левого желудочка
5. Гипертрофии правого желудочка

Пульсация яремных вен - патогномичный симптом для:

1. Недостаточности полулунных клапанов аорты
2. Недостаточности митрального клапана
3. Недостаточности трикуспидального клапана
4. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
5. Стеноза трикуспидального отверстия

Для какого заболевания характерна пляска каротид:

1. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
2. Недостаточности митрального клапана
3. Стеноза устья аорты
4. Недостаточности полулунных клапанов аорты
5. Недостаточности трикуспидального клапана

Для какой патологии характерно систолическое дрожание («кошачье мурлыканье») и где его определяют:

1. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия – на верхушке
2. Стеноза устья аорты – во втором межреберье справа от грудины
3. Недостаточности полулунных клапанов аорты – во втором межреберье справа от грудины
4. Сухого перикардита – на верхушке сердца
5. Сухого перикардита – в области абсолютной тупости сердца

Для какой патологии характерно диастолическое дрожание («кошачье мурлыканье») и где его определяют:

1. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия – на верхушке
2. Стеноза устья аорты – во втором межреберье справа от грудины
3. Недостаточности полулунных клапанов аорты – во втором межреберье справа от грудины
4. Сухого перикардита – на верхушке сердца
5. Сухого перикардита – в области абсолютной тупости сердца

Диастолическое дрожание («кошачье мурлыканье») на верхушке сердца пальпируется в случае:

1. Недостаточности митрального клапана
2. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
3. Недостаточности трикуспидального клапана

4. Стеноза трикуспидального отверстия
5. Стеноза устья аорты

Систолическое дрожание («кошачье мурлыканье») во втором межреберье справа от грудины пальпируется в случае:

1. Недостаточности митрального клапана
2. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
3. Недостаточности трикуспидального клапана
4. Стеноза трикуспидального отверстия
5. Стеноза устья аорты

Где определяется верхушечный толчок в норме:

1. Пятый межреберный промежуток по среднелючичной линии
2. Пятый межреберный промежуток на 1-1,5 см кнутри от левой среднелючичной линии
3. Пятый межреберный промежуток на 2,5 см кнутри от левой среднелючичной линии
4. Шестой межреберный промежуток на 1-1,5 см кнаружи от среднелючичной линии
5. Пятый межреберный промежуток на 0,5-1 см кнаружи от среднелючичной линии

Где локализуется сердечный толчок:

1. Справа от грудины на довольно большой площади
2. Во втором межреберном промежутке справа
3. Во втором межреберном промежутке слева
4. В эпигастральной области
5. В области яремной ямки

Разлитой верхушечный толчок характерен для:

1. Недостаточности трикуспидального клапана
2. Стеноза отверстия легочного ствола
3. Гипертрофии и дилатации левого желудочка
4. Эмфиземы легких
5. Экссудативного плеврита слева

Высокий верхушечный толчок свидетельствует о:

1. Гипертрофии левого желудочка
2. Дилатации левого желудочка
3. Стенозе левого предсердно-желудочкового отверстия
4. Недостаточности трикуспидального клапана
5. Стенозе отверстия легочного ствола

Низкий верхушечный толчок свидетельствует о:

1. Недостаточности митрального клапана
2. Стенозе устья аорты
3. Гипертрофии левого желудочка

4. Недостаточности полулунных клапанов аорты
5. Дилатации левого желудочка в случае ослабления его сократительной функции

Резистентный верхушечный толчок свидетельствует о:

1. Недостаточности трикуспидального клапана
2. Недостаточности полулунных клапанов легочного ствола
3. Гипертрофии правого желудочка
4. Гипертрофии левого желудочка
5. Дилатации полости левого желудочка

Отрицательный верхушечный толчок характерен для:

1. Экссудативного перикардита
2. Гипертрофии левого желудочка
3. Дилатации левого желудочка
4. Сращения париетального и висцерального листков перикарда между собой и с грудной клеткой
5. Гипертрофии правого желудочка

Патологическое смещение верхушечного толчка влево и вниз характерно для:

1. Гипертрофии левого желудочка
2. Асцита
3. Гипертрофии правого желудочка
4. Эмфиземы легких
5. Пневмосклероза.

Что такое ритм перепела:

1. Трехчленный ритм, который состоит из I хлопающего тона, II тона и тона открытия митрального клапана
2. Ритм с раздвоением II тона
3. Ритм с раздвоением I тона
4. Маятниковобразный ритм
5. Ритм, обусловленный усилением III или IV физиологических тонов

Какой ритм называют пресистолическим ритмом галопа:

1. Ритм, обусловленный появлением IV тона
2. Ритм, обусловленный появлением III тона
3. Ритм с раздвоением II тона
4. Ритм с расщеплением I тона
5. Ритм с расщеплением II тона

Какой ритм называют протодиастолическим ритмом галопа:

1. Ритм, обусловленный появлением IV тона
2. Ритм, обусловленный появлением III тона
3. Ритм с раздвоением II тона

4. Ритм с расщеплением I тона

5. Ритм с расщеплением II тона

I тон сердца возникает во время:

1. Систола желудочков
2. Диастолы желудочков
3. Диастола предсердий
4. Диастолической паузы
5. Систолической паузы

II тон сердца возникает во время:

1. Систола желудочков
2. Диастолы желудочков
3. Систола предсердий
4. Диастолы предсердий
5. Систолической паузы

Вследствие сокращения предсердий, напряжения миокарда желудочков, закрытия предсердно-желудочковых клапанов, открытия клапанов сосудов и колебаний их начальных отделов образуется:

1. I тон
2. II тон
3. III тон
4. IV тон
5. Шум трения перикарда

Одновременное закрытие клапанов аорты и легочного ствола - клапанный компонент:

1. I тона
2. II тона
3. Тона открытия митрального клапана
4. III тона
5. IV тона

Где локализуется точка выслушивания митрального клапана:

1. В месте прикрепления III ребра к грудице слева
2. На верхушке сердца
3. На основании сердца
4. Над основанием мечевидного отростка
5. Во втором межреберном промежутке слева от грудины

Где локализуется точка выслушивания клапана аорты:

1. На верхушке сердца
2. Во втором межреберном промежутке справа от грудины

3. Во втором межреберном промежутке слева от грудины
4. Над мечевидным отростком
5. В четвертом межреберном промежутке слева от грудины

Где локализуется точка выслушивания клапана легочного ствола:

1. На верхушке сердца
2. Во втором межреберном промежутке справа от грудины
3. Во втором межреберном промежутке слева от грудины
4. Над мечевидным отростком
5. В четвертом межреберном промежутке слева от грудины

Где локализуется точка выслушивания трикуспидального клапана:

1. На верхушке сердца
2. Во втором межреберном промежутке справа от грудины
3. Во втором межреберном промежутке слева от грудины
4. У основания мечевидного отростка
5. В четвертом межреберном промежутке слева от грудины

Где локализуется 5-я точка аускультации сердца:

1. В месте прикрепления рукоятки грудины к ее телу
2. В третьем межреберном промежутке слева от грудины
3. Над мечевидным отростком
4. На верхушке сердца
5. Во втором межреберном промежутке слева от грудины

В какой последовательности выслушиваются клапаны сердца:

1. Левый предсердно-желудочковый, правый предсердно-желудочковый, аортальный, легочного ствола
2. Аортальный, легочного ствола, левый предсердно-желудочковый, правый предсердно-желудочковый
3. Левый предсердно-желудочковый, аортальный, легочного ствола, правый предсердно-желудочковый
4. Левый предсердно-желудочковый, аортальный, легочного ствола, правый предсердно-желудочковый
5. Правый предсердно-желудочковый, левый предсердно-желудочковый, аортальный, легочного ствола

Характеристика I тона на верхушке сердца:

1. Тихий, короткий, высокий
2. Громкий, длинный, низкий
3. Громкий, высокий, длинный
4. Тихий, длинный, низкий
5. Тихий, высокий, длинный

У кого при аускультации можно выслушать III и IV тоны в норме:

1. У детей
2. У людей пожилого возраста

3. У людей среднего возраста
4. У женщин
5. У мужчин

Как можно различить I и II тоны:

1. Наклонить больного вперед
2. Провести аускультацию больного на левом боку
3. Выслушать тоны в точке Боткина-Эрба
4. I тон совпадает с верхушечным толчком, пульсом аорты и сонной артерии
5. II тон совпадает с верхушечным толчком, пульсом аорты и сонной артерии

Как можно различить I и II тоны у здорового человека:

1. Наклонить больного вперед
2. Провести аускультацию больного на левом боку
3. Выслушать тоны в точке Боткина-Эрба
4. I тон следует после длинной паузы, II тон – после короткой паузы
5. II тон совпадает с верхушечным толчком, пульсом аорты и сонной артерии

Какое заболевание может вызвать ослабление обоих тонов сердца:

1. Базедова болезнь
2. Дилатация полостей сердца
3. Экстрасистолическая аритмия
4. Воспалительная инфильтрация передних краев левого легкого
5. Злоупотребление кофе

Ослабление обоих тонов на верхушке сердца происходит в следствие:

1. Аортальных пороков сердца
2. Митральных пороков сердца
3. Миокардита
4. Гипертонической болезни
5. Тиреотоксикоза

У больных эмфиземой легких тоны сердца:

1. Усиленные
2. Ослабленные
3. Не измененные
4. Отсутствуют
5. Усиление I тона на верхушке

Звучность обоих тонов сердца усиливается в случае:

1. Эмфиземы легких
2. Экссудативного плеврита слева

3. Анемии
4. Чрезмерного развития подкожной жировой клетчатки
5. Накопления жидкости в полости перикарда

Ослабление I тона на верхушке характерно для всех заболеваний, кроме:

1. Миокардита
2. Недостаточности митрального клапана
3. Тиреотоксикоза
4. Эмфиземы легких
5. Накопления жидкости в полости перикарда

Ослабление I тона на верхушке сердца характерно для:

1. Миокардита
2. Митрального стеноза
3. Тиреотоксикоза
4. Анемии
5. Физической нагрузки

Ослабление I тона на верхушке сердца характерно для:

1. Недостаточности митрального клапана
2. Митрального стеноза
3. Тиреотоксикоза
4. Анемии
5. Физической нагрузки

Ослабление I тона на верхушке сердца характерно для:

1. Эмфиземы легких
2. Митрального стеноза
3. Тиреотоксикоза
4. Анемии
5. Физических упражнений

Ослабление I тона на верхушке характерно для:

1. Митрального стеноза
2. Тиреотоксикоза
3. Анемии
4. Физических упражнений
5. Накопления жидкости в полости перикарда

Чем характеризуется акцент II тона над аортой:

1. Усилением II тона по сравнению с I тоном над аортой
2. Усилением II тона над аортой по сравнению со II тоном над легочным стволом

3. Усилением II тона над аортой по сравнению с I тоном на верхушке сердца
4. Ослаблением II тона над аортой по сравнению со II тоном на верхушке сердца
5. Усилением II тона над аортой по сравнению со II тоном на верхушке сердца

Акцент II тона над аортой выслушивается в случае:

1. Недостаточности полулунных клапанов аорты
2. Стеноза устья аорты
3. Артериальной гипертензии
4. Повышения давления в малом круге кровообращения
5. Артериальной гипотензии

Чем характеризуется акцент II тона над легочным стволом:

1. Усилением II тона по сравнению с I тоном над легочным стволом
2. Усилением II тона над легочным стволом по сравнению со II тоном над аортой
3. Усилением II тона над легочным стволом по сравнению со II тоном на верхушке сердца
4. Усилением II тона над легочным стволом по сравнению с I тоном на верхушке сердца
5. Усилением II тона над легочным стволом по сравнению с I тоном над аортой

О чем свидетельствует акцент II тона над легочным стволом:

1. О повышении давления в большом круге кровообращения
2. О повышении давления в малом круге кровообращения
3. О недостаточности полулунных клапанов легочного ствола
4. О стенозе устья аорты
5. О недостаточности правого предсердно-желудочкового клапана

Чем отличается расщепление сердечных тонов от их раздвоения:

1. В случае расщепления тонов пауза между компонентами тона большая, чем в случае раздвоения
2. В случае расщепления тонов пауза между компонентами тона меньшая, чем в случае раздвоения
3. Не отличается
4. Расщепление тонов воспринимается как два отдельных тона
5. Расщепление воспринимается как один тон

О раздвоении сердечных тонов говорят, если пауза между компонентами (или парами компонентов) составляет:

1. 0,01-0,03 с
2. 0,03-0,04 с
3. 0,03-0,05 с
4. 0,05-0,07 с
5. 0,15-0,02 с

Первый сердечный тон усиливается при

1. Тиреотоксикозе
2. Гипертермии

3. Стенозе левого предсердно-желудочкового отверстия
4. Анемии
5. Во всех вышеперечисленных случаях

Для какой патологии характерен ритм перепела:

1. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
2. Недостаточности митрального клапана
3. Выраженной сердечной недостаточности
4. Пароксизмальной тахикардии
5. Брадикардии

В какой части диастолы выслушивается протодиастолический шум:

1. В начале
2. В середине
3. В конце
4. Занимает всю диастолу
5. Занимает 2/3 диастолы

В какой части диастолы возникает мезодиастолический шум:

1. В начале
2. В середине
3. В конце
4. Занимает всю диастолу
5. Перед систолой

Для каких заболеваний характерны органические шумы сердца:

1. Пороков сердца
2. Артериальной гипертензии
3. Анемии
4. Миокардиодистрофии
5. Тиреотоксикоза

Для каких патологических состояний характерно появление функциональных шумов сердца:

1. Приобретенных пороков сердца
2. Врожденных пороков сердца
3. Инфаркта миокарда
4. Анемии
5. Стенокардии

Как изменяются органические шумы после физической нагрузки:

1. Усиливаются
2. Ослабляются

3. Исчезают
4. Не изменяются
5. Изменяется место выслушивания шума

Как изменяются функциональные шумы во время физической нагрузки:

1. Усиливаются
2. Ослабляются или исчезают
3. Не изменяются
4. Резко усиливаются
5. Улучшается проводимость шума в другие точки

Какой органический шум напоминает кошачье мурлыканье во втором межреберном промежутке справа возле грудины:

1. Систолический шум вследствие недостаточности митрального клапана
2. Диастолический шум вследствие стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
3. Систолический шум вследствие стеноза аортального отверстия
4. Диастолический шум вследствие недостаточности полулунных клапанов аорты
5. Систолический шум вследствие недостаточности трикуспидального клапана

Функциональный систолический шум отличается от органического тем, что:

1. На него не влияет фаза дыхания
2. Он грубый, громкий, продолжительный
3. Не изменяется вследствие физической нагрузки
4. Не имеет зон проведения (где возникает, там и выслушивается)
5. Напоминает кошачье мурлыканье

Анемический (гидремический) шум чаще бывает:

1. Систолическим
2. Диастолическим
3. Протодиастолическим
4. Пресистолическим
5. Мезодиастолическим

Шум трения перикарда возникает в случае:

1. Уремии
2. Гидроперикарда
3. Бычьего сердца (кардиомегалии)
4. Стенокардии
5. Трения листков перикарда с висцеральной плеврой

Где лучше всего выслушивается шум трения перикарда?

1. На верхушке сердца

2. Во втором межреберном промежутке справа
3. Во втором межреберном промежутке слева
4. В области абсолютной тупости сердца
5. В точке Боткина-Эрба

Какое из последующих состояний образует громкий первый тон сердца:

1. AV блокада I ст.
2. Стеноз устья аорты
3. Недостаточность полулунных клапанов аорты
4. Блокада левой ножки пучка Гиса
5. Ничего из выше упомянутого

Какое из последующих состояний образует громкий первый тон сердца:

1. AV блокада I ст.
2. Стеноз устья аорты
3. Недостаточность полулунных клапанов аорты
4. Блокада левой ножки пучка Гиса
5. Стеноз митрального отверстия

Шум Грехема - Стилла можно услышать при:

1. Стенозе отверстия легочного ствола
2. Стенозе митрального отверстия
3. Недостаточности полулунных клапанов аорты
4. Стенозе устья аорты
5. Коарктации аорты

Акцент второго тона сердца над легочным стволом выслушивается при:

1. Стенозе устья легочной артерии
2. Стенозе устья аорты
3. Легочной гипертензии
4. Тиреотоксикозе
5. Артериальной гипертензии

Первый тон сердца усиливается при всех условиях, кроме:

1. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
2. Анемии
3. Недостаточности митрального клапана
4. Артериальной гипертензии
5. У молодых пациентов

При каком пороке сердца выслушивается шум Флинта:

1. Недостаточность митрального клапана

2. Недостаточность полулунных клапанов аорты
3. Стеноз устья аорты
4. Стеноз устья легочной артерии
5. Ничего из выше упомянутого

При стенозе устья аорты второй тон у основания сердца следует характеризовать как:

1. Усиленный
2. Неизменный
3. Раздвоенный из-за сниженного выброса крови желудочками
4. Ослабленный
5. Раздвоенный при физической нагрузке

Уменьшение сердечного выброса связано с:

1. Микседемой
2. Стенозом митрального отверстия
3. Фибрилляцией предсердий
4. Сердечной недостаточностью
5. Со всеми указанными причинами

Какая частота пульса в норме у взрослых людей:

1. 70-100 в 1 мин
2. 50-70 в 1 мин
3. 50-90 в 1 мин
4. 60-100 в 1 мин
5. 50-80 в 1 мин

Что такое анакрота:

1. Пульсовое давление
2. Восходящее колено сфигмограммы
3. Медленный пульс
4. Скорость распространения пульсовой волны
5. Нисходящее колено сфигмограммы

Что такое болезнь Такаюсу:

1. Аортальный порок сердца
2. Митральный порок сердца
3. Врожденный порок сердца
4. Коарктация аорты
5. Облитерирующий артериит крупных сосудов, которые отходят от дуги аорты

Что такое альтернирующий пульс:

1. Чередующиеся пульсовые волны разного наполнения

2. Пульсовые волны одинакового наполнения
3. Разные интервалы между пульсовыми волнами
4. Большие интервалы между пульсовыми волнами
5. Несоответствие количества пульсовых волн числу сердечных сокращений

Что такое pulsus differens:

1. Разный пульс на обеих руках
2. Чередование больших и малых пульсовых волн
3. Разность между количеством сердечных сокращений и пульсовых ударов
4. Выпадение отдельных пульсовых ударов
5. Пульс у больных с эмбриокардией

Что такое дефицит пульса:

1. Чередование больших и малых волн
2. Разный пульс на обеих конечностях
3. Разность между количеством сердечных сокращений и пульсовых ударов
4. Пульс у больных с эмбриокардией
5. Разный пульс на верхних и нижних конечностях

Для какого заболевания характерный нитевидный пульс:

1. Атеросклероза
2. Хронической сердечной недостаточности
3. Острой сосудистой недостаточности
4. Эндартериита
5. Гипертонической болезни

Для какого заболевания характерен pulsus celer et altus:

1. Артериальной гипертензии
2. Недостаточности левого предсердно-желудочкового клапана
3. Недостаточности полулунных клапанов аорты
4. Сердечной недостаточности
5. Гипотензии

Что такое сфигмограмма:

1. Графическая регистрация пульса
2. Графическая регистрация потенциалов миокарда
3. Графическая регистрация потенциалов желудка
4. Графическая регистрация потенциалов мозга
5. Графическая регистрация потенциалов легких

Сфигмограмма используется в диагностике:

1. Аортальных пороков

2. Митральных пороков
3. Трикуспидальных пороков
4. Пневмонии
5. Инфаркта миокарда

Сфигмограмма используется для определения:

1. Скорости распространения пульсовой волны
2. Дыхательных объемов
3. Функции проводимости миокарда
4. Функции возбудимости миокарда
5. Функции автоматизма миокарда

Дикротический зубец имеется:

1. на сфигмограмме
2. на ЭКГ
3. на ФКГ
4. на электрогастрограмме
5. на спирограмме

Дикротический зубец отсутствует

1. при недостаточности аортальных клапанов
2. при аортальном стенозе
3. при митральном стенозе
4. при недостаточности митрального клапана
5. при незаращении овального отверстия

СФГ имеет форму «петушиного гребня»:

1. при стенозе устья аорты
2. при недостаточности полулунных клапанов аорты
3. при митральном стенозе
4. при недостаточности митрального клапана
6. при трикуспидальной недостаточности

Положительный пульс на яремных венах характерен для:

1. Недостаточности левого предсердно-желудочкового клапана
2. Стеноза устья аорты
3. Недостаточности полулунных клапанов аорты
4. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
5. Недостаточности правого предсердно-желудочкового клапана

Какая в норме верхняя граница артериального давления у здоровых людей:

1. 120/80 мм рт.ст.

2. 130/90 мм рт.ст.
3. 145/95 мм рт.ст.
4. 149/99 мм рт.ст.
5. 139/89 мм рт.ст.

Правая граница относительной тупости сердца в норме проходит:

1. Во втором межреберном промежутке справа по правому краю грудины
2. В четвертом межреберном промежутке по правому краю грудины
3. В пятом межреберном промежутке справа по среднеключичной линии
4. В шестом межреберном промежутке по левому краю грудины
5. В четвертом межреберном промежутке по левому краю грудины

Левая граница относительной тупости сердца в норме проходит:

1. Втором межреберном промежутке справа
2. В четвертом межреберном промежутке справа на 1 см снаружи от среднеключичной линии
3. В пятом межреберном промежутке на 1-1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии
4. В шестом межреберном промежутке на 1 см кнутри от среднеключичной линии
5. В пятом межреберном промежутке на 1-1,5 см снаружи от левой среднеключичной линии

Верхняя граница относительной тупости сердца в норме определяется по:

1. Верхнему краю III ребра по левой окологрудинной линии
2. Нижнему краю IV ребра по среднеключичной линии слева
3. Нижнему краю V ребра по среднеключичной линии слева
4. Нижнему краю III ребра по среднеключичной линии слева
5. Нижнему краю IV ребра по среднеключичной линии слева

Где проходит правая граница абсолютной тупости сердца в норме:

1. По нижнему краю III ребра по среднеключичной линии слева
2. По нижнему краю IV ребра по среднеключичной линии слева
3. В четвертом межреберном промежутке по левому краю грудины
4. По верхнему краю III ребра по среднеключичной линии слева
5. В четвертом межреберном промежутке по правому краю грудины

Где проходит левая граница абсолютной тупости сердца в норме:

1. На 1-1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберном промежутке
2. В шестом межреберном промежутке по среднеключичной линии
3. В четвертом межреберном промежутке по левому краю грудины
4. По передней подмышечной линии в пятом межреберном промежутке
5. В пятом межреберном промежутке на 1-1,5 см снаружи от среднеключичной линии

Верхняя граница абсолютной тупости сердца в норме определяется:

1. По нижнему краю III ребра по среднеключичной линии слева

2. На уровне хряща IV ребра по левой окологрудной линии
3. По нижнему краю V ребра по среднелюточной линии слева
4. По верхнему краю III ребра по среднелюточной линии слева
5. По верхнему краю IV ребра по среднелюточной линии слева

Ширина сосудистого пучка в норме составляет:

1. 5-6см
2. 6-8см
3. 7-9см
4. 9-12см
5. 10-14см

Смещение левой границы относительной сердечной тупости влево может быть следствием:

1. Гипертрофии и дилатации левого предсердия
2. Гипертрофии и дилатации левого желудочка
3. Гипертрофии правого и левого предсердий
4. Увеличения дуги аорты
5. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия

Смещение правой границы относительной сердечной тупости направо может быть следствием:

1. Гипертрофии левого желудочка
2. Гипертрофии левого предсердия
3. Гипертрофии правого и левого предсердий
4. Стеноза правого предсердно-желудочкового отверстия
5. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия

Для какой патологии характерно расширение размеров поперечника сердца:

1. Гипертрофии правого предсердия
2. Гипертрофии левого и правого желудочков
3. Расширения сосудистого пучка
4. Расширения дуги аорты
5. Аневризмы аорты

Патологическое увеличение площади абсолютной сердечной тупости характерно для:

1. Большой опухоли заднего средостения
2. Эмфиземы легких
3. Левостороннего пневмоторакса
4. Сухого перикардита
5. Приступа бронхиальной астмы

Увеличение площади абсолютной тупости сердца выявляется в случае:

1. Левостороннего пневмоторакса

2. Эмфиземы легких
3. Приступа бронхиальной астмы
4. Сухого перикардита
5. Воспаления передних краев легкого

Площадь абсолютной сердечной тупости увеличивается в случае:

1. Левостороннего пневмоторакса
2. Эмфиземы легких
3. Сухого перикардита
4. Сморщивания передних краев легких
5. Приступа бронхиальной астмы

Площадь абсолютной сердечной тупости патологически уменьшается в случае:

1. Сморщивания передних краев легких
2. Экссудативного перикардита
3. Эмфиземы легких
4. Больших опухолей заднего средостения
5. Аортальных пороков сердца

Талия сердца определяется углом между:

1. Правым предсердием и правым желудочком
2. Предсердиями и желудочками
3. Сосудистым пучком и левым желудочком
4. Сосудистым пучком и правым предсердием
5. Сосудистым пучком и правым желудочком

Аортальная конфигурация сердца определяется по таким признакам:

1. Талия сглажена
2. Талия выражена
3. Талия смещена
4. Верхняя граница относительной тупости сердца смещена вверх
5. Правая граница относительной тупости смещена кнаружи

Митральная конфигурация сердца определяется, если:

1. Талия сглажена
2. Талия выражена
3. Талия смещена
4. Левая граница относительной тупости сердца смещена кнутри
5. Левая граница абсолютной тупости сердца смещена кнутри

О чем свидетельствует акцент II тона над аортой:

1. О повышении давления в малом круге кровообращения

2. О повышении давления в большом круге кровообращения
3. О снижении давления в большом круге кровообращения
4. Об аортальных пороках
5. О стенозе левого предсердно-желудочкового отверстия

Появление какого дополнительного тона характерно для протодиастолического ритма галопа:

1. Тона в начале диастолы
2. Тона в середине диастолы
3. Тона в конце диастолы
4. Тона перед систолой
5. Тона в начале систолы

Отрицательный верхушечный толчок характерен для:

1. Экссудативного перикардита
2. Слипчивого перикардита
3. Миокардита
4. Сердечной недостаточности
5. Гипертензии в большом круге кровообращения

Верхушечный толчок смещается влево вследствие такой патологии:

1. Левостороннего экссудативного плеврита
2. Стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия
3. Эмфиземы легких
4. Левостороннего экссудативного плеврита
5. Аортальных пороков сердца

Пульмонология **(диагностика)**

Статический осмотр грудной клетки это:

1. Определение движений обеих половин грудной клетки;
2. Осмотр обеих половин грудной клетки вне акта дыхания;
3. Осмотр мышечного покрова грудной клетки;
4. Определение степени участия обеих половин грудной клетки в акте дыхания;
5. Определение частоты, глубины и ритма дыхания.

Динамический осмотр грудной клетки это:

1. Определение размеров обеих половин грудной клетки вне акта дыхания;
2. Осмотр мышечного покрова грудной клетки
3. Определение симметричности участия обеих половин грудной клетки в акте дыхания, частоты, глубины, ритма дыхания;
4. Осмотр обеих половин грудной клетки вне акта дыхания;

5. Определение выраженности над- и подключичных ямок с обеих сторон

Для нормостенической грудной клетки характерны такие особенности:

1. Грудная клетка напоминает цилиндр, эпигастральный угол больше 90° , расположение ребер почти горизонтальное, надключичные ямки сглажены;
2. Грудная клетка удлинена и уплощена, эпигастральный угол острый; ребра косо расположены, надключичные ямки хорошо выражены, лопатки отстают от грудной клетки;
3. Доскообразная грудная клетка, эпигастральный угол меньше 45° ;
4. Грудная клетка имеет вдавление в нижней части грудины;
5. Грудная клетка в виде конуса, передне-задний размер меньше бокового, эпигастральный угол приближается к 90° .

Характерные особенности астенической формы грудной клетки:

1. Грудная клетка напоминает цилиндр, эпигастральный угол больше 90° , расположение ребер почти горизонтальное, надключичные ямки сглажены;
2. Грудная клетка удлинена и уплощена, эпигастральный угол острый; ребра косо расположены, надключичные ямки хорошо выражены, лопатки отстают от грудной клетки;
3. Доскообразная грудная клетка, эпигастральный угол меньше 45° ;
4. Грудная клетка имеет вдавление в нижней части грудины;
5. Грудная клетка в виде конуса, передне-задний размер меньше бокового, эпигастральный угол приближается к 90° .

Характерные особенности гиперстенической формы грудной клетки:

1. Грудная клетка напоминает цилиндр, эпигастральный угол больше 90° , расположение ребер почти горизонтальное, над- и подключичные ямки сглажены, лопатки плотно прилежат к грудной клетке;
2. Грудная клетка удлинена и уплощена, эпигастральный угол острый; ребра косо расположены, надключичные ямки хорошо выражены, лопатки отстают от грудной клетки;
3. Доскообразная грудная клетка, эпигастральный угол меньше 45° ;
4. Грудная клетка имеет вдавление в нижней части грудины;
5. Грудная клетка в виде конуса, передне-задний размер меньше бокового, эпигастральный угол приближается к 90° .

Выберите вариант нормальной формы грудной клетки:

1. Эмфизематозная;
2. Коническая;
3. Паралитическая;
4. Воронкообразная;
5. Килевидная

Выберите вариант патологической формы грудной клетки:

1. Коническая;
2. Гиперстеническая;

3. Ладьевидная;
4. Астеническая
5. Нормостеническая

Какая форма грудной клетки характерна для эмфиземы легких:

1. Паралитическая;
2. Рахитическая;
3. Бочкообразная;
4. Воронкообразная;
5. Астеническая

Паралитическая грудная клетка характерна для:

1. Эмфиземы легких;
2. Пневмосклероза и карнификации легких;
3. Спондилеза;
4. Кифосколиоза;
5. Человека, который с детства тяжело работал

Характерные особенности паралитической формы грудной клетки:

1. Грудная клетка напоминает цилиндр, эпигастральный угол больше 90° , расположение ребер почти горизонтальное, надключичные ямки сглажены;
2. Грудная клетка удлинена и уплощена, эпигастральный угол острый; ребра косо расположены, надключичные ямки хорошо выражены, лопатки отстают от грудной клетки;
3. Доскообразная, ассиметричная грудная клетка, эпигастральный угол меньше 45° ;
4. Грудная клетка имеет вдавление в нижней части грудины;
5. Грудная клетка в виде конуса, передне-задний размер меньше бокового, эпигастральный угол приближается к 90° .

Какая форма грудной клетки характерна для человека, перенесшего рахит:

1. Бочкообразная;
2. Паралитическая;
3. «куриная»;
4. Ладьевидная;
5. Астеническая

Воронкообразная грудная клетка («грудь сапожника») характерна для:

1. Эмфиземы легких;
2. Туберкулеза легких;
3. Спондилеза;
4. Аномалии развития грудины;
5. Кифосколиоза.

Ладьевидная грудная клетка характерна для:

1. Рахита;
2. Туберкулеза;
3. Пневмосклероза;
4. Сирингомиелии;
5. Лордоза.

Увеличение одной из половин грудной клетки характерно для:

1. Пневмосклероза;
2. Наличия спаек в плевральной полости;
3. Бронхиальной астмы;
4. Бронхита;
5. Экссудативного плеврита

Увеличение размеров одной из половин грудной клетки встречается при:

1. развитию плевральных спаек или полном заращении плевральной щели;
2. экссудативном плеврите
3. пневмосклерозе
4. бронхите;
5. бронхопневмонии.

Уменьшение величины одной из половин грудной клетки встречается при:

1. Экссудативном плеврите;
2. Эмфиземе легких;
3. Гидропневмотораксе;
4. Одностороннем пневмосклерозе;
5. Крупозной пневмонии в стадии опеченения

Уменьшение одной половины грудной клетки характерно для:

1. Ателектаза легких;
2. Одностороннего экссудативного плеврита;
3. Эмфиземы легких;
4. Большой опухоли легких;
5. Абсцесса легких.

Надчревный угол это:

1. Эпигастральный угол;
2. Угол, под которым ребра отходят от позвоночника;
3. Угол, образованный телом грудины и ее рукояткой;
4. Угол, который образовывает грудина в яремной ямке;
5. Угол, образованный ключицей и грудиной.

Угол Людовика это:

1. Эпигастральный угол;
2. Угол, под которым ребра отходят от позвоночника;
3. Угол, образованный телом грудины и ее рукояткой;
4. Угол, который образовывает грудина в яремной ямке;
5. Угол, образованный ключицей и грудиной.

С помощью пальпации грудной клетки определяют:

1. Болезненность;
2. Бронхофонию;
3. Экскурсию нижних краев легких;
4. Высоту стояния верхушек;
5. Влажные мелкопузырчатые хрипы.

С помощью пальпации грудной клетки определяют:

1. Бронхофонию;
2. Экскурсию нижних краев легких;
3. Резистентность грудной клетки;
4. Высоту стояния верхушек легких;
5. Влажные хрипы.

С помощью пальпации грудной клетки определяют:

1. Бронхофонию;
2. Экскурсию нижних краев легких;
3. Голосовое дрожание
4. Высоту стояния верхушек легких;
5. Влажные хрипы.

Какие условия нужны для усиления голосового дрожания:

1. Расширение легких;
2. Накопление жидкости в плевральной полости;
3. Уплотнение легочной ткани;
4. Наличие воздуха в плевральной полости;
5. Пневмоторакс

Какие условия нужны для усиления голосового дрожания:

1. Расширение легких;
2. Накопление жидкости в плевральной полости;
3. Наличие полости в легком, сообщающейся с просветом бронха
4. Наличие воздуха в плевральной полости;
5. Пневмоторакс

Усиление голосового дрожания характерно для:

1. Крупозной пневмонии в стадии опеченения;
2. Экссудативного плеврита над местом проекции жидкости;
3. Приступа бронхиальной астмы;
4. Эмфиземы легких;
5. Обтурационного ателектаза.

Голосовое дрожание усиливается в случае:

1. Бронхита;
2. Приступа бронхиальной астмы;
3. Крупозной пневмонии в стадии прилива
4. Пневмоторакса;
5. При инфаркте легкого.

Какое патологическое состояние не приводит к усилению голосового дрожания:

1. Крупозная пневмония в стадии опеченения;
2. Компрессионный ателектаз;
3. Эмфизема легких;
4. Фиброзно-очаговый туберкулез легких;
5. Инфаркт легкого

Голосовое дрожание ослаблено при наличии такой патологии:

1. Инфаркт легкого;
2. Крупозная пневмония в стадии опеченения;
3. Бронхоэктатическая болезнь;
4. Эмфизема легких;
5. Над полостью, соединенной с бронхом и заполненной воздухом.

Когда встречается ослабление голосового дрожания в патологии:

1. Крупозная пневмония в стадии опеченения;
2. Обтурационный ателектаз;
3. Фиброзно-очаговый туберкулез легких;
4. Компрессионный ателектаз;
5. Инфаркт легкого

При каких патологических состояниях органов дыхания не происходит ослабления голосового дрожания:

1. Скопление жидкости в плевральной полости;
2. Скопление газа в плевральной полости;
3. Эмфизема легких;
4. Обтурационный ателектаз;
5. Компрессионный ателектаз в начальной стадии

У больных с сухим плевритом голосовое дрожание:

1. Усиленное;
2. Ослабленное;
3. Не изменено;
4. Отсутствует;
5. Резко ослабленное.

Перкуторная сфера - это:

1. Область нанесения перкуторного удара;
2. Вся область, приходящая в колебание под влиянием перкуторного удара (имеет ширину и глубину);
3. Ширина распространения перкуторного удара;
4. Глубина распространения перкуторного удара;
5. Площадь колебаний, вызванных перкуторным ударом.

Какие физические константы характерны для тупого перкуторного звука:

1. Высокий, продолжительный, тихий;
2. Низкий, продолжительный, громкий, приближающийся к тону
3. Низкий, короткий, громкий;
4. Низкий, продолжительный, тихий;
5. Высокий, тихий, короткий.

Какие физические константы характерны для ясного легочного звука:

1. Громкий, продолжительный, низкий, приближающийся к тону
2. Тихий, короткий, высокий
3. Громкий, продолжительный, высокий, приближающийся к тону
4. Громкий, продолжительный, низкий, приближающийся к шуму
5. Умеренно громкий, укороченный, высокий, приближающийся к тону

Тимпаничный звук имеет такие физические характеристики:

1. Высокий, продолжительный, тихий;
2. Низкий, продолжительный, громкий, приближающийся к тону;
3. Высокий, короткий, тихий;
4. Низкий, короткий, громкий;
5. Высокий, короткий, громкий.

Какой перкуторный звук над легкими в норме:

1. Коробочный;
2. Притупленный;
3. Ясный легочный;
4. Притуплено-тимпанический;
5. Тупой

Какой перкуторный звук возникает над пространством Траубе:

1. Тупой;
2. Притупленный;
3. Ясный легочный;
4. Тимпанический;
5. Притупленный тимпанический

Где в норме над грудной клеткой можно выслушать притупленный и тупой перкуторный звук:

1. Под лопатками;
2. Под ключицами;
3. В подмышечных областях;
4. Справа, в области размещения печени;
5. Над ключицами

Для каких патологических состояний характерен тупой звук над легкими:

1. Эмфиземы легких;
2. Крупозной пневмонии в стадии опеченения;
3. Пневмоторакса;
4. Ателектаза легкого, в начальной стадии;
5. Над опорожнившемся бронхоэктазом, каверной, абсцессом легкого

Тупой звук над легкими возникает при:

1. Эмфиземе легких;
2. Пневмотораксе;
3. Экссудативном плеврите над жидкостью;
4. Бронхите;
5. Над опорожнившимися тонкостенными кавернами

При каком патологическом состоянии над легкими во время перкуссии может определяться притупление перкуторного звука:

1. Инфаркте легкого;
2. Бронхите;
3. Пневмотораксе;
4. Бронхиальной астме;
5. Эмфиземе

Для какого из перечисленных заболеваний характерно притупление перкуторного звука:

1. Бронхиальной астмы;
2. Пневмоторакса;
3. Эмфиземы;
4. Очаговой пневмонии
5. Сливной пневмонии

При каком патологическом состоянии легких во время перкуссии определяется тимпанический звук:

1. Эмфиземе легких;
2. Пневмотораксе;
3. Крупозной пневмонии;
4. Бронхите;
5. Бронхиолите

При каком из перечисленных заболеваний во время перкуссии определяется притупленный тимпанит:

1. Эмфиземе;
2. Бронхиальной астме;
3. В начальной стадии компрессионного ателектаза легкого;
4. Пневмотораксе;
5. Бронхите

При каком заболевании во время перкуссии легких определяется коробочный звук:

1. Пневмотораксе;
2. Бронхоэктатической болезни;
3. Пневмонии;
4. Эмфиземе легких;
5. Бронхите

Какой перкуторный звук возникает в стадии прилива при крупозной пневмонии:

1. Тупой;
2. Притупленный;
3. Притупленный тимпанит
4. Ясный легочной;
5. Тимпанический

Какой перкуторный звук характерен для острого бронхита:

1. Ясный легочный;
2. Коробочный;
3. Тимпанический;
4. Притупленный;
5. Тупой

В какой последовательности проводят топографическую перкуссию:

1. Определение высоты стояние вершшек, нижних границ легких, экскурсии;
2. Сравнительная, топографическая перкуссия;
3. Поля Кренига, экскурсия нижних краев легких;
4. Нижние границы легких, сравнительная перкуссия;
5. Определение экскурсии и высоты стояния вершшек легких

Размещение верхней границы легких сзади у здоровых людей:

1. На уровне остистого отростка V шейного позвонка;
2. На уровне остистого отростка VI шейного позвонка;
3. На уровне остистого отростка VII шейного позвонка;
4. На уровне остистого отростка I грудного позвонка;
5. На уровне остистого отростка II грудного позвонка.

Высота стояния верхушек легких спереди у здоровых людей:

1. На 1-2 см выше ключицы;
2. На 3-4 см выше ключицы;
3. На уровне ключицы;
4. На 1-2 см ниже ключицы;
5. На 7 см выше ключицы.

Что такое поля Кренига:

1. Высота верхушек легких спереди;
2. Высота верхушек легких сзади;
3. Ширина верхушек легких;
4. Ширина правого легкого снизу спереди и сзади;
5. Ширина левого легкого снизу сзади

При каком заболевании верхняя граница легких определяется ниже нормального уровня:

1. Нижнедолевая пневмония;
2. Кавернозный туберкулез;
3. Ателектаз верхней доли
4. Гидротораксе;
5. Эмфиземе

Какая наиболее частая причина смещения верхней границы легких вверх:

1. Абсцесс легких;
2. Бронхопневмония;
3. Эмфизема легких;
4. Ателектаз легких;
5. Бронхит

Где в норме проходит нижняя граница легких по передней подмышечной линии:

1. Нижний край VII ребра;
2. Верхний край VI ребра;
3. Нижний край VIII ребра;
4. Верхний край IX ребра;
5. Верхний край X ребра

Где в норме проходит нижняя граница легких по средней подмышечной линии:

1. Нижний край VII ребра;
2. Нижний край VIII ребра;
3. Верхний край VIII ребра;
4. Верхний край IX ребра;
5. Нижний край X ребра

Где в норме проходит нижняя граница легких по лопаточной линии:

1. Нижний край VIII ребра;
2. Нижний край IX ребра;
3. Верхний край X ребра;
4. Верхний край XI ребра;
5. Нижний край XI ребра

Когда нижняя граница легких смещается вверх:

1. При глубоком вдохе;
2. При бронхоэктатической болезни;
3. При бронхопневмонии;
4. При очаговом туберкулезе легких;
5. При сморщивании легочной ткани в нижней доле

Для какого заболевания легких характерно смещение с одной стороны нижней границы легких вверх:

1. Крупозной пневмонии;
2. Сухого плеврита;
3. Бронхопневмонии;
4. Эмфиземы легких;
5. Бронхита

Когда нижняя граница легких смещается вверх:

1. При глубоком вдохе;
2. При экссудативном плеврите
3. У больных эмфиземой легких;
4. При бронхоэктатической болезни
5. В случае энтероптоза

Вследствие какого патологического процесса происходит двустороннее смещение нижних границ легких вверх:

1. Левостороннего экссудативного плеврита;
2. Правостороннего ателектаза легкого;
3. Правостороннего пневмоторакса;
4. Метеоризма;

5. Бронхопневмонии

Как определяется активная подвижность нижнего края легких (экскурсия):

1. Во время задержки дыхания на высоте вдоха и выдоха;
2. Во время нормального дыхания;
3. Во время задержки дыхания;
4. В фазе вдоха;
5. Во время изменения положения тела

Активная подвижность нижнего края легких уменьшается при:

1. Глубоком дыхании;
2. Эмфиземе легких;
3. Энтероптозе;
4. Физическом напряжении;
5. Одышке.

Перкуторный звук «треснувшего горшка» наиболее часто определяется над:

1. Пневмотораксом и каверной, сообщающимися с бронхом;
2. У верхней границы плеврального экссудата;
3. Областью инфильтрации легочной ткани;
4. Грудной клеткой плачущего ребенка или разговаривающего астеника;
5. Областью напряженного пневмоторакса.

Нижнюю границу левого легкого начинают определять по следующей линии:

1. Окологрудинной;
2. Задней подмышечной;
3. Передней подмышечной;
4. Лопаточной;
5. Околопозвоночной.

Для определения ширины верхушек легкого (полей Кренига) следует пользоваться следующим видом перкуссии:

1. Топографической;
2. Сравнительной;
3. Громкой;
4. Тихой опосредованной;
5. Тихой непосредственной.

Высокий тимпанит с его разновидностями (шум «треснувшего горшка», металлический звук) определяется при:

1. Эмфиземе легких
2. Обширном пневмотораксе

3. Наличии полостей, заполненных воздухом
4. Уплотнении легочной ткани
5. Снижении эластичности легочной ткани

Как еще называют везикулярное дыхание:

1. Бронхиальное;
2. Ларинготрахеальное;
3. Альвеолярное;
4. Амфорическое;
5. Металлическое

Пуэрильное дыхание:

1. Физиологически усиленное везикулярное дыхание;
2. Патологически усиленное везикулярное дыхание;
3. Физиологически усиленное бронхиальное дыхание;
4. Патологически усиленное бронхиальное дыхание;
5. Стенотическое дыхание.

Жесткое дыхание это:

1. Физиологически усиленное везикулярное дыхание;
2. Патологически усиленное везикулярное дыхание;
3. Физиологически усиленное бронхиальное дыхание;
4. Патологически усиленное бронхиальное дыхание;
5. Стенотическое дыхание

У больных эмфиземой легких выслушивается:

1. Усиленное везикулярное дыхание;
2. Ослабленное везикулярное дыхание;
3. Жесткое дыхание;
4. Патологическое бронхиальное дыхание;
5. Амфорическое дыхание.

У больных экссудативным плевритом (над жидкостью) выслушивается:

1. Усиленное везикулярное дыхание;
2. Жесткое дыхание;
3. Дыхание не выслушивается или выслушивается везикулярное ослабленное;
4. Бронхиальное дыхание;
5. Амфорическое дыхание.

Типом какого дыхания является жесткое, пуэрильное и саккодированное дыхание:

1. Бронхиального;
2. Везикулярного;

3. Бронхиально-везикулярного;
4. Амфорического;
5. Патологического бронхиального

Для какой патологии легких характерно жесткое дыхание:

1. Эмфиземы;
2. Бронхита;
3. Пневмонии;
4. Сухого плеврита;
5. Экссудативного плеврита

Какое дыхание не является усиленным везикулярным

1. Дыхание Куссмауля
2. Жесткое дыхание
3. Дыхание с удлиненным выдохом
4. Дыхание Грокка
5. Саккадированное дыхание

Когда встречается усиление везикулярного дыхания:

1. Викарная эмфизема
2. Обтурационный ателектаз
3. Эмфизема легких
4. Наличие жидкости в плевральной полости
5. Наличие газа в плевральной полости

Выберите пример ослабленного везикулярного дыхания в патологии:

1. Дыхание Куссмауля
2. Жесткое дыхание
3. Дыхание при обтурационном ателектазе
4. Дыхание с удлиненным выдохом
5. Викарная эмфизема

Где возникает бронхиальное дыхание:

1. В бронхах;
2. В альвеолах;
3. В гортани;
4. Между листками плевры;
5. В бронхиолах

В каких точках аускультации легких в норме не выслушивается бронхиальное дыхание:

1. Над трахеей;
2. Над гортанью;

3. В яремной ямке;
4. В нижних отделах легких;
5. На уровне III-IV грудных позвонков между лопатками

Какое дыхание возникает в случае уплотнения легочной ткани:

1. Патологическое бронхиальное;
2. Жесткое, везикулярное;
3. Усиленное везикулярное;
4. Ослабленное везикулярное;
5. Пуэрильное

Какие причины приводят к возникновению патологического бронхиального дыхания:

1. Бронхиальная астма;
2. Обтурационный ателектаз;
3. Эмфизема легких;
4. Бронхоэктатическая болезнь;
5. Сухой плеврит

Какое дыхание возникает при наличии больших тонкостенных бронхоэктазов:

1. Ослабленное везикулярное;
2. Усиленное везикулярное;
3. Патологическое бронхиальное;
4. Амфорическое;
5. Физиологическое везикулярное дыхание

Какое дыхание будет выслушиваться в случае очаговой пневмонии, если очаги инфильтрации размещены глубоко и далеко друг от друга:

1. Жесткое везикулярное;
2. Бронхиальное;
3. Дыхание отсутствует;
4. Амфорическое дыхание;
5. Сухие хрипы

Для какой разновидности бронхиального дыхания подходит характеристика: нежное, тихое, низкое, выслушивается над крупными полостями, заполненными воздухом

1. Амфорическое
2. Физиологическое бронхиальное
3. Патологическое бронхиальное
4. Металлическое
5. Смешанное

Для какого патологического состояния не характерно наличие бронхиального дыхания:

1. Обтурационный ателектаз
2. Уменьшение воздушности легочной ткани
3. Наличие в легких полостей, соединяющихся с просветом бронхов
4. Умеренно выраженный компрессионный ателектаз
5. Эмфиземы легких

Где возникают влажные хрипы:

1. В альвеолах;
2. В бронхах;
3. В плевральной полости;
4. В гортани;
5. Во время прохождения воздуха через голосовую щель

От чего зависит тональность и калибр влажных хрипов:

1. Частоты дыхания;
2. Характера секрета;
3. Калибра бронхов;
4. Глубины дыхания;
5. Наличия воспалительной инфильтрации вокруг бронхов

Когда возникают влажные мелкопузырчатые хрипы:

1. При наличии жидкого экссудата в мелких бронхах;
2. При наличии вязкого, густого экссудата в мелких бронхах;
3. При наличии больших каверн с жидким содержимым
4. В случае абсцесса легких;
5. Во время приступа бронхиальной астмы

Какой из известных феноменов может косвенно свидетельствовать о наличии пневмонии:

1. Сухие свистящие хрипы;
2. Сухие жужжащие хрипы;
3. Мелкопузырчатые влажные незвучные хрипы (неконсолирующие);
4. Мелкопузырчатые влажные звучные хрипы (консолирующие);
5. Жесткое дыхание

Почему влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы могут свидетельствовать о наличии бронхопневмонии:

1. Стенка бронха вследствие воспаления уплотняется;
2. Вследствие бронхита повышается проходимость бронха;
3. В пораженном бронхе собирается большое количество жидкого экссудата;
4. В случае бронхопневмонии бронх окружен участком уплотненной ткани;
5. В случае бронхопневмонии бронх сжимается уплотненной тканью легкого

Какие хрипы называют неконсолирующими:

1. Громкие влажные хрипы;
2. Негромкие влажные хрипы;
3. Сухие хрипы;
4. Шум трения плевры;
5. Свистящие хрипы

Наличие крупнопузырчатых хрипов в области верхушек легких свидетельствует о:

1. Уплотнении легочной ткани;
2. Наличии полости;
3. Воспалительной инфильтрации;
4. Бронхогенном раке;
5. Спазме бронхов.

При наличии какой патологии возникают сухие свистящие хрипы:

1. Жидкого содержимого в мелких бронхах;
2. Жидкого содержимого в крупных бронхах;
3. Каверны с жидким содержимым;
4. Вязкого секрета в бронхах;
5. Сухого плеврита

Где возникают сухие хрипы, которые напоминают жужжание:

1. В мелких бронхах;
2. В крупных бронхах;
3. В бронхиолах;
4. В легочной ткани;
5. В полости плевры при сухом плеврите

Сухие хрипы характерны для:

1. Крупозной пневмонии
2. Обструктивного бронхита;
3. Сухого плеврита;
4. Эмфиземы легких;
5. Гидропневмоторакса

Хрипы, которые возникают в легких, могут не выслушиваться, если имеется такая патология:

1. Пораженный бронх окружен участком воспалительной инфильтрации легких;
2. Экссудативный плеврит;
3. Бронхопневмония;
4. Приступ бронхиальной астмы;
5. Острый бронхит.

Где возникает крепитация:

1. В мелких бронхах;
2. В крупных бронхах;
3. В полости каверны;
4. В полости плевры;
5. В альвеолах

На какой фазе дыхания выслушивается крепитация:

1. На вдохе;
2. На выдохе;
3. На вдохе и выдохе;
4. В случае задержки дыхания;
5. На глубоком выдохе

Что лежит в основе крепитации:

1. Стенозирование просвета бронхов;
2. Наличие каверны, содержащей жидкость и воздух;
3. Разлипание на вдохе слипшихся альвеол, на стенках которых отложился фибрин;
4. Наличие бронхоэктазов, заполненных гноем;
5. Трение воспаленных участков плевры

Каким способом можно отличить шум трения плевры от влажных хрипов и крепитации:

1. Провести аускультацию на глубоком вдохе;
2. Провести аускультацию на выдохе;
3. Провести аускультацию на вдохе и выдохе;
4. Предложить больному делать дыхательные движения с закрытым ртом и носом;
5. Провести аускультацию в момент задержки дыхания

Что выслушивается у больных сухим плевритом:

1. Крепитация;
2. Сухие хрипы;
3. Шум трения плевры;
4. Влажные мелкопузырчатые хрипы;
5. Влажные крупнопузырчатые хрипы

Наличие бронхофонии характерно для:

1. Эмфиземы легких;
2. Наличие экссудата в полости плевры;
3. Пневмоторакса;
4. Уплотнения легочной ткани;
5. Обтурационного ателектаза

Наличие бронхофонии характерно для:

1. Эмфиземы легких;
2. Наличие экссудата в полости плевры;
3. Пневмоторакса;
4. Полости в легком, сообщающейся с просветом бронха;
5. Обтурационного ателектаза

Гастроэнтерология (диагностика)

Высокие цифры кислотности наиболее характерны для локализации язвы в:

1. В теле желудка
2. В луковице двенадцатиперстной кишки
3. В пищеводе
4. По малой кривизне желудка
5. По большой кривизне желудка

Какой из препаратов не является стимулятором желудочной секреции?

1. Кофеин
2. Гистамин
3. Пентагастрин
4. Атропина сульфат
5. Инсулин

Какой из перечисленных препаратов применяется в качестве стимулятора желудочной секреции:

1. Атропина сульфат
2. Ранитидин
3. Гистамин
4. Платифилин
5. Альмагель

Глубокая, методическая, скользящая пальпация по методу Образцова - Стражеско проводится в следующей последовательности:

1. Сигмовидная, слепая, восходящая, нисходящая, желудок, поперечная, селезенка, печень, почки
2. Сигмовидная, нисходящая, слепая, восходящая, желудок, поперечная, печень, селезенка, почки
3. Сигмовидная, нисходящая, слепая, восходящая, поперечная, желудок, печень, селезенка, почки
4. Слепая, сигмовидная, восходящая, нисходящая, желудок, поперечная, печень, селезенка, почки
5. Слепая, восходящая, сигмовидная, нисходящая, желудок, поперечная, печень, селезенка, почки

О каком состоянии кислотности желудка свидетельствуют показатели рН – 0,9 в теле желудка в базальную фазу секреции?

1. Гиперацидности
2. Гипоацидности

3. Нормоацидности
4. Ахилии
5. Незначительном снижении кислотности

О каком состоянии кислотности желудка свидетельствуют показатели рН – 1,9 в теле желудка в базальную фазу секреции?

1. Гиперацидности
2. Гипоацидности
3. Нормоацидности
4. Ахилии
5. Незначительном повышении кислотности

О каком состоянии кислотности желудка свидетельствуют показатели рН – 4,3 в теле желудка в базальную фазу секреции?

1. Гиперацидности
2. Гипоацидности
3. Нормоацидности
4. Ахилии
5. Незначительном повышении кислотности

О каком состоянии кислотности желудка свидетельствуют показатели рН – 7,0 в теле желудка в базальную фазу секреции?

1. Гиперацидности
2. Гипоацидности
3. Нормоацидности
4. Ахилии
5. Незначительном повышении кислотности

Колоноскопия с помощью гибких фиброэндоскопов позволяет произвести следующие манипуляции:

1. Осмотреть всю толстую кишку
2. Получить биопсийный материал
3. Выполнить несложные хирургические манипуляции
4. Осмотреть только прямую, сигмовидную и нисходящую кишки
5. Выполнить все приведенные здесь манипуляции

Пальпацию восходящей и нисходящей части ободочной кишки проводят:

1. Одной правой рукой
2. Одной левой рукой
3. Бимануальной пальпацией
4. Двойной рукой
5. Косой пальпацией

Живот имеет форму лягушечьего в случае:

1. Метеоризма
2. Беременности
3. Асцита
4. Перитонита
5. Ожирения

Какой перкуторный звук определяется при перкуссии живота здорового человека?

1. Тупой
2. Притупленный
3. Притупленный тимпанит
4. Тимпанический
5. Коробочный

Какой перкуторный звук характерный для асцита?

1. Тупой
2. Притупленный тимпанит
3. Тимпанический
4. Коробочный
5. Низкий тимпанит

Шум плеска Гиппократов может свидетельствовать о:

1. Метеоризме
2. Асците
3. Ожирении
4. Пилоростенозе
5. Отеке передней брюшной стенки

Симптом флюктуации характерный для:

1. Метеоризма
2. Асцита
3. Ожирения
4. Пилоростеноза
5. Отека передней брюшной стенки

С какого отдела толстого кишечника начинается глубокая пальпация по Образцову-Стражеско?

1. Слепой кишки
2. Поперечно-ободочной кишки
3. Восходящего отдела толстой кишки
4. Сигмовидной кишки
5. Нисходящего отдела толстой кишки

Где в норме проходит нижняя граница желудка?

1. На уровне пупка
2. На 2-3 см ниже пупка
3. На 2-3 см выше пупка
4. На 4-5 см ниже пупка
5. На 4-5 см выше пупка

Что такое ирригоскопия?

1. Эндоскопическое исследование тонкого кишечника
2. Эндоскопическое исследование толстого кишечника
3. Рентгенологическое исследование толстого кишечника
4. Рентгенологическое исследование тонкого кишечника
5. Лапароскопическое исследование брюшной полости

О чем свидетельствует положительная реакция бензидиновой пробы во время исследования кала?

1. Наличии яиц глистов
2. Наличии скрытой крови
3. Наличии желчных пигментов
4. Наличии стеркобилина
5. Наличии слизи

При каком заболевании встречается положительная реакция Грегерсена?

1. Механической желтухе
2. Раздраженном кишечнике
3. Язвенной болезни
4. Гепатите
5. Панкреатите

Появление желтухи связано с повышением содержания:

1. Желчных кислот в крови
2. Уробилиногена
3. Стеркобилиногена
4. Билирубина в крови
5. Билирубина в моче

Где в норме определяется нижняя граница печени по правой среднеключичной линии?

1. На уровне правой реберной дуги
2. На 2 см выше правой реберной дуги
3. На 2 см ниже правой реберной дуги
4. На уровне пупка

5. На 1 см выше правой реберной дуги

Размеры печени по Курлову в норме (в сантиметрах)

1. 17 x 8 x 9
2. 8 x 7 x 9
3. 9 x 8 x 7
4. 9 x 7 x 8
5. 8 x 9 x 10

Какой билирубин определяется в норме?

1. Только прямой
2. Только непрямой
3. 75% прямого от общего количества билирубина
4. 75% непрямого от общего количества билирубина
5. 25% непрямого от общего количества билирубина

Какую функцию печени характеризуют осадочные пробы?

1. Антитоксическую
2. Участие в углеводном обмене
3. Ферментообразующую
4. Белковообразующую
5. Участие в липидном обмене

Какую функцию печени можно определить во время исследования протромбина крови?

1. Белковообразующую
2. Антитоксическую
3. Участие в углеводном обмене
4. Ферментообразующую
5. Дезинтоксикационную

О чем свидетельствует повышение активности щелочной фосфатазы?

1. Холестаза
2. Нарушении углеводной функции печени
3. Нарушении антитоксической функции печени
4. Нарушении белковообразующей функции печени
5. Поражении паренхимы печени

О чем свидетельствует повышение уровня трансаминаз крови?

1. Холестаза
2. Нарушении углеводной функции печени
3. Нарушении антитоксической функции печени
4. Нарушении белковообразующей функции печени

5. Поражении паренхимы печени

С помощью какого метода изучают участие печени в жировом обмене?

1. Осадочных проб
2. Определение уровня холестерина
3. Определение ферментов крови
4. Определение белковых фракций
5. Определение протромбина

Для какого вида желтух характерно повышение общего билирубина в крови?

1. Механической
2. Гемолитической
3. Паренхиматозной
4. Всех видов желтух
5. Ни для какой желтухи

Повышение конъюгированного билирубина наблюдается в случае:

1. Гемолитической желтухи
2. Железодефицитной анемии
3. Механической желтухи
4. Гемолитической анемии
5. Пернициозной анемии

Повышение неконъюгированного билирубина наблюдается в случае:

1. Гемолитической желтухи
2. Железодефицитной анемии
3. Механической желтухи
4. Пернициозной анемии
5. В₁₂-фолиеводефицитной анемии

Какой метод обследования имеет наибольшее значение в диагностике желчно-каменной болезни?

1. Пальпация
2. Аускультация
3. Перкуссия
4. Ультразвуковое исследование
5. Дуоденальное зондирование

Сканирование печени - это исследование с помощью:

1. Радиоактивных изотопов
2. Рентгеновского излучения
3. Лапароскопии
4. Биопсии печени

5. Пневмоперитонеуму

С помощью какого метода можно прижизненно изучить морфологию печени?

1. Сканирования печени
2. Пункционной биопсии
3. Лапароскопии
4. Холецистографии
5. Спленопортографии

Как обычно получают порцию В (пузырную желчь) во время дуоденального зондирования?

1. Вытекает самостоятельно через зонд
2. После инъекции атропина
3. После введения через зонд магния сульфата
4. После введения через зонд капустного завтрака
5. После инъекции гистамина гидрохлорида

Желчь порции «В» в норме имеет цвет:

1. Желтый
2. Светло-желтый
3. Оливковый цвет
4. Золотисто-желтый
5. Оранжевый

О чем свидетельствует наличие кристаллов холестерина в желчи?

1. Нефролитиазе
2. Холелитиазе
3. Бронхолитиазе
4. Гастролитиазе
5. Эзофаголитиазе

Как называют кал с наличием большого количества жира?

1. Стеаторея
2. Мелена
3. Фрагментированный
4. Ахоличный
5. Креаторея

Для какого заболевания характерен ахоличный кал?

1. Язвенной болезни
2. Колита
3. Энтерита
4. Механической желтухи

5. Гастрита

Электрокардиография. Фонокардиография.

Что такое правильный синусовый ритм?

1. Зубец P перед любым комплексом QRS отрицательный;
2. Зубец P положительный перед каждым комплексом QRS (исключая AVR), различия R-R колеблется в пределах больше 0,10 с;
3. Зубец P перед каждым комплексом QRS положительный, различия R-R колеблется в пределах до 0,10 с;
4. Зубец P перед каждым комплексом QRS не одинаковой амплитуды и формы;
5. Не перед каждым комплексом QRS имеется зубец P, интервал R-R колеблется от 0,25 до 0,35 с.

В каком участке проводящей системы сердца в норме возникает импульс возбуждения?

1. В синусовом узле;
2. В предсердно-желудочковом узле;
3. В левой ножке пучка Гиса;
4. В правой ножке пучка Гиса;
5. В сердечных проводниковых миоцитах (волокнах Пуркинье).

Что означает выражение “зубец P синусового происхождения”?

1. Не перед каждым комплексом QRS есть зубец P;
2. Зубец P наслаивается на комплекс QRS;
3. Зубец P - перед каждым комплексом QRS, одинаковой формы и величины, положительный (кроме в AVR);
4. Зубец P есть перед каждым комплексом QRS, неодинаковой амплитуды;
5. Зубец P отрицательный перед каждым комплексом QRS.

Какой интервал ЭКГ используется для определения частоты сердечных импульсов?

1. P-Q
2. QRS
3. QRST
4. R – R
5. P QRST

Что характеризует интервал R-R?

1. Внутрипредсердную проводимость;
2. Внутрижелудочковую проводимость;
3. Предсердно-желудочковую проводимость;
4. Продолжительность сердечного цикла
5. Сокращение желудочков

Какая в норме частота сердечных импульсов?

1. 50-80 / мин;
2. 40-60 / мин;
3. 90-120/мин;
4. 100-120/мин;
5. 60-100 / мин.

Как определить вольтаж ЭКГ?

1. Измерить амплитуду R в I стандартном отведении;
2. Измерить амплитуду R во II стандартном отведении;
3. Измерить амплитуду R в III стандартном отведении;
4. Определить сумму амплитуд R в I, II, III стандартных отведениях;
5. Определить амплитуду R в грудных отведениях.

В каком стандартном отведении ЭКГ в норме наблюдается самый высокий вольтаж зубцов?

1. I;
2. II;
3. III;
4. III на высоте вдоха
5. AVL

О чем свидетельствует сниженный вольтаж ЭКГ?

1. О смещении электрической оси сердца;
2. О тахикардии;
3. О политопном ритме;
4. О гипертрофии миокарда;
5. О воспалительных и склеротических изменениях в миокарде

Электрическая ось сердца отклонена влево, если:

1. В I отведении высокий зубец R, в III - глубокий зубец S;
2. В III отведении высокий зубец R, в I - глубокий зубец S;
3. Высокий зубец R во II отведении;
4. Высокий зубец R в III отведении;
5. Высокий зубец R в AVF отведении.

Электрическая ось сердца отклонена вправо, если:

1. В I отведении высокий зубец R, в III - глубокий зубец S;
2. В III отведении высокий зубец R, в I - глубокий зубец S;
3. Высокий зубец R во II отведении;
4. Высокий зубец R в I отведении; Высокий зубец R в III отведении.
5. Высокий зубец R в AVL отведении.

Электрическая ось сердца не отклонена, если:

1. В I отведении высокий зубец R, в III - глубокий зубец S;
2. В III отведении высокий зубец R, в I - глубокий зубец S;
3. Зубец $R > S$ в I, II, III отведениях;
4. Зубец $R < S$ в I, II, III отведениях;
5. Зубец $R = S$ в I, II, III отведениях;

Какая величина угла оси сердца (угла α) на ЭКГ у людей нормостенического типа конституции?

1. $0 - 30^\circ$;
2. $31 - 70^\circ$;
3. $71 - 90^\circ$;
4. $91 - 180^\circ$;
5. $0 - (-180^\circ)$

Какая величина угла оси сердца (угла α) в случае горизонтального расположения электрической оси сердца?

1. $0 - 30^\circ$;
2. $31 - 70^\circ$;
3. $71 - 90^\circ$;
4. $91 - 180^\circ$;
5. $0 - (-180^\circ)$

Какая величина угла оси сердца (угла α) в случае вертикального расположения электрической оси сердца:

1. $0 - 30^\circ$;
2. $31 - 70^\circ$;
3. $71 - 90^\circ$;
4. $91 - 180^\circ$;
5. $0 - (-180^\circ)$

Какая величина угла оси сердца (угла α на ЭКГ) характерна для левограммы?

1. $0 - 30^\circ$;
2. $31 - 70^\circ$;
3. $71 - 90^\circ$;
4. $91 - 180^\circ$;
5. $0 - (-180^\circ)$

Какая величина угла оси сердца (угла α) на ЭКГ характерна для правограммы?

1. $0 - 30^\circ$;
2. $31 - 70^\circ$;
3. $71 - 90^\circ$;
4. $91 - 180^\circ$;

5. 0 - (-180°)

Что регистрирует зубец Р на ЭКГ?

1. Возбуждение предсердий;
2. Возбуждение желудочков;
3. Сокращение предсердий;
4. Сокращение желудочков;
5. Возбуждение ножек предсердно-желудочкового пучка

Какую проводимость регистрирует комплекс QRS?

1. Пресердно-желудочковую;
2. Внутрижелудочковую;
3. Внутрипредсердную;
4. Проводимость по правой ножке предсердно-желудочкового пучка;
5. Проводимость по левой ножке предсердно-желудочкового пучка.

Что регистрирует зубец Т на ЭКГ?

1. Возбуждение предсердий;
2. Возбуждение желудочков;
3. Направление электрической оси сердца;
4. Процесс восстановления в миокарде желудочков;
5. Сокращение предсердий?

В каком отведении зубец Т в норме всегда отрицательный?

1. I стандартном;
2. II стандартном;
3. III стандартном;
4. AVR;
5. AVF

В каком грудном отведении ЭКГ в норме у взрослых людей может наблюдаться отрицательный зубец Т?

1. V₁;
2. V₂;
3. V₃;
4. V₄;
5. V₅.

В каком отведении в норме зубец Р обязательно должен быть отрицательным?

1. I стандартном;
2. II стандартном;
3. III стандартном;
4. AVR;

5. AVF

I стандартное отведение регистрирует преимущественно потенциал:

1. Правого предсердия;
2. Правого желудочка;
3. Межжелудочковой перегородки;
4. Передней стенки левого желудочка;
5. Задней стенки левого желудочка

III стандартное отведение регистрирует преимущественно потенциал:

1. Правого предсердия;
2. Правого желудочка;
3. Межжелудочковой перегородки;
4. Передней стенки левого желудочка;
5. Задней стенки левого желудочка

Из каких отделов сердца регистрируются потенциалы в V_5 и V_6 ?

1. Правого предсердия;
2. Боковой стенки левого желудочка;
3. Правого желудочка;
4. Межжелудочковой перегородки;
5. Верхушки сердца.

Какой интервал называется электрической систолой сердца?

1. P-Q;
2. Q-T;
3. QRS;
4. R-R;
5. P-P

Что определяют с помощью таблицы Базетта?

1. Электрическую ось сердца;
2. Систолический показатель;
3. Угол α ;
4. Величину интервалов и зубцов на ЭКГ;
5. Амплитуду зубцов

О чем свидетельствует увеличение величины систолического показателя?

1. Функциональной слабости миокарда;
2. Тахикардии;
3. Политопном ритме;
4. Гипертрофии миокарда;

5. Нарушения внутрисердечной проводимости

Нормальная продолжительность зубца Р (при скорости движения ленты 50 мм/час):

1. 0,02-0,03 с;
2. 0,03-0,04 с;
3. 0,04-0,06 с;
4. 0,06-0,10 с;
5. 0,12-18 с.

Какая продолжительность комплекса QRS в норме Р (при скорости движения ленты 50 мм/час)?

1. 0,02-0,05 с;
2. 0,06-0,10 с;
3. 0,16-0,20 с;
4. 0,21-0,30 с;
5. 0,30-0,40 с

От каких конечностей отводятся потенциалы во время регистрации I стандартного отведения?

1. Верхних конечностей;
2. Нижних конечностей;
3. Правой руки и левой ноги;
- 4.левой руки и левой ноги;
- 5.левой руки и правой ноги

От каких конечностей отводятся электрические потенциалы во время регистрации II стандартного отведения?

1. Верхних конечностей;
2. Нижних конечностей;
3. Правой руки и левой ноги;
- 4.левой руки и левой ноги;
- 5.левой руки и правой ноги

От каких конечностей отводятся потенциалы во время регистрации III стандартного отведения?

1. Верхних конечностей;
2. Нижних конечностей;
3. Правой руки и левой ноги;
- 4.левой руки и левой ноги;
- 5.левой руки и правой ноги

Где определяют четвертую позицию грудного электрода?

1. С правой стороны возле грудины в четвертом межреберье;
2. С левой стороны возле грудины в четвертом межреберье;
3. По левой передней подмышечной линии;
4. На верхушке сердца;

5. По задней подмышечной линии слева

Какое грудное отведение ЭКГ в норме соответствует переходной зоне?

1. V_{1-2}
2. V_3
3. V_4
4. V_5
5. V_6

Какие признаки переходной зоны на ЭКГ?

1. Грудное отведение, в котором величины зубцов R и S одинаковые;
2. Стандартное отведение, в котором величины зубцов R и S одинаковые;
3. Усиленные однополюсные отведения, в которых величины R и S одинаковые;
4. Грудное отведение, в котором зубец R больше зубца S;
5. Грудное отведение, в котором зубец R меньше зубца S?

Какое из стандартных отведений дублирует отведение AVL?

1. I;
2. II;
3. III;
4. III стандартное на высоте вдоха;
5. II стандартное на высоте выдоха

Какое из стандартных отведений дублирует отведение AVF?

1. I;
2. II;
3. III;
4. I стандартное на высоте вдоха;
5. II стандартное на высоте выдоха

Какое из отведений ЭКГ является зеркальным отражением II стандартного отведения?

1. AVL;
2. AVF;
3. V_4 ;
4. AVR;
5. V_6 .

Каковы ЭКГ признаки гипертрофии левого предсердия?

1. В отведении V_1 увеличение второй фазы зубца P
2. Зубец P не превышает 0.10 с
3. Увеличение амплитуды зубца R в отведениях V_{1-2}

4. Уменьшение амплитуды зубца R в отведениях V_{5-6}
5. Увеличение амплитуды зубца S в отведениях V_{1-2}

Каковы ФКГ признаки стеноза устья аорты?

1. Увеличение амплитуды I тона над верхушкой сердца
2. Систолический шум ромбовидной формы
3. Увеличение амплитуды II тона над аортой
4. Диастолический шум
5. Добавочный тон в диастоле

В норме амплитуда комплекса QRS в любом из грудных отведений не должна превышать:

1. 10 мм
2. 15 мм
3. 20 мм
4. 25 мм
5. 30 мм

Определение интервала II тон - OS (тон открытия) имеет важное значение в диагностике:

1. Митрального стеноза
2. Митральной недостаточности
3. Аортального стеноза
4. Аортальной недостаточности
5. Во всех перечисленных случаях

На фонокардиограмме протодиастола определяется как интервал между:

1. Концом III тона и началом пресистола
2. Началом II тона и концом III тона
3. Началом II тона и началом пресистола
4. Началом I тона и концом III тона
5. Началом I тона и концом III тона

При записи ЭКГ в отведении AVL активный электрод располагается:

1. На правой руке
2. На левой руке
3. На правой ноге
4. На левой ноге
5. Объединенный, соединяющий левую и правую руки

Для регургитационных шумов (шумов пассивного тока крови) характерна форма:

1. Ромбовидная
2. Веретенообразная
3. Овальная

4. Убывающая
5. Лентовидная

Протодиастолический шум определяется:

1. Сразу же за I тоном
2. Между I и II тонами
3. Непосредственно перед I тоном
4. Сразу же за II тоном
5. Между II и I тонами, ближе к I тону

В норме обычно соотношение амплитуды зубцов P в стандартных отведениях следующее:

1. P_I больше P_{II} больше P_{III}
2. P_{III} больше P_{II} больше P_I
3. P_I больше P_{III} больше P_{II}
4. P_{II} больше P_I больше P_{III}
5. P_{III} больше P_I больше P_{II}

Синоаурикулярная блокада II степени с периодами Самойлова-Венкебаха характеризуется прогрессирующим:

1. Уширением зубца P
2. Сужением зубца P
3. Удлинением интервала P-R
4. Укорочением интервала P-R
5. Удлинением интервала PQ

Для экстрасистол из правого желудочка характерно наличие:

1. Глубокого и широкого зубца S_I
2. Высокого, расщепленного зубца R_{III}
3. Высокого и широкого R_{avF}
4. Всех перечисленных признаков
5. Ни одного из перечисленных признаков

Для блокады левой ножки пучка Гиса характерны все перечисленные признаки, за исключением:

1. Уширения комплекса QRS до 0,12 сек и более
2. В каждом из отведений комплексы QRST подобны между собой
3. Зубец $R > S$ в отведениях I, II, V_5, V_6
4. Конкордантность комплекса QRST
5. Дискордантность комплекса QRST

У большинства больных с желудочковой пароксизмальной тахикардией ширина комплекса QRS составляет:

1. 0,06 – 0,08 сек
2. 0,08 – 0,10 сек

3. 0,02 – 0,04 сек
4. 0,04 – 0,06 сек
5. Более 0,10 сек

В фонокардиографии пресистола определяется как отрезок:

1. От окончания зубца Р до I тона
2. От конца I тона до начала II тона
3. От начала II тона до конца III тона
4. От конца III тона до начала I тона
5. От конца III тона до окончания зубца Р

Каковы ЭКГ признаки гипертрофии левого предсердия?

1. Увеличение амплитуды зубца R в отведениях V_{5-6}
2. Двухвершинный зубец Р в отведениях I, AVL, V_{4-6}
3. Увеличение амплитуды зубца S в отведениях V_{1-2}
4. Увеличение амплитуды зубца R в отведениях V_{1-2}
5. Двухвершинный зубец Р в отведениях III, II

При скорости движения ленты 50 мм/сек каждая маленькая клеточка /1мм/ на ленте ЭКГ соответствует интервалу:

1. 0,01 сек
2. 0,02 сек
3. 0,04 сек
4. 0,1 сек
5. 0,2 сек

Для записи ЭКГ в отведении V_4 по Вильсону активный электрод устанавливают в:

1. IV межреберье слева у грудины
2. V межреберье слева у грудины
3. V межреберье по среднеключичной линии
4. IV межреберье по среднеключичной линии
5. V межреберье по передней подмышечной линии

При нормальном расположении электрической оси сердца соотношение амплитуды зубцов R в стандартных отведениях следующее:

1. R_I больше R_{II} больше R_{III}
2. R_{III} больше R_{II} больше R_I
3. R_{II} больше R_I больше R_{III}
4. R_{II} больше R_{III} больше R_I
5. R_{III} больше R_I больше R_{II}

Усиление I тона на фонокардиограмме отмечается во всех перечисленных случаях, за исключением:

1. Гипертонической болезни
2. Митрального стеноза
3. Митральной недостаточности
4. Тиреотоксикоза
5. Лиц молодого возраста

При записи ЭКГ к электроду на левой ноге подсоединяют провод:

1. Красного цвета
2. Зеленого цвета
3. Желтого цвета
4. Черного цвета
5. Белого цвета

Определение интервала Q – T тон имеет важное значение при диагностике:

1. Митральной недостаточности
2. Митрального стеноза
3. Аортальной недостаточности
4. Аортального стеноза
5. Во всех перечисленных случаях

В норме продолжительность зубца Р на ЭКГ не превышает:

1. 0,02 сек
2. 0,04 сек
3. 0,06 сек
4. 0,08 сек
5. 0,10 сек

Синусовая тахикардия может быть обусловлена:

1. Повышением тонуса симпатической нервной системы
2. Понижением тонуса блуждающего нерва
3. Ишемией в области синусового узла
4. Всеми перечисленными факторами
5. Ни одним из перечисленных факторов

Синусовая брадикардия может быть обусловлена:

1. Повышением тонуса симпатической нервной системы
2. Понижением тонуса блуждающего нерва
3. Понижением внутричерепного давления
4. Всеми перечисленными факторами
5. Ни одним из перечисленных факторов

Полная компенсаторная пауза наиболее характерна для:

1. Предсердных экстрасистол
2. Экстрасистол из А-V соединения
3. Стволовых экстрасистол
4. Суправентрикулярных экстрасистол
5. Желудочковых экстрасистол

Минимальная частота ритма при непароксизмальной (синусовой тахикардии) тахикардии:

1. 100 в 1 мин
2. 60 в 1 мин
3. 120 в 1 мин
4. 140 в 1 мин
5. 160 в 1 мин

Желудочковая пароксизмальная тахикардия может сочетаться с:

1. Мерцанием предсердий
2. Трепетанием предсердий
3. Предсердной тахикардией
4. Со всеми перечисленными предсердными ритмами
5. Подобные сочетания абсолютно невозможны

При трепетании предсердий частота предсердных волн:

1. Всегда отличается нерегулярностью
2. Стабильная для каждого больного
3. Скачкообразно ускоряется или замедляется
4. Составляет 320 в 1 мин, одинаковая у всех больных
5. Настолько велика, что не поддается измерению

Для желудочковых экстрасистол характерны все перечисленные признаки, за исключением:

1. Укорочения интервала R-R перед экстрасистолой
2. Уширения комплекса QRS более 0,10 сек
3. Конкордантности зубца Т и основного зубца комплекса QRS
4. Отсутствия экстрасистолического зубца Р
5. Полной компенсаторной паузы

Для экстрасистол из левого желудочка характерно наличие:

1. Высокого и широкого зубца R_I
2. Глубокого и широкого зубца S_{III}
3. Отсутствия зубца S в I отведении
4. Всех перечисленных признаков
5. Ни одного из перечисленных признаков

Возникновение 1 сердечного тона обусловлено:

1. Сокращением мышц желудочков
2. Закрытием митрального и трикуспидального клапанов
3. Открытием клапанов аорты и легочной артерии
4. Всеми перечисленными факторами
5. Ни одним из перечисленных факторов

При фонокардиографической записи определяются лучше, чем при аускультации:

1. III тон
2. IV тон
3. V тон
4. III и IV тоны
5. III, IV и V тоны

В норме зубец Q не должен регистрироваться в отведениях:

1. V₁, V₂
2. V₂, V₃
3. V₁ - V₃
4. V₅, V₆
5. V₄ - V₆

У здоровых людей, как правило, наблюдается положение электрической оси сердца, при котором угол альфа QRS составляет:

1. От 0 до +30°.
2. От 0 до +60°
3. От 0 до +90°
4. От 0 до +120°
5. От -30 до +120°

Ранний систолический шум определяется:

1. Сразу же за I тоном
2. Между II и I тонами
3. Перед II тоном
4. Сразу же за II тоном
5. Перед I тоном

При записи ЭКГ к электроду на левой руке подсоединяют провод:

1. Желтого цвета
2. Зеленого цвета
3. Красного цвета
4. Черного цвета
5. Белого цвета

Сфигмография – метод исследования, основанный на графической регистрации колебаний стенок:

1. Сердца
2. Центральных артерий
3. Периферических артерий
4. Вен
5. Центральных и периферических сосудов

При синхронной записи фонокардиограммы и ЭКГ I тон сердца определяется на уровне зубца:

1. P
2. Q
- 3, R
4. S
5. T

К грудным отведениям относятся:

1. AVL
2. AVF
3. I, II
4. III
5. $V_1 - V_6$

Под эктопическим водителем ритма понимают источник импульсов, расположенный:

1. В предсердиях
2. В атриовентрикулярном соединении
3. В желудочках
4. Ниже атриовентрикулярного соединения
5. Вне синусового узла

При синусовой тахикардии частота ритма в покое обычно не превышает:

1. 80 – 100 в 1 мин
2. 60 – 80 в 1 мин
3. 140 – 160 в 1 мин
4. 161 – 180 в 1 мин
5. 181 – 200 в 1 мин

Частота ритма при пароксизмальной тахикардии обычно равна:

1. 80-100 в 1 мин
2. 100-140 в 1 мин
3. 80 – 120 в 1 мин
4. 120 – 160 в 1 мин
5. 160 – 220 в 1 мин

При мерцательной аритмии предсердные волны отличаются:

1. Нерегулярностью
2. Различной формой
3. Различной амплитудой
4. Всеми перечисленными выше признаками
5. При мерцательной аритмии волны вообще отсутствуют

Полная синоаурикулярная блокада сопровождается выпадением:

1. Зубца Р
2. Комплекса QRS
3. Комплекса QRS и зубца Т
4. Зубцов PQRSТ
5. Эта блокада не выявляется при обычной записи ЭКГ

Неполная атриовентрикулярная блокада I степени на ЭКГ характеризуется:

1. Нормальной длительностью отрезка PQ
2. Укорочением длительности отрезка PQ
3. Удлинением длительности отрезка PQ
4. Уширением комплекса QRS
5. Смещением отрезка ST под изоэлектрическую линию

При мерцательной аритмии наблюдается:

1. Уширение комплекса QRS
2. Удлинением отрезка PQ
3. Укорочением комплекса QRS
4. Отсутствие зубца Р
5. Укорочением отрезка PQ

Атриовентрикулярная блокада I степени характеризуется:

1. Длительностью отрезка PQ 0,12-0,18 сек.
2. Уширением комплекса QRS свыше 0,08 сек.
3. Удлинением отрезка PQ свыше 0,20 сек.
4. Укорочением отрезка QT
5. Удлинением отрезка QT

Литературный указатель:

Основная литература

1. Пропедевтика внутрішніх хвороб. – За ред. Ю.І. Дерика.-К.: Здоров'я,

- 1998.- 504 с.
2. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней.- М.: Медицина.- 2001.- 592 с.
 3. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими.- За ред.. А.В. Єпішина.- Тернопіль: Укрмедпошта, 2001.-768 с.
 4. Яворський О.Г., Ющик Л.В. Пропедевтика внутренних болезней в Вопросах и ответах.- К.: Здоров'я, 2003.- 300 с.
 5. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней. –М.: Медицина, 2002.- 764 с.
 6. Основы семиотики заболеваний внутренних органов (Атлас).- Под ред.. Струтынского А.В., Баранова А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненкова Ю.Р. – М.: Медпресинформ, 2004. – 304 с.
 7. Гребенев А.Л. Непосредственное исследование больного. М. 2001. 300 с.

Дополнительная литература

1. Короткий В.В., Новосад А.Б. Комп'ютерні тести з пропедевтики Внутрішніх хвороб. Методи обстеження. Симптоми. – К.: Здоров'я, 2001.- 147 с.
2. Сборник задач по внутренним болезням.- Под ред.. М.И. Передерий. – К.: Здоров'я, 1998.- 157 с.
3. Пелешук А.П., Передерий М.І. Фізичні методи дослідження в клініці внутрішніх хвороб.- К.: Здоров'я, 1993
4. Внутренние болезни: Лекции для студентов и врачей.- Под ред.. Б.И.Шелудко.- Санкт-Петербург, 1992.- 529 с.
5. Внутренние болезни.- Под ред.. А.С. Сметнева, В.Г. Кукеса.- М.: Медицина, 1982.- 496 с.
6. Козловская Л.В., Николаев А.Ю. Учебное пособие по клиническим и лабораторным методам исследования.- М.: Медицина, 1984.- 288 с.
7. Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография.- М.: Медицина, 1991.- 256 с.
8. [http:// www sundays. com. ua/auscult](http://www.sundays.com.ua/auscult).
9. [http:// www. bioscience. org/atlases/heart](http://www.bioscience.org/atlases/heart)
10. [http:// www.ecg. ru](http://www.ecg.ru)

11. [http:// www. ecglibrary. com/ecghome. html](http://www.ecglibrary.com/ecghome.html)