



Розділ 1. НОРМАЛЬНА ЕКГ

1. (C, II) Електрокардіографія – це метод реєстрації:

1. Величини та напрямку електрорушійної сили збуджених ділянок міокарда
2. Поширення імпульсу по провідній системі серця
3. Величини потенціалу дії
4. Потенціалів центрів автоматизму серця

2. (C, II, I) ЕКГ може забезпечити інформацію про стан таких функцій серця:

1. Автоматизм
2. Збудження
3. Провідність
4. Рефрактерність
5. Скоротливість

3. (C, II) ЕКГ – це крива:

1. Проекції сумарного вектора збудження міокарда на вісь відведення
2. Що відображає розповсюдження імпульсу по провідній системі серця
3. Що відображає зміну величини потенціалу дії
4. Що відображає зміну електричних властивостей міокарда

4. (C, II) Основні функції АВ вузла:

1. Фізіологічна затримка імпульсів
2. Фільтрування передсердних хвиль збудження
3. Антероградне і ретроградне проведення імпульсів
4. Автоматизм
5. Скоротливість

5. (C, II, I, B) При дектрокардії в I стандартному відведенні комплекс QRS має форму:

1. qRs
2. qR
3. Rs
4. rSr'
5. rS, Qr

6. (C, II, I, B) При дектрокардії в I стандартному відведенні зубець Р:

1. Позитивний
2. Негативний
3. Двофазний (+-)

4. Двофазний (-+)

7. (I, B) При дектрокардії у відведенні aVR комплекс QRS має форму:

1. QS
2. rS
3. Qr
4. qR

8. (C, II, I, B) При дектрокардії у відведенні aVR зубець Р:

1. Негативний
2. Позитивний
3. Двофазний (+-)
4. Двофазний (-+)

9. (C, II, I, B) При дектрокардії у відведеннях V₁-V₆ зубець R:

1. Поступово збільшується від V₁ до V₆
2. Збільшується від V₁ до V₃, зменшується в V₄ і знову збільшується в V₅-V₆
3. Зменшується від V₁ до V₆
4. Збільшується від V₁ до V₄ і частково зменшується в V₅ і V₆

10. (C, II) Зубець Р на ЕКГ відображає:

1. Реполяризацію передсердь
2. Деполяризацію передсердь
3. Збудження синусового вузла
4. Закриття АВ клапанів
5. Проведення збудження по міжузлових провідних шляхах

11. (C, II, I, B) Інтервал P-Q на ЕКГ відображає проведення імпульсу:

1. По АВ вузлу
2. Від синусового вузла до АВ вузла
3. Від синусового вузла до ніжок пучка Гіса
4. По міжузлових провідних шляхах
5. Від синусового вузла до міокарда шлуночків

12. (C, II, I) Комплекс QRS на ЕКГ відображає деполяризацію:

1. Внутрішньошлуночкової провідної системи
2. Лівого шлуночка і передсердь
3. Правого шлуночка
4. Обох шлуночків
5. Передсердь



13. (С, II) Зубець Т на ЕКГ відображає деполяризацію:

1. Волокон Пуркіньє
2. Правого шлуночка і передсердь
3. Лівого шлуночка
4. Папілярних м'язів
5. Обох шлуночків

14. (С, II) Сумарний вектор деполяризації передсердь при синусовому ритмі спрямованій:

1. Ліворуч, униз, уперед
2. Праворуч, униз, уперед
3. Праворуч, угору, уперед
4. Ліворуч, угору, назад
5. Праворуч, униз, назад

15. (С, II, I, В) Сумарний вектор деполяризації шлуночків при нормальному положенні електричної осі серця спрямований:

1. Ліворуч, униз, назад
2. Ліворуч, униз, уперед
3. Праворуч, униз, уперед
4. Ліворуч, угору, назад
5. Праворуч, униз, назад

16. (С, II) Зубець q у відведеннях V₅-V₆ відображає деполяризацію:

1. Верхівки серця
2. Базальних віddлів
3. Правого шлуночка
4. Міжшлуночкової перегородки
5. Передньої стінки лівого шлуночка

17. (С, II, I) Зубець R у відведеннях V₄-V₆ відображає деполяризацію:

1. Правого шлуночка
2. Лівого шлуночка
3. Обох шлуночків
4. Базальних віddлів серця
5. Міжшлуночкової перегородки

18. (С, II, I) Електричною систолою шлуночків на ЕКГ є інтервал:

1. P-Q
2. Q-T
3. R-R
4. T-P

19. (С, II) Зубець Р при синусовому ритмі і нормальному положенні електричної осі серця завжди позитивний у відведеннях:

1. I, II, aVF, V₂-V₆

2. II, III, aVF, aVR

3. I, II, aVL, V₁

4. I, II, aVF, V₁-V₆

5. I, II, III, V₁-V₆

20. (С, II) Зубець Р при синусовому ритмі завжди негативний у відведеннях:

1. aVL

2. aVF

3. aVR

4. V₁-V₂

5. V₁

21. (С, II, I) Глибокий та широкий зубець Q або комплекс QS при нормальному положенні електричної осі серця може бути зареєстрований у здорових осіб у відведеннях:

1. aVL

2. aVR

3. aVF

4. V₂

5. I

22. (С, II, I) Амплітуда зубця R у грудних відведеннях у нормі:

1. Зростає поступово від V₁ до V₆

2. Не змінюється від V₁ по V₄ і збільшується в V₅-V₆

3. Зростає від V₁ по V₂, різко знижується в V₃-V₄ і збільшується в V₅-V₆

4. Збільшується від V₁ до V₄ і дещо зменшується в V₅ і V₆

5. Поступово збільшується від V₁ до V₅ і зменшується в V₆

23. (С, II) Переходна зона в нормі розміщена:

1. У відведеннях V₁

2. У відведеннях V₅

3. Від V₂ до V₅

4. У відведеннях V₃

24. (С, II) Зубець Т при нормальному положенні електричної осі серця у дорослих завжди позитивний у відведеннях:

1. aVL, V₁-V₂

2. II, aVR, aVF

3. aVR, V₁-V₂

4. I, II, III, V₁-V₆

5. I, II, aVF, V₂-V₆

25. (С, II, I) Вкажіть можливі положення електричної осі серця у здорової людини:

1. 30° – 69°



2. $70^\circ - 90^\circ$
3. $0^\circ - 29^\circ$
4. $0^\circ - -10^\circ$
5. $-20^\circ - -60^\circ$
6. $-10^\circ - -110^\circ$

26. (І, В) Синдром SI-SII-SIII характерний для повороту серця навколо:

1. Поздовжньої осі за годинникою стрілкою
2. Поздовжньої осі проти годинникої стрілки
3. Передньо-задньої осі за годинникою стрілкою
4. Передньо-задньої осі проти годинникої стрілки
5. Поперечної осі проти годинникої стрілки

27. (С, ІІ, І, В) Синдром QI-QII-QIII характерний для повороту серця навколо:

1. Поперечної осі проти годинникої стрілки
2. Поперечної осі за годинникою стрілкою
3. Передньо-задньої осі за годинникою стрілкою
4. Передньо-задньої осі проти годинникої стрілки
5. Поздовжньої осі проти годинникої стрілки

28. (І, В) Спайк клітин серця з швидкою відповідлю зумовлений:

1. Вихідним калієвим потоком
2. Вхідним повільним Ca^{++} – Na^+ потоком
3. Вхідним швидким натрієвим потоком
4. Вхідним потоком хлору
5. Вхідним магнієвим потоком

29. (С, ІІ, І) Комплекс QRS відповідає:

1. Абсолютній рефрактерності міокарда шлуночків
2. Відносній рефрактерності міокарда шлуночків
3. Реполяризації міокарда шлуночків
4. Періоду уразливості шлуночків

30. (С, ІІ) До центру автоматизму першого порядку належить:

1. Синусовий вузол
2. Автоматичні клітини правого передсердя
3. Автоматичні клітини лівого передсердя
4. АВ вузол
5. Пучок Гіса

31. (ІІ, І) У кардіоміоциті в стані спокою більша концентрація іонів:

1. Na^+
2. Cl^-
3. K^+
4. Ca^{++}

32. (ІІ, І, В) Концентрація якого іону в стані спокою нижча в позаклітинному середовищі, ніж у кардіоміоциті?

1. Na^+
2. Cl^-
3. K^+
4. Ca^{++}

33. (С, ІІ, І) Вектор деполяризації міжшлуночкової перегородки при нормальному положенні електричної осі серця спрямований:

1. Ліворуч, униз,перед
2. Праворуч, униз,перед
3. Праворуч, угору,перед
4. Ліворуч, угору,назад
5. Праворуч, униз,назад

34. (С, ІІ, І) Вектор деполяризації основної маси міокарда лівого шлуночка (0,04–0,05 с періоду деполяризації) спрямований:

1. Ліворуч, униз,назад
2. Праворуч, униз,перед
3. Праворуч, угору,перед
4. Ліворуч, униз,перед
5. Ліворуч, угору,перед

35. (С, ІІ, І, В) Вектор деполяризації базальних відділів шлуночків і міжшлуночкової перегородки спрямований:

1. Ліворуч, униз,перед
2. Праворуч, униз,перед
3. Праворуч, угору,перед
4. Праворуч, угору,назад
5. Ліворуч, угору,назад

36. (С, ІІ) Зубець S у відведеннях V₅–V₆ відображає деполяризацію:

1. Верхівки серця
2. Лівого шлуночка
3. Правого шлуночка
4. Міжшлуночкової перегородки
5. Базальних відділів шлуночків

37. (С, ІІ) Зубець S у відведеннях V₁–V₂ відображає деполяризацію:

1. Верхівки серця
2. Правого шлуночка
3. Лівого шлуночка
4. Міжшлуночкової перегородки
5. Базальних відділів шлуночків

**38. (II, I, B) Сегмент ST на ЕКГ відповідає:**

1. Швидкій реполяризації правого і лівого шлуночків
2. Реполяризації папілярних м'язів
3. Реполяризації волокон Пуркіньє
4. Другій фазі реполяризації шлуночків

39. (C, II, I) Вектор реполяризації правого шлуночка спрямований:

1. Ліворуч, униз, уперед
2. Праворуч, униз, уперед
3. Праворуч, униз, назад
4. Праворуч, угору, уперед

40. (C, II) Вектор реполяризації лівого шлуночка спрямований:

1. Праворуч, униз, уперед
2. Праворуч, униз, назад
3. Ліворуч, униз, уперед
4. Ліворуч, униз, назад
5. Ліворуч, угору, уперед

41. (C, II, I) Результативний вектор реполяризації обох шлуночків спрямований:

1. Праворуч, униз, уперед
2. Праворуч, униз, назад
3. Ліворуч, униз, назад
4. Ліворуч, униз, уперед
5. Ліворуч, угору, назад

42. (C, II, I) При спрямуванні моментного вектора деполяризації міокарда перпендикулярно до осі ЕКГ відведення реєструється:

1. Позитивне коливання
2. Негативне коливання
3. Ізолінія
4. Позитивне і негативне коливання

43. (C, II, I) При спрямуванні моментного вектора деполяризації в бік позитивного електрода реєструється:

1. Ізолінія
2. Позитивне коливання
3. Негативне коливання
4. Позитивне і негативне коливання
5. Негативне і позитивне коливання

44. (C, II, I) При спрямуванні моментного вектора деполяризації в бік негативного електрода реєструється:

1. Ізолінія
2. Позитивне коливання
3. Негативне коливання

4. Позитивне і негативне коливання

5. Негативне і позитивне коливання

45. (C, II, I) В I стандартному відведенні:

1. Ліва рука (-) полюс, права рука (+) полюс
2. Ліва нога (+) полюс, права рука (-) полюс
3. Ліва нога (+) полюс, ліва рука (-) полюс
4. Ліва рука (+) полюс, права рука (-) полюс
5. Ліва рука (+) полюс, права нога (-) полюс

46. (C, II, I) В II стандартному відведенні:

1. Ліва рука (-) полюс, права рука (+) полюс
2. Ліва нога (+) полюс, права рука (-) полюс
3. Ліва нога (+) полюс, ліва рука (-) полюс
4. Ліва рука (+) полюс, права рука (-) полюс
5. Ліва рука (+) полюс, права нога (-) полюс

47. (C, II, I) В III стандартному відведенні:

1. Ліва рука (-) полюс, права рука (+) полюс
2. Ліва нога (+) полюс, права рука (-) полюс
3. Ліва нога (+) полюс, ліва рука (-) полюс
4. Ліва рука (+) полюс, права рука (-) полюс
5. Ліва рука (+) полюс, права нога (-) полюс

48. (C, II, I, B) У відведенні aVR:

1. Ліва рука (+) полюс, права рука і ліва нога – об'єднаний електрод Гольдбергера
2. Права рука (+) полюс, ліва рука і ліва нога – об'єднаний електрод Гольдбергера
3. Ліва нога (+) полюс, права і ліва рука – об'єднаний електрод Гольдбергера
4. Ліва рука (+) полюс, права рука (-) полюс

49. (C, II) У відведенні aVL:

1. Ліва рука (+) полюс, права рука і ліва нога – об'єднаний електрод Гольдбергера
2. Права рука (+) полюс, ліва рука і ліва нога – об'єднаний електрод Гольдбергера
3. Ліва нога (+) полюс, права і ліва рука – об'єднаний електрод Гольдбергера
4. Ліва рука (+) полюс, права рука (-) полюс

50. (C, II) У відведенні aVF:

1. Ліва рука (+) полюс, права рука і ліва нога – об'єднаний електрод Гольдбергера
2. Права рука (+) полюс, ліва рука і ліва нога – об'єднаний електрод Гольдбергера
3. Ліва нога (+) полюс, права і ліва рука – об'єднаний електрод Гольдбергера
4. Ліва рука (+) полюс, права рука (-) полюс

51. (C, II, I) Зубець R у відведеннях V₁-V₂ відображає деполяризацію:

1. Правого шлуночка



2. Лівого шлуночка
3. Міжшлуночкової перегородки
4. Базальних відділів правого шлуночка

52. (ІІ, І, В) Спонтанна діастолічна деполяризація характерна для:

1. Р-клітін синусового вузла
2. Р-клітін АВ сполучення
3. Клітич провідної системи серця
4. Р-клітін центрів автоматизму І—ІІІ порядку

53. (ІІ, І) Індекс Макруза – це відношення:

1. Тривалості інтервалу Р-О до тривалості зубця Р
2. Тривалості сегмента Р-Q до тривалості зубця Р
3. Тривалості зубця Р до тривалості сегмента Р-Q
4. Тривалості зубця Р до тривалості інтервалу Р-Q

54. (ІІ, І) У нормі індекс Макруза становить:

1. 0,7—1,1
2. 1,1—1,6
3. 1,6—2,0
4. 2,0—2,5

55. (С, ІІ) Вісь I стандартного відведення перпендикулярна до осі відведення:

1. ІІ
2. ІІІ
3. aVR
4. aVL
5. aVF

56. (С, ІІ) Вісь II стандартного відведення перпендикулярна до осі відведення:

1. І
2. ІІІ
3. aVR
4. aVL
5. aVF

57. (С, ІІ) Вісь III стандартного відведення перпендикулярна до осі відведення:

1. І
2. ІІ
3. aVR
4. aVL
5. aVF

58. (С, ІІ) Вісь відведення aVR перпендикулярна до осі відведення:

1. І
2. ІІ
3. ІІІ
4. aVL
5. aVF

59. (С, ІІ, І) Вісь відведення aVL перпендикулярна до осі відведення:

1. І
2. ІІ
3. ІІІ
4. aVR
5. aVF

60. (С, ІІ, І) Вісь відведення aVF перпендикулярна до осі відведення:

1. І
2. ІІ
3. ІІІ
4. aVR
5. aVL

61. (С, ІІ, ІІІ) III стандартне відведення відображає зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Бокової стінки лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

62. (С, ІІ, ІІІ) I стандартне відведення відображає зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Верхівки лівого шлуночка
3. Передньобазальніх відділів лівого шлуночка
4. Задньобазальніх відділів лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

63. (С, ІІ, І) При IM відведення aVF відображає зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Бокової стінки лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

64. (І, В) При IM відведення за Клетеном відображає зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Бокової стінки лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

65. (С, ІІ, І) При IM відведення V₁-V₂ відображають зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка



4. Бокової стінки лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

66. (С, II) При ІМ відведення V₃ відображає зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Бокової стінки лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

67. (С, II) При ІМ відведення V₄ відображає зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Бокової стінки лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

68. (С, II) При ІМ відведення V₅-V₆ відображають зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Бокової стінки лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

69. (С, II, I, В) При ІМ відведення А за Небом відображає зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Бокової стінки лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

70. (С, II, I) При ІМ відведення aVL відображає зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Базальніх відділів бокової стінки лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

71. (II, I, В) При ІМ відведення D за Небом відображає зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Бокової стінки лівого шлуночка
5. Базальніх відділів задньобокової стінки лівого шлуночка

72. (II, I, В) При ІМ відведення I за Небом відображає зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Нижніх відділів передньобокової ділянки лівого шлуночка
5. Бокової стінки лівого шлуночка

73. (I, В) При ІМ відведення з Слопаком і Партилою відображають зміни:

1. Передньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Нижньої стінки лівого шлуночка
5. Базальних відділів задньої стінки лівого шлуночка

74. (II, I, В) Відведення Ve відображає зміни:

1. Задньоперегородкової ділянки
2. Передньої стінки лівого шлуночка
3. Верхівки лівого шлуночка
4. Бокової стінки лівого шлуночка
5. Нижньої стінки лівого шлуночка

75. (С, II) У нормі зубець q не реєструється у відведеннях:

1. I, II, aVL
2. II, III, aVF
3. V₁-V₃
4. V₇-V₉

76. (С, II) У нормі зубець Т завжди позитивний у відведеннях:

1. I, aVL
2. I
3. II
4. III, aVF
5. II, aVR

77. (С, II) У нормі зубець Т завжди позитивний у відведеннях:

1. V₁, V₂
2. V₁-V₃
3. V₅, V₆
4. V₄-V₆

78. (С, II, I) Про низьковольтну ЕКГ йдеться у тих випадках, якщо амплітуда комплексу QRS в усіх відведеннях від кінцівок менше:

1. 5 мм
2. 7 мм



3. 10 мм
4. 12 мм

79. (С, II, I) Про низьковольтну ЕКГ йдеться у тих випадках, якщо амплітуда комплексу QRS у грудних відведеннях менше:

1. 10 мм
2. 12 мм
3. 15 мм
4. 20 мм

80. (С, II, I) У нормі депресія сегмента ST не повинна перевищувати:

1. 0,2 мм
2. 0,3 мм
3. 0,5 мм
4. 0,7 мм
5. 1,0 мм

81. (С, II, I) У нормі елевація сегмента ST у відведеннях V₁-V₃ зазвичай не перевищує:

1. 2 мм
2. 3 мм
3. 4 мм
4. 5 мм

82. (С, II, I, В) У нормі амплітуда зубця Р не повинна перевищувати:

1. 0,15 мВ
2. 0,20 мВ
3. 0,25 мВ
4. 0,30 мВ
5. 0,40 мВ

83. (С, II, I, В) У нормі тривалість зубця Р не повинна перевищувати:

1. 0,08 с
2. 0,11 с
3. 0,12 с
4. 0,13 с
5. 0,14 с

84. (С, II) У нормі амплітуда зубця q не повинна перевищувати висоту зубця R у тому ж відведенні більше ніж на:

1. 10 %
2. 20 %
3. 25 %
4. 30 %
5. 35 %

85. (С, II) У нормі тривалість зубця q не повинна перевищувати:

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

86. (С, II) Для кращого виявлення зубця Р застосовують реєстрацію ЕКГ у відведеннях за:

1. Небом
2. Слопаком і Партилою
3. Ліаном
4. Клетеном

87. (І, В) Для реєстрації відведень за Небом електрод з жовтим маркуванням проводу розташовують:

1. У II міжребер'ї по правому краю груднини
2. У II міжребер'ї по лівому краю груднини
3. На рівні верхівки серця по задній паховій лінії
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

88. (ІІ, I, В) Для реєстрації відведень за Небом електрод із червоним маркуванням проводу розміщають:

1. У II міжребер'ї по правому краю груднини
2. У II міжребер'ї по лівому краю груднини
3. На рівні верхівки серця по задній паховій лінії
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

89. (ІІ, I, В) Для реєстрації відведень за Небом електрод із зеленим маркуванням проводу розміщають:

1. У II міжребер'ї по правому краю груднини
2. У II міжребер'ї по лівому краю груднини
3. На рівні верхівки серця по задній паховій лінії
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

90. (С, II) Для запису ЕКГ в стандартних відведеннях до електрода на лівій руці приєднують провід з фішкою:

1. Червоного кольору
2. Зеленого кольору
3. Жовтого кольору
4. Чорного кольору
5. Білого кольору

91. (С, II, I) Для запису ЕКГ в стандартних відведеннях до електрода на правій руці приєднують провід з фішкою:



1. Червоного кольору
2. Зеленого кольору
3. Жовтого кольору
4. Чорного кольору
5. Білого кольору

92. (С, II) Для запису ЕКГ в стандартних відведеннях до електрода на лівій нозі присіднуйть провід з фішкою:

1. Червоного кольору
2. Зеленого кольору
3. Жовтого кольору
4. Чорного кольору
5. Білого кольору

93. (С, II) Для запису ЕКГ в стандартних відведеннях до електрода на правій нозі присіднуйть провід з фішкою:

1. Червоного кольору
2. Зеленого кольору
3. Жовтого кольору
4. Чорного кольору
5. Білого кольору

94. (С, II, I) Для запису ЕКГ одноканальним електрокардіографом до грудного електрода присіднюють провід з фішкою:

1. Червоного кольору
2. Зеленого кольору
3. Жовтого кольору
4. Чорного кольору
5. Білого кольору

95. (С, II, I) Для запису ЕКГ у відведенні V₁ диферентний електрод розміщують:

1. IV міжребер'ї по лівому краю груднини
2. IV міжребер'ї по правому краю груднини
3. V міжребер'ї по лівій серединно-ключичній лінії
4. V міжребер'ї по лівій передній пахтовій лінії
5. V міжребер'ї по лівій середній пахтовій лінії

96. (С, II) Для запису ЕКГ у відведенні V₂ диферентний електрод розміщують:

1. IV міжребер'ї по лівому краю груднини
2. IV міжребер'ї по правому краю груднини
3. V міжребер'ї по лівій серединно-ключичній лінії
4. V міжребер'ї по лівій передній пахтовій лінії
5. V міжребер'ї по лівій середній пахтовій лінії

97. (С, II) Для запису ЕКГ у відведенні V₄ диферентний електрод розміщують:

1. IV міжребер'ї по лівому краю груднини

2. IV міжребер'ї по правому краю груднини
3. V міжребер'ї по лівій серединно-ключичній лінії
4. V міжребер'ї по лівій передній пахтовій лінії
5. V міжребер'ї по лівій середній пахтовій лінії

98. (С, II) Для запису ЕКГ у відведенні V₅ диферентний електрод розміщують:

1. У IV міжребер'ї по лівому краю груднини
2. У IV міжребер'ї по правому краю груднини
3. У V міжребер'ї по лівій серединно-ключичній лінії
4. На рівні V₄ по лівій передній пахтовій лінії
5. На рівні V₄ по лівій середній пахтовій лінії

99. (С, II) Для запису ЕКГ у відведенні V₆ диферентний електрод розміщують:

1. У IV міжребер'ї по лівому краю груднини
2. У IV міжребер'ї по правому краю груднини
3. У V міжребер'ї по лівій серединно-ключичній лінії
4. На рівні V₄ по лівій передній пахтовій лінії
5. На рівні V₄ по лівій середній пахтовій лінії

100. (С, II, I) У відведенні aVL диферентний електрод розміщується на:

1. Лівій нозі
2. Лівій руці
3. Правій руці
4. Правій нозі

101. (С, II, I) У відведенні aVR диферентний електрод розмішується на:

1. Лівій нозі
2. Лівій руці
3. Правій руці
4. Правій нозі

102. (С, II, I) У відведенні aVF диферентний електрод розмішується на:

1. Лівій нозі
2. Лівій руці
3. Правій руці
4. Правій нозі

103. (С, II, I) В I стандартному відведенні диферентний електрод розміщується на:

1. Лівій нозі
2. Лівій руці
3. Правій руці
4. Правій нозі

104. (С, II, I, B) У II стандартному відведенні диферентний електрод розмішується на:



1. Лівій нозі
2. Лівій руці
3. Правій руці
4. Правій нозі

105. (С, II, I, В) У III стандартному відведенні індиферентний електрод розміщується на:

1. Лівій нозі
2. Лівій руці
3. Правій руці
4. Правій нозі

106. (С, II, I) У I стандартному відведенні індиферентний електрод розміщується на:

1. Лівій нозі
2. Лівій руці
3. Правій руці
4. Правій нозі

107. (С, II, I, В) У II стандартному відведенні індиферентний електрод розмішується на:

1. Лівій нозі
2. Лівій руці
3. Правій руці
4. Правій нозі

108. (С, II, I, В) У III стандартному відведенні індиферентний електрод розміщується на:

1. Лівій нозі
2. Лівій руці
3. Правій руці
4. Правій нозі

109. (С, II, I, В) У відведенні aVR індиферентним електродом є:

1. Електрод на лівій руці
2. Електрод на правій руці
3. Електрод на лівій нозі
4. Електрод на правій нозі
5. Об'єднаний електрод Гольдбергера

110. (С, II, I, В) У відведенні aVL індиферентним електродом є:

1. Електрод на лівій руці
2. Електрод на правій руці
3. Електрод на лівій нозі
4. Електрод на правій нозі
5. Об'єднаний електрод Гольдбергера

111. (С, II, I, В) У відведенні aVF індиферентним електродом є:

1. Електрод на лівій руці
2. Електрод на правій руці

3. Електрод на лівій нозі
4. Електрод на правій нозі
5. Об'єднаний електрод Гольдбергера

112. (С, II, I) У грудних однополюсних відвedenнях індиферентним електродом є:

1. Електрод на лівій руці
2. Електрод на правій руці
3. Електрод на лівій нозі
4. Електрод на правій нозі
5. Об'єднаний електрод Гольдбергера
6. Об'єднаний електрод Вільсона

113. (С, II, I) Зміну електрорушайної сили серця у фронтальній площині реєструють відвedenня:

1. V1-V6
2. I, II, III
3. I, II, III, aVR, aVL, aVF
4. За Слопаком і Партилою

114. (С, II) Зміну електрорушайної сили серця в горизонтальній площині реєструють відвedenня:

1. I, II, III, aVR, aVL, aVF
2. V1-V6
3. За Небом
4. За Слопаком і Партилою

115. (С, II, I, В) Хвиля реполяризації в шлуночках поширюється:

1. Від ендокарда до епікарда в обох шлуночках
2. Від епікарда до ендокарда в обох шлуночках
3. Від ендокарда до епікарда в лівому шлуночку і від епікарда до ендокарда в правому шлуночку
4. Від епікарда до ендокарда в лівому шлуночку і від ендокарда до епікарда в правому шлуночку

116. (С, II, I, В) Вектор реполяризації шлуночків спрямований:

1. Від епікарда до ендокарда в обох шлуночках
2. Від ендокарда до епікарда в обох шлуночках
3. Від епікарда до ендокарда в лівому шлуночку і від ендокарда до епікарда в правому шлуночку
4. Від ендокарда до епікарда в лівому шлуночку і від епікарда до ендокарда в правому шлуночку

117. (С, II, I) Інтервал P-Q менше 0,12 с зустрічається:



1. При синдромі WPW
2. При синдромі CLC
3. У ранньому дитячому віці
4. При передзбудженні шлуночків через пучок Махейма

118. (С, II) Кут альфа визначають у відведеннях:

1. Горизонтальної площини
2. Сагітальної площини
3. Фронтальної площини
4. Системи Неба

119. (С, II, I) При горизонтальному положенні електричної осі серця кут альфа становить:

1. Від 0° до -90°
2. Від 0° до $+29^{\circ}$
3. Від $+30^{\circ}$ до $+69^{\circ}$
4. Від $+70^{\circ}$ до $+90^{\circ}$
5. Від $+91^{\circ}$ до $+180^{\circ}$

120. (С, II) При вертикальному положенні електричної осі серця кут альфа становить:

1. Від 0° до -90°
2. Від 0° до $+29^{\circ}$
3. Від $+30^{\circ}$ до $+69^{\circ}$
4. Від $+70^{\circ}$ до $+90^{\circ}$
5. Від $+91^{\circ}$ до $+180^{\circ}$

121. (С, II) При відхиленні електричної осі серця праворуч кут альфа становить:

1. Від 0° до -90°
2. Від 0° до $+29^{\circ}$
3. Від $+30^{\circ}$ до $+69^{\circ}$
4. Від $+70^{\circ}$ до $+90^{\circ}$
5. Від $+91^{\circ}$ до $+180^{\circ}$

122. (С, II) При нормальному положенні електричної осі серця кут альфа становить:

1. Від 0° до -90°
2. Від 0° до $+29^{\circ}$
3. Від $+91^{\circ}$ до $+180^{\circ}$
4. Від $+70^{\circ}$ до $+90^{\circ}$
5. Від $+30^{\circ}$ до $+69^{\circ}$

123. (С, II) При відхиленні електричної осі серця ліворуч кут альфа становить:

1. Від 0° до -90°
2. Від 0° до $+29^{\circ}$
3. Від $+30^{\circ}$ до $+69^{\circ}$
4. Від $+70^{\circ}$ до $+90^{\circ}$
5. Від $+91^{\circ}$ до $+180^{\circ}$

124. (С, II, I) При запису ЕКГ зі швидкістю 25 мм/с 1 мм на паперовій стрічці відповідає:

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

125. (С, II) При запису ЕКГ зі швидкістю 50 мм/с 1 мм на паперовій стрічці відповідає:

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

126. (С, II, I) При запису ЕКГ зі швидкістю 100 мм/с 1 мм на паперовій стрічці відповідає:

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

127. (С, II) Про подовження інтервалу Р-К
йдееться в тому разі, якщо він перевищує:

1. 0,14 с
2. 0,16 с
3. 0,18 с
4. 0,20 с

128. (С, II) Про вкорочення інтервалу Р-К
йдееться в тому разі, якщо він менше:

1. 0,16 с
2. 0,14 с
3. 0,13 с
4. 0,12 с

129. (С, II, I, В) Хвиля деполяризації шлуночків
розвпсюджується:

1. Від епікарда до ендокарда в обох шлуночках
2. Від ендокарда до епікарда в обох шлуночках
3. Від ендокарда до епікарда в лівому шлуночку і від епікарда до ендокарда в правому шлуночку
4. Від епікарда до ендокарда в лівому шлуночку і від ендокарда до епікарда в правому шлуночку

130. (С, II, I, В) Вектор деполяризації шлуночків
спрямований:

1. Від епікарда до ендокарда в обох шлуночках
2. Від ендокарда до епікарда в обох шлуночках



3. Від ендокарда до епікарда в лівому шлуночку і від епікарда до ендокарда в правому шлуночку
4. Від епікарда до ендокарда в лівому шлуночку і від ендокарда до епікарда в правому шлуночку

131. (I, B) Для реєстрації відведення D за Небом диферентний електрод розміщують:

1. У II міжребер'ю по правому краю груднини
2. У II міжребер'ю по лівому краю груднини
3. По задній паховій лінії на рівні верхівки серця
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

132. (II, I, B) Для реєстрації відведення D за Небом індиферентний електрод розміщують:

1. У II міжребер'ю по правому краю груднини
2. У II міжребер'ю по лівому краю груднини
3. По задній паховій лінії на рівні верхівки серця
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

133. (II, I, B) Для реєстрації відведення A за Небом диферентний електрод розміщують:

1. У II міжребер'ю по правому краю груднини
2. У II міжребер'ю по лівому краю груднини
3. По задній паховій лінії на рівні верхівки серця
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

134. (II, I, B) Для реєстрації відведення A за Небом індиферентний електрод розміщують:

1. У II міжребер'ю по правому краю груднини
2. У II міжребер'ю по лівому краю груднини
3. По задній паховій лінії на рівні верхівки серця
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

135. (II, I, B) Для реєстрації відведення I за Небом диферентний електрод розміщують:

1. У II міжребер'ю по правому краю груднини
2. У II міжребер'ю по лівому краю груднини
3. По задній паховій лінії на рівні верхівки серця
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

136. (II, I, B) Для реєстрації відведення I за Небом індиферентний електрод розміщують:

1. У II міжребер'ю по правому краю груднини
2. У II міжребер'ю по лівому краю груднини
3. По задній паховій лінії на рівні верхівки серця
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

137. (I, B) Для реєстрації відведень S1-S4 за Слопаком і Партилою диферентний електрод розміщують:

1. У II міжребер'ю по правому краю груднини
2. У II міжребер'ю по лівому краю груднини
3. По задній паховій лінії на рівні верхівки серця
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

138. (I, B) Для реєстрації відведень S1-S4 за Слопаком і Партилою індиферентний електрод розміщують:

1. У II міжребер'ю справа від груднини
2. У II міжребер'ю зліва від груднини
3. По задній паховій лінії на рівні верхівки серця
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

139. (I, B) Для реєстрації відведень S1-S4 за Слопаком і Партилою електрод, з'єднаний з проводом червоного кольору, розміщують:

1. У II міжребер'ю по правому краю груднини
2. У II міжребер'ю зліва від груднини
3. По задній паховій лінії на рівні верхівки серця
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

140. (I, B) Для реєстрації відведень S1-S4 за Слопаком і Партилою електрод, з'єднаний з проводом жовтого кольору, розміщують:

1. У II міжребер'ю по правому краю груднини
2. У II міжребер'ю по лівому краю груднини
3. По задній паховій лінії на рівні верхівки серця
4. На верхівці серця
5. На правій нозі

141. (I, B) У відведенні D за Небом:

1. Електрод у II міжребер'ю по правому краю груднини (-) полюс, електрод на верхівці серця (+) полюс
2. Електрод у II міжребер'ю по правому краю груднини (-) полюс, електрод на верхівці серця по задній паховій лінії (+) полюс
3. Електрод по задній паховій лінії на рівні верхівки серця (-) полюс, електрод на верхівці серця (+) полюс
4. Електрод у II міжребер'ю по лівому краю груднини (-) полюс, електрод на рівні верхівки серця по задній паховій лінії (+) полюс

**142. (II, I, В) У відведенні А за Небом:**

1. Електрод у II міжреберї по правому краю груднини (-) полюс, електрод на верхівці серця (+) полюс
2. Електрод у II міжреберї по правому краю груднини (-) полюс, електрод по задній паховій лінії на рівні верхівки серця (+) полюс
3. Електрод по задній паховій лінії на рівні верхівки серця (-) полюс, електрод на верхівці серця (+) полюс
4. Електрод у II міжреберї по лівому краю груднини (-) полюс, електрод по задній паховій лінії (+) полюс

143. (II, I, В) У відведенні І за Небом:

1. Електрод у II міжреберї по правому краю груднини (-) полюс, електрод на верхівці серця (+) полюс
2. Електрод у II міжреберї по правому краю груднини (-) полюс, електрод по задній паховій лінії на рівні верхівки серця (+) полюс
3. Електрод по задній паховій лінії на рівні верхівки серця (-) полюс, електрод на верхівці серця (+) полюс
4. Електрод у II міжреберї по лівому краю груднини (-) полюс, електрод по задній паховій лінії на рівні верхівки серця (+) полюс

144. (I, В) У відведеннях S₁-S₄ за Слопаком і Партилою:

1. Електрод у II міжреберї по правому краю груднини (-) полюс, електрод на верхівці серця (+) полюс
2. Електрод у II міжреберї по правому краю груднини (-) полюс, електрод по задній паховій лінії на рівні верхівки серця (+) полюс
3. Електрод по задній паховій лінії на рівні верхівки серця (-) полюс, електрод на верхівці серця (+) полюс
4. Електрод у II міжреберї зліва від груднини (-) полюс, електрод по задній паховій лінії на рівні верхівки серця (+) полюс

145. (I, В) Для реєстрації простого ортогонального відведення Х диферентний електрод розміщують у позиції:

1. V₆
2. V_{6R}
3. V₂
4. V₂
5. V_e
6. V_{8R}

146. (I, В) Для реєстрації простого ортогонального відведення X індиферентний електрод розміщують у позиції:

1. V₆
2. V_{6R}
3. V₂
4. V₂
5. V_e
6. V_{8R}

147. (I, В) Для реєстрації простого ортогонального відведення Y диферентний електрод розміщують у позиції:

1. V₆
2. V_{6R}
3. V₂
4. V₂
5. V_e
6. V_{8R}

148. (I, В) Для реєстрації простого ортогонального відведення Y індиферентний електрод розміщують у позиції:

1. V₆
2. V_{6R}
3. V₂
4. V₂
5. V_e
6. V_{8R}

149. (I, В) Для реєстрації простого ортогонального відведення Z диферентний електрод розміщують у позиції:

1. V₆
2. V_{6R}
3. V₂
4. V₂
5. V_e
6. V_{8R}

150. (I, В) Для реєстрації простого ортогонального відведення Z індиферентний електрод розміщують у позиції:

1. V₆
2. V_{6R}
3. V₂
4. V₂
5. V_e
6. V_{8R}

151. (II, I, В) У простому ортогональному відведенні X:



1. Електрод у позиції V₂ (+) полюс, а електрод у позиції V_{8R} (-) полюс
2. Електрод у позиції V₆ (+) полюс, а електрод у позиції V_{6R} (-) полюс
3. Електрод у позиції V_e (+) полюс, а електрод у позиції V₂ (-) полюс
4. Електрод на рукоятці груднини (-) полюс, а електрод на лівій нозі (+) полюс

152. (II, I, B) У простому ортогональному відведенні Y:

1. Електрод у позиції V₂ (+) полюс, а електрод у позиції V_{8R} (-) полюс
2. Електрод у позиції V₆ (+) полюс, а електрод у позиції V_{6R} (-) полюс
3. Електрод у позиції V_e (+) полюс, а електрод у позиції V₂ (-) полюс
4. Електрод на рукоятці груднини (-) полюс, а електрод на лівій нозі (+) полюс

153. (II, I, B) У простому ортогональному відведенні Z:

1. Електрод у позиції V₂ (+) полюс, а електрод у позиції V_{8R} (-) полюс
2. Електрод у позиції V₆ (+) полюс, а електрод у позиції V_{6R} (-) полюс
3. Електрод у позиції V_e (+) полюс, а електрод у позиції V₂ (-) полюс
4. Електрод на рукоятці груднини (-) полюс, а електрод на лівій нозі (+) полюс

154. (II, I, B) У відведенні за Клетеном:

1. Електрод у позиції V₂ (+) полюс, а електрод у позиції V_{8R} (-) полюс
2. Електрод у позиції V₆ (+) полюс, а електрод у позиції V_{6R} (-) полюс
3. Електрод у позиції V_e (+) полюс, а електрод у позиції V₂ (-) полюс
4. Електрод на рукоятці груднини (-) полюс, а електрод на лівій нозі (+) полюс

155. (I, B) Для реєстрації відведення за Клетеном диферентний електрод розміщують:

1. На рукоятці груднини
2. На лівій руці
3. На лівій нозі
4. На правій руці
5. У позиції V_e

156. (I, B) Для реєстрації відведення за Клетеном індиферентний електрод розміщують:

1. На рукоятці груднини

2. На лівій руці
3. На лівій нозі
4. На правій руці
5. В позиції V_e

157. (I, B) В однополюсному стравохідному відведенні індиферентним електродом є:

1. Стравохідний електрод
2. Електрод на правій нозі
3. Електрод в позиції V₂
4. Об'єднаний електрод Вільсона

158. (II, I, B) В однополюсному стравохідному відведенні диферентним електродом є:

1. Стравохідний електрод
2. Електрод на правій нозі
3. Електрод у позиції V₂
4. Об'єднаний електрод Вільсона

159. (I, B) При реєстрації відведення за Ліаном (S₅) диферентний електрод розміщують:

1. На правій руці
2. На рукоятці груднини
3. У IV–V міжребер' по лівому краю груднини
4. На лівій руці

160. (I, B) При реєстрації відведення за Ліаном (S₅) індиферентний електрод розміщують:

1. На правій руці
2. На рукоятці груднини
3. У IV–V міжребер' по лівому краю груднини
4. На лівій руці

161. (C, II, I) У нормі у чоловіків тривалість інтервалу Q-T при ритмі 60–80 уд./хв становить:

1. 0,26–0,31 с
2. 0,32–0,37 с
3. 0,38–0,43 с
4. 0,43–0,50 с

162. (C, II, I) У нормі у жінок тривалість інтервалу Q-T при ритмі 60–80 уд./хв становить:

1. 0,25–0,29 с
2. 0,30–0,34 с
3. 0,35–0,40 с
4. 0,41–0,45 с

163. (C, II, I) Про подовження інтервалу Q-T говорять у тих випадках, коли він перевищує нормативи більше ніж на:

1. 5 %
2. 10 %



- 3. 15 %
- 4. 20 %
- 5. 25 %

164. (С, II) У нормі час внутрішнього відхилення для правого передсердя не перевищує:

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

165. (С, II) У нормі час внутрішнього відхилення для лівого передсердя не перевищує:

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

166. (С, II) У нормі час внутрішнього відхилення комплексу QRS в правих грудних відведеннях не перевищує:

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

167. (С, II) У нормі час внутрішнього відхилення комплексу QRS в лівих грудних відведеннях не перевищує:

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

168. (С, II) У нормі тривалість комплексу QRS не перевищує:

- 1. 0,06 с
- 2. 0,07 с
- 3. 0,08 с
- 4. 0,09 с
- 5. 0,10 с

169. (С, II) При збільшенні ЧСС тривалість інтервалу Q-T:

- 1. Збільшується
- 2. Зменшується
- 3. Не змінюється

170. (С, II) При збільшенні ЧСС тривалість інтервалу Р-К:

- 1. Збільшується
- 2. Зменшується
- 3. Не змінюється

171. (С, II, I, В) До грудного електрода в позиції V₁ присіднують провід з наконечником:

- 1. Жовтого кольору
- 2. Зеленого кольору
- 3. Коричневого кольору
- 4. Чорного кольору
- 5. Фіолетового кольору
- 6. Червоного кольору

172. (С, II, I, В) До грудного електрода в позиції V₂ присіднують провід з наконечником:

- 1. Жовтого кольору
- 2. Зеленого кольору
- 3. Коричневого кольору
- 4. Чорного кольору
- 5. Фіолетового кольору
- 6. Червоного кольору

173. (С, II, I, В) До грудного електрода в позиції V₃ присіднують провід з наконечником:

- 1. Жовтого кольору
- 2. Зеленого кольору
- 3. Коричневого кольору
- 4. Чорного кольору
- 5. Фіолетового кольору
- 6. Червоного кольору

174. (С, II, I, В) До грудного електрода в позиції V₄ присіднують провід з наконечником:

- 1. Жовтого кольору
- 2. Зеленого кольору
- 3. Коричневого кольору
- 4. Чорного кольору
- 5. Фіолетового кольору
- 6. Червоного кольору

175. (С, II, I, В) До грудного електрода в позиції V₅ присіднують провід з наконечником:

- 1. Жовтого кольору
- 2. Зеленого кольору
- 3. Коричневого кольору
- 4. Чорного кольору
- 5. Фіолетового кольору
- 6. Червоного кольору



176. (С, II, I, В) До грудного електрода в позиції V₆ приєднують провід з наконечником:

1. Жовтого кольору
2. Зеленої кольору
3. Коричневого кольору
4. Чорного кольору
5. Фіолетового кольору
6. Червоного кольору

177. (С, II) Кут альфа утворений електричною віссю серця і позитивною стороною відведення:

1. aVF
2. II
3. aVL
4. I
5. III

178. (С, II, I) У нормі амплітуда комплексу QRS у будь-якому з грудних відведень не перевищує:

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

179. (С, II, I, В) Потенціал спокою кардіоміоцита - це:

1. Різниця потенціалів між клітиною і позаклітинним середовищем під час систоли
2. Різниця потенціалів між клітиною і позаклітинним середовищем під час діастоли
3. Різниця потенціалів між двома сусідніми клітинами

180. (II, I, В) При нормальній роботі електрокардіографа установлюючий час повинен становити:

1. 0,01–0,02 с
2. 0,03–0,04 с
3. 0,05–0,06 с
4. 0,07–0,08 с

181. (I, В) При нормальній роботі електрокардіографа закидання запису мілівольта за межі прямого рівня не повинно перевищувати:

1. 0,1 мВ
2. 0,2 мВ
3. 0,3 мВ
4. 0,4 мВ

182. (I, В) При нормальній роботі електрокардіографа константа часу повинна становити:

1. 0,5–1,4 с
2. 1,5–2,0 с
3. 2,1–3,0 с
4. 3,1–4,0 с

183. (ІІ, I, В) Якщо переплутані проводи лівої руки і лівої ноги, то в І відведенні реєструється графіка:

1. II відведення
2. Дзеркального відображення справжнього III відведення
3. Відведення aVL
4. Відведення aVF

184. (І, В) Якщо переплутані проводи лівої руки і лівої ноги, то в ІІ відведенні реєструється графіка:

1. I відведення
2. Дзеркального відображення справжнього III відведення
3. Відведення aVL
4. Відведення aVF

185. (І, В) Якщо переплутані проводи лівої руки і лівої ноги, то в III відведенні реєструється графіка:

1. I відведення
2. Дзеркального відображення справжнього III відведення
3. Відведення aVL
4. Відведення aVF

186. (І, В) Якщо переплутані проводи лівої руки і лівої ноги, то у відведенні aVL реєструється графіка:

1. I відведення
2. Дзеркального відображення справжнього III відведення
3. II відведення
4. Відведення aVF

187. (І, В) Якщо переплутані проводи лівої руки і лівої ноги, то у відведенні aVF реєструється графіка:

1. I відведення
2. Дзеркального відображення справжнього III відведення
3. II відведення
4. Відведення aVL



188. (C, II, I) При синусовому ритмі у відведеннях V₁ зубець Р може бути:

1. Позитивний
2. Негативний
3. Двофазний (+-)
4. Двофазний (-+)

189. (C, II) При якому положенні електричної осі передсердь синусовий зубець PaVL може бути негативним?

1. При горизонтальному
2. При нормальному
3. При вертикальному
4. При відхиленні осі ліворуч

190. (C, II) При якому положенні електричної осі передсердь синусовий зубець PIII може бути негативним?

1. При нормальному
2. При вертикальному
3. При відхиленні осі ліворуч
4. При відхиленні осі праворуч

191. (II, I, В) При появі навідних струмів у відведеннях I і II та відсутності їх у відведенні III необхідно перевірити контакт електрода зі шкірою на:

1. Лівій руці
2. Правій руці
3. Лівій нозі
4. Правій нозі

192. (II, I, В) При появі навідних струмів у відведеннях I і III та відсутності їх у відведенні II необхідно перевірити контакт електрода зі шкірою на:

1. Правій руці
2. Лівій руці
3. Лівій нозі
4. Правій нозі

193. (II, I, В) При появі навідних струмів у відведеннях II і III та відсутності їх у відведенні I необхідно перевірити контакт електрода зі шкірою на:

1. Правій руці
2. Лівій руці
3. Лівій нозі
4. Правій нозі

194. (I, В) Якщо навідні струми великої амплітуди реєструються у відведеннях II і III, але

відсутні у відведенні I, обрив слід шукати в проводі від:

1. Правої руки
2. Лівої руки
3. Лівої ноги
4. Правої ноги

195. (II, I, В) Якщо навідні струми великої амплітуди реєструються у відведеннях I і II, але відсутні у відведенні III, обрив слід шукати в проводі від:

1. Правої руки
2. Лівої руки
3. Лівої ноги
4. Правої ноги

196. (II, I, В) Якщо навідні струми великої амплітуди реєструються у відведеннях I і III, але відсутні у відведенні II, обрив слід шукати в проводі від:

1. Правої руки
2. Лівої руки
3. Лівої ноги
4. Правої ноги

197. (C, II, I, В) Якщо переплутані проводи верхніх кінцівок, то у відведенні I реєструється графіка:

1. Відведення II
2. Відведення III
3. Дзеркального відображення справжнього I відведення
4. Відведення aVR
5. Відведення aVL

198. (C, II, I, В) Якщо переплутані проводи верхніх кінцівок, то у відведенні II реєструється графіка:

1. Відведення III
2. Дзеркального відображення справжнього I відведення
3. Відведення aVR
4. Відведення aVL

199. (II, I, В) Якщо переплутані проводи верхніх кінцівок, то у відведенні III реєструється графіка:

1. Відведення II
2. Дзеркального відображення справжнього I відведення
3. Відведення aVR
4. Відведення aVL



200. (ІІ, І, В) Якщо переплутані проводи верхніх кінцівок, то у відведеннях aVR реєструється графіка:

1. Відведення II
2. Відведення III
3. Дзеркального відображення справжнього I відведення
4. Відведення aVL

201. (ІІ, І, В) Якщо переплутані проводи верхніх кінцівок, то у відведеннях aVL реєструється графіка:

1. Відведення II
2. Відведення III
3. Дзеркального відображення справжнього I відведення
4. Відведення aVR

202. (І, В) Якщо переплутані проводи правої руки і лівої ноги, то у відведеннях II реєструється графіка:

1. Відведення I
2. Відведення III
3. Дзеркального відображення справжнього II відведення
4. Відведення aVR
5. Відведення aVF

203. (І, В) Якщо переплутані проводи правої руки і лівої ноги, то у відведеннях aVR реєструється графіка:

1. Відведення I
2. Відведення III
3. Дзеркального відображення справжнього II відведення
4. Відведення aVF

204. (І, В) Якщо переплутані проводи правої руки і лівої ноги, то у відведеннях aVF реєструється графіка:

1. Відведення I
2. Відведення III
3. Дзеркального відображення справжнього II відведення
4. Відведення aVR

205. (І, В) Якщо переплутані проводи правої руки і лівої ноги, то у відведеннях I реєструється графіка:

1. Відведення aVF
2. Дзеркального відображення справжнього II відведення

3. Відведення aVR

4. Дзеркального відображення справжнього відведення III

206. (І, В) Якщо переплутані проводи правої руки і лівої ноги, то у відведеннях III реєструється графіка:

1. Відведення aVF
2. Дзеркального відображення справжнього відведення II
3. Відведення aVR
4. Дзеркального відображення справжнього відведення I

207. (С, ІІ, І, В) Початкова частина зубця Р (перші 0,02 с) відображає деполяризацію:

1. Верхньої і середньої частини правого передсердя
2. Нижньої частини правого передсердя
3. Міжпередсердної перегородки і частини лівого передсердя
4. Тільки лівого передсердя

208. (С, ІІ, І, В) Кінцева частина зубця Р (останні 0,02–0,03 с) відображає деполяризацію:

1. Верхньої і середньої частини правого передсердя
2. Нижньої частини правого передсердя
3. Міжпередсердної перегородки і частини лівого передсердя
4. Тільки лівого передсердя

209. (С, ІІ, І, В) Середня частина зубця Р (0,03–0,07 с) відображає деполяризацію:

1. Верхньої і середньої частини правого передсердя
2. Нижньої частини правого передсердя
3. Міжпередсердної перегородки і частини лівого передсердя
4. Тільки лівого передсердя

210. (І, В) Потенціал дії міокардальної клітини – це:

1. Швидка деполяризація клітинної мембрани
2. Деполяризація і подальша реполяризація клітинної мембрани
3. Деполяризація клітин міокарда передсердь або шлуночків
4. Реполяризація клітин міокарда передсердь або шлуночків

**211. (І, В) Сегмент Р-Та на ЕКГ відображає:**

1. Збудження синоатріального вузла
2. Деполяризацію передсердь
3. Другу фазу реполяризації міокарда передсердь
4. Кінцеву фазу реполяризації передсердь

212. (І, В) Зубець Та на ЕКГ відображає:

1. Збудження синоатріального вузла
2. Деполяризацію передсердь
3. Другу фазу реполяризації міокарда передсердь
4. Кінцеву фазу реполяризації передсердь

213. (С, ІІ) При аналізі передсердної частини ЕКГ необхідно враховувати:

1. Форму зубця Р
2. Амплітуду зубця Р
3. Тривалість зубця Р
4. Лівопередсердний і правопередсердний час внутрішнього відхилення
5. Положення електричної осі зубця Р
6. Тривалість інтервалу P-R



Розділ 2. ЕКГ ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ І ШЛУНОЧКІВ

214. (C, II) Найбільш об'єктивну інформацію про гіпертрофію міокарда забезпечує:

1. Електрокардіографія
2. ЕхоКГ
3. Апекскардіографія
4. Реографія
5. Флебографія

215. (C, II, I) При ЕКГ-діагностиці гіпертрофії віddлів серця слід враховувати:

1. Амплітуду зубців ЕКГ, що відображають деполяризацію міокарда віddлів серця
2. Положення електричної осі комплексу QRS або зубця Р
3. Уповільнення деполяризації гіпертрофованого віddлів серця
4. Час внутрішнього відхилення
5. Зміни реполяризації
6. Наявність порушень серцевого ритму

216. (II, I, В) Які з наведених ЕКГ-ознак можуть бути зумовлені гіпертрофією міокарда шлуночків серця?

1. Збільшення зубців R в прямих відведеннях
2. Поглиблення зубців S в реципрокних відведеннях
3. Поглиблення і збільшення тривалості зубця Q $> 0,04$ с
4. Збільшення часу внутрішнього відхилення в прямих відведеннях

217. (C, II) Прямыми ознаками гіпертрофії міокарда шлуночків можна вважати:

1. Збільшення амплітуди зубців Р
2. Збільшення амплітуди зубців S
3. Збільшення амплітуди зубців R і S
4. Подовження інтервалу Q-T
5. Збільшення тривалості комплексу QRS $> 0,12$ с

218. (C, II) При ЕКГ-діагностиці гіпертрофії міокарда передсердь слід враховувати:

1. Амплітуду зубців Р
2. Тривалість зубців Р
3. Положення електричної осі зубця Р
4. Право- і лівопередсердний час внутрішнього відхилення

5. Форму зубців Р

6. Наявність внутрішньо- і міжпередсердних блокад

219. (C, II, I) Які показники слід брати до уваги при ЕКГ-діагностиці гіпертрофії міокарда передсердь?

1. Амплітуду зубців Р
2. Тривалість зубців Р
3. Положення електричної осі зубця Р
4. Право- і лівопередсердний час внутрішнього відхилення
5. Форму зубців Р
6. Положення сегмента ST

220. (C, II, I) При гіпертрофії лівого шлуночка збільшення тривалості часу внутрішнього відхилення до 0,06 с може реєструватися у відведеннях:

1. V₁-V₂
2. V₂-V₃
3. V₃-V₄
4. V₅-V₆

221. (I, В) Для гіпертрофії правого шлуночка характерні такі ознаки:

1. RV₁ + SV₅ не менше 10,5 мм
2. RaVR не менше 5 мм
3. RV₅ < 5 мм
4. Перехідна зона у відведеннях V₂
5. RV₁/SV₁ > 1

222. (I, В) При фізіологічній гіпертрофії правого шлуночка у спортсменів реєструється:

1. Збільшення RV₁ не менше 7 мм, RV₁ + SV₅ не менше 10,5 мм, SV₅ не менше 7 мм
2. Збільшення тривалості комплексу QRS
3. Збільшення часу внутрішнього відхилення у відведеннях V₁-V₂
4. Зміщення вниз сегмента ST у відведеннях V₁-V₂
5. Інверсія зубця Т у відведеннях V₁-V₂

223. (C, II) При гіпертрофії правого шлуночка подовження часу внутрішнього відхилення до 0,06 с може реєструватися у відведеннях:



1. V₁
2. V₂
3. V₃
4. V₄

224. (I, B) При гіпертрофії правого шлуночка можна виявити такі ознаки:

1. Відхилення електричної осі серця ліворуч
2. Глибокі зубці S у відведеннях V₅, V₆
3. Поворот серця навколо поздовжньої осі за годинниковою стрілкою
4. Шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу Rs
5. Високий зубець R у відведенні V₁

225. (C, II) Для вираженої гіпертрофії правого шлуночка характерні такі ознаки:

1. Амплітуда зубців R у відведенні V₁ не менше 7 мм
2. Амплітуда зубців S у відведеннях V₁, V₂ ≥ 21 мм
3. Амплітуда зубців S у відведеннях V₅, V₆ не менше 7 мм
4. Поворот серця навколо поздовжньої осі за годинниковою стрілкою
5. Відхилення електричної осі серця праворуч не менше +110 °
6. Дискордантність сегмента ST і зубця T ведучому зубцю комплексу QRS у відведеннях V₁-V₂

226. (I, B) Для вираженої гіпертрофії правого шлуночка характерні такі ознаки:

1. Амплітуда зубців R у відведенні V₁ не менше 7 мм
2. Амплітуда зубців S у відведеннях V₅, V₆ не менше 7 мм
3. Поворот серця навколо поздовжньої осі за годинниковою стрілкою
4. Відхилення електричної осі серця праворуч не менше +110 °
5. Дискордантність сегмента ST і зубця T ведучому зубцю комплексу QRS у відведеннях V₁-V₂
6. Амплітуда зубців R у відведенні V₅ > 25 мм

227. (C, II) Для гіпертрофії лівого передсердя характерно:

1. Збільшення тривалості зубців P у відведеннях I, II, aVL, V₅, V₆
2. Двогорбі зубці P у відведеннях I, II, aVL, V₅, V₆
3. Відхилення електричної осі зубця P ліворуч
4. Зубець P у відведенні V₁ двофазний з перевагою амплітуди і тривалості негативної фази
5. Висока амплітуда зубців P у відведеннях I, II, aVL, V₅, V₆

6. Збільшення амплітуди P у відведеннях II, III, aVF

228. (I, B) Для гіпертрофії лівого передсердя характерні такі ознаки:

1. Збільшення тривалості зубців P у відведеннях I, II, aVL, V₅, V₆
2. Двогорбі зубці P у відведеннях I, II, aVL, V₅, V₆
3. Відхилення електричної осі зубця P ліворуч
4. зубець P у відведенні V₁ двофазний з перевагою амплітуди і тривалості негативної фази
5. Висока амплітуда зубців P у відведеннях I, II, aVL, V₅, V₆
6. Зубець P у відведенні V₁ високої амплітуди, трикутної форми

229. (C, II) Для гіпертрофії лівого передсердя не характерні такі ознаки:

1. Амплітуда зубців P у відведеннях I, aVL > 2,5 мм
2. Зубець P у відведеннях III, aVF негативний або двофазний
3. Тривалість інтервалу P-Q більше 0,20 с
4. Тривалість зубця P у відведенні II більше 0,11 с
5. Лівопередсердний час внутрішнього відхилення 0,06 с

230. (C, II) Для гіпертрофії лівого шлуночка характерні такі ознаки:

1. Амплітуда зубця R у відведенні I > 15 мм
2. Амплітуда зубців R у відведенні aVL > 13 мм
3. Амплітуда зубців R у відведенні V₅ > 26 мм
4. RV₆ > RV₅ > RV₄
5. Зміщення електричної осі серця ліворуч
6. SV₆ > RV₆

231. (I, B) При гіпертрофії лівого шлуночка можна зареєструвати такі ознаки:

1. RI > 15 мм
2. RaVL > 13 мм
3. RV₅ > 26 мм
4. RV₆ > RV₅ > RV₄
5. Зміщення електричної осі серця ліворуч
6. R/S у відведеннях V₅, V₆ < 1

232. (I, B) Для вираженої гіпертрофії лівого шлуночка характерно:

1. RV₆ > 30 мм
2. Сегмент ST у відведеннях V₅, V₆ зміщений униз з випуклістю вгору
3. Зубець T у відведеннях V₅, V₆ негативний, із заокругленою вершиною
4. Переходна зона у відведенні V₅
5. R у відведенні aVL > 15 мм



233. (С, II, I) Яке значення часу внутрішнього відхилення у відведенні V₅ або V₆ може бути зумовлене гіпертрофією лівого шлуночка?

1. 0,03 с
2. 0,04 с
3. 0,05 с
4. 0,06 с
5. 0,09 с

234. (II, I, В) Для фізіологічної гіпертрофії лівого шлуночка у спортсменів характерно:

1. Збільшення амплітуди зубців комплексу QRS без його розширення, але з подовженням часу внутрішнього відхилення
2. Збільшення амплітуди зубців комплексу QRS без його розширення, при нормальному часі внутрішнього відхилення і без змін реполяризації
3. Збільшення амплітуди зубців комплексу QRS і його розширення
4. Збільшення амплітуди зубців комплексу QRS та часу внутрішнього відхилення, зміщення сегмента ST і інверсія зубця Т
5. Збільшення амплітуди зубців комплексу QRS, депресія сегмента ST і негативні зубці Т у відведеннях V₅, V₆

235. (I, В) Для гіпертрофії правого передсердя характерні такі ознаки:

1. Амплітуда зубця Р у відведеннях III, aVF > 3 мм
2. Електрична вісь зубця Р відхиlena праворуч
3. Зубець Р у відведенні I двовершинний
4. Зубець Р у відведенні V₁ трикутної форми > 2 мм
5. Зубець Р у відведеннях II, III, aVF типу P-pulmonale

236. (II, I, В) ЕКГ-ознаки гіпертрофії лівого шлуночка з його систолічним перевантаженням і дистрофічними змінами в міокарді реєструються при:

1. Гіпертонічній хворобі
2. Аортальному стенозі
3. Коарктації аорти
4. Гіпертрофічній обструктивній кардіоміопатії
5. Помірній аортальній недостатності

237. (I, В) ЕКГ-ознаки гіпертрофії правого шлуночка з його систолічним перевантаженням реєструються при:

1. Мітральному стенозі
2. Аортальному стенозі

3. Тетраді Фалло

4. Стенозі легеневої артерії

5. Первінній легеневій гіпертензії

238. (С, II) Основна ЕКГ-ознака гіпертрофії шлуночків серця:

1. Збільшення амплітуди зубців комплексу QRS
2. Положення електричної осі серця
3. Зміна положення і форми сегмента ST
4. Зміна амплітуди і полярності зубця Т

239. (С, II) Для діагностики вираженості гіпертрофії шлуночків серця необхідно враховувати такі критерії:

1. Амплітуду зубців комплексу QRS
2. Положення електричної осі серця
3. Положення перехідної зони
4. Час внутрішнього відхилення
5. Тривалість комплексу QRS
6. Тривалість інтервалу Q-T

240. (I, В) Для оцінки гіпертрофії шлуночків серця необхідно враховувати такі критерії:

1. Амплітуду зубців комплексу QRS
2. Положення електричної осі серця
3. Положення перехідної зони
4. Час внутрішнього відхилення
5. Тривалість комплексу QRS
6. Тривалість і амплітуду зубців Т

241. (С, II) Зміни амплітуди зубців комплексу QRS та його розширення при гіпертрофії шлуночків серця зумовлені:

1. Збільшенням маси міокарда
2. Ураженням провідної системи серця
3. Посиленим функціонуванням міофібріл
4. Зміною біоелектричної активності міоцитів
5. Виникненням дистрофічних змін у міокарді
6. Склеротичними змінами в міокарді

242. (I, В) Зміни амплітуди зубців комплексу QRS та його розширення при гіпертрофії шлуночків серця зумовлені:

1. Збільшенням маси міокарда
2. Посиленим функціонуванням міофібріл
3. Зміною біоелектричної активності міоцитів
4. Виникненням дистрофічних змін у міокарді
5. Склеротичними змінами в міокарді
6. Порушеннями внутрішньопередсердної провідності

243. (С, II) Порушення реполяризації при гіпертрофії міокарда шлуночків зумовлені:



1. Порушеннями внутрішньопередсердної провідності
2. Перевантаженням міокарда
3. Перенапруженням міоцитів
4. Вторинною коронарною недостатністю
5. Дистрофічними змінами міокарда

244. (C, II, I) Які зміни сегмента ST реєструються при гіпертрофії шлуночків серця?

1. Горизонтальна депресія
2. Косонизідне зміщення униз
3. Платоподібна елевація
4. Косовисідне зміщення униз
5. Дискордантне зміщення щодо ведучого зубця комплексу QRS з випуклістю у формі дуги, конкордантно до цього зубця

245. (C, II) При гіпертрофії шлуночків серця можуть реєструватися:

1. Збільшення амплітуди зубців R у прямих відведеннях
2. Зменшення амплітуди зубців R у прямих відведеннях
3. Збільшення амплітуди зубців S у реципрокних відведеннях
4. Збільшення часу внутрішнього відхилення в прямих відведеннях
5. Збільшення тривалості комплексу QRS

246. (I, B) При гіпертрофії шлуночків серця можуть реєструватися такі ознаки:

1. Збільшення амплітуди зубців R у прямих відведеннях
2. Збільшення амплітуди зубців S у реципрокних відведеннях
3. Збільшення часу внутрішнього відхилення в прямих відведеннях
4. Збільшення тривалості комплексу QRS
5. Збільшення тривалості і поглиблення зубців Q

247. (C, II) При гіпертрофії міокарда лівого шлуночка можна зареєструвати:

1. $RV_6 > RV_5 > RV_4$
2. Час внутрішнього відхилення у відведенні V_6 становить 0,06 с
3. Тривалість комплексу QRS становить 0,10 с
4. Сегмент ST у відведеннях V_5 , V_6 зміщений під ізолінію з випуклістю угору
5. $RV_5 + SV_2 = 45$ мм
6. $RV_1 + SV_6 > 10,5$ мм

248. (I, B) Для гіпертрофії лівого шлуночка характерні такі ознаки:

1. $RV_6 > RV_5 > RV_4$
2. Час внутрішнього відхилення у відведенні V_6 становить 0,06 с
3. Тривалість комплексу QRS становить 0,10 с
4. Сегмент ST у відведеннях V_5 , V_6 зміщений під ізолінію з випуклістю вгору
5. $RV_5 + SV_2 = 45$ мм
6. R/S у відведенні $V_1 > 1$

249. (I, B) При повній блокаді ЛНПГ про гіпертрофію міокарда лівого шлуночка свідчить:

1. Відхилення електричної осі серця ліворуч
2. Тривалість шлуночкового комплексу $> 0,12$ с
3. Час внутрішнього відхилення у відведенні $V_5 > 0,07$ с
4. Амплітуда зубця R у відведенні $V_1 > 7$ мм
5. Амплітуда зубця R у відведеннях V_5 , $V_6 > 26$ мм, у відведенні aVL > 15 мм, зубця S у відведенні $V_2 > 23$ мм

250. (C, II, I, B) При повній блокаді ПНПГ про гіпертрофію міокарда правого шлуночка свідчить:

1. Тривалість комплексу QRS $> 0,12$ с
2. Амплітуда зубця R' у відведенні $V_1 > 15$ мм при поєднанні з глибоким S у відведеннях V_5 , V_6
3. Час внутрішнього відхилення у відведенні $V_1 > 0,07$ с
4. Шлуночковий комплекс у відведенні V_1 типу rSR'
5. Депресія ST у відведенні V_1 з випуклістю та інверсія зубця T у відведенні V_1

251. (C, II, I, B) При неповній блокаді ПНПГ про гіпертрофію міокарда правого шлуночка може свідчити:

1. Тривалість комплексу QRS становить 0,11 с
2. Час внутрішнього відхилення у відведенні V_1 становить 0,05 с
3. Комплекс QRS у відведенні V_1 типу rSR'
4. Амплітуда зубця R' у відведенні V_1 становить 12 мм
5. Депресія сегмента ST у відведенні V_1 з випуклістю вгору та інверсія зубця T у відведенні V_1

252. (II, I, B) При повній блокаді ПНПГ про гіпертрофію міокарда лівого шлуночка свідчить:

1. Тривалість комплексу QRS $> 0,12$ с
2. $RV_6 > RV_5 > RV_4$, амплітуда зубця R у відведенні $V_6 > 25$ мм, у відведенні aVL > 15 мм
3. Час внутрішнього відхилення у відведенні $V_1 > 0,07$ с



4. Шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rSR'

5. Депресія сегмента ST у відведенні V₁ з випуклістю вгору та інверсія зубця T у відведенні V₁

253. (II, I, B) При неповній блокаді ЛНПГ про гіпертрофію міокарда лівого шлуночка свідчить:

1. Тривалість комплексу QRS становить 0,11 с

2. Час внутрішнього відхилення у відведенні V₁ 0,05 с

3. Шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rSr'

4. Депресія сегмента ST у відведенні V₁ з випуклістю вгору та інверсія зубця T у відведенні V₁

5. Амплітуда зубця R у I відведенні становить 17 мм, у відведенні aVL – 15 мм, зубця S у відведенні V₁ – 20 мм

254. (I, B) При блокаді передньої гілки ЛНПГ про гіпертрофію міокарда лівого шлуночка свідчить:

1. Кут альфа становить -60 °

2. Шлуночковий комплекс у II відведенні типу rS

3. Шлуночковий комплекс у відведеннях I, aVL типу qR

4. Амплітуда зубця R у відведенні aVL становить 17 мм

5. Шлуночковий комплекс у відведеннях V₅, V₆ типу RS

255. (II, I, B) При блокаді передньої гілки ЛНПГ про гіпертрофію міокарда лівого шлуночка свідчить:

1. Шлуночковий комплекс у відведеннях I, aVL типу qR

2. Кут альфа становить -50 °

3. Шлуночковий комплекс у відведеннях V₅, V₆ типу RS

4. Сегмент ST у відведеннях I, aVL, V₅, V₆ ізоелектричний, зубці T у відведеннях I, aVL, V₅, V₆ – позитивні

5. Амплітуда зубця R у відведенні aVL становить 17 мм

256. (C, II, I) Відхилення електричної осі серця до -60 ° у пацієнта з гіпертонічною хворобою II стадії і ожирінням III ступеня зумовлено:

1. Гіпертрофією міокарда лівого шлуночка

2. Гіпертенсічною конституцією

3. Ожирінням

4. Високим стоянням діафрагми

5. Блокадою передньої гілки ЛНПГ

257. (I, B) При неповній блокаді ЛНПГ про гіпертрофію міокарда лівого шлуночка свідчить:

1. Відсутність зубця Q у відведеннях I, aVL, V₅, V₆

2. RI = 17 мм, RaVL = 15 мм, RV₆ > RV₅ > RV₄, RV₆ = 26 мм

3. Зазубреність висхідного коліна зубця R у відведеннях I, aVL, V₅, V₆

4. Час внутрішнього відхилення у відведенні V₆ становить 0,05 с

5. Тривалість комплексу QRS становить 0,11 с

258. (C, II, I) У хворих з хронічним легеневим серцем часто реєструються:

1. Ознаки гіпертрофії або перевантаження правих відділів серця

2. Негативний зубець P у відведенні aVL

3. RV₆/SV₆ не більше 2

4. Наявність S у відведеннях V₁-V₆

5. Депресія сегмента ST і негативний зубець T у відведеннях V₁, V₂

6. Ознаки гіпертрофії або перевантаження лівого передсердя

259. (I, B) У хворих з хронічним легеневим серцем можна зареєструвати:

1. Ознаки гіпертрофії або перевантаження правих відділів серця

2. Негативний зубець P у відведенні aVL

3. RV₆/SV₆ не більше 2

4. Наявність зубця S у відведеннях V₁-V₆

5. Депресія сегмента ST і негативний зубець T у відведеннях V₁, V₂

6. Амплітуда зубця R у відведенні V₆ > 25 мм

260. (C, II, I) Зміни ЕКГ при гіпертрофії відділів серця зумовлені:

1. Посиленим скороченням камер серця

2. Збільшенням маси міокарда

3. Зміною біоелектричної активності серця

4. Уповільненім збудженням міокарда

5. Виникненням ішемічних, дистрофічних і склеротичних змін у міокарді

6. Порушеннями провідності

261. (C, II) При ЕКГ-діагностиці гіпертрофії обох шлуночків слід враховувати:

1. Відношення амплітуд зубців R і S

2. Положення електричної осі і позицію серця



3. Вираженість прямих ЕКГ-ознак гіпертрофії правої і лівого шлуночків серця
4. Вольтажні індекси гіпертрофії
5. Непрямі електрокардіографічні та клінічні ознаки гіпертрофії шлуночків серця
6. Наявність порушень серцевого ритму

262. (С, II, I) При гіпертрофії правої шлуночки із шлуночковим комплексом у відведенні V₁ типу qR:

1. Немає ознак переважання електричних потенціалів правої чи лівого шлуночка
2. Переважають електричні потенціали правої шлуночки
3. Переважають електричні потенціали лівого шлуночка

263. (С, II, I) При гіпертрофії правої шлуночки із шлуночковим комплексом у відведенні V₁ типу RS:

1. Немає ознак переважання електричних потенціалів правої чи лівого шлуночка
2. Переважають електричні потенціали правої шлуночки
3. Переважають електричні потенціали лівого шлуночка

264. (I, B) Зубець Р-pulmonale може імітувати:

1. Синусова тахікардія
2. Астенічна конституція тіла
3. Передсердна дисоціація
4. Нижньопередсердний ритм

265. (С, II, I) Для хворого з ізольованим мітральним стенозом характерні ЕКГ-ознаки гіпертрофії:

1. Лівого шлуночка і правої передсердя
2. Обох шлуночків
3. Обох передсердь
4. Лівого передсердя і правої шлуночка

266. (С, II, I, B) У хворого з мітральною недостатністю на ЕКГ можуть бути зареєстровані ознаки гіпертрофії:

1. Лівого шлуночка
2. Лівого передсердя
3. Лівого шлуночка і лівого передсердя
4. Правого передсердя

267. (II, I, B) При оцінці ЕКГ-ознак гіпертрофії шлуночків серця слід враховувати:

1. Амплітуду зубців R
2. Амплітуду зубців S

3. Тривалість комплексу QRS
4. Тривалість інтервалу P-Q
5. Час внутрішнього відхилення
6. Положення перехідної зони

268. (С, II) При оцінці ЕКГ-ознак гіпертрофії правої шлуночка слід враховувати:

1. Амплітуду зубців R у відведенні V₁
2. Час внутрішнього відхилення у відведенні V₁
3. Час внутрішнього відхилення у відведенні V₅(V₆)
4. Зміщення перехідної зони

269. (С, II) При оцінці ЕКГ-ознак гіпертрофії лівого шлуночка слід враховувати:

1. Амплітуду зубців R у відведенні V₅(V₆)
2. Амплітуду зубців S у відведенні V₂
3. Час внутрішнього відхилення у відведенні V₅(V₆)
4. Час внутрішнього відхилення у відведенні V₁

270. (С, II) При ЕКГ-діагностиці гіпертрофії міокарда передсердь слід враховувати:

1. Амплітуду зубців P
2. Тривалість зубців P
3. Рівень зміщення сегмента P-Q
4. Право- і лівопередсердний час внутрішнього відхилення
5. Форму зубців P

271. (С, II) В яких ЕКГ-відведеннях реєструється максимальна амплітуда зубця R при гіпертрофії лівого шлуночка?

1. У відведенні V₁
2. У відведенні V₂
3. У відведенні V₃
4. У відведенні V₄
5. У відведенні V₅
6. У відведенні V₆

272. (С, II, I) В якому ЕКГ-відведенні реєструється максимальна амплітуда зубця S при гіпертрофії лівого шлуночка?

1. У відведенні V₁
2. У відведенні V₂
3. У відведенні V₃
4. У відведенні V₄
5. У відведенні V₅
6. У відведенні V₆

273. (С, II, I) В якому ЕКГ-відведенні слід очікувати максимальну амплітуду зубця R при R-типі гіпертрофії правої шлуночка?



1. У відведенні V₁
2. У відведенні V₂
3. У відведенні V_{3R}
4. У відведенні V₄
5. У відведенні V₅

274. (II, I, B) Вкажіть ЕКГ-ознаки гіпертрофії правого шлуночка:

1. Високий зубець R у відведенні V₁
2. Амплітуда зубця R у відведенні aVR > 5 мм
3. Амплітуда зубця S у відведенні V₅ (V₆) > 7 мм
4. Кут альфа становить - 15°

275. (II, I, B) Про гіпертрофію міокарда лівого шлуночка свідчать такі ознаки:

1. RV₆ > RV₅ > RV₄
2. Амплітуда зубця S у відведенні V₂ становить 22 мм
3. Переходна зона у відведенні V₂
4. Кут альфа становить + 120°

276. (C, II, I) Для гіпертрофії лівого передсердя характерна така полярність зубців P:

1. Позитивний зубець P у відведенні I
2. Негативний зубець P у відведенні III
3. Негативний зубець P у відведенні aVL
4. Позитивний зубець P у відведенні II

277. (C, II, I, B) Для гіпертрофії правого передсердя характерна така полярність зубців P:

1. Зубець P у відведенні I зоелектричний або негативний
2. Зубець P у відведенні III позитивний
3. Зубець P у відведенні aVL позитивний
4. Зубець P у відведенні II позитивний

278. (II, I, B) Вкажіть ЕКГ-ознаки вираженої гіпертрофії лівого шлуночка:

1. RV₆ > RV₅ > RV₄
2. RV₆ + SV₂ > 35 мм, зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу у відведеннях I, aVL, V₅, V₆
3. RaVL + SaVF > 16 мм, зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу у відведеннях I, aVL, V₅, V₆
4. Відхилення електричної осі серця праворуч

279. (II, I, B) Для вираженої гіпертрофії правошлуночка характерні такі ознаки:

1. Амплітуда зубця R у відведенні V₁ > 7 мм
2. Амплітуда зубця R у відведенні aVR > 5 мм
3. Амплітуда зубця S у відведенні V₅ > 7 мм
4. Амплітуда зубця R у відведенні V₅ < 7 мм

5. Амплітуда зубця S у відведенні V₂ > 20 мм

280. (C, II, I) Про наявність гіпертрофії лівого шлуночка свідчать такі ознаки:

1. RaVL + SaVR > 19 мм
2. RaVL + SaVF > 16 мм
3. Амплітуда зубця R у відведенні aVL > 13 мм
4. Амплітуда зубця R у відведенні V₁ > 7 мм
5. Амплітуда зубця S у відведенні V₂ > 20 мм

281. (II, I, B) Для гіпертрофії правого шлуночка характерні такі ознаки:

1. Амплітуда зубця R у відведенні aVR > 5 мм
2. Амплітуда зубця R у відведенні V₁ > 7 мм
3. Амплітуда зубця R у відведенні V₅ (V₆) < 5 мм
4. Амплітуда зубця S у відведенні V₅ (V₆) > 5 мм
5. Амплітуда зубця S у відведенні V₂ > 20 мм

282. (II, I, B) Для гіпертрофії правого шлуночка характерні такі ознаки:

1. RV₁ + SV₅ (або V₆) > 10,5 мм
2. Амплітуда зубця R у відведенні aVR > 4 мм
3. Амплітуда зубця R у відведенні V₁ > 7 мм
4. Відхилення електричної осі серця ліворуч

283. (C, II, I) Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, його систолічного перевантаження і дистрофічних змін у міокарді реєструються при:

1. Гіпертонічній хворобі
2. Аортальному стенозі
3. Коарктації аорти
4. Стенозі легеневої артерії

284. (I, B) Для гіпертрофії лівого шлуночка характерні такі ознаки:

1. Збільшення амплітуди зубця R у лівих грудних відведеннях
2. Збільшення амплітуди зубця S у відведенні V₂
3. Депресія сегмента ST у відведенні V₅ (V₆) з випуклістю вгору
4. Елевація сегмента ST у відведенні V₁ (V₂) з випуклістю вгору

285. (I, B) Для гіпертрофії правого шлуночка характерні такі ознаки:

1. Амплітуда зубця R у відведенні V₁ > 7 мм
2. Депресія сегмента ST у відведенні V₁ з випуклістю вгору
3. Негативний з асиметричними сторонами і заокругленою вершиною зубець T у відведенні V₁
4. Елевація сегмента ST у відведенні V₁ з випуклістю вгору



286. (І, В) При гіпертрофії лівого шлуночка можуть реєструватися такі зміни сегмента ST у відведенні V₅(V₆):

1. Депресія сегмента ST на 1 мм з випуклістю вгору
2. Депресія сегмента ST на 2 мм з випуклістю вгору
3. Депресія сегмента ST на 3 мм з випуклістю вгору
4. Сегмент ST залишається на ізолінії
5. Елевація сегмента ST на 1 мм і більше з випуклістю вгору

287. (С, ІІ, І) Виникнення гіпертрофії лівого шлуночка найменш імовірне при:

1. Мітральній недостатності
2. Трикуспіdalному стенозі
3. Коарктації аорти
4. Дефекті міжпередсердної перегородки

288. (ІІ, І, В) Для ЕКГ хворого з ізольованим мітральним стенозом найбільш характерні ознаки гіпертрофії:

1. Лівого шлуночка і лівого передсердя
2. Обох шлуночків і лівого передсердя
3. Правого шлуночка і лівого передсердя
4. Обох передсердь і правого шлуночка

289. (С, ІІ) Найбільше значення для оцінки гіпертрофії міокарда шлуночків серця має:

1. Кут альфа
2. Розширення комплексу QRS
3. Збільшення амплітуди зубців комплексу QRS

4. Зміна положення сегмента ST

290. (С, ІІ, І) При гіпертрофії лівого передсердя індекс Макруза:

1. Зменшується
2. Збільшується
3. Не змінюється

291. (С, ІІ, І) При гіпертрофії правого передсердя індекс Макруза:

1. Може зменшуватися
2. Може збільшуватися
3. Не змінюється

292. (ІІ, І, В) Можливі зміни індексу Макруза у пацієнтів з гіпертрофією лівого передсердя:

1. Менше 1,1
2. 1,1–1,6
3. 1,7–2,0
4. Більше 2,0

293. (І, В) Можливі зміни індексу Макруза у хворих з гіпертрофією правого передсердя:

1. Менше 1,1
2. 1,1–1,6
3. 1,7–2,0
4. Більше 2,0

294. (С, ІІ) При повній блокаді ЛНПГ час внутрішнього відхилення понад 0,06 с реєструється у відведеннях:

1. V₁-V₂
2. V₅-V₆
3. III та aVF
4. II та III



Розділ 3. ЕКГ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВОЇ ПРОВІДНОСТІ

295. (С, II) Час внутрішнього відхилення при повній блокаді ЛНПГ подовжений у відведенні:

1. V₁
2. V₂
3. V₃
4. V₄
5. V₅
6. V₆

296. (С, II, I) При повній блокаді однієї з ніжок пучка Гіса вторинними є порушення:

1. Деполяризації міокарда шлуночків
2. Реполяризації міокарда шлуночків
3. Провідності через пучок Джеймса
4. Провідності через пучок Тореля

297. (I, В) При повній блокаді однієї з ніжок пучка Гіса реєструються такі ознаки:

1. Розширення комплексу QRS до 0,12 с і більше
2. Подовження часу внутрішнього відхилення (0,07 с і більше) у відведеннях V₁ або V₆
3. Дискордантне останньому зубцю шлуночкового комплексу зміщення сегмента ST і зубця Т
4. Суправентрикулярна форма комплексу QRS

298. (С, II, I) При повній блокаді однієї з ніжок пучка Гіса первинними є порушення:

1. Деполяризації міокарда шлуночків
2. Реполяризації міокарда шлуночків
3. Проведення через пучок Бахмана
4. Проведення через пучок Венкебаха

299. (II, I, В) При повній блокаді ЛНПГ або ЛНПГ спостерігаються такі ЕКГ-ознаки:

1. Розширення комплексу QRS до 0,12 с і більше
2. Подовження часу внутрішнього відхилення до 0,07 с і більше
3. Зміщення сегмента ST
4. Дискордантне зміщення зубця Т
5. Суправентрикулярна форма комплексу QRS

300. (С, II, I) Про повну блокаду передньо-верхньої гілки ЛНПГ свідчить:

1. Кут альфа становить - 45°
2. Комплекс QRS становить 0,10 с

3. Час внутрішнього відхилення у відведенні V₅ становить 0,05 с
4. Тривалість інтервалу P-Q становить 0,12 с

301. (С, II, I) Блокада ЛНПГ частіше реєструється при:

1. Мітральному стенозі
2. Мітральній недостатності
3. Аортальному стенозі
4. Недостатності аортального клапана
5. Дефекті міжпередсердної перегородки

302. (С, II, I) У молодих вегетативно лабільних пацієнтів може зустрічатися:

1. Блокада передньоверхньої гілки ЛНПГ
2. Блокада задньонижньої гілки ЛНПГ
3. Блокада ПНПГ
4. Неповна блокада ЛНПГ
5. Повна блокада ЛНПГ

303. (ІІ, I, В) Порушення внутрішньошлуночкової провідності неможливо діагностувати при:

1. Ідіовентрикулярному ритмі
2. Розширенні комплексу QRS
3. Подовженні часу внутрішнього відхилення
4. Відхиленні електричної осі серця
5. Зміщенні сегмента ST і зубця Т

304. (С, II, I) Критерієм, який дозволяє відрізняти повну і неповну блокаду передньоверхньої гілки ЛНПГ, є:

1. Тривалість інтервалу P-Q
2. Тривалість комплексу QRS
3. Вираженість відхилення електричної осі серця ліворуч і вгору
4. Подовження часу внутрішнього відхилення
5. Положення сегмента ST і зубця Т

305. (С, II) Для оцінки локалізації і вираженості порушення внутрішньошлуночкової провідності треба враховувати:

1. Тривалість комплексу QRS
2. Час внутрішнього відхилення
3. Графіку комплексу QRS
4. Зміни сегмента ST і зубця Т



5. Положення електричної осі серця
6. Зміни зубця Р

306. (І, В) Для оцінки локалізації і вираженості порушення внутрішньошлуночкової провідності треба врахувати всі ознаки, за винятком:

1. Тривалості комплексу QRS
2. Часу внутрішнього відхилення
3. Форми комплексу QRS
4. Змін сегмента ST і зубця Т
5. Положення електричної осі серця
6. Тривалості та амплітуди зубця Р

307. (С, ІІ) При ЕКГ-діагностиці дистальної блокади передньоверхньої гілки ЛНПГ необхідно враховувати:

1. Відхилення електричної осі серця ліворуч і вгору (понад -30 °)
2. Розширення комплексу QRS до 0,11–0,12 с
3. Збільшення часу внутрішнього відхилення до 0,06 с
4. Зміни сегмента ST
5. Зміни зубця Т
6. Збільшення тривалості інтервалу Q-T

308. (І, В) Вкажіть ознаку, яка свідчить про те, що графіка шлуночкового комплексу у відведеннях V₁ типу rSr' зумовлена не блокадою ПНПГ або її поєднанням з блокадою передньоверхньої гілки ЛНПГ, а іншою причиною:

1. Комплекс QRS у відведеннях V₃R типу rS
2. Тривалість комплексу QRS у відведеннях V₁ становить 0,09 с
3. Час внутрішнього відхилення у відведеннях V₁ становить 0,06 с
4. Сегмент ST у відведеннях V₁ на ізолінії
5. Зубець Т у відведеннях V₁ негативний

309. (С, ІІ) Можна думати, що у молодої людини фізіологічний варіант розповсюдження будження в правому шлуночку, а не блокада ПНПГ, якщо:

1. Шлуночковий комплекс у відведеннях V₁ типу rSr'
2. Амплітуда г у відведеннях V₁ більша ніж r'
3. Зубець r' у відведеннях V₁ не високий, не розширеній, гостровершинний
4. Зубець S у відведеннях I, aVL, V₅, V₆ не розширеній, не глибокий, гостровершинний
5. Зубець г у відведеннях aVR розширеній

310. (І, В) Можна думати, що у молодої людини повна блокада ПНПГ, а не фізіологічний варіант

розповсюдження будження в правому шлуночку, якщо реєструються такі особливості:

1. Комплекс QRS у відведеннях V₁ типу rSR'
2. Зубець г у відведеннях V₁ більший, ніж r'
3. Зубець S у відведеннях I, aVL, V₅, V₆ розширений, заокруглений
4. Зубець г у відведеннях aVR не високий, не розширеній
5. Тривалість комплексу QRS у відведеннях V₁ не менше 0,12 с

311. (С, ІІ) Блокаду задньонижньої гілки ЛНПГ діагностують, якщо:

1. є відхилення електричної осі праворуч більше + 90 °
2. Немає первинної легеневої гіпертензії
3. Немає хвороб легень
4. Немає ЕКГ-ознак гіпертрофії правого шлуночка
5. Немає ознак IM верхньобокової стінки лівого шлуночка
6. Збільшена тривалість інтервалу Q-T

312. (І, В) При ЕКГ-діагностиці блокади задньонижньої гілки ЛНПГ необхідно враховувати такі особливості:

1. Відхилення електричної осі серця праворуч, кут альфа більше + 90 °
2. Немає первинної легеневої гіпертензії
3. Немає хвороб легень
4. Немає гіпертрофії правого шлуночка
5. Немає ознак IM верхньобокової стінки лівого шлуночка
6. Немає ознак IM передньоперегородкової ділянки лівого шлуночка

313. (І, В) Вкажіть ЕКГ-ознаки, характерні для повної блокади ЛНПГ:

1. Комплекс QRS у відведеннях I, aVL, V₅, V₆ більше 0,12 с
2. Немає зубця q у відведеннях I, aVL, V₅, V₆
3. Зміщення переходної зони праворуч
4. Час внутрішнього відхилення у відведеннях V₆ більше 0,06 с
5. Вторинні зміни сегмента ST і зубця Т у відведеннях I, aVL, V₅, V₆

314. (С, ІІ) Основна ЕКГ-ознака неповної блокади ЛНПГ:

1. Немає зубця q у відведеннях I, aVL, V₅, V₆
2. Розширення комплексу QRS до 0,10–0,11 с
3. Депресія сегмента ST у відведеннях I, aVL, V₅, V₆



4. Інверсія зубця Т у відведеннях I, aVL, V₅, V₆
5. Збільшення часу внутрішнього відхилення у відведеннях V₅, V₆

315. (II, I, В) ЕКГ-ознаки блокади передньо-серединного розгалуження ЛНПГ:

1. Відхилення електричної осі серця ліворуч
2. Відхилення електричної осі серця праворуч
3. Шлуночкові комплекси у відведеннях V₂, V₃ типу qR або R
4. Шлуночкові комплекси у відведеннях V₅, V₆ типу RS або rs, за відсутності даних про гіпертрофію правого шлуночка або IM задньої локалізації

316. (I, В) Найбільш достовірною ознакою гіпертрофії міокарда одного з шлуночків за наявності порушення внутрішньошлуночкової провідності є:

1. Збільшення амплітуди зубців комплексу QRS, що значно перевищує нормальні значення
2. Збільшення тривалості комплексу QRS понад 0,12 с
3. Зміщення перехідної зони
4. Збільшення часу внутрішнього відхилення
5. Відхилення електричної осі серця

317. (II, I, В) Якщо виникненню повної поперечної блокади передувала двопучкова блокада, то порушення АВ провідності найчастіше локалізується в:

1. АВ вузлі
2. Стобурі пучка Гіса
3. Ніжках пучка Гіса
4. АВ вузлі і ніжках пучка Гіса

318. (С, II, I) При повній трипучковій блокаді водій ритму для шлуночків найчастіше локалізується в:

1. АВ вузлі
2. Стобурі пучка Гіса
3. Одній з ніжок пучка Гіса
4. Синусовому вузлі

319. (I, В) Про повну трипучкову блокаду можна думати, якщо:

1. Інтервали Р-Р перебувають у межах 0,70–0,80 с, а R-R – 1,10–1,20 с, комплекси QRS суправентрикулярної форми
2. Інтервали Р-Р перебувають у межах 0,75–0,85 с, а інтервали R-R – 1,50–1,60 с, комплекси QRS розширені до 0,13 с, деформовані,

сегмент ST і зубець Т дискордантні останньому зубцю комплексу QRS

3. Зубці Р не визначаються, комплекси QRS суправентрикулярної форми, інтервали R-R становлять 1,30–1,40 с

320. (С, II) При повній блокаді ПНПГ і передньої гілки ЛНПГ імпульс до шлуночків проводиться по:

1. ПНПГ
2. Задній гілці ЛНПГ
3. Передній гілці ЛНПГ

321. (С, II) При повній блокаді ПНПГ і задньо-нижньої гілки ЛНПГ імпульс до шлуночків проводиться по:

1. Задньонижній гілці ЛНПГ
2. Передньоверхній гілці ЛНПГ
3. ПНПГ

322. (С, II, I) Виникнення транзиторної блокади одного з пучків внутрішньошлуночкової провідної системи може бути зумовлене:

1. Гострим або хронічним ураженням серця
2. Тахікардією
3. Bradикардією
4. Токсичним впливом препаратів
5. Гострим перевантаженням передсердь

323. (С, II, I) При повній блокаді ПНПГ (шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rSR') зубець r у відведенні V₁ відображає деполяризацію:

1. Лівого шлуночка
2. Правого шлуночка
3. Лівої половини міжшлуночкової перегородки
4. Базальних відділів серця

324. (С, II, I) При повній блокаді ПНПГ (шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rSR') S у відведенні V₁ відображає деполяризацію:

1. Лівого шлуночка
2. Правого шлуночка
3. Міжшлуночкової перегородки
4. Базальних відділів серця

325. (С, II, I, В) При повній блокаді ПНПГ (шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rSR') зубець R' у відведенні V₁ відображає деполяризацію:

1. Лівого шлуночка



2. Правого шлуночка
3. Міжшлуночкової перегородки
4. Базальніх відділів серця

326. (С, II, I) При повній блокаді ПНПГ (шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rSR') зубець q у відведенні V₆ відображає деполяризацію:

1. Лівого шлуночка
2. Правого шлуночка
3. Лівої половини міжшлуночкової перегородки
4. Базальніх відділів серця

327. (С, II) При повній блокаді ПНПГ (шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rSR') зубець R у відведенні V₆ відображає деполяризацію:

1. Лівого шлуночка
2. Правого шлуночка
3. Міжшлуночкової перегородки
4. Базальніх відділів серця

328. (С, II) При повній блокаді ПНПГ (шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rSR') зубець S у відведенні V₆ відображає деполяризацію:

1. Лівого шлуночка
2. Правого шлуночка
3. Міжшлуночкової перегородки
4. Базальніх відділів серця

329. (С, II) При повній блокаді ЛНПГ час внутрішнього відхилення у відведенні V₅(V₆) становить:

1. 0,03–0,04 с
2. 0,04–0,05 с
3. 0,05–0,06 с
4. 0,07 с і більше

330. (С, II) При повній блокаді ПНПГ час внутрішнього відхилення у відведенні V₁ становить:

1. 0,03–0,04 с
2. 0,04–0,05 с
3. 0,05–0,06 с
4. 0,07 с і більше

331. (С, II) Ширина комплексу QRS при повній блокаді ЛНПГ у відведенні V₅(V₆) становить:

1. 0,06–0,07 с
2. 0,08–0,09 с
3. 0,09–0,10 с

4. 0,10–0,11 с
5. 0,12 с і більше

332. (С, II) Тривалість комплексу QRS при повній блокаді ПНПГ у відведенні V₁(V₂) становить:

1. 0,06–0,07 с
2. 0,08–0,09 с
3. 0,09–0,10 с
4. 0,10–0,11 с
5. 0,12 с і більше

333. (ІІ, І, В) Гіпертрофію міокарда при по-рушенні внутрішньошлуночкової провідності дозволяють припустити такі ознаки:

1. Зміщення сегмента ST під ізолінію
2. Негативні зубці T у відведеннях над правим або лівим шлуночком
3. Відхилення електричної осі серця ліворуч або праворуч
4. Збільшення амплітуди зубців комплексу QRS, що значно перевищує нормальне значення

334. (І, В) Для повної блокади ЛНПГ характерні такі ознаки:

1. Немає зубця q у відведеннях I, aVL, V₅, V₆
2. Розширення комплексу QRS до 0,12 с і більше
3. Шлуночковий комплекс у відведенні V₆ типу RS
4. Зростання показника часу внутрішнього відхилення у відведенні V₅(V₆) до 0,07 с і більше

335. (С, II) Для повної блокади ЛНПГ характерним є:

1. Відсутність зубця q у відведеннях I, aVL, V₅, V₆
2. Розширення комплексу QRS до 0,12 с і більше
3. Шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу qR
4. Збільшення часу внутрішнього відхилення у відведенні V₅(V₆) до 0,07 с і більше

336. (С, II) Для повної блокади ПНПГ характерним є:

1. Тривалість комплексу QRS 0,12 с і більше
2. Час внутрішнього відхилення у відведенні V₁ 0,07 с і більше
3. Шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rSR'
4. Шлуночковий комплекс у відведенні V₆ типу Rs

337. (І, В) Для повної блокади ПНПГ характерним є:

1. Депресія сегмента ST у відведенні V₁ з випуклістю вгору



2. Шлуночковий комплекс у відведенні V₆ типу qRS
3. Шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rS
4. Сегмент ST у відведенні V₆ на ізолінії або трохи піднятий з позитивним зубцем Т

338. (С, II, I) Сегмент ST у відведенні V₆ при повній блокаді ЛНПГ:

1. Піднятий над ізолінією
2. Косонизхідного типу
3. Косовисхідного типу
4. Горизонтального типу
5. Трохи зміщений під ізолінію з випуклістю вгору

339. (С, II, I) Основна ЕКГ-ознака неповної блокади ЛНПГ:

1. Зазубрина на висхідному коліні зубця R і(або) відсутність зубця Q у відведеннях I, aVL, V₅, V₆
2. Тривалість комплексу QRS 0,11 с
3. Сегмент ST у відведеннях I, aVL, V₅, V₆ на ізолінії
4. Зубець Т у відведеннях I, aVL, V₅, V₆ позитивний

340. (С, II) При повній блокаді ПНПГ зубець S у відведенні V₁ відображає деполяризацію:

1. Лівого шлуночка
2. Міжшлуночкової перегородки
3. Базальних відділів серця
4. Правого шлуночка

341. (С, II, I, В) При повній блокаді ПНПГ час внутрішнього відхилення може бути менше 0,07 с у відведенні:

1. V₁
2. V₂
3. V₃
4. V₅

342. (С, II, I) Вкажіть зміни ЕКГ, зумовлені блокадою передньоверхньої гілки ЛНПГ:

1. Кут альфа становить -60 °
2. RaVL > RI
3. Шлуночковий комплекс у відведенні aVF типу rS
4. Амплітуда зубця R у відведенні V₆ > 25 мм

343. (I, В) Яка із вказаних ЕКГ-ознак ускладнює діагностику блокади задньонижньої гілки ЛНПГ:

1. Кут альфа становить + 105 °
2. Шлуночковий комплекс у відведенні I типу rS
3. Шлуночковий комплекс у відведенні III типу qR
4. Амплітуда зубця R у відведенні V₁ > 7 мм

344. (I, В) Які з перерахованих змін дитячої ЕКГ дають підставу думати про фізіологічний варіант поширення збудження в правому шлуночку:

1. Шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу rSr'
2. rV₁ > r'V₁
3. Зубець r' у відведенні V₁ гостровершинний і не розширеній
4. Зубець r у відведенні aVR заокруглений і розширеній

345. (С, II) Для діагностики повної блокади ПНПГ або ЛНПГ найбільш інформативні такі критерії:

1. ЧСС і кут альфа
2. Тривалість QRS не менше 0,12 с і час внутрішнього відхилення не менше 0,07 с
3. Подовження інтервалів P-Q і Q-T
4. Зміни сегмента ST і зубця Т

346. (С, II) Вкажіть стан, який унеможливлює діагностику внутрішньошлуночкової блокади:

1. Міграція водія ритму
2. Нижньопередсердний ритм
3. Ідіовентрикулярний ритм
4. Верхньопередсердний ритм



Розділ 4. ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ СИНДРОМИ ТА ФЕНОМЕНИ

347. (I, B) Основний фактор формування феномена «концертино» при синдромі WPW:

1. Прискорення або сповільнення проведення імпульсу через АВ вузол
2. Прискорення або сповільнення проведення імпульсу через додатковий пучок
3. Наявність прихованого синдрому WPW

348. (C, II, I) Визначення феномена «концертину» при синдромі WPW:

1. Транзиторний синдром WPW
2. Інтермітуючий синдром WPW
3. Поступова зміна ступеня передчасного збудження шлуночків

349. (C, II) Для синдрому ранньої реполяризації шлуночків характерним є:

1. Горизонтальна або низхідна елевація сегменту ST з випуклістю униз
2. Положення точки J на низхідному коліні зубця R
3. Елевація сегмента ST з випуклістю вгору

350. (C, II) ЕКГ-ознаки синдрому вкороченого інтервалу P-Q:

1. Зменшення тривалості інтервалу P-Q, дельта-хвиля, розширеній комплекс QRS, сегмент ST і зубець Т змінені
2. Зменшення тривалості інтервалу P-Q, незмінений комплекс QRS, сегмент ST і зубець Т змінені
3. Зменшення тривалості інтервалу P-Q, незмінений комплекс QRST

351. (C, II) ЕКГ-ознаки синдрому WPW:

1. Зменшення тривалості інтервалу P-Q, дельта-хвиля, розширення комплексу QRS, сегмент ST і зубець Т змінені
2. Нормальна тривалість інтервалу P-Q, дельта-хвиля, змінений комплекс QRST
3. Зменшення тривалості інтервалу P-Q, незмінений комплекс QRST

352. (C, II) ЕКГ-ознаки передчасного збудження шлуночків при функціонуванні волокон Махейма:

1. Зменшення тривалості інтервалу P-Q, дельта-хвиля, розширеній комплекс QRS, змінені сегмент ST і зубець Т
2. Нормальна тривалість інтервалу P-Q, дельта-хвиля, змінений комплекс QRST
3. Зменшення тривалості інтервалу P-Q, незмінений комплекс QRST

353. (C, II, I, B) У випадку зменшення тривалості інтервалу P-Q і розширення комплексу QRS з дельта-хвилею функціонує додатковий пучок:

1. Кента
2. Джеймса
3. Махайма

354. (C, II) При синдромі WPW виявляють такі зміни:

1. Наявність пароксизмів суправентрикулярної тахікардії
2. Зменшення тривалості інтервалу P-Q
3. Розширення комплексу QRS
4. Наявність дельта-хвилі
5. Наявність шлуночкової екстрасистолії

355. (C, II) Зменшення тривалості інтервалу P-Q у поєднанні з незміненими комплексами QRS асоціюється з функціонуванням додаткового пучка:

1. Кента
2. Джеймса
3. Махайма
4. Джеймса і Махайма

356. (C, II) Визначення феномена WPW:

1. ЕКГ-ознаки функціонуючого пучка Кента без нападів тахікардії
2. ЕКГ-ознаки функціонуючого пучка Кента з пароксизмами тахікардії
3. Транзиторний синдром WPW
4. Інтермітуючий синдром WPW

357. (I, B) Тривалість інтервалу P-J при синдромі WPW становить:

1. Менше 0,25 с



2. 0,25–0,40 с
3. 0,40–0,50 с
4. 0,50–0,55 с
5. Більше 0,55 с

358. (В) Вектор дельта-хвилі при синдромі WPW типу А спрямований:

1. Праворуч, униз, уперед
2. Ліворуч, униз і назад
3. Ліворуч, униз, уперед
4. Праворуч, униз, назад

359. (В) Вектор дельта-хвилі при синдромі WPW типу В спрямований:

1. Праворуч, униз, уперед
2. Ліворуч, угору, дещо назад
3. Ліворуч, униз, уперед
4. Праворуч, униз, назад

360. (В) Вектор дельта-хвилі при синдромі WPW типу AB спрямований:

1. Праворуч, униз, уперед
2. Ліворуч, униз, дещо назад
3. Ліворуч, угору, уперед
4. Праворуч, униз, назад

361. (С, II) Вектор комплексу QRS при синдромі укороченого інтервалу P-Q:

1. Відхиляється ліворуч
2. Відхиляється праворуч
3. Відхиляється угору
4. Відхиляється униз
5. Не змінюється

362. (С, II, I) Ознаки феномена «концертіно» при синдромі WPW:

1. Наявність дельта-хвилі, яка не змінюється
2. Наявність дельта-хвилі, яка змінюється
3. Відсутність дельта-хвилі при зменшенні три-валості інтервалу PQ

363. (С, II) ЕКГ-ознаки синдрому WPW типу А:

1. Дельта-хвилі негативна у відведеннях II, III, aVF, V₁, позитивна – I, aVL, V₂-V₃
2. Негативна дельта-хвилі у відведеннях V₃R, V₁, кут альфа дельта-хвилі відхиляється ліворуч
3. Позитивна дельта-хвилі у відведеннях V₁-V₆, кут альфа дельта-хвилі відхиляється праворуч

364. (С, II, I) ЕКГ-ознаки синдрому WPW типу В:

1. Позитивна дельта-хвилі у відведеннях V₃R, V₁-V₆, кут альфа дельта-хвилі відхиляється праворуч

2. Дельта-хвилі негативна у відведеннях II, III, aVF, V₁, позитивна – I, aVL, V₂-V₆
3. Позитивна дельта-хвилі у відведеннях V₃R, V₁-V₆, кут альфа дельта-хвилі відхиляється ліворуч

365. (I, В) ЕКГ-ознаки синдрому WPW типу AB:

1. Дельта-хвилі негативна у відведеннях II, III, aVF, V₁, позитивна – I, aVL, V₂-V₃
2. Негативна дельта-хвилі у відведеннях V₃R, V₁, кут альфа дельта-хвилі відхиляється ліворуч
3. Позитивна дельта-хвилі у відведеннях V₃R, V₁-V₆, кут альфа дельта-хвилі відхиляється ліворуч

366. (В) ЕКГ-ознаки синдрому WPW типу С:

1. Позитивна дельта-хвилі у відведеннях V₃R, V₁-V₆, кут альфа дельта-хвилі відхиляється праворуч
2. Дельта-хвилі негативна у відведеннях II, III, aVF, V₁, позитивна – в I, aVL, V₂-V₄
3. Дельта-хвилі негативна або ізоелектрична у відведеннях I, aVL, V₅-6, позитивна – в V₃R, V₁-V₄

367. (С, II, I) ЕКГ-ознака, не характерна для феномена WPW:

1. Зменшення тривалості інтервалу P-Q
2. Збільшення тривалості комплексу QRS
3. Наявність дельта-хвилі
4. Точка j на низхідному коліні зубця R
5. Депресія сегмента ST і негативний зубець T

368. (С, II, I) Ознаки прихованого синдрому WPW:

1. Немає ознак передчасного збудження на синусовому ритмі
2. Немає ознак передчасного збудження при передсердній стимуляції
3. Функціонування ретроградного пучка Кента при пароксизмальній тахікардії
4. Вузькі комплекси QRS під час пароксизмальної тахікардії
5. Тривалість інтервалу R-P' під час пароксизмальної тахікардії більше 100 мс
6. Пароксизмальна антидромна тахікардія

369. (I, В) Ознаки прихованого синдрому WPW:

1. Немає ознак передчасного збудження на синусовому ритмі
2. Поява ознак передчасного збудження при передсердній стимуляції



3. Функціонування ретроградного пучка Кента при пароксизмальній тахікардії
4. Наявність вузьких комплексів QRS під час пароксизмальної тахікардії
5. Тривалість інтервалу R-P' під час пароксизмальної тахікардії менше 70 мс

370. (C, II) Ознаки латентного синдрому WPW:

1. Немає ознак передчасного збудження на синусовому ритмі
2. Поява ознак передчасного збудження при передсердній стимуляції
3. Напади пароксизмальних тахікардій із залученням додаткового пучка
4. Тривалість інтервалу R-P' під час пароксизмальної тахікардії менше 70 мс

371. (I, B) Ознаки латентного синдрому WPW:

1. Немає ознак передчасного збудження на синусовому ритмі
2. Немає ознак передчасного збудження при передсердній стимуляції
3. Напади пароксизмальних тахікардій із залученням додаткового пучка
4. Тривалість інтервалу R-P' під час пароксизмальної тахікардії більше 100 мс

372. (C, II, I) Збільшення тривалості комплексу QRS у поєднанні з дельта-хвилею і нормальнюю тривалістю інтервалу P-Q характерне для додаткового пучка:

1. Кента
2. Джеймса
3. Махайма
4. Джеймса і Махайма

373. (II, I, B) Зменшенню або зникненню графікі феномена WPW сприяють проби з:

1. Аймаліном
2. Новокайнамідом
3. Атропіном
4. Хінідином
5. Пропранололом

374. (I, B) Зменшенню або зникненню графікі феномена WPW сприяють проби з:

1. Аймаліном
2. Новокайнамідом
3. Атропіном
4. Хінідином
5. Вагусні проби

375. (C, II, I) ЕКГ-критерії синдрому ранньої реполяризації шлуночків:

1. Елевація сегмента ST з випуклістю униз
2. ЕКГ-ознаки повороту серця навколо поздовжньої осі проти годинникової стрілки
3. Швидке збільшення амплітуди зубця R в грудних відділеннях із зменшенням або зникненням зубця S
4. Можливе поєднання елевації сегмента ST і негативного зубця T
5. Тривалість інтервалу P-Q < 0,12 с

376. (C, II, I) Синдром ранньої реполяризації шлуночків:

1. Не свідчить про коронарну недостатність
2. Свідчить про коронарну недостатність в осіб похилого віку
3. Свідчить про коронарну недостатність у молодих
4. є діагностичним критерієм пролапсу мітрального клапана

377. (C, II, I) Ознаки синдрому ранньої реполяризації шлуночків:

1. Не зникають при фізичному навантаженні
2. Зменшуються або зникають при фізичному навантаженні
3. Збільшуються при фізичному навантаженні
4. Не залежать від фізичного навантаження

378. (C, II, I) Про синдром подовженого Q-T свідчить збільшення коригованого інтервалу Q-T понад:

1. 0,42 с
2. 0,46 с
3. 0,50 с
4. 0,54 с

379. (I, B) Збільшення тривалості інтервалу Q-T спричиняє прийом таких препаратів:

1. Хінідину
2. Аміодарону
3. Новокайнаміду
4. Амітроптиліну
5. Бета-адреноблокаторів

380. (B) У хворих із синдромом подовженого інтервалу Q-T для запобігання виникненню аритмій необхідно застосовувати:

1. Хінідин
2. Новокайнамід



3. Аміодарон
4. Бета-адреноблокатори

381. (І, В) При синдромі ранньої реполяризації шлуночків можливі такі зміни ЕКГ:

1. Елевація сегмента ST з випуклістю донизу
2. Поєднання елевації сегмента ST з негативним зубцем Т
3. Поворот серця навколо поздовжньої осі за годинниковою стрілкою
4. Зміщення перехідної зони праворуч

382. (В) Найбільш імовірний механізм синдрому ранньої реполяризації шлуночків:

1. Ваготонія
2. Електролітні порушення
3. Екстракардіальні фактори
4. Дисфункція йонних каналів кардіоміоцитів

383. (І, В) Стани, з якими часто асоціюється синдром ранньої реполяризації шлуночків:

1. Раптова кардіальна смерть
2. IХС
3. Пролапс мітрального клапана
4. Запальні хвороби міокарда

384. (С, ІІ, І, В) У хворих із синдромом подовженого інтервалу Q-T найчастіше зустрічаються такі стани:

1. Поліморфна шлуночкова тахікардія типу пірует
2. Фібріляція шлуночків
3. Раптова кардіальна смерть
4. Пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія

385. (С, ІІ) Синдром ранньої реполяризації шлуночків може імітувати:

1. Гострий ІМ
2. Перикардит
3. Неповну блокаду ПНПГ
4. Гіпертрофію лівого шлуночка

386. (С, ІІ) Механізм пароксизмальних тахікардій при синдромі преекзитації:

1. Патологічний автоматизм
2. Повторний вхід збудження
3. Післядеполяризації
4. Парасистолія

387. (С, ІІ, І) Ступінь розширення комплексу QRS при синдромі преекзитації залежить від:

1. Швидкості проведення імпульсу через АВ сполучення

2. Швидкості проведення імпульсу через додатковий шлях
3. Маси міокарда, що збуджується через додатковий шлях

388. (С, ІІ, І) ЕКГ-синдром, який полягає у поступовій зміні маси міокарда, що збуджується через додатковий пучок:

1. Транзиторний синдром WPW
2. Інтермітуючий синдром WPW
3. Синдром «концертино»
4. Латентний синдром WPW
5. Прихований синдром WPW

389. (ІІ, І, В) Пароксизмальна тахікардія, яка може виникати при синдромі WPW:

1. Поліморфна шлуночкова
2. Передсердна з АВ блокадою
3. Дво направлена шлуночкова
4. Антидромна

390. (С, ІІ, І) Пароксизмальна тахікардія, яка може виникати при синдромі WPW:

1. Ортодромна
2. Веретеноподібна шлуночкова
3. Передсердна з АВ блокадою
4. Шлуночкова типу пірует

391. (І, В) При фізичному навантаженні у практично здоровій людині із синдромом ранньої реполяризації шлуночків спостерігається:

1. Зміщення сегмента ST до ізолінії
2. Збільшення елевації сегмента ST
3. Положення сегмента ST не змінюється

392. (В) При фізичному навантаженні у практично здоровій людині із синдромом ранньої реполяризації шлуночків можна спостерігати:

1. Косовисідну депресію сегмента ST
2. Збільшення елевації сегмента ST
3. Положення сегмента ST не змінюється

393. (І, В) ЕКГ-ознаки синдрому ранньої реполяризації шлуночків при фізичному навантаженні:

1. Збільшуються
2. Зменшуються або нівелюються
3. Залишаються незмінними

394. (І, В) Причиною набутого синдрому подовженого інтервалу Q-T може бути передозування:



1. Соталолу
2. Пропранололу
3. Ніфедипіну
4. Ізосорбіду динітрату

395. (В) Причиною набутого синдрому подовженого інтервалу Q-T може бути передозування:

1. Хінідину
2. Пропранололу
3. Ніфедипіну
4. Ізосорбіду динітрату

396. (І, В) Причиною набутого синдрому подовженого інтервалу Q-T може бути передозування:

1. Новокайнаміду
2. Пропранололу
3. Ніфедипіну
4. Ізосорбіду динітрату

397. (І, В) Зникненню ЕКГ-ознак феномена WPW може сприяти прийом:

1. Верапамілу
2. Серцевих глікозидів
3. Аміодарону
4. Ніфедипіну

398. (І, В) Зникненню ЕКГ-ознак феномена WPW може сприяти прийом:

1. Атропіну
2. Верапамілу
3. Серцевих глікозидів
4. Ніфедипіну

399. (ІІ, І, В) Зникненню ЕКГ-ознак феномена WPW може сприяти прийом:

1. Аймаліну
2. Верапамілу
3. Серцевих глікозидів
4. Ніфедипіну

400. (І, В) Графіка шлуночкового комплексу при синдромі WPW типу А у відведеннях V₁, V_{3R}:

1. QS
2. qRS
3. R, Rs
4. rS

401. (С, ІІ, І) Графіка комплексу QRS при синдромі WPW типу В у відведеннях V₁, V_{3R}:

1. R, Rs

2. QS
3. qR
4. qRS

402. (С, ІІ) Графіка комплексу QRS при синдромі WPW типу В у відведеннях III, aVF:

1. RS, Rs
2. QS
3. qR, R
4. rSr'

403. (І, В) Графіка комплексу QRS при синдромі WPW типу В у відведеннях I, aVL:

1. R, Rs
2. QS
3. rSr'
4. rS

404. (С, ІІ, І) Дельта-хвиля при синдромі WPW типу А у відведеннях I, aVL:

1. Позитивна
2. Негативна
3. Ізоелектрична
4. Відсутня

405. (І, В) Дельта-хвиля при синдромі WPW типу А у відведеннях III, aVF:

1. Позитивна
2. Негативна
3. Ізоелектрична
4. Відсутня

406. (С, ІІ) Дельта-хвиля при синдромі WPW типу В у відведеннях III, aVF:

1. Позитивна
2. Негативна
3. Ізоелектрична
4. Відсутня

407. (С, ІІ, І) Дельта-хвиля при синдромі WPW типу В у відведеннях I, aVL:

1. Позитивна
2. Негативна
3. Ізоелектрична
4. Відсутня

408. (ІІ, І, В) Графіка шлуночкового комплексу при синдромі WPW типу AB у відведеннях V₁, V_{3R}:

1. QS
2. R, Rs
3. rSr'
4. qR'



409. (С, II, I) Графіка шлуночкового комплексу при синдромі WPW типу АВ у відведеннях III, aVF:

1. QS
2. R, RS
3. rSR'
4. qRs

410. (С, II) При синдромі WPW типу АВ дельта-хвилі у відведеннях V₁, V_{3R}:

1. Негативна
2. Позитивна
3. Ізоелектрична
4. Відсутня

411. (С, II, I) При синдромі WPW типу АВ дельта-хвилі у відведеннях III, aVF:

1. Негативна
2. Позитивна
3. Ізоелектрична
4. Відсутня

412. (С, II, I, В) Найчастіша форма аритмії у пацієнтів із синдромом WPW:

1. Фібриляція передсердь
2. Тріпотіння передсердь
3. Реципрокні АВ тахікардії
4. Фібриляція шлуночків
5. Екстрасистолія



Розділ 5. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОБИ

413. (С, II, I) Субмаксимальне навантаження – це навантаження, при якому:

1. З'явилися ішемічні зміни ЕКГ
2. Досягнуто 75–90 % максимальної потреби кисню
3. Досягнуто максимальної ЧСС
4. Відзначається підвищення САТ до 230 мм рт. ст.

414. (С, II, I) Загальноприйнятий допустимий рівень підвищення САТ при проведенні діагностичної ВЕМ:

1. 180 мм рт. ст.
2. 200 мм рт. ст.
3. 230 мм рт. ст.
4. 250 мм рт. ст.
5. 300 мм рт. ст.

415. (С, II, I) Загальноприйнятий допустимий рівень підвищення ДАТ при проведенні діагностичної ВЕМ:

1. 100 мм рт. ст.
2. 120 мм рт. ст.
3. 130 мм рт. ст.
4. 140 мм рт. ст.
5. 150 мм рт. ст.

416. (II, I, В) Під час парних фармакодинамічних тестів приріст часу педалювання, що вказує на ефективність антиангінального препарату, повинен становити:

1. 1 хв
2. 1 хв і 30 с
3. До 2 хв
4. 3 хв і більше
5. 5 хв

417. (С, II, I, В) Період реституції після ВЕМ-тесту оцінюють протягом:

1. 4 хв
2. 6 хв
3. 6 хв і більше або до відновлення вихідних клініко-електрокардіографічних параметрів
4. 10 хв
5. 20 хв

418. (II, I, В) Збільшення тривалості ВЕМ-навантажувальної сходинки більше 3 хв ви-

правдане при:

1. Визначені залишкової працездатності
2. Контролі ефективності лікування
3. Скринігових обстеженнях
4. Вивчені інших показників гемодинаміки та кисневого забезпечення

419. (С, II, I, В) Короткодіючі нітрати не впливають на тolerантність до фізичного навантаження, якщо відмінити препарат перед дослідженням за:

1. 10 год
2. 12 год
3. 2 дні
4. 3 дні
5. 7 днів

420. (I, В) Парний фармакодинамічний ВЕМ-тест проводить з метою:

1. Діагностики ІХС
2. Оцінки антиангінальної ефективності препарату
3. Підбору індивідуалізованої терапії ІХС
4. Стимуляції участі пацієнтів у профілактичних, лікувальних та реабілітаційних програмах

421. (II, I, В) Псевдонегативна проба – це проба, що зупинена:

1. При появі екстрасистолії
2. При появі болю в ногах
3. Без ознак ішемії міокарда при досягненні розрахункової ЧСС у хворого з документованим коронарним атеросклерозом
4. При появі втоми

422. (II, I, В) Псевдопозитивна проба – це проба:

1. З ЕКГ-ознаками ішемії міокарда в осіб без клінічних і ангіографічних ознак ІХС
2. Зупинена при появі екстрасистолії
3. При якій досягнута розрахункова ЧСС
4. Зупинена при відмові хворого від подальшого педалювання

423. (С, II, I, В) Критерії позитивної проби з фізичним навантаженням:

1. Біль за грудиною інтенсивністю 1 бал
2. Депресія сегмента ST на 1 мм і більше
3. Елевація сегмента ST на 1 мм і більше



4. Біль за грудиною і депресія сегмента ST на 1 мм і більше
 5. Напад стенокардії та елевація сегмента ST на 1 мм і більше

424. (С, II, I, В) Можливі варіанти оцінки результатів навантажувального діагностичного тесту:

1. Позитивний
2. Негативний
3. Неінформативний
4. Слабкопозитивний
5. Сумнівний

425. (II, I, В) Гемодинамічний критерій припинення проби з фізичним навантаженням, що найкраще відображає коронарний резерв:

1. Подвійний добуток (ЧСС×CAT/100)
2. Приріст хвилінного об'єму
3. Приріст ударного об'єму
4. Досягнення субмаксимальної ЧСС

426. (С, II, I) Розрахункова доза дипіридамолу для проведення фармакологічної проби становить:

1. 0,25 мг/кг маси хворого
2. 1,0 мг/кг маси хворого
3. 0,5 мг/кг маси хворого
4. 0,75 мг/кг маси хворого

427. (С, II, I) Можливі причини псевдопозитивного навантажувального тесту:

1. ЕКГ-ознаки синдрому WPW
2. Някісна підготовка хворого до дослідження
3. Блокада ЛНПГ
4. Прийом лікарських препаратів, що впливають на ЧСС та графіку сегмента ST і зубця Т
5. Методичні недоліки при проведенні проби
6. Прийом перед дослідженням нітратів або бета-адреноблокаторів

428. (I, В) Можливі причини псевдонегативного тесту з фізичним навантаженням:

1. Гемодинамічно незначуще ураження однієї коронарної артерії
2. Технічні труднощі проведення тесту
3. Прийом перед дослідженням антиангінальних препаратів
4. Методичні недоліки при проведенні проби (передчасне закінчення проби, недостатня фізична підготовка хворого)
5. ЕКГ-ознаки гіпертрофії правого шлуночка

429. (С, II, I) Чи є подвійний добуток (ЧСС×CAT/100) критерієм зупинки проби з фізичним навантаженням?

1. Так, при подвійному індексі 290 ум. од. і більше
2. Так, при трансезофагеальній кардіостимулляції
3. Так, при неадекватному підвищенні АТ під час проби з навантаженням
4. Ні

430. (С, II, I) Порогове навантаження – це навантаження, при якому:

1. Досягнуто підвищення тиску ≥ 230 мм рт. ст.
2. Виникають небезпечні порушення ритму чи провідності
3. Виникає напад стенокардії інтенсивністю 2 бали
4. Досягнута ЧСС, яка відповідає різниці між 220 і віком пацієнта

431. (I, В) При кардіостимулляції потреба у кисні збільшується за рахунок:

1. Зростання ЧСС і CAT
2. Зростання АТ та ЧСС
3. Зростання ЧСС без істотних змін АТ
4. Зростання CAT
5. Зростання ДАТ

432. (I, В) Принципова різниця між пробою з ДФН і прискорюючою кардіостимулляцією полягає у:

1. Більшій інформативності проби з ДФН
2. Більш чутливості прискореної кардіостимулляції у хворих на ІХС
3. Структурні забезпечення киснем при навантаженні
4. Збільшенні потреби у кисні при кардіостимулляції винятково за рахунок зростання ЧСС без істотних змін АТ

433. (С, II, I, В) Для діагностики ішемії міокарда при пробі з фізичним навантаженням найбільш інформативним відведенням є:

1. V3
2. III
3. aVR
4. V5
5. aVF

434. (С, II) При підготовці хворого до проби з ДФН необхідно:

1. Відмінити за дві доби до дослідження препарати, що можуть вплинути на результат проби



2. Виключити паління, вживання чаю та кави
3. Дослідження виконувати через дві години після легкого сніданку
4. Виключити напередодні дослідження надмірне фізичне і психоемоційне напруження
5. Провести добовий моніторинг ЕКГ

435. (С, II, I) При проведенні калієвої проби необхідно реєструвати ЕКГ до прийому препарату і через:

1. 60, 90 і 120 хв
2. 30, 60, 90 і 120 хв
3. 5, 15 і 30 хв
4. Кожні 15 хв протягом години

436. (С, II) При проведенні проби з пропранололом (обзиданом) необхідно реєструвати ЕКГ до прийому препарату і через:

1. 60, 90 і 120 хв
2. 30, 60, 90 і 120 хв
3. 5, 15 і 30 хв
4. Кожні 15 хв протягом години

437. (С, II, I) Подвійний добуток (ЧСС×CAT/100) – це:

1. Критерій функціонального класу серцевої недостатності
2. Показник потреби міокарда у кисні
3. Показник стану внутрішньосерцевої гемодинаміки
4. Показник стану центральної гемодинаміки

438. (С, II, I) Допустимий рівень ЧСС при добутаміновій пробі становить:

1. 120 за 1 хв
2. 150 за 1 хв
3. 160 за 1 хв
4. 220 – вік хворого

439. (С, II, I) Допустимий рівень ЧСС при черезстравохідній кардіостимуляції з метою діагностики IХС становить:

1. Не більше 140 за 1 хв
2. 160 за 1 хв
3. 220 – вік пацієнта
4. Визначається за таблицею Шефарда
5. Визначається точкою Венкебаха

440. (II, I, В) Про позитивну пробу з фізичним навантаженням свідчить появя:

1. Шлуночкової екстрасистолії
2. Задишки

3. Підвищення АТ до 250/90 мм. рт. ст.
4. Нападу стенокардії
5. Порушення внутрішньошлуночкової провідності

441. (ІІ, I, В) Із наведених порогових реакцій про негативну навантажувальну пробу свідчить:

1. Поява втоми
2. Відмова від подальшого проведення проби
3. Досягнення субмаксимальної ЧСС без ознак ішемії
4. Зростання АТ до 230/130 мм рт. ст.
5. Поява болю в ділянці серця

442. (С, II, I) Показаннями для проведення ХМ ЕКГ є:

1. Наявність симптомів, можливо, зумовлених порушеннями ритму
2. Наявність симптомів, можливо, зумовлених ішемією міокарда
3. Необхідність оцінки частоти і ступеня небезпеки порушень ритму серця
4. Необхідність з'ясування причин, що провокують порушення ритму серця або ішемію міокарда
5. Контроль ефективності лікування IХС і порушення ритму
6. Скринінгова діагностика ішемії міокарда

443. (С, II, I) Проба з навантаженням з неінформативною у випадку появі:

1. Нападу стенокардії
2. Горизонтальної депресії сегмента ST на 1 мм
3. Косонизідної депресії сегмента ST на 2 мм
4. Фібріляції передсердь
5. Елевації сегмента ST у декількох відведеннях

444. (С, II, I) Велоергометрія дозволяє:

1. Визначити функціональний клас стенокардії
2. Об'єктивізувати вибір антиангіальногого препарату
3. Здійснити контроль за ефективністю лікування та реабілітації хворих
4. Визначити залишкову працездатність у хворого на ІМ
5. Здійснити диференціальну діагностику між IХС і кардіалгіями
6. Оцінити загальний ішемічний тягар

445. (С, II, I) Максимальне навантаження – це навантаження, при якому:

1. Досягнуто 90 % максимального споживання кисню
2. Досягнуто максимального споживання кисню



3. З'являються ознаки непереносності навантаження
4. Досягнуто ЧСС, яка відповідає різниці 220 і віку хворого

446. (С, II, I) Розрахункова доза пропранололу (обзидану) для проведення фармакологічної проби становить:

1. 0,5 мг/кг маси тіла хворого
2. 1 мг/кг маси тіла хворого
3. 2 мг/кг маси тіла хворого
4. 60 мг

447. (С, II, I, В) Розрахункова доза хлориду калію для проведення фармакологічної проби становить:

1. 50 мг/кг маси тіла хворого
2. 100 мг/кг маси тіла хворого
3. 200 мг/кг маси тіла хворого
4. 500 мг/кг маси тіла хворого

448. (I, В) Розрахункова доза пропранололу (обзидану) для проведення фармакологічної проби у хворого масою 80 кг становить:

1. 40 мг
2. 50 мг
3. 80 мг
4. 100 мг

449. (I, В) Розрахункова доза хлориду калію для проведення фармакологічної проби у хворого масою 80 кг становить:

1. 4,0 г
2. 6,0 г
3. 8,0 г
4. 10,0 г

450. (I, В) Зміни сегмента ST не розглядають як ознаку позитивної проби з фізичним навантаженням при:

1. Горизонтальній депресії сегмента ST на 1 мм і більше тривалістю 0,08 с
2. Косонизхідній депресії сегмента ST на 1 мм і більше тривалістю 0,08 с
3. Косовисхідній депресії сегмента ST при QX/QT менше 50 %
4. Елевації сегмента ST на 1 мм і більше

451. (С, II, I, В) Методи оцінки коронарного резерву:

1. Велоергометрична проба
2. Тредміл-тест

3. Дипіридамолова проба
4. Стрес-ЕхоКГ з добутаміном
5. Аймалінова проба

452. (I, В) Показання до парних фармакодинамічних тестів:

1. Вибір ефективного антиангінального препарату
2. Вибір адекватної разової дози антиангінального препарату
3. Прогнозування ефективності антиангінального лікування
4. Індукція порушень серцевого ритму

453. (С, II, I, В) Показники ВЕМ-проби, за якими оцінюють функціональний клас стенокардії:

1. Подвійний добуток
2. Порогове навантаження
3. Пороговий приріст ЧСС

454. (С, II, I, В) Відносні протипоказання до проб з фізичним навантаженням:

1. Частина шлуночкових екстрасистолій
2. Блокада ЛНПГ
3. Синдром WPW
4. Декомпенсований цукровий діабет
5. Синусова брадикардія

455. (С, II) Для визначення субмаксимального навантаження за таблицею Шефарда не враховують:

1. Масу тіла
2. Стать
3. Рівень тренованості пацієнта
4. Вік

456. (С, II, I) Пробу з гіпервентиляцією перед виконанням ВЕМ використовують для оцінки:

1. Тolerантності до фізичного навантаження
2. Змін ЕКГ у зв'язку з гіпервентиляцією
3. Змін ЧСС у процесі гіпервентиляції
4. Змін АТ у процесі гіпервентиляції

457. (С, II, I) Холодову пробу виконують для:

1. Діагностики дистрофічних змін міокарда
2. Оцінки функціонального стану міокарда
3. Діагностики коронарного вазоспазму і варіантної стенокардії
4. Оцінки реакції АТ і ЧСС

458. (С, II, I, В) При ХМ ЕКГ реєструються модифіковані відведення:

1. V₁, V₂
2. V₂, V₅



3. V₄, V₆
4. V₃, V₆
5. V₁, V₅
6. V₁, V₆

459. (C, II, I, B) ХМ ЕКГ дає чіткий діагностичний результат при:

1. Поступанні порушення ритму або змін сегмента ST з типовими симптомами
2. Реєстрації поодиноких шлуночкових екстрасистол
3. Реєстрації поодиноких суправентрикулярних екстрасистол
4. Реєстрації епізоду низькочастотного ритму при нападі стенокардії

460. (C, II, I) Для діагностики ІХС застосовуються перераховані проби:

1. Дипіридамолова
2. Добутамінова
3. Черезстрявохідна кардіостимуляція
4. ВЕМ
5. З пропранололом (обзиданом)

461. (C, II) Вкажіть пробу, що застосовується для діагностики ІХС:

1. Нітрогліцеринова
2. Атропінова
3. Дипіридамолова
4. З пропранололом (обзиданом)

462. (C, II) Інформативними для діагностики ІХС є фармакологічні проби:

1. Дипіридамолова
2. Атропінова
3. З пропранололом (обзиданом)
4. Добутамінова

463. (I, B) Проба з гіпервентиляцією протягом 3–5 хв застосовується для:

1. Оцінки змін ЧСС і АТ у процесі гіпервентиляції
2. Діагностики коронарного вазоспазму і варіантної стенокардії
3. Оцінки функціонального стану міокарда
4. Діагностики дистрофічних змін міокарда

464. (C, II) Найбільш значущу інформацію про наявність у пацієнта безболової ішемії міокарда забезпечує:

1. Проба з ДФН
2. Дипіридамолова проба
3. ХМ ЕКГ
4. Коронаровентрикулографія

5. Сцинтиграфія міокарда з талієм 201

465. (I, B) Параметри ХМ ЕКГ, які використовуються для діагностики ІХС:

1. Середня амплітуда депресії сегмента ST (мм)
2. Середня ЧСС під час ішемічного епізоду (за 1 хв)
3. Середня тривалість одного епізоду ішемії (хв)
4. Сумарна тривалість ішемії за добу (хв)
5. Кількість шлуночкових екстрасистол за добу

466. (C, II, I) Для з'ясування походження змін кінцевої частини шлуночкового комплексу у пацієнтів з НІД необхідно провести:

1. Калієву пробу
2. Пробу з пропранололом
3. Ортостатичну пробу
4. Пробу з гіпервентиляцією
5. ВЕМ
6. Аймалінову пробу

467. (C, II, I) У вертикальному положенні порівняно з горизонтальним ЧСС у здорових осіб зростає на:

1. 0–10 %
2. 10–20 %
3. 20–30 %
4. 30–40 %
5. 40–50 %

468. (I, B) При стенокарді I функціонального класу рівень порогового навантаження і подвійний індекс становлять відповідно:

1. 25 Вт і менше, до 150 ум. од.
2. 50 Вт, 151–217 ум. од.
3. 75–100 Вт, 218–277 ум. од.
4. 125 Вт і більше, 278 ум. од. і більше

469. (I, B) При стенокарді II функціонального класу рівень порогового навантаження і подвійний індекс становлять відповідно:

1. 25 Вт і менше, до 150 ум. од.
2. 50 Вт, 151–217 ум. од.
3. 75–100 Вт, 218–277 ум. од.
4. 125 Вт і більше, 278 ум. од. і більше

470. (I, B) При стенокарді III функціонального класу рівень порогового навантаження і подвійний індекс становлять відповідно:

1. 25 Вт і менше, до 150 ум. од.
2. 50 Вт, 151–217 ум. од.
3. 75–100 Вт, 218–277 ум. од.
4. 125 Вт і більше, 278 ум. од. і більше



471. (І, В) При стенокарді ІV функціонального класу рівень порогового навантаження і по-двійний індекс становлять відповідно:

1. 25 Вт і менше, до 150 ум. од.
2. 50 Вт, 151–217 ум. од.
3. 75–100 Вт, 218–277 ум. од.
4. 125 Вт і більше, 278 ум. од. і більше

472. (С, II) Епізоди безсимптомної депресії сегмента ST при моніторуванні ЕКГ зустрічаються при:

1. Стенокардії напруження
2. Варіантній стенокардії
3. IM
4. Післяінфарктному кардіосклерозі
5. У здорових осіб
6. Повній АВ блокаді

473. (С, II, I, В) Для виявлення безсимптомної ішемії міокарда застосовують:

1. Добове моніторування ЕКГ
2. Пробу з фізичним навантаженням
3. Черезстравохідну стимуляцію передсердь
4. Сцинтиграфію міокарда з талієм-201 на тлі фізичного навантаження
5. Стрес-екокардіографію
6. Пробу з гіпервентиляцією

474. (І, В) Для діагностики та вибору тактики лікування ІХС коронарографія показана при:

1. Низькій толерантності до фізичного навантаження
2. Частих ангінозних нападах
3. Сумарній тривалості епізодів безсимптомної ішемії міокарда більше 90 хв на добу
4. Недостатній ефективності антиангінальної терапії
5. Синдромі WPW

475. (І, В) Критерії підвищеного ризику раптової смерті у хворих на ІХС:

1. Шлуночкова екстрасистолія високих градацій
2. Фракція викиду лівого шлуночка менше 40 %
3. Часті епізоди безсимптомної ішемії міокарда при їх сумарній тривалості більше 90 хв/добу
4. Низька варіабельність серцевого ритму
5. Суправентрикулярні аритмії

476. (С, II, I, В) Зростання потреби організму в кисні при фізичному навантаженні корелює з:

1. ЧСС
2. Подвійним добутком

3. Потрійним добутком

4. Хвилинним об'ємом кровообігу

5. Індексом маси міокарда лівого шлуночка

477. (С, II) Ступінь коронарної недостатності при пробі з фізичним навантаженням оцінюється за:

1. Рівнем порогового навантаження
2. Глибиною депресії сегмента ST
3. Кількістю відведенъ з депресією сегмента ST
4. Поєднанням ішемічних змін ЕКГ з порушеннями ритму високих градацій
5. Досягнутим рівнем АТ

478. (І, В) Метод тривалого моніторування ЕКГ у хворих на ІХС дозволяє:

1. Документувати наявність або відсутність змін ЕКГ при кожному нападі болю в грудній клітці
2. Виявити зміни ЕКГ ішемічного характеру при безболювому епізоді
3. Виявити життєво небезпечні порушення ритму і провідності
4. Оцінити варіабельність серцевого ритму
5. Встановити ступінь стенозування коронарних артерій

479. (І, В) ЕКГ-критерієм позитивної проби на ІХС при черезстравохідній кардіостимуляції є:

1. Депресія сегмента ST на 1 мм
2. Депресія сегмента ST на 2 мм
3. Подовження інтервалу St-R і появи АВ блокади II ступеня 1-го типу
4. Інверсія або реверсія зубця Т

480. (І, В) Для виявлення вазоспастичного компонента у формуванні клінічного синдрому стенокардії застосовуються проби:

1. Холодову
2. Гіпервентиляційну
3. Ергометріову
4. Дипридамолову
5. Содово-гіпервентиляційну

481. (І, В) Характерним ЕКГ-критерієм вазоспастичної стенокардії можна вважати появу транзиторних змін ЕКГ:

1. Депресії сегмента ST на 1 мм і більше за ішемічним типом
2. Елевациї сегмента ST на 2 мм і більше
3. Високого коронарного зубця Т
4. Негативного рівностороннього зубця Т
5. Частої екстрасистолії



Розділ 6. ЕКГ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

482. (I, В) ЕКГ-ознака трансмуральної ішемії міокарда під диферентним електродом:

1. Патологічний зубець Q
2. Депресія сегмента ST
3. Елевація сегмента ST
4. Негативний симетричний зубець T
5. Високий коронарний зубець T

483. (В) Реципрокні зміни ЕКГ при трансмуральній ішемії міокарда:

1. Депресія сегмента ST
2. Елевація сегмента ST
3. Негативний симетричний зубець T
4. Збільшення амплітуди зубця T
5. Патологічний зубець Q

484. (II, I, В) ЕКГ-ознака субендокардіальної ішемії міокарда під диферентним електродом:

1. Депресія сегмента ST
2. Високий позитивний симетричний зубець T
3. Негативний симетричний зубець T
4. Зниження амплітуди зубця R
5. Патологічний зубець Q

485. (II, I, В) ЕКГ-ознака субендокардіального пошкодження міокарда під диферентним електродом:

1. Елевація сегмента ST
2. Патологічний зубець Q
3. Зниження амплітуди зубця R
4. Депресія сегмента ST
5. Високий коронарний зубець T

486. (С, II, I) ЕКГ-ознака субелікардіального пошкодження міокарда під диферентним електродом:

1. Депресія сегмента ST
2. Елевація сегмента ST
3. Негативний симетричний зубець T
4. Зниження амплітуди зубця R
5. Високий коронарний зубець T

487. (I, В) Реципрокні зміни ЕКГ при субелікардіальному пошкодженні міокарда:

1. Елевація сегмента ST

2. Депресія сегмента ST

3. Негативний симетричний зубець T
4. Зниження амплітуди зубця R
5. Високий коронарний зубець T

488. (I, В) Характерні ЕКГ-ознаки ішемічного зміщення сегмента ST:

1. Горизонтальна депресія сегмента ST
2. Амплітуда зміщення сегмента ST на 1 мм і більше
3. Тривалість зміщення сегмента ST менше 0,06 с
4. Елевація сегмента ST
5. Тривалість зміщення сегмента ST 0,08 с і більше

489. (I, В) ЕКГ-ознака трансмурального пошкодження міокарда під диферентним електродом:

1. Косонизхідне зміщення сегмента ST
2. Глибокий негативний зубець T
3. Елевація сегмента ST з випуклістю вниз
4. Елевація сегмента ST з випуклістю вгору
5. Високий коронарний зубець T

490. (В) Реципрокні зміни ЕКГ при трансмуральному пошкодженні міокарда:

1. Косовисхідне зміщення сегмента ST
2. Косонизхідне зміщення сегмента ST
3. Депресія сегмента ST з випуклістю вниз
4. Депресія сегмента ST з випуклістю вгору
5. Інверсія зубця T

491. (С, II) При великовогнищевому IM патологічний зубець Q характеризує:

1. Зону ішемії
2. Зону пошкодження
3. Зону некрозу
4. Гостру коронарну недостатність

492. (II, I, В) Депресія сегмента ST вважається реципрокною при появі:

1. Патологічного зубця Q
2. Ознак трансмуральної ішемії на протилежній стінці
3. Ознак трансмурального ураження на протилежній стінці
4. Коронарного зубця T на протилежній стінці



493. (С, II, I) Форма зміщення сегмента ST внаслідок ранньої реполяризації шлуночків:

1. Косонизхідна депресія з випуклістю вгору
2. Косонизхідна депресія з випуклістю вниз
3. Елевация у вигляді монофазної кривої
4. Горизонтальна депресія
5. Елевация з випуклістю вниз

494. (I, В) Реципрокні зміни ЕКГ при субендокардіальній ішемії міокарда:

1. Патологічний зубець Q
2. Негативний зубець Т
3. Високий коронарний зубець Т
4. Зубець Т зниженої амплітуди, згладжений
5. Депресія сегмента ST

495. (С, II) Поява патологічного зубця Q характерна для:

1. Гострої коронарної недостатності
2. Великовогнищевого IM
3. Інtramурального IM
4. Дрібновогнищевого IM
5. Нестабільної стенокардії

496. (С, II, I) Тривалість гострої стадії великовогнищевого IM за даними ЕКГ становить:

1. 3 доби
2. 3 тиж
3. 1 міс
4. 3 міс

497. (I, В) Тривалість найгострішої стадії IM за даними ЕКГ становить:

1. 24 год
2. До 3 діб
3. 1 тиж
4. 10 діб

498. (С, II, I) Тривалість підгострої стадії IM за даними ЕКГ становить:

1. 72 год
2. 10 діб
3. 3 тиж
4. 2 міс

499. (С, II, I) При великовогнищевому IM зміни сегмента ST характеризують:

1. Зону ішемії
2. Зону пошкодження
3. Нестабільність коронарного кровообігу
4. Зону некрозу

500. (II, I, В) При великовогнищевому IM зміни зубця Т характеризують:

1. Нестабільність коронарного кровообігу
2. Гостру коронарну недостатність
3. Зону некрозу
4. Зону ішемії
5. Зону пошкодження

501. (С, II, I) Реєстрація патологічного зубця Q, сегмента ST на ізолінії і негативного зубця

T характерна для стадії IM:

1. Найгострішої
2. Гострої
3. Підгострої
4. Рубцевої

502. (С, II, I) Реєстрація патологічного зубця Q, елевації сегмента ST і негативного зубця T

характерна для стадії IM:

1. Найгострішої
2. Підгострої
3. Рубцевої
4. Гострої

503. (II, I, В) Реєстрація патологічного зубця Q, глибокого негативного зубця T і сегмента ST на ізолінії характерна для:

1. Гострої коронарної недостатності
2. Дрібновогнищевого IM
3. Великовогнищевого IM місячної давності
4. Нестабільної стенокардії
5. Інtramурального IM

504. (С, II, I, В) Для великовогнищевого IM давністю до 3 тиж характерно:

1. Патологічний зубець Q, елевация сегмента ST у вигляді монофазної кривої
2. Патологічний зубець Q, сегмент ST вище ізолінії, негативний зубець Т
3. Патологічний зубець Q, сегмент ST на ізолінії, згладжений зубець Т
4. Патологічний зубець Q, сегмент ST на ізолінії, негативний зубець Т

505. (С, II, I, В) Для великовогнищевого IM давністю до 72 год характерно:

1. Патологічний зубець Q, елевация сегмента ST у вигляді монофазної кривої
2. Патологічний зубець Q, сегмент ST вище ізолінії, негативний зубець Т
3. Патологічний зубець Q, сегмент ST на ізолінії, негативний зубець Т
4. Патологічний зубець Q, сегмент ST на ізолінії, згладжений зубець Т



506. (С, II, I, В) Для великовогнищевого IM давністю від 4 тиж до 2 міс характерно:

1. Патологічний зубець Q, елевація сегмента ST у вигляді монофазної кривої
2. Патологічний зубець Q, сегмент ST вище ізолінії, негативний зубець T
3. Патологічний зубець Q, сегмент ST на ізолінії, негативний зубець T
4. Патологічний зубець Q, сегмент ST на ізолінії, згладжений зубець T

507. (С, II, I, В) Для великовогнищевого IM давністю 1 рік характерно:

1. Патологічний зубець Q, елевація сегмента ST у вигляді монофазної кривої
2. Патологічний зубець Q, сегмент ST вище ізолінії, негативний зубець T
3. Патологічний зубець Q, сегмент ST на ізолінії, негативний зубець T
4. Патологічний зубець Q, сегмент ST на ізолінії, згладжений зубець T

508. (С, II, I, В) Для гострої стадії великовогнищевого IM характерні такі зміни ЕКГ:

1. Патологічний зубець Q
2. Депресія сегмента ST
3. Елевація сегмента ST
4. Двофазний зубець T з перевагою негативної фази

509. (С, II, I, В) Графіку інтрамурального IM найбільш повно характеризують:

1. Патологічний зубець Q, сегмент ST на ізолінії, негативний зубець T
2. Депресія сегмента ST у поєднанні з глибоким негативним зубцем T
3. Зниження амплітуди зубця R у поєднанні з негативним зубцем T
4. Елевація сегмента ST у вигляді монофазної кривої
5. Поява коронарного зубця T

510. (С, II, I, В) Для гострого дрібновогнищевого IM характерно:

1. Патологічний зубець Q
2. Зниження амплітуди зубця R
3. Елевація сегмента ST
4. Високий коронарний зубець T
5. Рівнобічний негативний або двофазний з перевагою негативної фази зубець T

511. (С, II, I, В) Для рубцевої стадії великовог-

нищевого IM характерними є такі зміни ЕКГ:

1. Патологічний зубець Q
2. Зменшення амплітуди зубця R у поєднанні з патологічним зубцем Q
3. Сегмент ST на ізолінії
4. Сегмент ST нижче ізолінії
5. Згладжений зубець T

512. (С, II, I, В) Для підгострої стадії великовогнищевого IM характерними є такі зміни ЕКГ:

1. Патологічний зубець Q
2. Шлуночковий комплекс типу QR
3. Сегмент ST на ізолінії
4. Сегмент ST вище ізолінії
5. Негативний зубець T

513. (С, II, I) Найбільш характерною ознакою трансмурального IM є:

1. Збільшення тривалості комплексу QRS до 0,12 с
2. Збільшення тривалості інтервалу Q-T
3. Депресія сегмента ST
4. Високий коронарний зубець T
5. Шлуночковий комплекс типу QS

514. (С, II, I, В) Для великовогнищевого передньосептального IM характерно:

1. Зниження амплітуди зубця R у відведеннях V₂-V₃
2. Поява шлуночкових комплексів типу QS у відведеннях V₁-V₃
3. Поява негативного зубця T без змін комплексу QRS
4. Депресія сегмента ST у відведеннях V₄-V₅
5. Поява патологічного зубця Q у відведеннях III

515. (С, II) Для діагностики передньосептального IM інформативні відведення:

1. II, III, III на вдиху, aVF
2. II, aVL, V₅-6
3. V₁-3
4. I, V₄-6, Anterior за Небом
5. aVR, V₃R-V₆R

516. (II, I, В) Ознаки гострого великовогнищевого IM зареєстровані у відведеннях V₁-V₃, Anterior за Небом. Локалізація IM:

1. Задньодіафрагмальна
2. Задньобазальна
3. Задньобокова
4. Передньосептальна
5. Верхівковобокова



517. (С, II, I) Ознаки гострого великовогнищевого IM зареєстровані у відведеннях I, aVL, V₁₋₆, Anterior, Inferior за Небом. Локалізація IM:

1. Задньодіафрагмальна
2. Задньобазальна
3. Задньобокова
4. Передньосептальна
5. Поширена передня

518. (С, II, I) Для діагностики поширеного переднього IM найбільш інформативні відведення:

1. I, II, aVF
2. V_{7-V9}, за Слопаком
3. I, aVL, V_{1-V6}
4. Dorsalis, Inferior за Небом

519. (С, II) Для діагностики IM передньо-верхівкової ділянки лівого шлуночка найбільш інформативні відведення:

1. I, aVL
2. III, aVF, за Слопаком
3. II, III, aVF
4. V_{3-V4}
5. V_{5-V6}

520. (С, II, I) Для діагностики високого переднього IM інформативні відведення:

1. I, aVL, V₅₋₆
2. II, III, aVF, V_{3-V4}
3. II, III, aVF, V_{7-V9}
4. V_{1-V4} на два ребра вище
5. V_{7-V9}, за Слопаком

521. (С, II, I) Для діагностики бокового IM інформативні відведення:

1. I, aVL, V₅₋₆
2. I, aVL, V_{1-V4}
3. II, III, V_{1-V4}
4. III, aVF, за Слопаком
5. II, III, aVF, Dorsalis за Небом

522. (С, II, I) Для діагностики високого бокового IM інформативні відведення:

1. I, aVL, V_{1-V4}
2. II, III, aVF, V_{3-V4}
3. V_{7-V9}, відведення за Слопаком
4. I, aVL, V_{4-V6} на два ребра вище
5. II, III, aVF, V_{7-V9}

523. (І, В) Ознаки великовогнищевого IM зареєстровані у відведеннях II, III, aVF, Dorsalis

за Небом, відведеннях за Слопаком. Ці зміни характерні для:

1. Задньодіафрагмального IM
2. Циркулярного передньозаднього IM
3. IM бокової стінки лівого шлуночка
4. Поширеного IM задньої стінки лівого шлуночка
5. Задньобазального IM з охопленням бокової стінки лівого шлуночка

524. (С, II, I) Ознаки великовогнищевого IM зареєстровані у відведеннях II, III, aVF. Локалізація IM:

1. Задньобокова
2. Верхівковобокова
3. Передньосептальна
4. Задньодіафрагмальна
5. Циркулярний передньозадній IM

525. (І, В) ЕКГ-ознаки IM у відведеннях V_{7-V9}, Dorsalis за Небом і за Слопаком характерні для:

1. Передньобокового IM
2. Передньосептального IM
3. Задньобокового IM
4. Задньобазального IM
5. IM правого шлуночка

526. (С, II) Для діагностики задньодіафрагмального IM інформативні відведення:

1. II, III, III на вдиху, aVF
2. III, V_{7-V9}, Dorsalis за Небом
3. I, aVL, V_{4-V6}
4. V_{7-V9}, Dorsalis за Небом, відведення за Слопаком
5. Anterior, Inferior за Небом

527. (С, II, I) Для діагностики задньобазального IM інформативні відведення:

1. II, III, III на вдиху, aVF
2. I, aVL, V_{5-V6}
3. V_{5-V6}, Inferior за Небом
4. V_{7-V9}, Dorsalis за Небом, відведення за Слопаком
5. V_{1-V3}

528. (ІІ, І, В) При гострому задньобазальному IM реципрокні зміни реєструються у відведеннях:

1. I, aVL
2. II, III, aVF
3. V_{1-V3}
4. V_{5-V6}
5. aVR, aVF



529. (C, II, I) При ІМ високих відділів передньо-бокової стінки лівого шлуночка інформативні відведення:

1. V4-V6
2. V2-V4
3. I, aVL
4. V5-V6
5. II, III, aVF

530. (I, B) При підозрі на високий передньобоковий ІМ необхідно додатково зареєструвати відведення:

1. V3R-V6R
2. Dorsalis, Inferior за Небом
3. V3-V6 на два ребра вище
4. За Слопаком

531. (II, I, B) При гострому задньонижньому ІМ реципрокні зміни реєструються у відведеннях:

1. I, II, III
2. aVR, aVL, aVF
3. I, aVL, V1-V3
4. V1-V6
5. I, aVL, V5-V6

532. (II, I, B) Реципрокні ознаки гострого задньонижнього ІМ:

1. Високий коронарний зубець Т у відвденнях I, aVL, V1-V3
2. Зменшення амплітуди зубця R, елевація сегмента ST у відвденнях V1-V3
3. Депресія сегмента ST у відвденнях I, aVL, V1-V3, збільшення амплітуди зубця R у відвденнях I, aVL
4. Елевація сегмента ST у відвденні V1-V4, негативний зубець Т
5. Збільшення амплітуди зубця R, депресія сегмента ST у відвденнях V5-V6

533. (I, B) Реципрокні ЕКГ-ознаки гострого задньобазального ІМ:

1. Високий коронарний зубець Т у відвденнях I, aVL, V1-V3
2. Зменшення амплітуди зубця R, елевація сегмента ST у відвденнях V1-V3
3. Збільшення амплітуди зубця R, депресія сегмента ST, високий зубець Т у відвденнях V1-V3
4. Елевація сегмента ST у відвденнях V1-V4, негативний зубець Т

5. Збільшення амплітуди зубця R, депресія сегмента ST у відвденнях V5-V6

534. (II, I, B) У відвденнях I, II, aVL, V5-V6, Inferior за Небом реєструються ознаки ІМ:

1. Високих відділів передньої стінки
2. Бокового
3. Циркулярного передньозаднього
4. Задньодіафрагмального
5. Задньобокового

535. (II, I, B) ІМ правого шлуночка частіше виникає при:

1. Передньому ІМ
2. Передньосепталному ІМ
3. Передньобоковому ІМ
4. Передньобазальному ІМ
5. Задньому ІМ

536. (I, B) Додаткові ЕКГ-відвдення для діагностики ІМ високих відділів передньобокової стінки лівого шлуночка:

1. Dorsalis за Небом
2. Anterior, Inferior за Небом
3. За Слопаком
4. aVF на вдиху
5. Грудні відвдення в 2-3 межребер'ях зліва

537. (B) При локалізації некрозу в передньобоковій стінці лівого шлуночка сумарний вектор деполяризації шлуночків спрямований до:

1. Позитивного полюса відвдень I, aVL, V3-V6
2. Позитивного полюса відвдень III, aVF
3. Негативного полюса відвдень II, III, aVF
4. Позитивного полюса відвдення aVR

538. (II, I, B) При локалізації некрозу у нижніх відділах задньої стінки лівого шлуночка сумарний вектор деполяризації шлуночків спрямований до:

1. Позитивного полюса відвдень I, aVL
2. Негативного полюса відвдень I, aVL
3. Позитивного полюса відвдень III, aVF
4. Позитивного полюса відвдення aVR

539. (I, B) При локалізації некрозу в задньобазальній ділянці лівого шлуночка сумарний вектор деполяризації шлуночків спрямований до:

1. Негативного полюса відвдень III, aVF
2. Позитивного полюса відвдень III, aVF



3. Позитивного полюса відведення aVR
4. Позитивного полюса відведені V1-V3

540. (І, В) Якщо зона ішемічного пошкодження локалізована в субендокардіальних відділах передньої стінки лівого шлуночка, вектор сегмента ST спрямований до:

1. Позитивного полюса відведені I, aVL
2. Позитивного полюса відведені III, aVF
3. Позитивного полюса відведені V3-V6
4. Негативного полюса відведені V1-V4
5. Негативного полюса відведені III, aVF

541. (В) При субепікардіальному ішемічному пошкодженні передньої стінки лівого шлуночка вектор сегмента ST спрямований до:

1. Негативного полюса відведені I, aVL
2. Негативного полюса відведені V3-V6
3. Негативного полюса відведені III, aVF
4. Позитивного полюса відведені III, aVF
5. Позитивного полюса відведені V1-V4

542. (І, В) Високий позитивний зубець Т у грудних відведеннях може бути ознакою таких станів:

1. Субендокардіальної ішемії передньої стінки
2. Субендокардіальної ішемії задньої стінки
3. Субепікардіальної ішемії задньої стінки
4. Інtramуральній ішемії задньої стінки
5. Трансмуральній ішемії задньої стінки

543. (І, В) Для післійинфарктної аневризми серця не є характерним:

1. Шлуночковий комплекс типу QR
2. Шлуночковий комплекс типу QS
3. Тривале збереження елевації сегмента ST
4. Не відбувається формування глибокого негативного зубця Т

544. (І, В) При повторному IM можуть спостерігатися такі зміни ЕКГ у динаміці:

1. Посилення ознак старих рубцевих змін при розвитку повторного IM на протилежній стінці
2. Поява ознак свіжого некрозу зі зникненням тих ознак IM, які спостерігалися раніше
3. «Помолодіння» ЕКГ-кривої
4. Псевдопозитивна динаміка ЕКГ
5. Виникнення порушень ритму і провідності

545. (С, ІІ, ІІІ) Ознаки псевдопозитивної динаміки ЕКГ у випадку повторного IM:

1. Відновлення нормальної графіки ЕКГ

2. Немає змін графіки ЕКГ у динаміці
3. Повернення сегмента ST до ізолінії
4. Зменшення раніше виявлених патологічних змін шлуночкового комплексу

546. (І, В) Інфаркт передсердь найчастіше виникає при такій локалізації некротичного ураження у лівому шлуночку:

1. Передньосептальний
2. Передньобоковий
3. Задньодіафрагмальний
4. Задньобазальний

547. (І, В) Для інфаркту передсердь характерні такі зміни:

1. Передсердні порушення ритму
2. Порушення АВ провідності
3. Порушення внутрішньошлуночкової провідності
4. Зміна форми зубця Р
5. Зміщення сегмента PQ

548. (ІІ, І, В) Критерії диференціації IM від гострого перикардиту:

1. Швидка нормалізація ЕКГ-кривої
2. Поява патологічного зубця Q
3. Немає реципрокних змін
4. Немає динаміки кінцевої частини комплексу QRST

549. (С, ІІ, І, В) При великовогнищевому передньоперегородковому IM, ускладненому повною блокадою ЛНПГ, шлуночкові комплекси мають форму:

1. QSV1-V3, rSV4, RV5-V6
2. QSV1-V4, RV5-V6
3. QSV1-V3, rSV4, RSV5-V6
4. QSV1-V4, qRV5-V6

550. (С, ІІ, І, В) При трансмуральному передньоперегородковому і верхівковобоковому IM, ускладненому повною блокадою ЛНПГ, шлуночкові комплекси мають форму:

1. QS V1-V4, R V5-V6
2. QS V1-V4, qR V5-V6
3. QS V1-V3, rS V4, RS V5-V6
4. QS V1-V3, RS V4, R V5-V6
5. QS V1-V6

551. (С, ІІ, І, В) При ізольованому трансмуральному IM бокової стінки лівого шлуночка і повній блокаді ЛНПГ у відведеннях V5-V6 реєструється шлуночковий комплекс з графікою:



1. R
2. qR
3. QS
4. RS

552. (І, В) Поява широкого термінального зубця S у відведеннях V₅₋₆ у хворих з трансмуральним IM передньобокової стінки лівого шлуночка і повною блокадою ЛНПГ зумовлена:

1. Збудженням перегородки
2. Збудженням правого шлуночка
3. Порожнинним потенціалом
4. Збудженням задньобазальних відділів лівого шлуночка

553. (І, В) При гострому великовогнищевому передньоперегородковому IM, ускладненому повною блокадою ЛНПГ, у відведеннях V_{1-V₃} можуть спостерігатися такі зміни ST-T:

1. Депресія сегмента ST
2. Елевація сегмента ST з негативним зубцем T
3. Куполоподібна елевація сегмента ST з високим T (більше 10 мм)
4. Елевація сегмента ST (до 2 мм) з випуклістю донизу з позитивним зубцем T

554. (ІІ, І, В) Зміни ST-T при гострому трансмуральному передньоверхівковому і боковому IM на тлі повної блокади ЛНПГ:

1. Зниження сегмента ST на 5 мм і більше у відведеннях V_{5-V₆}
2. Елевація сегмента ST у відведеннях V_{5-V₆}
3. Глибокий негативний T у відведеннях V_{5-V₆} з амплітудою більше 10 мм
4. Позитивний зубець T у відведеннях V_{5-V₆}
5. Косонизідна депресія сегмента ST з випуклістю дугори з негативним зубцем T у відведеннях V_{5-V₆}

555. (І, В) ЕКГ-ознаки гострого великовогнищевого задньодіафрагмального IM у поєданні з повною блокадою ЛНПГ:

1. Поява патологічного зубця Q у відведенні II
2. Депресія сегмента ST у відведеннях II, III, aVF
3. Поява негативного зубця T у відведеннях III, aVF
4. Елевація сегмента ST у відведеннях II, III, aVF до 2 мм з випуклістю донизу
5. Високий позитивний гострокінцевий зубець T у відведеннях III, aVF

556. (ІІ, І, В) ЕКГ-ознаки вогнищевого ураження задньої стінки лівого шлуночка на тлі повної блокади ЛНПГ:

1. Значна елевація сегмента ST у відведеннях II, III, aVF за типом монофазної кривої
2. Негативні зубці T у відведеннях III, aVF, I, aVL
3. Конкордантні зміни зубців T у відведеннях I i III
4. Шлуночковий комплекс типу QS у відведеннях II, III, aVF
5. Елевація сегмента ST у відведеннях III, aVF з випуклістю донизу з позитивним зубцем T

557. (ІІ, І, В) Блокада передньоверхньої гілки ЛНПГ може імітувати такі локалізації IM:

1. Поширеній передньозадній IM
2. Високий боковий
3. Задньодіафрагмальний
4. Передньоперегородковий

558. (В) Критерій діагностики задньодіафрагмального IM невизначеної давності на тлі блокади передньоверхнього розгалуження ЛНПГ:

1. r II > r aVF > r III
2. QS у відведеннях II, III, aVF
3. SII > SIII
4. Згладжений зубець T у відведеннях II, III

559. (І, В) Зубець Q при блокаді задньонижнього розгалуження ЛНПГ може імітувати:

1. Задньобазальний IM
2. Задньодіафрагмальний IM
3. Передній IM
4. Боковий IM

560. (І, В) Блокада задньонижнього розгалуження ЛНПГ значно посилює графіку:

1. Задньодіафрагмального IM
2. Задньобазального IM
3. Переднього IM
4. Передньобокового IM

561. (С, ІІ) ЕКГ діагностику великовогнищевого IM лівого шлуночка блокада ПНПГ:

1. Не ускладнє
2. Ускладнє діагностику заднього IM
3. Ускладнє діагностику бокового IM
4. Ускладнє діагностику передньоперегородкового IM

562. (І, В) Можливі варіанти положення сег-



мента ST у відведеннях V₁-V₂ при гострому передньоперегородковому IM на тлі повної блокади ПНПГ:

1. Вище ізоелектричної лінії з випуклістю додори
2. Нижче ізоелектричної лінії (у точці J більше 5 мм)
3. На ізоелектричній лінії з позитивним зубцем T
4. Вище ізоелектричної лінії з випуклістю донизу

563. (I, B) Синдром WPW може маскувати існуючий IM у таких випадках:

1. Дельта-хвilia нейтралізує протилежно направлені зубець Q
2. Дельта-хвilia зливається із зубцем Q
3. При інтермітуючій формі синдрому WPW
4. При синусовій брадикардії

564. (C, II) При діагностиці задньобазального IM інформативними є відведення:

1. II, III, III на вдиху, aVF
2. III, aVF, Dorsalis за Небом
3. V₄-V₆
4. V₁-V₃, V₇-V₉, Dorsalis за Небом, за Слопаком

565. (I, B) При поширеному субепікардальному ураженні задньобазальної стінки лівого шлуночка вектор сегмента ST спрямований до:

1. Позитивного полюса відведені V₁-V₄
2. Негативного полюса відведення aVR
3. Негативного полюса відведені V₁-V₄
4. Позитивного полюса відведення aVF

566. (I, B) Критерії диференціації задньодіофрагмального IM від гострої емболії легеневої артерії:

1. Відхилення електричної осі серця праворуч
2. Синдром SI-QIII
3. Патологічний зубець Q у відведеннях II, III, aVF
4. Глибокий зубець S у відведенні I
5. Зміщення переходної зони ліворуч

567. (I, B) Критерії, які дозволяють діагностувати гостру стадію великовогнищевого передньоперегородкового IM на тлі повної блокади ЛНПГ:

1. Елевація сегмента ST у відведенні V₁-2 до 2 мм
2. Елевація сегмента ST у відведенні V₁-2 на 5 мм і вище з випуклістю вгору і поява на ЕКГ симптому «шпильки»

3. Наявність термінального широкого зубця S у відведеннях V₅-6

4. Наявність QS у відведеннях V₁-2

568. (I, B) ЕКГ-ознаки гострого великовогнищевого нижнього IM в поєднанні з повною блокадою ЛНПГ при вертикальному положенні електричної осі серця:

1. Поява патологічного зубця Q у відведеннях II, III, aVF
2. Коритоподібна депресія сегмента ST у відведеннях II, III, aVF з позитивним зубцем T
3. Поява гігантських гостровершинних позитивних зубців T у відведеннях II, III, aVF
4. Графіка rS у відведеннях II, III, aVF

569. (I, B) Появі хибних ознак передньоперегородкового IM при блокаді передньоверхнього розгалуження ЛНПГ сприяє:

1. Низьке положення серця в грудній клітці і помилкове розміщення електродів у відведеннях V₁-V₂ вище звичайного рівня
2. Розміщення електродів у відведеннях V₁-V₂ нижче звичайного рівня
3. Наявність негативного зубця T у відведенні V₁

570. (C, II, I, B) Форма шлуночкового комплексу у відведеннях V₁-V₂ при гострому великовогнищевому передньоперегородковому IM і повній блокаді ПНПГ:

1. rSR'
2. rsR'
3. qR
4. rR'
5. R

571. (C, II, I, B) Форма шлуночкового комплексу у відведеннях V₅-V₆ при гострому великовогнищевому передньобоковому IM і повній блокаді ПНПГ:

1. qRs
2. qRS
3. qR
4. QrS
5. RS

572. (II, I, B) Із клініко-анамнестичних даних для діагностики IM найбільш важливими є:

1. Типові напади стенокардії в анамнезі
2. Надшлуночкові порушення ритму, що передували IM
3. Наявність старих глибоких зубців Q

**573. (II, I, В) Аритмогенні фактори при гостро-му ІМ:**

1. Ішемія міокарда
2. Серцева недостатність
3. Гіпокаліємія
4. Підвищення тонусу симпатичної нервової системи
5. Дисфункція міокарда лівого шлуночка
6. Гіперглікемія

574. (I, В) Фактори, які підвищують якість і тривалість життя хворих на ІМ:

1. Своєчасна реваскуляризація
2. Навчання населення методам серцево-легеневої реанімації
3. Раннє застосування ацетилсаліцилової кислоти
4. Призначення статинів
5. Призначення антиаритмічних препаратів 1-го класу

575. (I, В) Ускладнення гострої післяінфарктної аневризми серця:

1. Перикардит
2. Артеріальна гіпертензія
3. Шлуночкові аритмії
4. Розрив серця
5. Тромбоендокардит

576. (II, I, В) Компенсаторні реакції при ІМ:

1. Брадикардія
2. Тахікардія
3. Гіпотензія
4. Гіпоглікемія

577. (С, II, I) Фактори, від яких залежить розмір ІМ:

1. Потреба міокарда в кисні
2. Локалізація оклюзії коронарної артерії
3. Своєчасна реваскуляризація
4. Розвиток колатерального кровообігу
5. Раннє призначення бета-адреноблокаторів
6. Наявність порушень внутрішньошлуночкової провідності

578. (I, В) Ускладнення ІМ правого шлуночка:

1. Тромбоемболія легеневої артерії
2. Набряк легень
3. Розрив правого шлуночка
4. АВ блокада
5. Трикуспіdalна регургітация

579. (С, II, I) Фактори, що вказують на несприятливий прогноз при нестабільній стенокардії:

1. Тривалі епізоди безболіової ішемії міокарда
2. Транзиторне зміщення сегмента ST
3. Больовий синдром тривалістю понад 48 год, незважаючи на медикаментозну терапію
4. Часта надшлуночкова екстрасистолія

580. (I, В) У хворих на гострий ІМ виникнення шлуночкових аритмій високих градацій сприяють:

1. Ішемія міокарда передсердь
2. Дилатація передсердь
3. Некроз передсердь
4. Гостра аневризма лівого шлуночка
5. Систолічна дисфункція лівого шлуночка

581. (С, II, I) Фактори несприятливого прогнозу при ІМ:

1. Молодий вік
2. Артеріальна гіпертензія
3. Рання поява ознак серцевої недостатності
4. Блокада ПНПГ
5. Нижня локалізація ІМ

582. (I, В) Ознаки ІМ правого шлуночка:

1. Гіпотензія
2. Збільшення печінки
3. Вибухання шийних вен
4. Елевація сегмента ST у відведеннях V₃R-V₆
5. Елевація сегмента ST у відведеннях V₁-V₄

583. (I, В) Критерії вогнищевих змін міокарда на тлі повної блокади ЛНПГ:

1. Рання зазубрина на зубці R у відведеннях I, aVL, V₅, V₆
2. QS у відведеннях V₁-V₅
3. Елевація сегмента ST у відведеннях I, aVL, V₄-V₆
4. QS у відведеннях V₁-V₃
5. Позитивний зубець T у відведеннях I, aVL, V₅, V₆

584. (С, II, I) Характеристика регіонарних змін скоротливості, які можуть зустрічатися при гострому ІМ:

1. Асинхронне скорочення сегментів міокарда
2. Гіпокінезія
3. Акінезія
4. Дискінезія
5. Гіперкінезія
6. Динамічна обструкція вихідного тракту лівого шлуночка з гіпокінезом міжшлуночкової перегородки



585. (С, II, I, В) Після розвитку гострого ІМ пік активності МВ-КФК в пазмі відзначають через:

1. 2–4 год
2. 4–8 год
3. 8–12 год
4. 12–24 год
5. 24–48 год

586. (С, II, I, В) Несприятливі прогностичні фактори при дрібновогнищевому ІМ:

1. Рання післяінфарктна стенокардія
2. Знижена толерантність до фізичного навантаження
3. Шлуночкові аритмії
4. Дисфункція лівого шлуночка
5. Часта суправентрикулярна екстрасистолія

587. (С, II) Найчутливішим і специфічним маркером некрозу міокарда є підвищення активності:

1. АСТ
2. АЛТ
3. МВ-КФК
4. Міоглобіну
5. Тропонінів

588. (С, II, I, В) Після розвитку гострого ІМ ферментний пік активності АСТ відзначається через:

1. 2–6 год
2. 1–2 доби
3. 3–4 доби
4. 4–6 діб
5. 6–8 діб

589. (II, I, В) Який із клітинних ензимів зберігає чутливість для діагностики гострого ІМ протягом 10 днів після бальового нападу:

1. АСТ
2. АЛТ
3. Тропоніни
4. КФК
5. МВ-КФК

590. (II, I, В) Яке ускладнення найчастіше зустрічається при дрібновогнищевому ІМ?

1. Шлуночкові аритмії
2. Серцева недостатність
3. Суправентрикулярні аритмії
4. Післяінфарктна стенокардія
5. АВ блокади

591. (II, I, В) Рецидивуючий перебіг ІМ найчастіше спостерігається при:

1. Трансмуральному передньому ІМ
2. Трансмуральному задньому ІМ
3. Дрібновогнищевому ІМ
4. ІМ правого шлуночка

592. (С, II) Причини та механізми виникнення ІМ:

1. Стенозуючий атеросклероз коронарних артерій
2. Спазм коронарних артерій
3. Розрив атеросклеротичної бляшки
4. Тромбоз коронарних артерій
5. Розшаровуюча аневризма низхідного відрізу аорти

593. (I, В) Ознаки некрозу при гострій ішемії міокарда починають з'являтися через:

1. 5 хв
2. 15 хв
3. 30 хв
4. 60 хв
5. 120 хв

594. (I, В) Переважною причиною передньо-перегородкового ІМ є оклюзія:

1. Огинаючої гілки лівої коронарної артерії
2. Дистального відрізу правої коронарної артерії
3. Проксимального відрізу правої коронарної артерії
4. Низхідної гілки лівої коронарної артерії
5. Задньої міжшлуночкової гілки

595. (I, В) Основна ознака, що відрізняє дрібновогнищевий ІМ від нестабільної стенокардії:

1. Більш виражений бальний синдром
2. Більш тривали зміни ЕКГ
3. Підвищення рівня маркерів пошкодження міокарда
4. Виявлення зон асинергії міокарда
5. Виявлення дефектів перфузії при сцинтиграфії міокарда з Tl^{201}

596. (I, В) ІМ правого шлуночка найчастіше зустрічається:

1. Як ізольоване ураження правого шлуночка
2. У поєднанні з ІМ задньої стінки лівого шлуночка
3. У поєднанні з ІМ передньої стінки лівого шлуночка
4. У поєднанні з високим ІМ бокової стінки лівого шлуночка



597. (С, II, I, В) Після виникнення гострого ІМ пік активності тропоніну в плазмі крові відзначається через:

1. 2–4 год
2. 4–8 год
3. 8–12 год
4. 12–48 год
5. 24–48 год

598. (С, II, I, В) Після виникнення гострого ІМ підвищена активність тропоніну в плазмі крові відзначається протягом:

1. 12–48 год
2. 1–2 діб
3. 8–12 год
4. 5–14 діб
5. 24–48 год

599. (С, II, I, В) Показання для проведення коронарографії пацієнтам, що перенесли гострий коронарний синдром:

1. Перенесений поширеній ІМ
2. Рання післіинфарктна стенокардія
3. ІМ без зубця Q
4. Ускладнений перебіг ІМ
5. Тривале підвищення активності АСТ

600. (С, II, I, В) Протягом якого часу може зберігатися діагноз гострого коронарного синдрому з моменту появи симптомів:

1. До 12 год
2. До 24 год
3. До 72 год
4. До 7 діб

601. (С, II, I, В) Оптимальний термін реваскуляризації у пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST:

1. Не пізніше 12 год
2. Не пізніше 24 год
3. 12–48 год
4. Не пізніше 48 год

602. (С, II, I, В) Критерієм діагностики ІМ є підвищення і/або зниження рівня тропоніну, що супроводжується хоча б однією з таких ознак:

1. Симптоми ішемії міокарда
2. Виражені нові зміни ST-T або поява блокади ЛНПГ
3. Поява патологічних зубців Q на ЕКГ
4. Нові ознаки порушення локальної скоротливості за даними методів візуалізації
5. Виявлення внутрішньокоронарного тромба за допомогою ангіографії
6. Поява блокади ПНПГ

603. (С, II, I, В) Який критерій є обов'язковим у діагностиці ІМ?

1. Типовий болювий синдром
2. Підвищення і/або зниження рівня маркера пошкодження міокарда
3. Поява блокади ЛНПГ
4. Поява порушень локальної скоротливості за даними методів візуалізації



Розділ 7. ЕКГ ПРИ ПОРУШЕННІ АВТОМАТИЗМУ

604. (С, II) До центрів автоматизму першого порядку належать:

1. Синусовий вузол
2. Автоматичні клітини правого передсердя
3. Автоматичні клітини лівого передсердя
4. АВ вузол

605. (С, II, I) До центрів автоматизму другого порядку належать автоматичні клітини:

1. Нижніх відділів правого передсердя
2. Задньої стінки лівого передсердя
3. Ступок мітрального клапана
4. Ніжок пучка Гіса
5. АВ сполучення

606. (С, II) При синусовій брадикардії тривалість інтервалу Р-Q:

1. Зменшується
2. Не змінюється
3. Збільшується
4. Зменшується або не змінюється

607. (С, II) Критеріями синусового ритму є:

1. Наявність позитивних зубців Р у відведеннях I, II, aVF, V₂-V₆
2. Зубець Р розташований перед комплексом QRS з інтервалом P-Q не менше 0,10 с
3. Негативний зубець Р у відведенні aVR
4. Двофазний (+/-) зубець Р у відведенні V₁
5. Різниця інтервалів P-P і R-R не перевищує 0,15 с
6. Нормальне положення електричної осі серця

608. (І, В) Вкажіть критерії синусового ритму:

1. Наявність позитивних зубців Р у відведеннях I, II, V₂-V₆
2. Зубець Р розташований перед комплексом QRS з інтервалом P-Q не менше 0,10 с
3. Негативний зубець Р у відведенні aVF
4. Двофазний (+-) зубець Р у відведенні V₁
5. Коливання інтервалів P-P і R-R не перевищують 0,15 с
6. Негативний зубець Р у відведенні aVR

609. (С, II, I) При синусовій тахікардії у здоровій людині можливе зміщення сегмента ST:

1. Горизонтальне вниз

2. Косонизхідне вниз

3. Косовисхідне вниз

4. Над ізолінією з випуклістю вниз

5. Над ізолінією з випуклістю вгору

610. (С, II) Синусова аритмія – це:

1. Коливання інтервалів P-P
2. Коливання інтервалів R-R
3. Нерегулярність скорочень передсердь
4. Нерегулярність скорочень шлуночків
5. Коливання на 15 % і більше інтервалів між синусовими комплексами P-QRS-T

611. (І, В) При синусовій брадикардії у здоровій людині на ЕКГ можлива поява таких змін:

1. Подовження інтервалу P-Q
2. Подовження інтервалу Q-T
3. Збільшення амплітуди зубців Р і R у відведеннях I, II, aVL
4. Елевація сегмента ST з випуклістю до низу
5. Зменшення амплітуди зубця Т

612. (С, II, I) При синусовій тахікардії у здоровій людині на ЕКГ можлива поява таких змін:

1. Укорочення інтервалу P-Q
2. Укорочення інтервалу Q-T
3. Збільшення амплітуди зубців Р і R у відведеннях II, III, aVF
4. Косовисхідне зміщення сегмента ST до низу
5. Елевація сегмента ST з випуклістю до низу

613. (ІІ, І, В) Причини появи передсердного ритму:

1. Зменшення автоматизму синусового вузла
2. Зупинка синусового вузла
3. Синоаурикулярна блокада
4. АВ блокада
5. Збільшення автоматизму передсердного центру

614. (В) Характерні ознаки переднього нижньоправопередсердного ритму:

1. Негативний зубець Р у відведеннях II, III, aVF
2. Негативний зубець Р у відведеннях V₁-V₄
3. Негативний зубець Р у відведеннях I, aVL
4. Позитивний зубець Р у відведенні aVR

615. (І, В) Характерні ознаки заднього нижньоправопередсердного ритму:



1. Негативний зубець Р у відведеннях II, III, aVF
2. Позитивний зубець Р у відведеннях V1-V6
3. Негативний зубець Р у відведеннях I, aVL
4. Позитивний зубець Р у відведенні aVR

616. (I, B) Характерні ознаки нижнього ліво-передсердного ритму:

1. Негативний зубець Р у відведеннях I, aVL
2. Негативний зубець Р у відведеннях V4-V6
3. Негативний зубець Р у відведеннях II, III, aVF
4. Негативний зубець Р у відведенні aVR
5. Зубець зубець Р у відведенні V1 типу «щит і меч»

617. (I, B) Характерні ознаки верхнього ліво-передсердного ритму:

1. Негативний зубець Р у відведеннях I, aVL
2. Негативний зубець Р у відведеннях V5-V6
3. Зубець Р у відведенні V1 типу «щит і меч»
4. Негативний зубець Р у відведеннях II, III, aVF

618. (C, II) Фізіологічна частота передсердного ритму:

1. Менше 40 за 1 хв
2. 40–60 за 1 хв
3. 61–100 за 1 хв
4. 101–130 за 1 хв
5. Більше 130 за 1 хв

619. (C, II) Фізіологічна частота ідіовентрикулярного ритму:

1. 20–40 за 1 хв
2. 40–60 за 1 хв
3. 61–100 за 1 хв
4. 101–130 за 1 хв
5. Понад 130 за 1 хв

620. (C, II) Можливі діапазони частоти передсердного ритму (зубців Р):

1. Менше 40 за 1 хв
2. 40–60 за 1 хв
3. 61–100 за 1 хв
4. 101–130 за 1 хв
5. 130–220 за 1 хв
6. 220–350 за 1 хв

621. (C, II) Можливі діапазони частоти ритму АВ сполучення:

1. Менше 40 за 1 хв
2. 40–60 за 1 хв
3. 61–100 за 1 хв
4. 101–130 за 1 хв
5. 130–250 за 1 хв
6. Понад 250 за 1 хв

622. (C, II, I) Можливі діапазони частоти ідіовентрикулярного ритму:

1. Менше 40 за 1 хв
2. 40–60 за 1 хв
3. 61–100 за 1 хв
4. 101–130 за 1 хв
5. 130–220 за 1 хв
6. Понад 220 за 1 хв

623. (C, II) Специфічна ознака лівoperедсердного ритму:

1. Негативний зубець Р у відведенні I
2. Негативний зубець Р у відведенні aVL
3. Негативний зубець Р у відведеннях V5-6
4. Негативний зубець Р у відведеннях II, III, aVF
5. Зубець Р у відведеннях V1 типу «щит і меч»

624. (I, B) Сумарний вектор деполяризації передсердь при задньому нижньолівoperедсердному ритмі спрямований:

1. Ліворуч, униз, уперед
2. Ліворуч,верх, уперед
3. Ліворуч,верх, назад
4. Ліворуч, униз, назад
5. Праворуч,верх, уперед

625. (C, II, I, B) Сумарний вектор деполяризації передсердь при задньому нижньолівoperедсердному ритмі спрямований:

1. Праворуч, униз, уперед
2. Праворуч,верх, назад
3. Праворуч,верх, уперед
4. Ліворуч, униз, уперед
5. Праворуч, униз, назад

626. (II, I, B) Причини появи ритму АВ сполучення:

1. Зниження автоматизму синусового вузла
2. Зупинка синусового вузла
3. Синоаурикулярна блокада
4. Прогресуюча АВ блокада II ступеня
5. Міжпередсердна блокада III ступеня

627. (C, II, I) Фізіологічна частота ритму АВ сполучення:

1. Менше 40 за 1 хв
2. 40–60 за 1 хв
3. 60–100 за 1 хв
4. 101–130 за 1 хв
5. Більше 130 за 1 хв

628. (C, II, I) ЧСС при прискореному ритмі АВ сполучення:



1. 40–60 за 1 хв
2. 61–100 за 1 хв
3. 101–130 за 1 хв
4. Більше 130 за 1 хв

629. (С, II, I) ЧСС при непароксизмальній АВ вузловій тахікардії:

1. 40–60 за 1 хв
2. 61–100 за 1 хв
3. 101–130 за 1 хв
4. Більше 130 за 1 хв

630. (С, II) При ритмі АВ сполучення центр автоматизму розміщується у:

1. Верхній частині АВ вузла
2. Середній частині АВ вузла
3. Нижній частині АВ вузла і початковій частині пучка Гіса
4. Загальному стовбуру ЛНПГ

631. (С, II) ЕКГ-ознаками ритму АВ сполучення з передуючим збудженням шлуночків є:

1. Регулярний ритм серцевих скорочень
2. Суправентрикулярна форма комплексів QRS
3. Наявність негативних Р у відведеннях II, III, aVF після комплексів QRS
4. Наявність дельта-хвилі

632. (І, В) Для ритму АВ сполучення з передуючим збудженням шлуночків зазвичай не характерно:

1. Регулярний ритм серцевих скорочень
2. Суправентрикулярна форма комплексів QRS
3. Наявність (-) Р у відведеннях II, III, aVF після комплексів QRS
4. Дискордантне до основного зубця комплексу QRS розташування сегмента ST і зубця Т

633. (С, II) ЕКГ-ознаками ритму АВ сполучення з одночасним збудженням передсердь і шлуночків є:

1. Регулярний ритм серцевих скорочень
2. Суправентрикулярна форма комплексів QRS
3. Відсутність зубця Р' перед і після комплексу QRS
4. Одночасна поява зубця Р і комплексу QRS за даними черезстравохідної електрограми
5. Зубець Р' після комплексу QRS

634. (І, В) Для ритму АВ сполучення з одночасним збудженням передсердь і шлуночків зазвичай не характерно:

1. Регулярний ритм серця
2. Суправентрикулярна форма комплексів QRS
3. Відсутність зубця Р' перед комплексом QRS і після нього
4. Дискордантне до основного зубця комплексу QRS розташування сегмента ST і зубця Т

635. (І, В) Вторинними порушеннями серцевого ритму є:

1. Вислизаючі передсердні комплекси та ритми
2. Вислизаючі АВ комплекси та ритми
3. Пасивні ідіовентрикулярні комплекси та ритми
4. АВ дисоціація
5. Прискорені ектопічні ритми

636. (І, В) ЕКГ-ознаки вузлового реципроного комплексу:

1. Відсутність зубця Р перед першим комплексом QRS'
2. Суправентрикулярна форма першого комплексу QRS'
3. Наявність негативного зубця Р у відведеннях II, III, aVF після першого комплексу QRS'
4. Інтервал R-R' менше 0,20 с
5. Наявність другого комплексу QRS' після негативного зубця Р' у відведеннях II, III, aVF

637. (С, II) Ідіовентрикулярний ритм виникає при:

1. Зменшенні автоматизму центрів I і II порядку
2. Відмові центрів автоматизму I і II порядку
3. Високоступеневій АВ блокаді
4. Переважанні автоматизму центрів III порядку над центраторами I і II порядку
5. Зниженному автоматизму синусового вузла і нормальному автоматизму АВ вузла

638. (С, II) ЕКГ-ознаки ідіовентрикулярного ритму:

1. Тривалість комплексу QRS більше 0,12 с
2. Деформація комплексу QRS за типом двопучкової блокади
3. Частота шлуночкових скорочень менше 40 за 1 хв
4. Дискордантне до основного зубця комплексу QRS розташування сегмента ST і зубця Т
5. Позитивний зубець Р у відведеннях II, III, aVF

639. (І, В) Для ідіовентрикулярного ритму не характерно:

1. Тривалість комплексу QRS більше 0,12 с
2. Деформація комплексу QRS за типом двопучкової блокади



3. Частота шлуночкових скорочень менше 40 за 1 хв
4. Дискордантне до основного зубця комплексу QRS розташування сегмента ST і зубця Т
5. Наявність зубця Р перед комплексом QRS з постійним інтервалом P-Q > 0,11 с

640. (I, B) Для неповної АВ дисоціації характерно:

1. Регулярність ритму шлуночків
2. Частота скорочень шлуночків більша, ніж частота скорочень передсердь
3. Змінний інтервал P-Q
4. Періодична поява синусових комплексів PQRST
5. Зменшення тривалості інтервалу R-R перед синусовим комплексом PQRST

641. (I, B) Характерні ознаки повної АВ дисоціації:

1. Стабільні інтервали P-P і R-R
2. Змінний інтервал P-Q
3. Зміщення зубця Р щодо комплексу QRS у різних циклах
4. Регулярність шлуночкового ритму
5. Наявність передчасних синусових комплексів QRS з інтервалом P-Q – 0,12–0,20 с

642. (C, II, I) Вислизаючі скорочення виникають при:

1. Синусовій брадіаритмії
2. Синоаурикулярній блокаді
3. АВ блокаді
4. Подовженій післяектопічній паузі
5. Внутрішньшлуночковій блокаді

643. (C, II) Автоматизм – це здатність клітин:

1. До збудження
2. Продукувати імпульси
3. Скорочуватися
4. Проводити електричні імпульси

644. (II, I, B) Результатуючий вектор зубця Р при синусовому ритмі спрямований:

1. Ліворуч, уперед, вгору
2. Ліворуч, уперед, униз
3. Ліворуч, назад, униз
4. Праворуч, униз, уперед

645. (C, II) При синусовій тахікардії тривалість інтервалу Р-Q:

1. Збільшується
2. Не змінюється
3. Зменшується

4. Збільшується або не змінюється

646. (C, II, I) Неповна АВ дисоціація відрізняється від повної поперечної блокади:

1. Відсутністю антероградної АВ блокади
2. Переvakанням частоти шлуночкових скорочень порівняно з частотою скорочень передсердь
3. Нерегулярністю ритму шлуночків
4. Наявністю вентрикулофазної синусової аритмії

647. (C, II) Автоматичні клітини АВ вузла переважно розташовані у:

1. Верхній частині
2. Середній частині
3. Нижній частині
4. Верхній і середній частині

648. (C, II, I) Характерні ознаки міграції водія ритму в передсердях:

1. Поступова зміна форми і полярності зубця Р в одному відведенні
2. Збільшення тривалості інтервалів Р-Р при переході ритму від синусового вузла до передсердних центрів
3. Зменшення тривалості інтервалів Р-Q при переході ритму від синусового вузла до передсердних центрів
4. Однакова тривалість інтервалів Р-Q при поступовій зміні форми і полярності зубця Р в одному відведенні

649. (C, II) Синусова брадикардія виникає при порушенні функцій:

1. Автоматизму
2. Збудливості
3. Скоротливості
4. Провідності

650. (C, II) Синусова тахікардія виникає при порушенні функцій:

1. Збудливості
2. Автоматизму
3. Скоротливості
4. Провідності

651. (C, II) При синусовій брадикардії тривалість інтервалу Q-T:

1. Збільшується
2. Зменшується
3. Не змінюється
4. Зменшується або не змінюється

652. (C, II) При синусовій тахікардії тривалість інтервалу Q-T:



1. Збільшується
2. Зменшується
3. Не змінюється
4. Збільшується або не змінюється

653. (I, В) При переміщенні водія ритму від синусового вузла до ектопічних центрів у передсердях тривалість інтервалу Р-Р:

1. Не змінюється
2. Збільшується
3. Зменшується
4. Зменшується або не змінюється

654. (I, В) При переміщенні водія ритму від ектопічних центрів у передсердях до синусового вузла інтервал Р-Р:

1. Не змінюється
2. Збільшується
3. Зменшується
4. Збільшується або не змінюється

655. (II, I, В) При переміщенні водія ритму від синусового вузла до ектопічних центрів у передсердях тривалість інтервалу Р-Q:

1. Не змінюється
2. Збільшується
3. Зменшується
4. Збільшується або не змінюється

656. (II, I, В) При переміщенні водія ритму від ектопічних центрів у передсердях до синусового вузла тривалість інтервалу Р-Q:

1. Не змінюється
2. Збільшується
3. Зменшується
4. Зменшується або не змінюється

657. (I, В) Пасивні комплекси і ритми з'являються при:

1. Підвищенні автоматизму центрів II або III порядку
2. Синоатріальній блокаді
3. Відмові синусового вузла
4. АВ блокаді II–III ступеня
5. Синусовій брадиаритмії
6. Постекстрасистолічні депресії синусового вузла

658. (С, II) Ектопічний зубець Р мало відрізняється від синусового при:

1. Нижньопередсердному ритмі
2. Середньопередсердному ритмі
3. Верхньопередсердному ритмі
4. Лівопередсердному ритмі

659. (С, II, I) Можливі діапазони ЧСС при

ектопічних передсердних ритмах:

1. Менше 40 за 1 хв
2. 40–60 за 1 хв
3. 61–100 за 1 хв
4. 101–220 за 1 хв
5. 220–350 за 1 хв
6. Понад 350 за 1 хв

660. (I, В) Тривалість інтервалу R-P' перед вузловим реципрокним комплексом:

1. 0,07–0,10 с
2. 0,10–0,15 с
3. 0,15–0,20 с
4. Більше 0,20 с

661. (С, II, I) Синусову брадикардію можуть імітувати:

1. Повна АВ блокада
2. Блокована передсердна екстрасистолія за типом бігемії
3. АВ блокада з періодикою 2:1
4. Ритм АВ з'єднання
5. Неповна АВ дисоціація

662. (I, В) Синусову брадикардію імітують:

1. Синоатріальна блокада 2:1
2. Блокована передсердна екстрасистолія за типом бігемії
3. АВ блокада 2:1
4. АВ блокада 3:2
5. Повна АВ блокада

663. (С, II, I) АВ дисоціація виникає при:

1. Переважанні автоматизму синусового вузла порівняно з автоматизмом АВ з'єднання
2. Переважанні автоматизму центру II або III порядку порівняно з автоматизмом синусового вузла, з повною вентрикулоатріальнюю блокадою
3. Переважанні автоматизму центру II або III порядку порівняно з автоматизмом синусового вузла, з ретроградним проведенням до передсердь
4. Наявності антероградної АВ блокади

664. (С, II, I) АВ дисоціація виникає при:

1. Переважанні автоматизму синусового вузла порівняно з автоматизмом АВ з'єднання
2. Переважанні автоматизму АВ з'єднання порівняно з автоматизмом синусового вузла, при повній вентрикулоатріальній блокаді
3. Наявності антероградної АВ блокади
4. Переважанні автоматизму центру II або III порядку порівняно з автоматизмом синусового вузла, з ретроградним проведенням до передсердь



665. (ІІ, І, В) Перехід ізоритмічної АВ дисоціації в синусовий ритм може відбутися при:

1. Покращенні АВ провідності
2. Підвищенні автоматизму синусового вузла
3. Погіршенні АВ провідності
4. Підвищенні автоматизму АВ вузла

666. (І, В) Перехід ізоритмічної АВ дисоціації в синусовий ритм може відбутися при:

1. Покращенні АВ провідності
2. Зниженні автоматизму центрів ІІ або ІІІ порядку
3. Погіршенні АВ провідності
4. Зниженні автоматизму синусового вузла

667. (І, В) Сумарний вектор деполяризації передсердь при верхньому правопередсердному ритмі спрямований:

1. Вправо, вниз, вперед
2. Вправо, вгору, назад
3. Вправо, вгору, вперед
4. Вліво, вниз, вперед
5. Вправо, вниз, назад

668. (І, В) Сумарний вектор деполяризації передсердь при передньому нижньоправопередсердному ритмі спрямований:

1. Ліворуч, вниз, назад
2. Ліворуч, вгору, назад
3. Ліворуч, вгору, вперед
4. Ліворуч, вниз, вперед
5. Праворуч, вниз, вперед

669. (І, В) Сумарний вектор деполяризації передсердь при задньому верхньолівопередсердному ритмі спрямований:

1. Праворуч, вгору, вперед
2. Праворуч, уніз, назад
3. Праворуч, уніз, уперед
4. Праворуч, уніз, назад
5. Ліворуч, уніз, уперед

670. (ІІ, І, В) Частоту синусового ритму визначають такі характеристики Р-клітин синусового вузла:

1. Швидкість спонтанної діастолічної деполяризації
2. Амплітуда мембраниого потенціалу спокою
3. Амплітуда порогового потенціалу
4. Швидкість початкової швидкої деполяризації

671. (С, ІІ) Автоматизм Р-клітин синусового вузла визначається:

1. Швидкістю спонтанної діастолічної деполяризації

2. Амплітудою мембраниого потенціалу спокою
3. Амплітудою порогового потенціалу
4. Осциляторними коливаннями IV фази потенціалу дії

672. (С, ІІ) При збільшенні швидкості спонтанної діастолічної деполяризації Р-клітин синусового вузла частота ритму:

1. Зменшується
2. Збільшується
3. Не змінюється
4. Зменшується, потім збільшується

673. (С, ІІ) При зменшенні швидкості спонтанної діастолічної деполяризації Р-клітин синусового вузла частота ритму:

1. Зменшується
2. Збільшується
3. Не змінюється
4. Зменшується, а потім збільшується

674. (І, В) Стимуляція симпатичних нервів серця:

1. Підвищує швидкість діастолічної деполяризації Р-клітин синусового вузла
2. Пригнічує бета-адренорецептори
3. Зменшує автоматизм клітин синусового вузла
4. Погіршує АВ провідність

675. (І, В) Стимуляція блукаючого нерва серця:

1. Прискорює діастолічну деполяризацію Р-клітин синусового вузла
2. Уповільнює діастолічну деполяризацію Р-клітин синусового вузла
3. Стимулює бета-адренорецептори
4. Покращує АВ провідність

676. (І, В) Частота синусового ритму зменшується при:

1. Збільшенні мембраниого потенціалу спокою Р-клітин синоатріального вузла
2. Помірному зниженні мембраниого потенціалу спокою Р-клітин синоатріального вузла
3. Вираженому зниженні мембраниого потенціалу спокою Р-клітин синоатріального вузла
4. Розмір мембраниого потенціалу спокою Р-клітин синоатріального вузла не впливає на частоту ритму

677. (І, В) Частота синусового ритму збільшується при:



1. Збільшенні мембраниого потенціалу спокою Р-клітин синоатріального вузла
2. Зниженні мембраниого потенціалу спокою Р-клітин синоатріального вузла

3. Мембраний потенціал спокою Р-клітин синоатріального вузла не впливає на частоту ритму

678. (I, В) Зменшення частоти синусового ритму сприяє:

1. Наближення порогового потенціалу Р-клітин синоатріального вузла до потенціалу спокою
2. Зсув порогового потенціалу Р-клітин синоатріального вузла до нуля
3. Пороговий потенціал спокою Р-клітин синоатріального вузла не впливає на частоту ритму

679. (I, В) Збільшення частоти синусового ритму сприяє:

1. Наближення порогового потенціалу Р-клітин синоатріального вузла до потенціалу спокою
2. Зсув порогового потенціалу Р-клітин синоатріального вузла до нуля
3. Пороговий потенціал Р-клітин синоатріальною вузла не впливає на частоту ритму

680. (С, II) При синусовій тахікардії понад 100 за 1 хв сумарний вектор зубців Р і R зміщується:

1. У фронтальній площині ліворуч
2. У фронтальній площині праворуч
3. Спрямованість вектора зубців Р і R не змінюється

681. (С, II) При синусовій тахікардії амплітуда зубця Т:

1. Не змінюється
2. Збільшується
3. Зменшується

682. (С, II) При вираженій синусовій тахікардії сегмент ST:

1. Залишається на ізолінії
2. Відзначається його елевація до 1 мм
3. Відзначається його косовисхідна депресія

683. (С, II) При вираженій синусовій тахікардії сегмент Р-Q:

1. Залишається на ізолінії
2. Відзначається його косовисхідне зміщення
3. Відзначається його косонизхідне зміщення

684. (С, II) При синусовій брадикардії сегмент ST:

1. Залишається на ізолінії
2. Відзначається його елевація з випуклістю донизу
3. Відзначається його елевація з випуклістю вгору
4. Відзначається його косонизхідна депресія

685. (II, I, В) Для реалізації механізму re-entry в АВ вузлі необхідна наявність:

1. Поздовжньої дисоціації АВ вузла на два канали
2. Канал з прискореним проведенням
3. Однонаправленої блокади одного з каналів АВ вузла
4. Рефрактерних періодів більш тривалих, ніж час проведення по кількою re-entry

686. (С, II, I) Серед реципрокних комплексів найчастіше зустрічаються:

1. Передсердні
2. Атріовентрикулярні
3. Шлуночкові

687. (II, I, В) Вузлові реципрокні комплекси виникають при АВ ритмі:

1. З одночасним збудженням шлуночків і передсердь
2. З передуючим збудженням передсердь
3. З передуючим збудженням шлуночків і ретроградним збудженням передсердь
4. З передуючим збудженням шлуночків і вентрикулоатріальною блокадою 1-го ступеня
5. З повною вентрикулоатріальною блокадою

688. (II, I, В) При поздовжній дисоціації АВ вузла по каналу альфа імпульс проводиться:

1. Швидко і рефрактерний період його короткий
2. Швидко і рефрактерний період його тривалий
3. Повільно і рефрактерний період його короткий
4. Повільно і рефрактерний період його тривалий

689. (I, В) При поздовжній дисоціації АВ вузла по каналу бета імпульс проводиться:

1. Швидко і рефрактерний період його короткий
2. Швидко і рефрактерний період його тривалий
3. Повільно і рефрактерний період його короткий
4. Повільно і рефрактерний період його тривалий

690. (С, II, I) Критичною затримкою вентрикулоатріального проведення, при якому може реалізовуватися механізм реципроності, є:

1. 0,20 с
2. 0,24 с
3. 0,26 с

**691. (C, II, I) Вкажіть причини АВ дисоціації:**

1. АВ блокада 2:1
2. Зниження автоматизму синусового вузла
3. Підвищення автоматизму АВ вузла
4. Підвищення автоматизму центру III порядку
5. АВ реципрокна тахікардія

692. (I, I, B) Диференціально-діагностичні критерії шлуночкових захоплень:

1. Шлуночкові захоплення пов'язані із зубцем Р і мають відповідний інтервал P-R
2. При шлуночкових захопленнях немає фіксованого інтервалу зчеплення
3. Тривалість пауз після захоплення більша ніж цикл водія ритму II або III порядку
4. Тривалість пауз після захоплення така сама як і тривалість циклу водія ритму II або III порядку або коротша за нього

693. (II, I, B) Інтервал вислизання – це:

1. Інтервал R-R вислизуючого ритму
2. Відрізок часу від початку останнього синусового комплексу до початку вислизуючого комплексу
3. Різниця між інтервалами R-R вислизуючого ритму і синусового ритму

694. (II, I, B) Політопні вислизуючі комплекси мають:

1. Однакову форму й однакові інтервали вислизання
2. Різну форму і різні інтервали вислизання
3. Однакову форму і різні інтервали вислизання

695. (C, II, I) Монотопні вислизуючі комплекси мають:

1. Однакову форму й однакові інтервали вислизання
2. Різну форму та різні інтервали вислизання
3. Однакову форму та різні інтервали вислизання

696. (C, II, I, B) Міграція супрантікулярного водія ритму найчастіше виникає при:

1. Синоатріальній блокаді
2. АВ блокаді
3. Зниженні автоматизму синусового вузла
4. Підвищенні автоматизму передсердних центрів
5. Підвищенні автоматизму АВ сполучення

697. (C, II, I, B) При ізоритмічній АВ дисоціації джерелом імпульсів для шлуночків є:

1. Синусовий вузол
2. Передсердні центри автоматизму
3. АВ з'єднання
4. Ідіовентрикулярні центри автоматизму

698. (II, I, B) При АВ дисоціації джерелом імпульсів для передсердь можуть бути:

1. Синусовий вузол
2. Передсердні центри автоматизму
3. АВ з'єднання
4. Центри автоматизму III порядку

699. (I, B) Максимальна тривалість інтервалу R-P' не повинна перевищувати:

1. 0,10 с
2. 0,15 с
3. 0,20 с
4. 0,25 с

700. (C, II, I) Вкажіть електрокардіографічні варіанти ритмів АВ з'єднання:

1. З одночасним збудженням передсердь і шлуночків
2. З передуючим збудженням шлуночків
3. З передуючим збудженням шлуночків і вентрикулоатріальною блокадою I або II ступеня
4. З передуючим збудженням передсердь
5. З повною вентрикулоатріальною блокадою

701. (C, II, I) Прискорені ектопічні ритми відрізняються від повільних тим, що:

1. Їх інтервали вислизання довші, ніж фізіологічні
2. Їх інтервали вислизання коротші, ніж фізіологічні
3. Інтервали вислизання не мають діагностичного значення
4. Частота ектопічного ритму більша, ніж фізіологічна для відповідного водія ритму

702. (C, II, I) Для прискорених висковзуючих ритмів характерно:

1. Раптовий початок і регулярний ритм
- 2.Періоди розігріву і охолодження, а кількість імпульсів незначно перевищує фізіологічний ритм
3. Частота імпульсів відповідає фізіологічній для відповідного водія ритму



Розділ 8. ЕКГ ПРИ ЕКСТРАСИСТОЛІЇ ТА ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ ТАХІАРІТМІЯХ

703. (С, II, I) Для прогностичної оцінки шлуночкових екстрасистол використовуються класифікації:

1. B. Lown і M. Wolf
2. W. Dressler
3. Ф.Е. Остапюка
4. I.T. Bigger

704. (С, II, I, В) Система градації шлуночкових екстрасистол B. Lown і M. Wolf (1971) дозволяє здійснювати:

1. Прогностичну оцінку екстрасистолії у хворих з гострим ІМ
2. Добір антиаритмічної терапії
3. Вибір тактики лікування
4. Стратифікацію ризику шлуночкових порушень ритму

705. (С, II, I, В) У системі градації шлуночкових екстрасистол B. Lown і M. Wolf (1971) у 2-й клас включені:

1. Екстрасистоли типу «R на T»
2. Поліморфні екстрасистоли
3. Спарені із групові екстрасистоли
4. Відсутність шлуночкових екстрасистол
5. Більше 30 екстрасистол за 1 год

706. (С, II, I) Критерії шлуночкових екстрасистол 3-го класу за B. Lown:

1. Більше 30 екстрасистол за 1 год
2. Поліморфні екстрасистоли
3. Спарені із групові екстрасистоли
4. Шлуночкові екстрасистоли типу «R на T»

707. (С, II, I) Критерії шлуночкових екстрасистол 4A і 4B класів за B. Lown:

1. Більше 30 екстрасистол за 1 год
2. Поліморфні екстрасистоли
3. Спарені із групові екстрасистоли
4. Шлуночкові екстрасистоли типу «R на T»

708. (С, II, I) Критерії шлуночкових екстрасистол 5-го класу за B. Lown:

1. Більше 30 екстрасистол за 1 год
2. Поліморфні екстрасистоли

3. Спарені із групові екстрасистоли

4. Шлуночкові екстрасистоли типу «R на T»

709. (С, II, I) Особливості графіки шлуночкової екстрасистоли, джерело якої розташоване у міжшлуночковій перегородці:

1. Різке розширення і деформація комплексу QRS
2. Комплекс QRS суправентрикулярної форми
3. Комплекс QRS з дельта-хвилею без різкого його розширення

710. (С, II, I) Ритм пароксизмальної тахікардії при фізичному навантаженні:

1. Частішає
2. Спovільнюється
3. Не змінюється

711. (С, II, I) При синдромі подовженого інтервалу Q-T найчастіше виникає пароксизмальна тахікардія:

1. Передсердна
2. Вузлова
3. Шлуночкова мономорфна
4. Шлуночкова поліморфна

712. (С, II) Залежно від локалізації джерела екстрасистоли поділяють на:

1. Передсердні і вузлові
2. Передсердні і шлуночкові
3. Надшлуночкові і шлуночкові

713. (С, II) Три підряд екстрасистоли трактуються як:

1. Тригемінія
2. Групова екстрасистолія
3. Квадrigемінія
4. Екстрасистолія 4В класу за B. Lown
5. Алоритмія

714. (С, II) Вставна екстрасистола – це:

1. Екстрасистола з повною компенсаторною паузою
2. Екстрасистола з неповною компенсаторною паузою
3. Екстрасистола без компенсаторної паузи
4. Екстрасистола з подальшим ехоскороченням



715. (C, II, I) Інтервал R-R основного ритму, що включає вставну екстрасистолу:

1. Укорочений
2. Подовжений або не змінений
3. Укорочений або не змінений

716. (C, II) Визначення екстрасистоли:

1. Чергове скорочення серця
2. Скорочення серця, що з'являється у великий паузі
3. Передчасне збудження будь-якого відділу серця

717. (C, II) Для монотопних екстрасистол най-більш характерно:

1. Постійний інтервал зчленення і мономорфність комплексів QRS
2. Непостійний інтервал зчленення і мономорфність комплексів QRS
3. Мономорфність комплексів QRS

718. (C, II) Компенсаторна пауза після шлуночкової екстрасистоли може бути:

1. Неповна
2. Повна
3. Відтермінована
4. Більша за повну
5. Відсутня
6. Удвічі більша за тривалість інтервалу R-R базового ритму

719. (C, II, I) Інтервал зчленення екстрасистол – це:

1. Передекстрасистолічний інтервал
2. Постекстрасистолічний інтервал
3. Інтервал між двома екстрасистолами
4. Інтервал між попереднім синусовим комплексом і екстрасистолою

720. (C, II) Який механізм виникнення після екстрасистолічних реципрокних комплексів?

1. Патологічний автоматизм
2. Re-entry
3. Ранні післядеполяризації
4. Пізні післядеполяризації

721. (C, II, I) Тахікардії, для припинення яких ефективні вагусні проби:

1. Суправентрикулярні
2. Шлуночкові
3. Реципрокні
4. Автоматичні

722. (C, II, I, B) Taxiaritmii, для припинення

яких ефективні вагусні проби:

1. Синусова тахікардія
2. АВ вузлова реципрокна тахікардія
3. Фібриляція передсердъ
4. Тріпотіння передсердъ

723. (C, II) Інтервал зчленення монотопних екстрасистол коливається у межах:

1. 0,01–0,08 с
2. 0,09–0,10 с
3. 0,11–0,12 с
4. 0,13–0,18 с

724. (C, II, I) Для екстрасистол із стовбура пучка Гіса характерна форма комплексу QRS:

1. Суправентрикулярна
2. Шлуночкова за типом блокади ЛНПГ
3. Шлуночкова за типом блокади ПНПГ

725. (C, II, I, B) Вкажіть ЕКГ-ознаки двонаправленої шлуночкової тахікардії:

1. Мономорфні комплекси QRS
2. Чергування комплексів QRS з відхиленням електричної осі серця вліво і вправо
3. Комплекси QRS поступово змінюються від позитивно до негативно спрямованих

726. (C, II) Основний ЕКГ-критерій передсердної екстрасистоли:

1. Передчасний до основного ритму комплекс QRS
2. Передчасний до основного ритму зубець Р'
3. Суправентрикулярна графіка комплексу QRS

727. (I, B) Вставні передсердні екстрасистоли виникають за умови:

1. Наявності блокади входу в синусовий вузол і появи чергового синусового імпульсу поза фазою абсолютної рефрактерності передсердъ
2. Відсутності блокади входу в синусовий вузол
3. Синусової тахікардії

728. (C, II, I, B) Критерій діагностики пароксизму нестійкої шлуночкової тахікардії:

1. Шлуночкова бігемінія
2. Три підряд передчасні шлуночкові скорочення
3. 4–5 підряд передчасних шлуночкових скорочень
4. Тривалість епізоду 6 і більше комплексів, але менше 30 с

729. (C, II, I) Тригемінія – це:

1. Дві екстрасистоли після кожного імпульсу основного ритму



2. Екстрасистола після кожного другого імпульсу основного ритму
3. Три екстрасистоли після кожного імпульсу основного ритму
4. Екстрасистола після кожного третього імпульсу основного ритму

730. (ІІ, І, В) Інтервал R-R основного ритму при вставній шлуночковій екстрасистолії подовжується за рахунок:

1. Прихованого проведення імпульсу шлуночкової екстрасистоли в АВ вузол
2. Проведення імпульсу шлуночкової екстрасистоли в синусовий вузол
3. Проведення імпульсу шлуночкової екстрасистоли в один із каналів АВ вузла

731. (І, В) В основі відтермінованої паузи при шлуночковій екстрасистолії лежить:

1. Синоатріальна блокада
2. Порушення АВ провідності
3. Порушення внутрішньошлуночкової провідності
4. Порушення автоматизму

732. (С, ІІ, І) Критерії ретроградного проведення імпульсу шлуночкової екстрасистолії до передсердь:

1. Ретроградний зубець Р' після екстрасистоли
2. Неповна компенсаторна пауза
3. Повна компенсаторна пауза
4. Ретроградне проведення імпульсу неможливе

733. (С, ІІ, І) Шлуночкова екстрасистола супроводжується неповною компенсаторною паузою при:

1. Розрядці синусового вузла ретроградним імпульсом
2. Відсутності розрядки синусового вузла
3. Блокаді входу в синусовий вузол
4. Розрядці синусового вузла і його пригніченні

734. (С, ІІ) Тахіаритмії, при яких можлива блокада проведення імпульсів до шлуночків без переривання пароксизму:

1. Передсердна тахікардія
2. Тріпотіння передсердь
3. АВ вузлова реципрокна тахікардія
4. АВ реципрокна тахікардія

735. (С, ІІ) Механізми виникнення екстрасистол:

1. Повторний вхід збудження
2. Збільшення амплітуди ранніх слідових потенціалів

3. Збільшення амплітуди пізніх слідових потенціалів
4. Підвищення автоматизму гетеротопного вогнища
5. Збільшення швидкості 4-ї фази потенціалу дії Р-клітин синоатріального вузла

736. (С, ІІ) Механізми виникнення пароксизмальної тахікардії:

1. Повторний вхід збудження
2. Збільшення амплітуди ранніх слідових потенціалів
3. Збільшення амплітуди пізніх слідових потенціалів
4. Негомогенність процесів реполяризації
5. Підвищення автоматизму гетеротопного вогнища
6. Збільшення швидкості 4-ї фази потенціалу дії Р-клітин синоатріального вузла

737. (С, ІІ) Характерні ознаки передсердної екстрасистолії:

1. Передчасна позачергова поява Р'QRST
2. Деформація або зміна полярності зубця Р' екстрасистоли
3. Наявність після екстрасистоли неповної компенсаторної паузи
4. Суправентрикулярна форма QRST екстрасистолічного комплексу
5. Відсутність зубця Р' перед комплексом QRS екстрасистоли

738. (С, ІІ) Характерні ЕКГ-ознаки шлуночкової екстрасистолії:

1. Передчасна поява зміненого комплексу QRST
2. Розширення $> 0,12$ с і деформація комплексу QRST
3. Дискордантне розміщення ST-T основному зубцю комплексу QRS
4. Відсутність перед екстрасистолою зубця Р
5. Повна компенсаторна пауза
6. Нормальна тривалість комплексу QRS

739. (І, В) Характерні ознаки шлуночкової екстрасистолії:

1. Передчасна поява зміненого комплексу QRST
2. Тривалість комплексу QRS не менше 0,12 с і його деформація
3. Дискордантне до основного зубця комплексу QRS розміщення ST-T



4. Наявність перед екстрасистолою передчасного зубця Р'
5. Неповна компенсатора пауза

740. (С, II, I) Якщо передчасний передсердний імпульс досягне АВ вузла у момент його ефективного рефрактерного періоду, то на ЕКГ буде зареєстрована передсердна екстрасистола:

1. Блокована
2. З подовженим інтервалом Р'-Р
3. З аберантним комплексом QRS
4. З незміненим комплексом QRS

741. (С, II, I) Для передсердної пароксизмальної реципрокної тахікардії характерно:

1. Поступовий початок і закінчення нападу тахікардії
2. Раптовий початок і закінчення нападу тахікардії
3. Наявність перед кожним шлуночковим комплексом QRST деформованого або негативного зубця Р'
4. Суправентрикулярна форма комплексів QRST
5. У деяких випадках – АВ блокада II ступеня без припинення пароксизму

742. (С, II, I) Для АВ вузлової реципрокної тахікардії характерно:

1. Поступовий початок і закінчення нападу тахікардії
2. Раптовий початок і закінчення нападу тахікардії
3. Тривалість інтервалу R-P' > 100 мс
4. Суправентрикулярна форма комплексів QRS
5. Регулярний ритм під час нападу тахікардії

743. (С, II, I) Для шлуночкової пароксизмальної тахікардії характерно:

1. Раптовий початок і закінчення нападу тахікардії
2. Поступовий початок і закінчення нападу тахікардії
3. Деформація і розширення комплексу QRS > 0,12 с
4. ST-T дискордантні основному зубцю комплексу QRS
5. АВ дисоціація
6. Захоплені і зливні комплекси QRS

744. (С, II, I) При вузловій реципрокній пароксизмальній тахікардії ЧСС найчастіше становить:

1. 40–60 за 1 хв
2. 60–100 за 1 хв

3. 100–140 за 1 хв
4. 140–250 за 1 хв
5. Понад 250 за 1 хв

745. (С, II, I) При непароксизмальній вузловій тахікардії ЧСС зазвичай становить:

1. 40–60 за 1 хв
2. 60–100 за 1 хв
3. 100–130 за 1 хв
4. 130–200 за 1 хв
5. 200–250 за 1 хв

746. (С, II, I) При суправентрикулярній пароксизмальній тахікардії частіше з'являється блокада:

1. Середньої гілки ЛНПГ
2. ПНПГ
3. ЛНПГ
4. Передньоверхньої гілки ЛНПГ
5. Задньонижньої гілки ЛНПГ

747. (С, II, I) В основі пароксизмальної тахікардії з періодами розігріву і охолодження лежить механізм:

1. Re-entry
2. Підвищення автоматизму ектопічного вогнища
3. Місцевої різниці потенціалів
4. Слідових потенціалів

748. (С, II, I) Механізм виникнення пароксизмальної тахікардії з регулярним ритмом:

1. Re-entry
2. Підвищення автоматизму ектопічного вогнища
3. Локальна різниця потенціалів
4. Слідові потенціали

749. (С, II, I, В) Джерело шлуночкових екстрасистол, що мають графіку блокади ПНПГ і задньонижньої гілки ЛНПГ, розташоване у:

1. ПНПГ
2. Передньоверхніх розгалуженнях ЛНПГ
3. Базальних відділах лівого шлуночка
4. Верхівці лівого шлуночка

750. (С, II) Джерело шлуночкових екстрасистол, що мають вигляд повної блокади ЛНПГ, розташоване у:

1. ПНПГ
2. ЛНПГ
3. Передньоверхніх розгалуженнях ЛНПГ
4. Базальних відділах лівого шлуночка
5. Верхівці лівого шлуночка



751. (С, II, I, В) Джерело шлуночкової тахікардії з комплексами QRS за типом повної блокади ПНПГ і задньонижніх розгалужень ЛНПГ розташоване у:

1. ПНПГ
2. ЛНПГ
3. Передньоверхніх розгалуженнях ЛНПГ
4. Базальних відділах лівого шлуночка
5. Верхівці лівого шлуночка

752. (II, I, В) Джерело шлуночкових екстрасистол, що мають високий зубець R у всіх грудних відведеннях, розташоване у:

1. ПНПГ
2. ЛНПГ
3. Передньоверхніх розгалуженнях ЛНПГ
4. Базальних відділах шлуночків
5. Верхівці лівого шлуночка

753. (С, II, I, В) Класи за В. Lown екстрасистолії високих градацій:

1. 1–3-й
2. 1–5-й
3. 2–5-й
4. 3–5-й

754. (С, II) Вкажіть ознаки шлуночкових екстрасистол, що виходять з одного джерела:

1. Мономорфність комплексів QRS і однакові інтервали зчеплення
2. Мономорфність комплексів QRS і різні інтервали зчеплення
3. Поліморфність комплексів QRS і різні інтервали зчеплення

755. (С, II, I) При лівошлуночковій екстрасистолії у відведенні V₆ найчастіше зустрічаються конфігурації комплексів QRS:

1. rS i QS
2. qRS i Rs
3. Rs i qR
4. qR i rS
5. QS i qRS

756. (С, II, I) Вкажіть ознаки шлуночкової тахікардії, що виходить з різних джерел:

1. Однакова форма комплексів QRS і регулярний ритм
2. Змінна форма комплексів QRS і нерегулярний ритм
3. Однакова форма комплексів QRS і нерегулярний ритм

4. Змінна форма комплексів QRS і регулярний ритм

757. (С, II, I) Вагусні проби при синусовій тахікардії:

1. Не впливають на частоту ритму
2. Викликають раптове сповільнення ритму
3. Викликають поступове сповільнення ритму
4. Викликають прискорення ритму

758. (II, I, В) На частоту ритму реципрокної передсердної пароксизмальної тахікардії впливають:

1. Фізичне навантаження
2. Глибокий вдих
3. Введення атропіну
4. Зміни електрофізіологічних властивостей кільца re-entry

759. (С, II, I) S-тип шлуночкових комплексів спостерігається при екстрасистолії з:

1. Базальних відділів серця
2. Верхівки серця
3. Міжшлуночкової перегородки
4. Загального стовбура пучка Гіса
5. АВ сполучення

760. (С, II, I) R-тип шлуночкових комплексів спостерігається при екстрасистолії з:

1. Базальних відділів серця
2. Верхівки серця
3. Міжшлуночкової перегородки
4. Загального стовбура пучка Гіса
5. АВ сполучення

761. (II, I, В) При пароксизмальній тахікардії ЧСС найчастіше становить:

1. 90–120 за 1 хв
2. 121–140 за 1 хв
3. Понад 140 за 1 хв
4. Понад 250 за 1 хв

762. (С, II) До суправентрикулярних тахікардій належать усі зазначені, крім:

1. Передсердної
2. Атріовентрикулярної
3. Синоатріальні
4. Шлуночкової

763. (II, I, В) Для постійно-зворотної автоматичної передсердної пароксизмальної тахікардії характерно:

1. Повторні короткі епізоди ектопічної тахікардії з непостійним ритмом, розділені одним або декількома синусовими імпульсами



2. Регулярність ектопічного ритму
3. Комплекси QRS тахікардії ідіовентрикулярної форми з (-) Р у відведеннях II, III, aVF відразу після них
4. Наявність АВ дисоціації

764. (II, I, B) Характерні риси пароксизмальної АВ реципрокні тахікардії:

1. Регулярність ритму
2. Нерегулярність ритму
3. Комплекси QRS суправентрикулярної форми з негативними зубцями Р' у відведеннях II, III, aVF після них
4. Перший у пароксизмі зубець Р відрізняється від наступних

765. (I, B) Постійно-зворотна автоматична передсердна тахікардія відрізняється від пароксизмальної реципрокної передсердної тахікардії:

1. Наявністю повторних епізодів ектопічної тахікардії, що перериваються синусовими комплексами
2. Нерегулярністю ритму і меншою ЧСС
3. Більшою ЧСС й абсолютною регулярністю ритму

766. (I, B) Передсердна тахікардія з АВ блокадою виникає на тлі:

1. Важкого ураження міокарда із серцевою недостатністю
2. Гострого IM
3. Інтоксикації серцевими глікозидами
4. При застосуванні бета-адреноблокаторів

767. (I, B) Частота і регулярність ритму шлуночків при передсердній тахікардії з АВ блокадою залежить:

1. Лише від частоти передсердного ритму
2. Лише від ступеня АВ блокади
3. Від частоти передсердного ритму і ступеня АВ блокади

768. (II, I, B) При передсердній тахікардії з АВ блокадою найчастіше зустрічається:

1. Повна АВ блокада
2. АВ блокада II ступеня 1-го типу або 2:1
3. АВ блокада II ступеня 2-го типу
4. АВ блокада дистального типу

769. (II, I, B) Типове тріпотіння передсердь відрізняється від передсердної тахікардії з АВ блокадою тим, що:

1. Частота передсердного ритму більше 250 за 1 хв і відсутня ізолінія між передсердними хвилями
2. Частота передсердного ритму менше 250 за 1 хв
3. Простежується ізолінія між передсердними хвилями
4. Більш виражено є АВ блокада

770. (C, II, I) Діагностика хаотичної передсердної тахікардії ґрунтуються на:

1. Аналіз ЕКГ
2. Підрахунку частоти пульсу і ЧСС
3. Оцінці скарг хвогоного
4. Електрофізіологічному дослідження

771. (II, I, B) Хаотична передсердна тахікардія виникає при:

1. Тяжкій серцевій недостатності
2. Легеневій патології з недостатністю кровообігу
3. Інтоксикації серцевими глікозидами
4. Передозуванні симпатоміметиків

772. (II, I) Фібріляцію передсердь відрізняє від хаотичної передсердної тахікардії:

1. Частота передсердних хвиль більше 400 за 1 хв і наявність хвильстої ізолінії
2. Наявність поліморфних передсердних хвиль
3. Нерегулярність інтервалів R-R

773. (C, II, I) Пароксизмальні реципрокні АВ тахікардії можуть бути:

1. З передочним збудженням шлуночків або з одночасним збудженням передсердь і шлуночків
2. З середньої частини АВ вузла
3. З верхньої частини АВ вузла
4. З нижньої частини АВ вузла

774. (II, I, B) При пароксизмальних реципрокних АВ тахікардіях механізм re-entry реалізується в:

1. АВ вузлі або АВ вузлі і додаткових шляхах АВ проведення
2. Провідних шляхах передсердь
3. Стобурі пучка Гіса і ніжках пучка Гіса

775. (II, I, B) Розташування негативного зубця Р щодо комплексу QRS при АВ вузловій реципрокні тахікардії залежить від:

1. Локалізації ектопічного вогнища в АВ вузлі
2. Наявності або відсутності додаткових шляхів проведення



3. Поздовжньої дисоціації АВ вузла
4. Співвідношення швидкості ретроградного й антероградного проведення в АВ вузлі

776. (С, II, I) Вкажіть механізми шлуночкової пароксизмальної тахікардії:

1. Повторний вхід збудження
2. Підвищений автоматизм ектопічного джерела в шлуночку
3. Механізм парасистолії
4. Тригера активність
5. Збільшення швидкості 4-ї фази потенціалу дії Р-клітин синоатріального вузла

777. (С, II, I) Типові зміни комплексу QRST при шлуночковій тахікардії:

1. Тривалість 0,14 с і більше
2. Деформація за типом блокади ніжки пучка Гіса або двопучкової блокади
3. Відхилення електричної осі серця вліво і вгору
4. АВ дисоціація
5. Конкордантність сегменту ST і зубця Т головному зубцю комплексу QRS

778. (С, II, I) При шлуночковій реципроній пароксизмальній тахікардії:

1. Коливань тривалості інтервалів R-R немає
2. Коливання тривалості інтервалів R-R можливі, але не перевищують 0,02–0,03 с
3. Коливання тривалості інтервалів R-R перевищують 0,03 с

779. (С, II, I) Пароксизм реципронії шлуночкової тахікардії найчастіше починається:

1. З шлуночкової екстрасистоли
2. З поступового прискорення домінуючого ритму
3. У довгій паузі після відмови синусового вузла
4. З передсердної екстрасистоли

780. (II, I, B) При шлуночковій екстрасистолії найчастіше реєструється пауза:

1. Неповна компенсаторна
2. Повна компенсаторна
3. Дорівнює тривалості R-R основного ритму
4. Більш ніж повна компенсаторна

781. (С, II, I) Стани, які найчастіше супроводжують пароксизм шлуночкової тахікардії:

1. АВ дисоціація
2. Повна АВ блокада
3. Високоступенева АВ блокада
4. Дисфункція синусового вузла

782. (I, B) Повне захоплення шлуночків при шлуночковій тахікардії характеризується такими ознаками:

1. Комплекси QRS захоплення і шлуночкової тахікардії ідентичні
2. Комплекс QRS захоплення звичайної ширини і форми
3. Наявність електрофізіологічного зв'язку комплексу QRS захоплення з попереднім зубцем Р
4. Передчасність виникнення щодо ектопічного ритму

783. (I, B) Неповне захоплення при шлуночковій тахікардії характеризується такими ознаками:

1. Комплекси QRS захоплення і шлуночкової тахікардії ідентичні
2. Комплекс QRS захоплення менш розширеній і деформований, ніж основний ектопічний комплекс
3. Наявність електрофізіологічного зв'язку комплексу QRS захоплення із попереднім зубцем Р
4. Майже своєчасне виникнення зливного комплексу щодо ектопічного ритму

784. (I, B) Діагностичні критерії шлуночкової тахікардії:

1. Незалежний ритм передсердь під час пароксизму тахікардії з наявністю повних і неповних захоплень шлуночків
2. Електрофізіологічний зв'язок синусових зубців Р з деформованими комплексами QRS тахікардії
3. Графіка шлуночкового комплексу rSR' у відведеннях V1
4. Північно-західна спрямованість електричної осі серця

785. (I, B) Для шлуночкової пароксизмальної тахікардії з базальними віddілів серця характерна конфігурація комплексу QRS:

1. rSv1-V6
2. RV1-V6
3. QSV1
4. qRSV6

786. (С, II) Для шлуночкової пароксизмальної тахікардії з верхівки серця характерна конфігурація комплексу QRS:

1. RV1-V6
2. rSV1-V6



- 3. qRV₁
- 4. RV₆

787. (C, II) Для шлуночкової екстрасистоли з базальних відділів серця характерна конфігурація комплексу QRS:

- 1. RV₁-V₆
- 2. rSV₁-V₆
- 3. rSR'V₁
- 4. rSV₆

788. (C, II) Для шлуночкової екстрасистоли з верхівки серця характерна конфігурація комплексу QRS:

- 1. RV₁-V₆
- 2. rSV₁-V₆
- 3. rSR'V₁
- 4. RV₆

789. (C, II) Графіка комплексу QRS ліво-шлуночкової екстрасистоли у відведення V₁:

- 1. rSR', rSr'
- 2. R, qR
- 3. rS
- 4. qRS

790. (C, II) Графіка комплексу QRS ліво-шлуночкової екстрасистоли у відведенняні V₆:

- 1. qRs
- 2. qR
- 3. rS, QS
- 4. Rs

791. (C, II) Графіка комплексу QRS правошлуночкової екстрасистоли у відведенняні V₁:

- 1. rSR'
- 2. rS, QS
- 3. rSr'
- 4. R, qR

792. (C, II) Графіка комплексу QRS правошлуночкової тахікардії у відведенняні V₆:

- 1. qRs
- 2. qR
- 3. R
- 4. rS

793. (I, B) Графіка комплексів QRS у відведенняннях V₁ і aVF при пароксизмальній тахікардії з шляху притоку правого шлуночка:

- 1. R, qR у відведенні V₁, qR, R у відведенні aVF
- 2. rS, QS у відведенні V₁, qR, R у відведенні aVF
- 3. rS, QS у відведенні V₁, rS у відведенні aVF

- 4. R, qR у відведенні V₁, rS у відведенні aVF

794. (I, B) Графіка комплексів QRS у відведеннях V₁ і aVF при пароксизмальній тахікардії з шляху відтоку правого шлуночка:

- 1. R, qR у відведенні V₁, qR, R у відведенні aVF
- 2. rS, QS у відведенні V₁, qR, R у відведенні aVF
- 3. rS, QS у відведенні V₁, rS у відведенні aVF
- 4. R, qR у відведенні V₁, rS у відведенні aVF

795. (I, B) Графіка комплексів QRS у відведеннях V₁ і aVF при пароксизмальній тахікардії з шляху притоку лівого шлуночка:

- 1. R, qR у відведенні V₁, qR, R у відведенні aVF
- 2. rS, QS у відведенні V₁, qR, R у відведенні aVF
- 3. rS, QS у відведенні V₁, rS у відведенні aVF
- 4. R, qR у відведенні V₁, rS у відведенні aVF

796. (I, B) Графіка комплексів QRS у відведеннях V₁ і aVF при пароксизмальній тахікардії з шляху відтоку лівого шлуночка:

- 1. R, qR у відведенні V₁, qR, R у відведенні aVF
- 2. rS, QS у відведенні V₁, qR, R у відведенні aVF
- 3. rS, QR у відведенні V₁, rS у відведенні aVF
- 4. R, qR у відведенні V₁, rS у відведенні aVF

797. (I, B) Графіка комплексів QRS у відведеннях V₆ і aVL при пароксизмальній тахікардії з шляху притоку правого шлуночка:

- 1. rS, QS у відведенні V₆, qR, R у відведенні aVL
- 2. rS, QS у відведенні V₆, rS, QS у відведенні aVL
- 3. R у відведенні V₆, qR, R у відведенні aVL
- 4. R у відведенні V₆, rS, QS у відведенні aVL

798. (I, B) Графіка комплексів QRS у відведеннях V₆ і aVL при пароксизмальній тахікардії з шляху відтоку правого шлуночка:

- 1. rS, QS у відведенні V₆, qR, R у відведенні aVL
- 2. rS, QS у відведенні V₆, rS, QS у відведенні aVL
- 3. R у відведенні V₆, qR, R у відведенні aVL
- 4. R у відведенні V₆, rS, QS у відведенні aVL

799. (I, B) Графіка комплексів QRS у відведеннях V₆ і aVL при пароксизмальній тахікардії з шляху притоку лівого шлуночка:

- 1. rS, QS у відведенні V₆, qR, R у відведенні aVL
- 2. rS, QS у відведенні V₆, rS, QS у відведенні aVL
- 3. R у відведенні V₆, qR, R у відведенні aVL
- 4. R у відведенні V₆, rS, QS у відведенні aVL

800. (I, B) Графіка комплексів QRS у відведеннях V₆ і aVL при пароксизмальній тахікардії з шляху відтоку лівого шлуночка:



1. rS, QS у відведенні V₆, qR, R у відведенні aVL
2. rS, QS у відведенні V₆, rS, QS у відведенні aVL
3. R у відведенні V₆, qR, R у відведенні aVL
4. R у відведенні V₆, rS, QS у відведенні aVL

801. (I, B) Про приховану АВ екстрасистолію може свідчити:

1. Чергування довгих і нормальних інтервалів P-Q
2. Періодичне безпричинне подовження інтервалу P-Q
3. Спорадична АВ блокада II ступеня 1-го типу
4. Спорадична АВ блокада II ступеня 2-го типу
5. Наявність шлуночкової екстрасистолії

802. (I, B) Найбільш інформативний метод діагностики прихованих АВ екстрасистол:

1. ЕКГ
2. Черезстравохідна ЕКГ
3. Добове моніторування ЕКГ
4. Електрограмма пучка Гіса

803. (I, B) Під явищем щілини (випадіння) при екстрасистолії розуміють:

1. Блоковані екстрасистоли
2. Функціональну блокаду однієї з ніжок пучка Гіса в її проксимальному відрізку
- 3.Період серцевого циклу, при якому неможливе проведення передчасного імпульсу, хоча екстрасистоли з більшим або меншим інтервалом зчленення проводяться

804. (I, B) В основі феномену щілини при екстрасистолії лежить:

1. Тривалість ефективного рефрактерного періоду дистальних відділів провідникової системи
2. Тривалість ефективного рефрактерного періоду проксимальних відділів провідникової системи
3. Більша тривалість рефрактерного періоду дистального відділу провідникової системи серця, ніж проксимального
4. Більша тривалість рефрактерного періоду проксимального відділу провідникової системи серця, ніж дистального

805. (I, B) До шлуночків проводиться рання передсердна екстрасистола, але блокується пізня. Вкажіть тип феномена щілини:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V-VI

806. (C, II, I) Індекс передчасності шлуночкових екстрасистол – це відношення:

1. Інтервалу Q-T синусового комплексу до інтервалу зчленення екстрасистоли
2. Інтервалу зчленення екстрасистоли до інтервалу Q-T синусового комплексу
3. Інтервалу зчленення екстрасистоли до інтервалу Q-T екстрасистоли
4. Інтервалу Q-T екстрасистоли до інтервалу Q-T синусового комплексу

807. (C, II, I, B) Фактори, від яких залежить прогностичне значення шлуночкової екстрасистолії:

1. Градація екстрасистолії
2. Структурна хвороба серця
3. Супутня суправентрикулярна екстрасистолія
4. Наявність симптомів, зумовлених порушенням ритму

808. (I, B) Вектор комплексу QRS лівошлуночкової екстрасистоли з шляху відтоку спрямований:

1. Ліворуч, униз і назад
2. Ліворуч, угору і назад
3. Праворуч, униз і уперед
4. Праворуч, угору і уперед

809. (I, B) Вектор комплексу QRS правошлуночкової екстрасистоли з шляху притоку спрямований:

1. Ліворуч, униз і назад
2. Ліворуч, угору і назад
3. Праворуч, униз і уперед
4. Праворуч, угору і уперед

810. (I, B) Вектор комплексу QRS правошлуночкової екстрасистоли з шляху відтоку спрямований:

1. Ліворуч, униз і назад
2. Ліворуч, угору і назад
3. Праворуч, униз і уперед
4. Праворуч, угору і уперед

811. (I, B) Вектор комплексу QRS лівошлуночкової верхівкової екстрасистоли спрямований:

1. Ліворуч, униз і назад
2. Ліворуч, угору і назад
3. Праворуч, униз і уперед
4. Праворуч, угору і назад



812. (С, II) Стани, які сприяють виникненню шлуночкових аритмій за механізмом ранніх післядеполяризацій:

1. Синдром ранньої реполяризації шлуночків
2. Синдром укороченого інтервалу Q-T
3. Синдром подовженого інтервалу Q-T
4. Синдром WPW
5. Інтоксикація серцевими глюкозидами

813. (С, II) Чи сприяє брадикардія появі шлуночкових екстрасистол?

1. Так, сприяє
2. Ні, не сприяє
3. Вплив брадикардії визначається її механізмом
4. Вплив брадикардії визначається фоновою хворобою серця

814. (С, II, I, В) Для інфарктних екстрасистол найбільш характерна конфігурація:

1. QS
2. QR, якщо Q не менше 0,04 с, а Q/R = 0,20
3. RS
4. RSR'

815. (С, II) Для перегородкових екстрасистол найбільш характерна конфігурація комплексу QRS:

1. Суправентрикулярна
2. З дельта-хвилею
3. Шлуночкова (тривалість більше 0,12 с)

816. (С, II) Якщо передчасний передсердний імпульс досягне АВ вузла у момент його відносного рефрактерного періоду, на ЕКГ буде зареєстрована передсердна екстрасистола:

1. Блокована
2. З подовженим інтервалом P'-R
3. З аберантним QRS
4. З незмінним QRS

817. (ІІ, I, В) Індекс передчасності ранніх шлуночкових екстрасистол становить:

1. 0,85–1,0
2. 1,1–1,5
3. 1,6–2,0
4. > 2,0

818. (С, II, I) Фібриляцію шлуночків можуть запускати екстрасистоли:

1. Передсердні
2. З АВ вузла
3. Шлуночкові

4. Суправентрикулярні з аберантним проведенням

819. (ІІ, I) З двох екстрасистол з однаковим інтервалом зчленення, але з різною тривалістю попереднього циклу можливість аберантного проведення більша, якщо:

1. Екстрасистола виникає після короткого інтервалу R-R
2. Екстрасистола виникає після довгого інтервалу R-R
3. Немає чіткої залежності від тривалості попереднього інтервалу R-R

820. (І, В) Для пароксизмальної АВ тахікардії з прихованим ретроградним пучком Кента характерно:

1. Інтервал R-P' > 1/2 (R-R)
2. Інтервал R-P' < 1/2 (R-R)
3. Немає характерних ЕКГ-ознак

821. (І, В) Для правошлуночкових пароксизмальних тахікардій із шляху відтоку характерно:

1. Відсутність ознак структурної хвороби серця
2. Легка відтворюваність нападів тахікардії при фізичному навантаженні і під впливом катехоламінів
3. Позитивний результат від застосування бета-адреноблокаторів
4. Комплекс QRS має вигляд повної блокади ЛНПГ з відхиленням електричної осі вниз
5. Комплекс QRS має вигляд rSR' у відведенні V₁

822. (І, В) При фасцикулярній лівошлуночковій тахікардії форма комплексу QRS:

1. rSR' у відведенні V₁, qR у відведенні aVF
2. R у відведенні V₁, rS у відведенні aVF
3. rS у відведенні V₁, qR у відведенні aVF
4. rS у відведенні V₁, rS у відведенні aVF

823. (С, II) Ознаки синусової екстрасистоли:

1. Зубці P' екстрасистоли ідентичні синусовим зубцям Р
2. Повна компенсаторна пауза
3. Стійкий інтервал зчленення
4. Післяектопічні інтервали відповідають довжині синусового циклу

824. (І, В) Відповідно до закону бігемії існує взаємоз'язок:

1. Між основним циклом PQRST і часом виникнення шлуночкової екстрасистоли



2. Між базисною тривалістю серцевого циклу і виникненням шлуночкових екстрасистол
3. В основі закону бігемії лежить феномен Ашмана

825. (І, В) Згідно з законом бігемії утвореню шлуночкових екстрасистол сприяють:

1. Короткі інтервали R-R
2. Довгі інтервали R-R
3. Тривалість інтервалів R-R не має значення

826. (ІІ, І, В) Для диференціації аберантних комплексів QRS за типом повної блокади однієї з ніжок пучка Гіса при фібриляції передсердь враховують:

1. Ступінь розширення комплексу QRS
2. Постійність деформації комплексу QRS
3. Форму комплексів QRS
4. Тривалість інтервалу між попередніми незміненими комплексами QRS
5. Частоту хвиль f

827. (С, ІІ) Виникненню фібриляції передсердь сприяє:

1. Підвищення збудливості
2. Зміна рефрактерності
3. Диллятація передсердь
4. Шлуночкова екстрасистолія

828. (С, ІІ) Виникнення фібриляції передсердь пов'язане з:

1. Множинним мікрорінтрі
2. Наявністю кількох високочастотних гетеротопічних вогнищ
3. Тригерною активністю окремих ділянок міокарда
4. Фіксованим макрорінтрі у передсердях

829. (С, ІІ) Виникненню фібриляції передсердь передують:

1. Ектопічна передсердна тахікардія
2. Часті передсердні екстрасистоли
3. Політопні передсердні екстрасистоли
4. Диллятація передсердь
5. Порушення внутрішньошлуночкової провідності

830. (С, ІІ) Амплітуда хвиль фібриляції передсердь погано визначається у відведеннях:

1. II
2. III
3. aVF
4. V₁₋₂
5. V₅₋₆

831. (С, ІІ) Вкажіть, які форми фібриляції передсердь виділяють за частотою збудження шлуночків:

1. Тахіостолічну
2. Брадіостолічну
3. Нормостолічну
4. Адренергічну і вагусну

832. (С, ІІ) За формою і полярністю хвиль виділяють такі атипові форми тріпотіння передсердь:

1. Каудальну
2. Краніальну
3. Лівопередсердну
4. Тріпотіння-фібриляцію передсердь
5. Середньопередсердну

833. (С, ІІ) Виникненню фібриляції шлуночків можуть передувати:

1. Синдром подовженого інтервалу Q-T
2. Пароксизм шлуночкової тахікардії
3. Шлуночкова екстрасистолія високих градацій
4. Піорет-тахікардія
5. Часта надшлуночкова аберантна екстрасистолія

834. (С, ІІ) До висновку про фібриляцію передсердь варто включати дані про:

1. Амплітуду хвиль фібриляції
2. Форму хвиль фібриляції
3. Мінімальну ЧСС
4. Максимальну ЧСС
5. Середню ЧСС
6. Тривалість інтервалу Q-T

835. (С, ІІ) Ефективність вагусних проб для припинення фібриляції передсердь:

1. Ефективні
2. Забезпечують стійке зниження ЧСС
3. Неefективні

836. (С, ІІ) Роль вагусних проб при тріпотінні передсердь:

1. Ефективні для припинення аритмії
2. Нетривало зменшують ЧСС і демаскують хвилі тріпотіння
3. Неefективні

837. (С, ІІ) При фібриляції передсердь найчастіше зустрічається функціональна блокада:

1. Передньоверхньої гілки ЛНПГ
2. ПНПГ



- 3. ЛНПГ
- 4. Задньонижньої гілки ЛНПГ

838. (I, В) При тріпотінні передсердь найчастіше зустрічається функціональна блокада:

- 1. Передньоверхньої гілки ЛНПГ
- 2. ПНПГ
- 3. ЛНПГ
- 4. Задньонижньої гілки ЛНПГ

839. (C, II) Фібриляція шлуночків – це:

- 1. Хаотична активація груп м'язових волокон шлуночків
- 2. Упорядкована активація груп м'язових волокон шлуночків
- 3. Регулярне збудження шлуночків з частотою близько 300 за 1 хв

840. (C, II) Фібриляція передсердь – це:

- 1. Хаотична активація груп м'язових волокон передсердь
- 2. Упорядкована активація груп м'язових волокон передсердь
- 3. Регулярне збудження шлуночків з частотою близько 300 за 1 хв

841. (C, II, I, В) Частота хвиль f при великохвильовій формі фібриляції передсердь:

- 1. 350–450 за 1 хв
- 2. 450–550 за 1 хв
- 3. 550–700 за 1 хв

842. (C, II, I, В) Частота хвиль f при середньохвильовій формі фібриляції передсердь:

- 1. 350–450 за 1 хв
- 2. 450–550 за 1 хв
- 3. 550–700 за 1 хв

843. (II, I, В) Частота хвиль f при дрібнохвильовій формі фібриляції передсердь:

- 1. 350–450 за 1 хв
- 2. 450–550 за 1 хв
- 3. 550–700 за 1 хв

844. (I, В) Кількість хвиль тріпотіння передсердь близько 220 за 1 хв може спостерігатися при лікуванні такими препаратами:

- 1. Лідокайн
- 2. Хінідин
- 3. Новокайнамід
- 4. Дизопірамід

845. (C, II, I) Хвилі f при фібриляції передсердь погано виражені у відведеннях:

- 1. I, aVL, V_{5,6}
- 2. II, III, aVF
- 3. V_{3R}, V_{4R}
- 4. V₁-V₂

846. (I, В) В основі феномена Ашмана лежить:

- 1. Зміна рефрактерності залежно від тривалості серцевого циклу
- 2. Органічна блокада ніжки пучка Гіса
- 3. AB блокада

847. (C, II) При брадисистолічній формі фібриляції передсердь частота скорочень шлуночків:

- 1. Менше 60 за 1 хв
- 2. 60–90 за 1 хв
- 3. Більше 90 за 1 хв

848. (C, II) При нормосистолічній формі фібриляції передсердь частота скорочень шлуночків:

- 1. Менше 60 за 1 хв
- 2. 60–90 за 1 хв
- 3. Більше 90 за 1 хв

849. (C, II) При тахісистолічній формі фібриляції передсердь частота скорочень шлуночків:

- 1. Менше 60 за 1 хв
- 2. 60–90 за хв
- 3. Більше 90 за 1 хв

850. (C, II) Критерій поділу фібриляції передсердь на бради-, нормо- і тахісистолічну форми:

- 1. Частота скорочень передсердь протягом 1 хв
- 2. Частота скорочень шлуночків
- 3. Наявність супутніх тахі- і брадіаритмій

851. (C, II) Аберация комплексу QRS передсердних екстрасистол зумовлена функціональною блокадою ПНПГ у:

- 1. Проксимальному відрілі
- 2. Дистальному відрілі
- 3. Середньому відрілі
- 4. Будь-якій ділянці

852. (C, II) При фібриляції передсердь шлуночкові екстрасистоли:

- 1. Можуть бути розпізнані
- 2. Не можуть бути розпізнані
- 3. Не виникають
- 4. Виникають лише на тлі брадисистолії



853. (II, I, В) До шлуночкової екстрасистолії при фібриляції передсердь найчастіше призводить передозування:

1. Препаратів дигіталісу
2. Верапамілу
3. Пропранололу
4. Препаратів калію

854. (С, II) Синдром Фредеріка – це поєднання:

1. Блокади ЛНПГ і фібриляції передсердь
2. Блокади ПНПГ і фібриляції передсердь
3. Повної АВ блокади і фібриляції / тріпотіння передсердь
4. Повної АВ блокади і передсердної тахікардії

855. (II, I, В) При електричній кардіоверсії у пацієнтів з фібриляцією передсердь відновленню синусового ритму може передувати:

1. Тріпотіння передсердь
2. Короткий період асистолії
3. Шлуночкова тахікардія

856. (II, I, В) Про пароксим з фібриляції передсердь говорять при його тривалості:

1. До 7 діб зі спонтанним відновленням синусового ритму
2. Понад 7 діб з необхідністю втручання для відновлення синусового ритму
3. Понад 7 діб, ритм не відновлюється або відновлення синусового ритму не показане

857. (II, I, В) Про перехід фібриляції передсердь у постійну форму говорять при його тривалості:

1. До 7 діб зі спонтанним відновленням синусового ритму
2. Понад 7 діб з необхідністю втручання для відновлення синусового ритму
3. Понад 7 діб, ритм не відновлюється або відновлення синусового ритму не показане

858. (С, II, I) Хвилі F тріпотіння передсердь добре візуалізуються у відведеннях:

1. I, aVL
2. II, III, aVF, V₁, V₃R
3. V₃, V₄
4. V₅, V₆

859. (С, II, I) Найчастіша форма аберантних шлуночкових комплексів при тріпотінні передсердь за типом:

1. Блокади ПНПГ

2. Блокади передньої гілки ЛНПГ
3. Блокади задньої гілки ЛНПГ
4. Блокади ЛНПГ

860. (С, II) При пароксимі тріпотіння передсердь найчастіше виникає блокада:

1. ПНПГ
2. ЛНПГ
3. Передньоверхньої гілки ЛНПГ
4. Трипучкова

861. (С, II, I) Про пароксим з тріпотіння передсердь говорять при його тривалості:

1. До 7 діб зі спонтанним відновленням синусового ритму
2. Понад 7 діб з необхідністю втручання для відновлення синусового ритму
3. Понад 7 діб, ритм не відновлюється або відновлення синусового ритму не показане

862. (С, II, I) Про персистентну форму тріпотіння передсердь йдеться при його тривалості:

1. До 7 діб зі спонтанним відновленням синусового ритму
2. Понад 7 діб з необхідністю втручання для відновлення синусового ритму
3. Понад 7 діб, ритм не відновлюється або відновлення синусового ритму не показане

863. (II, I, В) Частота скорочень шлуночків при фібриляції передсердь залежить від:

1. Частоти та амплітуди передсердних імпульсів
2. Функціональних властивостей АВ вузла
3. Рефрактерності шлуночків
4. Стану внутрішньошлуночкової провідності

864. (С, II) Систола шлуночків при їх тріпотінні:

1. Не змінена
2. Послаблена
3. Координованої систоли немає

865. (С, II) Систола шлуночків при їх фібриляції:

1. Не змінена
2. Послаблена
3. Координованої систоли немає

866. (С, II, I, В) Частота хвиль тріпотіння шлуночків:

1. 220–300 за 1 хв
2. 100–220 за 1 хв
3. Понад 300 за 1 хв



867. (C, II, I, B) При великохвильовій фібріляції шлуночків амплітуда хвиль становить:

1. 3–5 мм
2. 6–9 мм
3. Більше 10 мм

868. (C, II, I) При дрібнохвильовій формі фібріляції шлуночків амплітуда хвиль становить:

1. 15 мм і більше
2. 11–14 мм
3. 10 мм і менше

869. (II, I, B) При великохвильовій формі фібріляції передсердь амплітуда хвиль f:

1. Більше 0,5 мм
2. Більше 1 мм
3. Більше 5 мм

870. (II, I, B) При дрібнохвильовій формі фібріляції передсердь амплітуда хвиль f:

1. Менше 0,5 мм
2. Менше 1 мм
3. Менше 5 мм

871. (II, I, B) Переважна частота передсердних хвиль при фібріляції передсердь:

1. 140–220 за 1 хв
2. 220–350 за 1 хв
3. 350–750 за 1 хв

872. (II, I, B) Переважна частота передсердних хвиль при тріпотінні передсердь:

1. 220–350 за 1 хв
2. 350–450 за 1 хв
3. 450–550 за 1 хв
4. 350–700 за 1 хв
5. Більше 700 за 1 хв

873. (C, II, I) Форми тріпотіння передсердь, які можуть імітувати передсердину тахікардію:

1. Типова верхньопередсердна
2. Атипова нижньопередсердна
3. Атипова верхньопередсердна
4. Тріпотіння-фібріляція передсердь

874. (II, I, B) **Масаж каротидного синуса при пароксизмі фібріляції передсердь:**

1. Не впливає на частоту ритму шлуночків
2. Нестійко сповільнює ритм шлуночків
3. Призводить до прискорення ритму шлуночків
4. Припиняє пароксизм

875. (I, B) При персистентній фібріляції передсердь у пацієнтів без структурної хвороби серця для відновлення синусового ритму найбільш доцільно застосувати:

1. Прокайнамід
2. Аміодарон
3. Соталол
4. Пропранолол

876. (I, B) Які зміни ЕКГ характерні для фібріляції передсердь при синдромі WPW?

1. Комплекси QRS різні за графікою, шириною і амплітудою
2. Дельта-хвилі у розширеніх комплексах QRS
3. АВ дисоціація
4. Частота скорочень шлуночків більше 200 за 1 хв

877. (I, B) Надійними критеріями диференціальної діагностики тріпотіння передсердь і передсердної тахікардії є:

1. Кількість передсердних хвиль
2. Частота шлуночкових скорочень
3. Морфологія передсердних хвиль у відведеннях II, III, aVF, V₁
4. Морфологія передсердних хвиль у відведеннях I, aVL, V₅, V₆
5. Наявність чи відсутність ізолінії

878. (I, B) У пацієнтів з типовою АВ вузловою реципрокною тахікардією:

1. Зубець P' не візуалізується або розташований одразу після шлуночкового комплексу
2. Тривалість інтервалу R-P' менше 70 мс
3. Тривалість інтервалу R-P' більше 100 мс
4. Інтервал R-P' > P'-R

879. (I, B) У пацієнтів з атиповою АВ вузловою реципрокною тахікардією:

1. Зубець P' не візуалізується або розташований одразу після шлуночкового комплексу
2. Тривалість інтервалу R-P' менше 70 мс
3. Тривалість інтервалу R-P' більше 100 мс
4. Інтервал R-P' > P'-R

880. (I, B) У пацієнтів з АВ реципрокною (ортодромною) тахікардією:

1. Зубець P' не візуалізується
2. Тривалість інтервалу R-P' менше 70 мс
3. Тривалість інтервалу R-P' більше 100 мс
4. Інтервал R-P' > P'-R



881. (I, В) Критерії диференціації АВ реципрокної (антидромної) тахікардії від шлуночкової тахікардії:

1. Наявність ознак преекзитації на синусовому ритмі
2. Подібність графіки шлуночкового комплексу під час тахікардії і на синусовому ритмі
3. Тривалість комплексу QRS менше 120 мс
4. Початок тахікардії з передчасного зубця Р

882. (I, В) Можливі механізми синусової тахікардії:

1. Підвищений автоматизм синусового вузла
2. Вегетативний дисбаланс
3. Порушення судинного тонусу
4. Re-entry
5. Післядеполяризації

883. (I, В) Можливі варіанти співвідношення між електричною активністю передсердь і шлуночків у пацієнтів з непароксизмальною вузловою тахікардією:

1. Кількість зубців Р більша, ніж кількість шлуночкових комплексів
2. Кількість зубців Р така сама як і кількість шлуночкових комплексів

3. Кількість зубців Р менша, ніж кількість шлуночкових комплексів

884. (I, В) Найбільш поширеній варіант АВ проведення у пацієнтів з регулярним тріпотінням передсердь:

1. 1:1
2. 2:1
3. 3:1
4. 4:1

885. (I, В) Тахіаритмії, при яких показана радіочастотна катетерна абляція:

1. Типове тріпотіння передсердь
2. АВ вузлова реципрокна тахікардія
3. Непароксизмальна тахікардія з АВ вузла
4. АВ реципрокна тахікардія

886. (I, В) Нерегулярні тахікардії з широкими комплексами QRS:

1. Фібриляція / тріпотіння передсердь у поєданні з блокадою ніжків пучка Гіса
2. Фібриляція / тріпотіння передсердь у поєданні із синдромом WPW
3. АВ реципрокна (антидромна) тахікардія
4. Монотопна шлуночкова тахікардія
5. Тахікардія типу пірует



Розділ 9. ЕКГ ПРИ СИНОАТРІАЛЬНИХ, МІЖПЕРЕДСЕРДНИХ ТА АТРІОВЕНТРИКУЛЯРНИХ БЛОКАДАХ

887. (С, II, I, В) При синоатріальній блокаді II ступеня 2-го типу інтервал P-P, що включає блокований цикл:

1. Дорівнює подвоєному інтервалу P-P, що передує паузі
2. Менше подвоєного інтервалу P-P, що передує паузі
3. Більше подвоєного інтервалу P-P, що передує паузі
4. Не має чіткої кратності щодо попереднього інтервалу P-P

888. (С, II, I, В) При синоатріальній блокаді високого ступеня блокується:

1. Один цикл
2. Два цикли підряд
3. Більше двох циклів підряд
4. Кожний третій цикл
5. Кожний четвертий цикл

889. (С, II) Скільки ступенів синоатріальних блокад розрізняють?

1. Один ступінь
2. Два ступеня
3. Три ступеня
4. Чотири ступеня
5. П'ять ступенів

890. (С, II) Синоатріальна блокада – це:

1. Відсутність утворення імпульсу в синусовому вузлі
2. Зменшення збудливості міокарда передсердь
3. Порушення проведення імпульсів від синусового вузла до передсердь
4. Виражена синусова брадикардія з частотою менше 50 за 1 хв

891. (С, II) Головною ЕКГ-ознакою синоатріальної блокади II ступеня є:

1. Випадіння зубця Р
2. Випадіння комплексу QRST
3. Випадіння комплексу PQRST
4. Збільшення тривалості інтервалу P-P

892. (С, II, I) При міжпередсердній блокаді порушується проведення імпульсу по пучку:

1. Венкебаха
2. Торрея
3. Бахмана
4. Джеймса
5. Кента

893. (С, II, I) Головною ознакою міжпередсердної блокади I ступеня є:

1. Асистолія передсердь
2. Випадіння лівопередсердної частини зубця Р
3. Випадіння правопередсердної частини зубця Р
4. Збільшення тривалості (більше 0,11 с) і розщеплення зубця Р

894. (С, II, I, В) Вкажіть характерну ознакою міжпередсердної блокади II ступеня 1-го типу:

1. Розщеплення зубця Р
2. Збільшення тривалості зубця Р більше 0,11 с
3. Раптове випадіння лівопередсердного компонента зубця Р
4. Наростаюча від циклу до циклу тривалість зубця Р із подальшим випадінням лівопередсердної його частини

895. (С, II, I, В) Вкажіть можливі варіанти ритму лівого передсердя при міжпередсердній блокаді III ступеня:

1. Фібриляція
2. Синусовий
3. Тріпотіння
4. Лівопередсердна тахікардія
5. Пасивний лівопередсердний

896. (С, II, I, В) Для міжпередсердної блокади II ступеня 2-го типу характерною ознакою є:

1. Передсердна дисоціація
2. Раптове випадіння лівопередсердної частини зубця Р
3. Збільшення тривалості зубця Р більше 0,11 с
4. Наростаюча від циклу до циклу тривалість



зубця Р з подальшим випадінням лівопередсердної його частини

897. (І, В) Вкажіть можливі варіанти ритму правого передсердя при міжпередсердній блокаді ІІІ ступеня:

1. Фібриляція
2. Синусовий
3. Тріпотіння
4. Пароксизмальна тахікардія
5. Пасивний лівопередсердний

898. (С, II) При частоті ритму 60-80 за 1 хв АВ блокаду І ступеня діагностують при подовженні інтервалу Р-К більше:

1. 0,18 с
2. 0,20 с
3. 0,22 с
4. 0,24 с

899. (С, II, I, В) АВ блокада зі стабільним інтервалом Р-К і періодичним випадінням шлуночкового комплексу характеризується як:

1. АВ блокада І ступеня
2. АВ блокада ІІ ступеня 1-го типу
3. АВ блокада ІІ ступеня 2-го типу
4. АВ блокада ІІІ ступеня
5. Високоступенева АВ блокада

900. (С, II, I) АВ блокада І ступеня може спостерігатися при ураженні:

1. АВ вузла
2. Міжвузлових трактів
3. Стовбура пучка Гіса
4. ПНПГ
5. ПНПГ та ЛНПГ

901. (С, II, I, В) Поступове подовження від циклу до циклу інтервалу Р-К і періодичне випадіння шлуночкового комплексу спостерігається при:

1. АВ блокаді І ступеня
2. АВ блокаді ІІ ступеня 1-го типу
3. АВ блокаді ІІ ступеня 2-го типу
4. АВ блокаді ІІІ ступеня
5. Високоступеневій АВ блокаді

902. (С, II, I, В) Якщо повній АВ блокаді передувала блокада двох гілок пучка Гіса, то блокада з найбільшою ймовірністю виникла на рівні:

1. Міжвузлових трактів

2. АВ вузла

3. Гілок пучка Гіса

4. Стовбура пучка Гіса

903. (І, В) За наявності розширеного деформованого зубця Р та інтервалу Р-К тривалістю 0,23 с АВ блокада, ймовірно, виникла на рівні:

1. Стовбура пучка Гіса
2. Гілок пучка Гіса
3. Міжвузлових трактів або АВ вузла
4. Волокон Пуркіньє

904. (І, В) Феномен зубця Р, що перестрибує, може спостерігатися при:

1. АВ блокаді І ступеня і ІІ ступеня 1-го типу
2. АВ блокаді ІІ ступеня 2-го типу
3. АВ блокаді ІІІ ступеня
4. Високоступеневій АВ блокаді

905. (С, II, I) При синоатріальній блокаді ІІ ступеня з періодикою Венкебаха (класичний варіант) інкремент тривалості синоатріального проведення:

1. Збільшується
2. Зменшується
3. Не змінюється

906. (С, II, I) При АВ блокаді ІІ ступеня з періодикою Венкебаха (класичний варіант) інкремент тривалості інтервалу Р-К:

1. Збільшується
2. Зменшується
3. Не змінюється

907. (С, II, I) При синоатріальній блокаді ІІ ступеня з періодикою Венкебаха (класичний варіант) найбільший інкремент тривалості синоатріального проведення:

1. У першому циклі після паузи
2. У другому циклі після паузи
3. В останньому циклі перед паузою
4. У двох останніх циклах перед паузою

908. (С, II, I) При АВ блокаді ІІ ступеня з періодикою Венкебаха (класичний варіант) найбільший інкремент тривалості інтервалу Р-К:

1. У першому циклі після паузи
2. У другому циклі після паузи
3. В останньому циклі перед паузою
4. У двох останніх циклах перед паузою

**909. (С, II) Характеристики синоатріальної блокади:**

1. Порушення проведення імпульсу від синоатріального вузла до міокарда передсердь
2. Тимчасове припинення утворення імпульсів у синоатріальному вузлі
3. Допорогова амплітуда синусового імпульсу
4. Прояв дисфункції синусового вузла

910. (І, В) Високоступенева синоатріальна блокада може імітувати:

1. Зупинку синусового вузла
2. Виражену синусову брадикардію
3. Асистолію передсердь
4. Високоступеневу АВ блокаду

911. (С, II) АВ блокада ІІ ступеня характеризується:

1. Сповільненням АВ провідності
2. Блокадою одного або кількох передсердних імпульсів
3. Блокадою кількох послідовних комплексів PQRST
4. Постійною відсутністю зв'язку між збудженням передсердь і шлуночків

912. (С, II, I, В) Високоступенева АВ блокада характеризується:

1. Сповільненням АВ провідності
2. Періодичною блокадою одного з передсердних імпульсів
3. Блокадою більше двох послідовних передсердних імпульсів
4. Постійною відсутністю зв'язку між збудженням передсердь і шлуночків

913. (С, II, I) При ІМ задньої стінки лівого шлуночка переважно виникають АВ блокади:

1. Проксимального типу
2. Дистального типу
3. На двох рівнях
4. На рівні міжвузлових трактів у передсердях

914. (С, II, I, В) Водісм ритму шлуночків при повній АВ блокаді у хворого на гострий ІМ задньої стінки лівого шлуночка переважно є:

1. АВ сполучення
2. ПНПГ
3. Передня гілка ЛНПГ
4. Задня гілка ЛНПГ

915. (С, II, I) При ІМ передньої стінки лівого шлуночка частіше виникають АВ блокади:

1. На рівні АВ вузла
2. Дистального типу
3. На двох рівнях
4. На рівні міжвузлових трактів у передсердях

916. (С, II, I) При ІМ передньої перегородкової ділянки лівого шлуночка частіше виникають АВ блокади:

1. Проксимального типу
2. Дистального типу
3. На двох рівнях
4. На рівні міжвузлових трактів у передсердях

917. (С, II, I) При синоатріальній блокаді ІІ ступеня 2:1 ритм шлуночків:

1. Регулярний
2. Періодично нерегулярний
3. Абсолютно нерегулярний

918. (С, II, I) При АВ блокаді ІІ ступеня 2:1 ритм шлуночків:

1. Регулярний
2. Періодично нерегулярний
3. Абсолютно нерегулярний

919. (С, II, I, В) При АВ блокаді ІІ ступеня 1-го типу 4:3 ритм шлуночків:

1. Регулярний
2. Періодично нерегулярний
3. Абсолютно нерегулярний

920. (С, II, I, В) При високоступеневій АВ блокаді ритм шлуночків:

1. Регулярний
2. Періодично нерегулярний
3. Абсолютно нерегулярний

921. (С, II, I) При повній АВ блокаді ритм шлуночків, як правило:

1. Регулярний
2. Періодично нерегулярний
3. Абсолютно нерегулярний

922. (С, II, I, В) При синоатріальній блокаді високого ступеня вислизаючі імпульси можуть формуватися:

1. У синусовому вузлі
2. У передсердях
3. В АВ вузлі
4. У стовбуру пучка Гіса
5. У шлуночках

923. (С, II, I, В) Якщо АВ блокада виникає на тлі повної блокади ЛНПГ, то вона переважно



локалізується на:

1. Двох рівнях
2. Проксимальному рівні
3. Дистальному рівні

924. (С, II, I, В) Якщо АВ блокада виникає на тлі двопучкової блокади, то вона переважно локалізується на:

1. Проксимальному рівні
2. Дистальному рівні
3. Двох рівнях

925. (С, II, I, В) У хворого з повною блокадою ЛНПГ АВ блокада найбільш ймовірно формується на рівні:

1. Міжвузлових трактів
2. АВ вузла
3. ЛНПГ
4. ПНПГ

926. (С, II) Для АВ блокади I ступеня характерно:

1. Уповільнення часу АВ проведення
2. Періодична блокада одного з передсердних імпульсів
3. Тимчасове припинення утворення імпульсу
4. Порушення проведення імпульсу від синусового вузла до міокарда передсердь

927. (С, II) Для АВ блокади II ступеня типовим є:

1. Періодична блокада одного з передсердних імпульсів
2. Уповільнення часу АВ проведення
3. Тимчасове припинення утворення імпульсу
4. Порушення проведення імпульсу від синусового вузла до міокарда передсердь

928. (С, II, I, В) При поєднанні АВ блокади I ступеня з біфасикулярною блокадою порушення АВ провідності частіше локалізується на рівні:

1. АВ сполучення
2. Гілок пучка Гіса
3. Міжвузлових трактів
4. На двох рівнях

929. (С, II, I, В) АВ блокаду вважають високо-ступеневою при:

1. АВ проведенні 2:1
2. АВ проведенні 3:1
3. АВ проведенні 4:1 і з більшою кратністю
4. АВ блокаді III ступеня

930. (С, II, I) Більш важкими і прогностично несприятливими вважають:

1. Дистальні АВ блокади
2. Проксимальні АВ блокади
3. Блокади на рівні АВ вузла
4. АВ блокади на рівні міжвузлових трактів

931. (С, II, I, В) Більш важкими і прогностично несприятливими вважають АВ блокади:

1. Міжвузлові I ступеня
2. II ступеня 2-го типу
3. Вузлові I ступеня
4. Вузлові II ступеня 1-го типу

932. (С, II, I, В) Топографічно (за даними гістограми) АВ блокади поділяють на:

1. Два типи
2. Три типи
3. П'ять типів
4. Шість типів

933. (С, II, I, В) При АВ блокаді II ступеня з періодикою Венкебаха феномен зубця Р, що перестрибує, може спостерігатися при:

1. Тривалості інтервалу Р-Р більше 0,40 с
2. Тривалості інтервалу Р-Р більше 0,80 с
3. Інтервали Р-Р довшому, ніж інтервал Р-Р
4. Інтервали Р-Р коротшому, ніж інтервал Р-Р

934. (I, В) При АВ блокадах з атиповою періодикою Венкебаха вкорочення інтервалу Р-Р в першому циклі після довгих пауз не відбувається:

1. Через приховане проведення імпульсу в АВ вузол
2. Через збільшення ступеня АВ блокади
3. Через посилення автоматизму синоатріально-го вузла з покращанням АВ провідності

935. (С, II, I, В) АВ блокади II ступеня 2-го типу зазвичай виникають на рівні:

1. Міжвузлових трактів
2. АВ вузла
3. Стовбура пучка Гіса
4. Ніжок пучка Гіса

936. (С, II, I, В) АВ блокаду III ступеня може спричинити ураження:

1. АВ вузла
2. Стовбура пучка Гіса
3. Лівої і правої ніжок пучка Гіса
4. Волокон Пуркіньє



937. (C, II) При повній АВ блокаді водієм ритму для передсердь найчастіше є:

1. АВ вузол
2. Синусовий вузол
3. Ідіовентрикулярні центри автоматизму
4. Стобур пучка Гіса

938. (C, II) При повній АВ блокаді водієм ритму для шлуночків може бути:

1. АВ вузол
2. Синусовий вузол
3. Стобур пучка Гіса
4. Ідіовентрикулярні центри автоматизму

939. (C, II, I, В) При синоатріальній блокаді з метою покращення провідності застосовують:

1. Препарати калію
2. Атропін
3. Лідокайн
4. Дигоксин
5. Аміодарон

940. (C, II, I) АВ блокади проксимального типу виникають на рівні:

1. Міжузлових трактів
2. АВ вузла
3. Стобура пучка Гіса
4. Ніжок пучка Гіса

941. (C, II, I, В) АВ блокади дистального типу виникають на рівні:

1. Міжузлових трактів
2. АВ вузла
3. Стобура пучка Гіса
4. Ніжок пучка Гіса

942. (C, II, I) Яка тривалість інтервалу Р-Q при АВ блокаді I ступеня, як правило, вказує на блокування імпульсу на рівні АВ вузла?

1. До 0,24 с
2. До 0,26 с
3. 0,28 с і більше

943. (C, II, I) Спонтанні коливання інтервалу Р-Q частіше спостерігаються:

1. При погіршенні провідності на рівні ніжок пучка Гіса
2. В осіб із структурною хворобою серця
3. В осіб без структурної хвороби серця

944. (C, II, I, В) Синдромом Фредеріка називають поєдання:

1. Фібриляції (тріпотіння) передсердь і АВ блокади II ступеня 2-го типу

2. Фібриляції (тріпотіння) передсердь і повної АВ блокади
3. Тріпотіння передсердь і АВ блокади II ступеня 1-го типу

945. (C, II, I, В) Для диференціації проксимальної АВ блокади II ступеня 2:1 з вентрикулофазною синусовою аритмією і блокованої верхньопередсердної екстрасистолією за типом бігемії найбільш інформативним критерієм є:

1. Постійність інтервалу Р-Р при АВ блокаді
2. Відповідь на атропінову пробу
3. Відповідь на пробу Вальсальви
4. Відповідь на пробу з пропранололом (обзиданом)
5. Відповідь на калієву пробу

946. (II, I, В) Для диференціації вузлових і стовбурових АВ блокад II ступеня 2:1 з комплексами QRS тривалістю менше 0,10 с, як правило, використовуються проби:

1. З пропранололом (обзиданом)
2. Атропінова
3. Ізопропілнорадреналінова
4. Навантажувальна

947. (II, I, В) При АВ блокаді II ступеня 2:1 альтернування інтервалів Р-Р від комплексу до комплексу може відбуватися внаслідок:

1. Прихованого АВ проведення
2. Наявності двох каналів в АВ вузлі
3. Феномена Ашмана
4. Вентрикулофазної синусової аритмії

948. (C, II, I, В) Для диференціації синоатріальній блокади II ступеня 2:1 і синусової брадикардії застосовують:

1. Атропінову пробу
2. Пробу Вальсальви
3. Синокаротидну пробу
4. Пробу з пропранололом (обзиданом)

949. (C, II, I, В) При брадикардії (менше 50 за 1 хв) про синоатріальну блокаду II ступеня 2:1 може свідчити:

1. Інтервал Р-Р менше 0,17 с
2. Прискорення синусового ритму приблизно в 2 рази і більше після внутрішньовенного введення атропіну



3. Інтервал P-R більше 0,21 с
4. Збільшення частоти ритму після внутрішньовенного введення атропіну на 25 % від вихідного

950. (С, II, I, В) При АВ блокаді II ступеня 2:1, 3:1 розширення комплексів QRS більше 0,12 с найчастіше свідчить про рівень блокування:

1. Проксимальний
2. Дистальний
3. Тривалість QRS не дозволяє визначити рівень блокади

951. (С, II, I, В) При АВ блокаді II ступеня 2:1, 3:1 суправентрикулярна форма комплексів QRS свідчить про рівень блокування:

1. Проксимальний
2. Дистальний
3. Не дозволяє визначити рівень блокування

952. (II, I, В) Синонімом вентрикулофазної синусової аритмії є:

1. Феномен Ашмана
2. Синдром Фредеріка
3. Синдром Шорта
4. Синдром Ленегра і Лева
5. Синдром Ерлангера

953. (I, В) Вентрикулофазна синусова аритмія спостерігається при:

1. АВ блокаді II ступеня 1-го типу
2. АВ блокаді II ступеня 2:1
3. Високоступеневій АВ блокаді
4. Повній АВ блокаді

954. (II, I, В) Вентрикулофазна синусова аритмія – це:

1. Недихальна синусова аритмія
2. Дихальна синусова аритмія
3. Тимчасове прискорення генерації синусового імпульсу у хворих з повною АВ блокадою під впливом скорочень шлуночків
4. Синдром Ерлангера

955. (I, В) При повній АВ блокаді з вентрикулофазною синусовою аритмією:

1. Інтервали P-P, які містять комплекс QRS, довші за інтервали P-P без комплексу QRS
2. Інтервали P-P, які містять комплекс QRS, коротші за інтервали P-P без комплексу QRS
3. Інтервали R-R, які містять два зубці Р, коротші за інтервали R-R, що містять один зубець Р

956. (С, II, I, В) Феномен вентрикулофазної синусової аритмії пояснюється:

1. Недихальною синусовою аритмією
2. Дихальною синусовою аритмією
3. Періодичним виникненням синоатріальної блокади
4. Прискоренням генерації синусового імпульсу під впливом скорочення шлуночків

957. (I, В) При вентрикулофазній синусовій аритмії прискорення генерації синусових імпульсів під впливом скорочень шлуночків, як правило, настає через:

1. 0,1–0,2 с
2. 0,3–0,4 с
3. 0,5–0,6 с

958. (С, II, I, В) У кардіологічній практиці використовують електрокардіостимулятори:

1. Асинхронні з фіксованою частотою імпульсів
2. Синхронізовані з ритмом передсердь
3. Які працюють на вимогу
4. Передсердно-шлуночкові
5. З частотною адаптацією
6. Чотирикамерні

959. (С, II, I, В) Для асинхронної електрокардіостимуляції характерними ознаками є:

1. Постійна частота імпульсів
2. Артефакт перед комплексом QRS
3. Розширені деформовані комплекси QRS
4. Сегмент ST і зубець Т дискордантні до основного зубця комплексу QRS
5. Р-або R-інгібіція

960. (С, II, I, В) ЕКГ-ознаками несправності асинхронного електрокардіостимулятора є:

1. Відсутність своєчасних артефактів стимулятора
2. Частота розрядів стимулятора вища або нижча порівняно із заданою частотою
3. Імпульси стимулятора не збуджують шлуночків
4. Нерегулярність артефактів

961. (С, II, I, В) При електрокардіостимуляції, синхронізованій з активацією передсердь:

1. Частота ритму шлуночків залежить від функції синусового вузла
2. Інтервал P-артефакт постійний
3. Після артефакту реєструється розширені і деформовані комплекси QRS
4. Дискордантне положення зубця Т відносно найбільшого зубця комплексу QRS
5. Після артефакту реєструється комплекс QRS суправентрикулярної форми



962. (С, II, I, В) Ознаками несправності синхронізованого з активацією передсердь стимулятора є:

1. Коливання інтервалу Р-артефакт
2. Поява суправентрикулярного комплексу QRS з артефактом, розташованим на висхідному коліні зубця R
3. Реєстрація комбінованого шлуночкового комплексу
4. Відсутність комплексу QRS після артефакту
5. Після артефакту реєструється розширеній і деформований комплекс QRS

963. (С, II, I, В) ЕКГ-ознаками шлуночкової електрокардіостимуляції типу «на вимогу»:

1. Артефакт реєструється не перед усіма комплексами QRS
2. Комплекси QRS після артефакту розширені та деформовані
3. Періодично реєструються шлуночкові комплекси синусового походження
4. Реєстрація зливних шлуночкових комплексів
5. Артефакт реєструється на кінцевій частині комплексу QRS синусового походження

964. (С, II, I, В) ЕКГ-ознаки несправності електрокардіостимулятора типу «на вимогу»:

1. Відсутність своєчасних розрядів стимулятора
2. Відсутність шлуночкових комплексів після артефакту
3. Артефакт реєструється на кінцевій частині комплексу QRS синусового походження
4. Наявність зливних комплексів QRS

965. (ІІ, I, В) На ЕКГ амплітуда артефакту імпульсу електрокардіостимулятора при монополярній стимуляції становить:

1. Менше 1 мВ
2. 1–3 мВ
3. Більше 3 мВ

966. (ІІ, I, В) На ЕКГ амплітуда артефакту імпульсу електрокардіостимулятора при бі-полярній стимуляції становить:

1. Менше 1 мВ
2. 1–3 мВ
3. Більше 3 мВ

967. (ІІ, I, В) Деформація комплексу QRS більш виражена при:

1. Монополярній стимуляції
2. Біполарній стимуляції

968. (ІІ, I, В) При стимуляції серця з верхівки правого шлуночка спостерігаються такі типи кривої ЕКГ:

1. Відхилення електричної осі серця ліворуч, у грудних відведеннях ознаки блокади ЛНПГ
2. Відхилення електричної осі серця ліворуч, у грудних відведеннях переважає зубець S
3. Комплекси QS у відведеннях I, II, III, у грудних відведеннях ознаки повної блокади ЛНПГ
4. Відхилення електричної осі серця праворуч, у грудних відведеннях ознаки блокади ПНПГ

969. (ІІ, I, В) Перша буква коду типів електрокардіостимуляторів і режиму стимуляції означає:

1. Способ реакції електрокардіостимулятора на сигнал, що сприймається
2. Камеру серця, що стимулюється
3. Камеру серця, з якої сприймається керуючий сигнал
4. Характер програмування
5. Вид стимуляції при впливі на тахікардію

970. (ІІ, I, В) Друга буква коду типів електрокардіостимуляторів і режиму стимуляції означає:

1. Способ реакції електрокардіостимулятора на сигнал, що сприймається
2. Камеру серця, що стимулюється
3. Камеру серця, з якої сприймається керуючий сигнал
4. Характер програмування
5. Вид стимуляції при впливі на тахікардію

971. (ІІ, I, В) Третя буква коду типів електрокардіостимуляторів і режиму стимуляції означає:

1. Способ реакції електрокардіостимулятора на сигнал, що сприймається
2. Камеру серця, що стимулюється
3. Камеру серця, з якої сприймається керуючий сигнал
4. Характер програмування
5. Вид стимуляції при впливі на тахікардію

972. (ІІ, I, В) Четверта буква коду типів електрокардіостимуляторів і режиму стимуляції означає:

1. Способ реакції електрокардіостимулятора на сигнал, що сприймається



2. Камеру серця, що стимулюється
3. Камеру серця, з якої сприймається керуючий сигнал
4. Наявність частотної модуляції
5. Вид стимуляції при впливі на тахікардію

973. (ІІ, І, В) П'ята буква коду типів електрокардіостимулаторів і режиму стимуляції означає:

1. Спосіб реакції електрокардіостимулатора на сигнал, що сприймається
2. Камеру серця, що стимулюється
3. Камеру серця, з якої сприймається керуючий сигнал
4. Характер програмування
5. Багатофокусну стимуляцію

974. (С, ІІ, І, В) Електрокардіостимулатор VOO здійснює стимуляцію:

1. Типу «на вимогу»
2. В асинхронному режимі
3. Синхронізовану з хвилею Р

975. (С, ІІ, І, В) Електрокардіостимулатор VVI здійснює стимуляцію:

1. Типу «на вимогу»
2. В асинхронному режимі
3. Синхронізовану з хвилею Р

976. (ІІ, І, В) Електрокардіостимулатор VAT здійснює стимуляцію:

1. Типу «на вимогу»
2. В асинхронному режимі
3. Синхронізовану з хвилею Р

977. (С, ІІ, І, В) Надчаста електрокардіостимуляція застосовується для припинення:

1. Екстрасистолічної аритмії
2. Реципрокних надшлуночкових і шлуночкових тахікардій
3. Автоматичних передсердних тахікардій
4. Фібріляції шлуночків

978. (С, ІІ, І, В) Електростимуляція з частотою понад 220–250 за 1 хв застосовується для припинення:

1. Фібріляції передсердь
2. Реципрокних надшлуночкових тахікардій
3. Автоматичних надшлуночкових тахікардій
4. Фібріляції шлуночків

979. (С, ІІ, І, В) Для вивчення функції синусового вузла використовують:

1. Ритмографію
2. Вагусні проби
3. Проби з фізичним навантаженням
4. Фармакологічні проби
5. Добове моніторування ЕКГ
6. Трансезофагальну електrostимуляцію серця
7. ЕхоКГ

980. (С, ІІ, І, В) Застосування бета-адреноблокаторів і вепрапамілу при органічному СССВ:

1. Показане
2. Протипоказане
3. Залежить від супутніх аритмій серця
4. Залежить від перенесеного раніше ІМ

981. (ІІ, І, В) При СССВ постстимуляційна пауза після внутрішньовенного введення атропіну зменшується:

1. На 0–15 %
2. На 50 %
3. На 100 %

982. (ІІ, І, В) У здорових осіб постстимуляційна пауза (час відновлення функції синусового вузла), як правило, становить:

1. Менше 1500 мс
2. 1500–2000 мс
3. 2000–2300 мс
4. 2300–2700 мс
5. 2700–3000 мс

983. (С, ІІ, І, В) Вкажіть правильне твердження про СССВ:

1. Подовження постстимуляційної паузи більше 115–159 % від фонової тривалості інтервалу Р-Р
2. Тривалість постстимуляційної паузи не інформативна
3. Вкорочення постстимуляційної паузи після атропінізації на 50 % і більше

984. (С, ІІ, І, В) Вкажіть правильне твердження про СССВ:

1. Тривалість постстимуляційної паузи неінформативна
2. Відсутність вкорочення постстимуляційної паузи після атропінізації
3. Вкорочення постстимуляційної паузи після атропінізації на 50 % і більше

985. (С, ІІ, І, В) Вкажіть порушення ритму серця, що включаються в поняття СССВ:

1. Стійка синусова брадикардія (менше 50 за 1 хв)



2. Зупинка синусового вузла
3. Синоатріальна блокада
4. Синдром брадикардії-тахікардії
5. Повільне відновлення функції синоатріально-го вузла після кардіоверсії
6. Прискорений ектопічний ритм

986. (I, B) У поняття СССВ включаються такі порушення серцевого ритму, крім:

1. Синусової брадикардії (менше 50 за 1 хв)
2. Відмови синусового вузла
3. Синоатріальної блокади
4. Синдрому брадикардії-тахікардії
5. Спovільненого відновлення функції синусово-го вузла після кардіоверсії
6. Прискореного ектопічного ритму

987. (C, II, I, B) Функціональний стан синусово-го вузла оцінюють залежно від:

1. Часу відновлення функції синусового вузла
2. Коригованого часу відновлення функції сину-сового вузла
3. Часу синоатріального проведення
4. Часу проведення імпульсу в АВ вузлі

988. (C, II, I, B) Автоматична функція сину-сового вузла при електрофізіологічному дослідженні оцінюється за:

1. Різницею частот вихідного і нав'язаного ритму
2. Тривалістю постстимуляційної паузи
3. Різницею частот вихідного ритму і ритму піс-ля стимуляції
4. Коригованим часом відновлення функції си-нусового вузла

989. (II, I, B) У нормі на тлі внутрішньовенного введення розрахункової дози атропіну час-тота синусового ритму:

1. Збільшується на 20–25 %
2. Не змінюється
3. Зменшується на 10–20 %
4. Збільшується більше 90 за 1 хв

990. (II, I, B) При СССВ на тлі внутрішньовен-ного введення розрахункової дози атропіну час-тота синусового ритму:

1. Збільшується менш ніж на 30 %
2. Не перевищує 90 за 1 хв
3. Не змінюється
4. Зменшується
5. Зростає на 64 % і більше

991. (II, I, B) Найбільш точно відображає від-новлення функції автоматизму синусового вузла:

1. Час відновлення функції синусового вузла
2. Коригований час відновлення функції синусо-вого вузла
3. Тривалість постстимуляційної паузи до і після внутрішньовенного введення атропіну
4. Проба з ДФН
5. Точка Венкебаха

992. (C, II, I, B) Чи завжди атропінова проба є достатньо чутливим тестом при визначенні функції синусового вузла?

1. Так, завжди
2. Ні, не завжди
3. Так, при її застосуванні на тлі вагусних проб

993. (II, I, B) Вкажіть можливі варіанти зміни тривалості постстимуляційної паузи після внутрішньовенного введення атропіну при СССВ:

1. Не змінюється
2. Дещо вкорочується
3. Парадоксально подовжується
4. Повертається до норми

994. (II, I, B) У нормі коригований час віднов-лення функції синусового вузла становить:

1. 450–525 мс
2. 500–670 мс
3. 550–720 мс
4. 550–800 мс

995. (I, B) Час синоатріальної провідності, що вимірюється за допомогою внутрішньо-передсердної стимуляції, у нормі становить:

1. 0,06–0,09 с
2. 0,10–0,12 с
3. 0,12–0,20 с
4. Не більше 0,20 с

996. (II, I, B) Часом синоатріальної провідності вважається:

1. Половина різниці між середніми тривалостями першого постстимуляційного і вихідного кар-діоциклів
2. Половина різниці між тривалостями вихідних і перших постстимуляційних кардіоциклів
3. Різниця між тривалостями першого пост-стимуляційного і вихідного кардіоциклів



4. Різниця між тривалостями вихідних і перших постстимуляційних кардіоциклів

997. (II, I, В) Коригуваний час відновлення функції синусового вузла обчислюється як:

1. Різниця між тривалістю середньої післястимуляційної паузи і середнього вихідного кардіоциклиу
2. Різниця між тривалістю першої післястимуляційної паузи і вихідного кардіоциклиу
3. Половина різниці між тривалістю першої післястимуляційної паузи і вихідного кардіоциклиу

998. (С, II, I, В) Вкажіть дозу атропіну для проведення проби з метою оцінки функціонального стану синусового вузла:

1. 0,01–0,015 мг/кг
2. 0,02–0,025 мг/кг
3. 0,05–0,06 мг/кг
4. 0,06–0,07 мг/кг

999. (II, I, В) При вагусній дисфункції синусового вузла можна застосовувати:

1. Верапаміл
2. Теофілін
3. Ніфедіпін

4. Холінолітики

5. Симпатоміметики

1000. (I, В) У нормі на тлі внутрішньовенного введення розрахункової дози пропранололу синусовий ритм:

1. Не змінюється
2. Збільшується
3. Зменшується менш ніж на 20 %
4. Зменшується більш ніж на 20 %

1001. (I, В) При СССВ на тлі внутрішньовенного введення розрахункової дози пропранололу синусовий ритм:

1. Не змінюється
2. Збільшується
3. Зменшується менш ніж на 20 %
4. Зменшується більш ніж на 20 %

1002. (II, I, В) Вкажіть дози пропранололу, які застосовуються для оцінки функціонального стану синусового вузла:

1. 0,01–0,02 мг/кг
2. 0,03–0,04 мг/кг
3. 0,05–0,1 мг/кг



Розділ 10. ЕКГ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЕЛЕКТРОЛІТНОГО ОБМІNU, ДЕЯКИХ ХВОРОБАХ І СТАНАХ

1003. (C, II) Найпоширеніші причини міокардиту:

1. Спадкові фактори
2. Перенесена вірусна інфекція
3. Токсичний вплив препаратів
4. Токсико-аліментарний фактор
5. Аутоімунне ураження нез'ясованої етіології

1004. (I, B) Методи, з допомогою яких можна довести наявність запальних змін у міокарді:

1. Коронарографія
2. Радіонуклідна вентрикулографія
3. Сцинтиграфія міокарда з талієм-201
4. Біопсія міокарда
5. Стрес-ЕхоКГ

1005. (B) Найбільш точний метод диференціації неревматичного і ревматичного міокардитів:

1. Двовимірна ЕхоКГ
2. Коронарографія з вентрикулографією
3. Біопсія міокарда
4. ЕКГ
5. Фонокардіографія

1006. (C, II, I) Зміни ЕКГ, характерні для гострого міокардиту:

1. Порушення провідності
2. Порушення ритму
3. Зміни процесів реполяризації
4. Збільшення амплітуди комплексу QRS

1007. (C, II) Зміни ЕКГ при міокардиті:

1. Зниження вольтажу комплексу QRST
2. Зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу
3. Порушення ритму
4. Порушення провідності
5. Поява ознак гіпертрофії шлуночків

1008. (I, B) Ознаки першої стадії гострого перикардиту:

1. Елевація сегмента ST
2. Збільшення амплітуди зубця T
3. Конкордантні зміни сегмента ST і зубця T
4. Відсутність реципрокних змін

5. Комплекс QRS не змінений
6. Глибокий негативний зубець Т

1009. (C, II, I) Зміни ЕКГ при гострому перикардиті:

1. Елевація сегмента ST у більшості відвідень
2. Конкордантні зміни сегмента ST і зубця Т
3. Відсутність реципрокних змін
4. Наявність патологічного зубця Q
5. Стадійність змін і подальша нормалізація ЕКГ

1010. (C, II, I) ЕКГ-ознаки ізольованого субепікардіального пошкодження спостерігаються при:

1. Гострому перикардиті
2. Гострому ІМ
3. Синдромі ранньої реполяризації шлуночків
4. Аневризмі лівого шлуночка

1011. (C, II, I) Тривалість I стадії гострого перикардиту:

1. Від 2 днів до 2 тиж
2. До 3–4 тиж
3. Понад 4 тиж

1012. (C, II, I) Для I стадії гострого перикардиту характерно:

1. Елевація сегмента ST з позитивним зубцем Т
2. Елевація сегмента ST з формуванням негативного зубця Т
3. Елевація сегмента ST з формуванням патологічного зубця Q

1013. (C, II, I, B) Негативний зубець Т при гострому перикардиті починає формуватися в:

1. I стадії
2. II стадії
3. III стадії
4. IV стадії

1014. (II, I, B) Чи може бути при гострому перикардиті елевація сегмента ST у відведеннях I, aVL і депресія сегмента ST у відведеннях II, III, aVF?

1. Так, при ізольованому перикардиті в ділянці передньої стінки лівого шлуночка



2. Зазначені зміни не можуть спостерігатися при перикардіті
3. Ці зміни характерні для синдрому ранньої реполяризації шлуночків

1015. (I, B) Зміни ЕКГ при хронічному констриктивному перикардіті:

1. Зниження вольтажу комплексу QRS
2. Відхилення електричної осі серця праворуч
3. Блокада ПНПГ
4. Стабільність електричної осі серця при зміні положення тіла і диханні
5. Зміни зубця Р за типом P-mitralis
6. Елевация сегмента ST у більшості відведенень

1016. (C, II, I) Зміни ЕКГ, характерні для ексудативного перикардиту:

1. Збільшення амплітуди комплексу QRST
2. Зменшення амплітуди комплексу QRS і збільшення амплітуди зубця Т
3. Збільшення амплітуди та альтернація комплексів QRST
4. Зменшення амплітуди та альтернація комплексів QRST

1017. (II, I, B) ЕКГ-ознаки тромбоемболії легеневої артерії:

1. Поява глибоких зубців SI I QIII
2. Елевация сегмента ST у відведеннях III, aVF з формуванням негативного зубця Т
3. Зміщення переходної зони ліворуч
4. Зміщення електричної осі серця ліворуч
5. Елевация сегмента ST і формування слабконегативного зубця Т у відведеннях V₁-V₃

1018. (C, II, I) Поява на ЕКГ раптового зміщення електричної осі серця праворуч дозволяє припустити розвиток ТЕЛА при:

1. Переломі кісток
2. Тривалому ліжковому режимі
3. Післяопераційному періоді
4. Геміпарезі
5. Флеботромбозі і тромбофлебіті вен нижніх кінцівок і малого тазу
6. Синдромі преквізитації

1019. (C, II) Зміни ЕКГ при ТЕЛА:

1. Зубець Q у відведенні III глибокий, але не широкий (менше 0,04 с)
2. Зубець Q у відведенні II більше 0,03 с
3. Сегмент ST у відведенні II нижче або на ізолінії
4. Зміщення електричної осі серця праворуч

5. Елевация сегмента ST у відведенні V₁

1020. (I, B) Для хронічного легеневого серця характерно:

1. P-pulmonale
2. S-тип ЕКГ
3. Кут альфа більше + 110 °
4. Ознаки гіпертрофії правого шлуночка
5. Збільшення часу внутрішнього відхилення у відведеннях V₅-V₆

1021. (II, I, B) При масивній ТЕЛА найчастіше реєструються:

1. Повна блокада ЛНПГ
2. Повна АВ блокада
3. Блокада ПНПГ
4. Блокада передньої гілки ЛНПГ

1022. (I, B) Характерні зміни електричної осі серця у пацієнтів з ТЕЛА:

1. Зміщення ліворуч
2. Зміщення праворуч
3. Електрична вісь типу SI-SII-SIII
4. Електрична вісь серця не змінюється

1023. (C, II, I) Синдром SI-QIII при ТЕЛА виникає в результаті:

1. Гострого перевантаження правих відділів серця
2. Гострого перевантаження лівих відділів серця
3. Поворот серця верхівкою назад
4. Повороту серця навколо поздовжньої осі проти годинникової стрілки

1024. (C, II, I, B) Ознаки гострого перевантаження правого шлуночка при ТЕЛА:

1. Синдром SI-SII-SIII
2. Синдром QI-QII-QIII
3. Поява вираженого зубця S у відведеннях V₅, V₆
4. P-pulmonale
5. Поява неповної або повної блокади ПНПГ

1025. (C, II, I) При ТЕЛА появі характерних змін ЕКГ залежить від:

1. Ступеня емболізації артерій малого кола кровообігу
2. Функціонального стану правого шлуночка
3. Функціонального стану лівого шлуночка
4. Рівня AT

1026. (C, II, I) Вкажіть можливі зміни сегмента ST при гострому легеневому серці:

1. Депресія сегмента ST у відведеннях V₁-V₆
2. Елевация сегмента ST у відведеннях V₁-V₂



3. Елевація сегмента ST у відведеннях III, aVF
4. Елевація сегмента ST у відведеннях V₁-V₂ і депресія сегмента ST у відведеннях V₃-V₆
5. Депресія сегмента ST у відведеннях I, II, aVL
6. Елевація сегмента ST у відведеннях I, aVL і депресія сегмента ST у відведеннях III, aVF

1027. (I, В) Депресія сегмента ST у відведеннях V₁-V₆ при гострому легеневому серці виникає внаслідок:

1. Електролітних розладів
2. Вираженої гіпоксії міокарда
3. Вагусної стимуляції
4. Перевантаження лівого шлуночка

1028. (II, I, В) Вкажіть ЕКГ-ознаку, не характерну для гострого легеневого серця:

1. Елевація сегмента ST у відведеннях V₁-V₂
2. Синдром QI-SIII
3. Зміщення електричної осі серця праворуч
4. Зміщення переходної зони ліворуч

1029. (II, В) Вкажіть ЕКГ-ознаки, характерні для гострого легеневого серця:

1. Синдром SI-QIII
2. Синдром QI-QII-QIII
3. Зміщення електричної осі серця праворуч
4. Зміщення переходної зони ліворуч

1030. (C, II, I, В) При негативному зубці Р у відведенні V₁ у хворих з хронічним легеневим серцем необхідно зареєструвати додаткові відведення:

1. За Небом
2. За Слопаком і Партиллою
3. V₁ у 2-3 міжребер'
4. V₁ у 5-6 міжребер'

1031. (C, II, I, В) При реєстрації комплексу QS у відведеннях V₁-V₂ у хворих з хронічним легеневим серцем необхідно зареєструвати додаткові відведення:

1. За Небом
2. За Слопаком і Партиллою
3. V₁ у 2-3 міжребер'
4. V₁ у 5-6 міжребер'

1032. (II, I, В) Аритмії, характерні для пацієнтів з ТЕЛА:

1. Синусова тахікардія
2. Фібріляція передсердь
3. Тріпотінія передсердь
4. Шлуночкова тахікардія

1033. (I, В) ЕКГ-ознаки дигіталізації:

1. Вкорочення інтервалу Q-T
2. Коритоподібна депресія сегмента ST
3. Інверсія зубця Т
4. Збільшення тривалості інтервалу P-Q більше 0,21 с

1034. (II, I, В) Особливості депресії сегмента ST на тлі застосування дигоксину:

1. Коритоподібна
2. Поєднується з подовженням інтервалу Q-T
3. Більш виражена в правих грудних відведеннях
4. Більш виражена в нижніх і лівих грудних відведеннях

1035. (C, II, I) При терапевтичній дії серцевих глікозидів тривалість інтервалу Q-T:

1. Збільшується
2. Зменшується
3. Не змінюється

1036. (C, II, I) Про досягнення терапевтичної концентрації глікозидів свідчать такі зміни ЕКГ:

1. Коритоподібна депресія сегмента ST
2. Збільшення тривалості інтервалу Q-T
3. Підвищення автоматизму синусового вузла
4. Збільшення тривалості інтервалу P-Q більше 0,2 с
5. АВ блокада II ступеня 1-го типу

1037. (I, В) Насичення серцевими глікозидами може супроводжуватися такими змінами ЕКГ:

1. Зниження автоматизму синусового вузла
2. Погіршення синоатріальній провідності
3. Підвищення автоматизму ектопічних водіїв ритму
4. АВ блокада будь-якого ступеня
5. Виникнення синусової тахікардії

1038. (C, II, I) Зміни ЕКГ при застосуванні серцевих глікозидів найчастіше нагадують ЕКГ-ознаки:

1. Гіперкаліємії
2. Гіпокаліємії
3. Гіпокальціємії
4. Гіперкальціємії

1039. (C, II, I, В) Прийом серцевих глікозидів може спричинити такі порушення ритму і провідності:

1. Зниження автоматизму синусового вузла
2. Погіршення синоаурикулярної провідності



3. Погіршення АВ провідності
4. Погіршення внутрішньопередсердної провідності
5. Підвищення автоматизму ектопічних водіїв ритму
6. Поява парасистолії

1040. (І, В) Порушення ритму чи провідності, які можуть виникнути при глікозидній інтоксикації:

1. Передсердна пароксизмальна тахікардія з АВ блокадою
2. Непароксизмальна тахікардія з АВ сполучення
3. Неповна АВ дисоціація
4. Синоатріальна блокада
5. Шлуночкова екстрасистолія з подальшим переходом у тріпотіння-фібріляцію шлуночків
6. Ортодромна тахікардія

1041. (ІІ, І, В) Для передозування серцевих глікозидів не характерна поява:

1. АВ блокади
2. Синоатріальної блокади
3. Подовженого інтервалу Q-T
4. Порушення автоматизму центрів ІІ–ІІІ порядку

1042. (І, В) Для передозування серцевих глікозидів не характерна поява:

1. Синусової брадикардії з частотою 55–60 за 1 хв
2. АВ блокади
3. Синоатріальної блокади
4. Порушення автоматизму центрів ІІ–ІІІ порядку

1043. (С, ІІ, І, В) Можливі ознаки інтоксикації серцевими глікозидами:

1. Неповна АВ дисоціація
2. Шлуночкова алоритмія
3. АВ блокада
4. Парасистолічна аритмія
5. Синоатріальна блокада

1044. (С, ІІ, І, В) ЕКГ-ознаки гіперкаліємії з'являються при концентрації калію в плазмі крові більше:

1. 3,8 ммоль/л
2. 4,5 ммоль/л
3. 5,0 ммоль/л
4. 5,5 ммоль/л

1045. (С, ІІ, І) Ранньою ЕКГ-ознакою гіперкаліємії є поява:

1. Вузьких високих загострених позитивних зубців Т і вкорочення інтервалу Q-T

2. Вузьких глибоких загострених негативних зубців Т і подовження інтервалу Q-T
3. Згладжених зубців Т
4. Широких комплексів QRS

1046. (ІІ, І, В) Зміни ЕКГ, які можуть з'являтися при гіперкаліємії:

1. Вузькі, високі загострені позитивні зубці Т
2. Зменшення тривалості інтервалу Q-T
3. Зменшення амплітуди зубця R
4. Збільшення тривалості зубця S
5. Збільшення амплітуди зубця U

1047. (С, ІІ, І) Можливі причини гіперкаліємії:

1. Криз Адісонової хвороби
2. Діабетичний ацидоз
3. Ниркова недостатність
4. Гіповолемічний шок
5. Поширені опіки
6. Застосування петлевих діуретиків

1048. (С, ІІ, І, В) ЕКГ-ознаки гіпокаліємії з'являються при концентрації калію в плазмі крові менше:

1. 3,8 ммоль/л
2. 4,5 ммоль/л
3. 5,0 ммоль/л
4. 5,5 ммоль/л

1049. (С, ІІ, І) Зміни ЕКГ, характерні для гіпокаліємії:

1. Збільшення тривалості комплексу QRS
2. Збільшення амплітуди зубця U
3. Поява блокад ніжок пучка Гіса
4. Збільшення амплітуди зубця Т

1050. (С, ІІ, І) Розташування сегмента ST при гіпокаліємії:

1. Вище ізолінії
2. Нижче ізолінії
3. На ізолінії

1051. (С, ІІ, І, В) Можливі причини гіпокаліємії:

1. Хвороба Іценко – Кушинга
2. Проноси, блювота, ілеостомія, жовчний свищ
3. Тривале лікування діуретиками
4. Лікування спironолактоном
5. Лікування кортикостероїдами та АКТГ
6. Лікування інгібторами АПФ

1052. (С, ІІ) Вкажіть зміни ЕКГ, характерні для гіпокаліємії:



1. Депресія сегмента ST
2. Зменшення амплітуди зубця T і його негативізація
3. Збільшення амплітуди зубця U
4. Зменшення тривалості інтервалу Q-T

1053. (C, II, I, B) Поява високоамплітудного зубця Т не характерна для:

1. Синусової брадикардії
2. Артеріальної гіпертензії
3. Первинного гіперальдостеронізму
4. Гіпокальцемії
5. Порушення мозкового кровообігу

1054. (C, II, I, B) ЕКГ-ознаки гіперкальцемії з'являються при концентрації кальцію в плазмі крові більше:

1. 2,0 ммоль/л
2. 2,2 ммоль/л
3. 2,5 ммоль/л
4. 2,7 ммоль/л

1055. (I, B) Зміни ЕКГ, характерні для гіперкальцемії:

1. Брадикардія
2. Збільшення тривалості інтервалу Q-T
3. Збільшення амплітуди зубця T
4. Збільшення амплітуди зубця U

1056. (C, II, I) При гіперкальцемії тривалість інтервалу Q-T зменшується за рахунок:

1. Зменшення тривалості комплексу QRS
2. Зменшення тривалості зубця T
3. Зменшення тривалості сегмента ST
4. Відсутність зубця S

1057. (C, II, I, B) Можливі причини гіперкальцемії:

1. Гіперпаратиреоїдизм
2. Злюкісні пухлини з ураженням кісток
3. Мієломна хвороба
4. Саркоїдоз
5. Недостатність вітаміну D

1058. (C, II, I, B) ЕКГ-ознаки гіпокальцемії з'являються при концентрації кальцію в плазмі крові менше:

1. 2,0 ммоль/л
2. 2,2 ммоль/л
3. 2,5 ммоль/л
4. 2,7 ммоль/л

1059. (C, II, I, B) При гіпокальцемії тривалість

інтервалу Q-T збільшується за рахунок:

1. Збільшення тривалості комплексу QRS
2. Збільшення тривалості зубця T
3. Збільшення тривалості сегмента ST
4. Збільшення тривалості зубця Q

1060. (C, II, I) Можливі причини гіпокальцемії:

1. Гіппопаратиреоїдизм
2. Уремія
3. Гострий некроз підшлункової залози
4. Переливання великої кількості цитратної крові
5. Гіповітаміноз D
6. Остеомалаяція
7. Застосування петльових діуретиків

1061. (C, II, I, B) Вкажіть нормальну концентрацію натрію в плазмі крові:

1. 80–130 ммоль/л
2. 130–150 ммоль/л
3. 150–190 ммоль/л
4. 190–210 ммоль/л

1062. (I, B) Гіпернатріємія асоціюється з посиленням ЕКГ-ознак:

1. Гіперкаліємії
2. Гіпокаліємії
3. Гіперкальцемії
4. Гіпокальцемії

1063. (I, B) Гіпонатріємія асоціюється з посиленням ЕКГ-ознак:

1. Гіперкаліємії
2. Гіпокаліємії
3. Гіперкальцемії
4. Гіпокальцемії

1064. (C, II, I, B) Вкажіть нормальну концентрацію магнію в сироватці крові:

1. 0,9–1,6 ммоль/л
2. 1,4–2,5 ммоль/л
3. 2,4–3,0 ммоль/л
4. 3,0–3,9 ммоль/л

1065. (C, II, I, B) Можливі причини гіпермагніємії:

1. Гіпотиреоз
2. Ниркова недостатність
3. Діабетична кома
4. Хронічний алкоголізм

1066. (C, II, I) Стані, при яких може спостерігатися гіпомагніємія:

1. Після діабетичної коми



- 2. Еклампсія
- 3. Хронічний алкоголізм
- 4. Ниркова недостатність

1067. (II, I, В) При передозуванні хінідину можливі такі зміни ЕКГ:

- 1. Негативні зубці Т
- 2. Збільшення тривалості інтервалу Q-T
- 3. Групова шлуночкова екстрасистолія
- 4. Пароксизми шлуночкової тахікардії
- 5. Синусова тахікардія

1068. (I, В) При передозуванні хінідину на ЕКГ можуть бути виявлені такі ознаки:

- 1. Збільшення тривалості комплексу QRS
- 2. Поява негативного зубця Т
- 3. Збільшення тривалості зубця Т
- 4. Зменшення тривалості інтервалу Q-T
- 5. Збільшення тривалості зубця Р

1069. (С, II) Зміни ЕКГ, які можуть з'явитися під час прийому хінідину:

- 1. Синусова брадикардія
- 2. Збільшення тривалості і зазубреність зубця Р
- 3. Збільшення амплітуди зубця U
- 4. Депресія сегмента ST
- 5. Блокади ніжок пучка Гіса
- 6. Зменшення тривалості інтервалу Q-T

1070. (С, II, I) Зміни ЕКГ, які можуть з'явитися при інтоксикації хінідином:

- 1. АВ блокада
- 2. Блокади ніжок пучка Гіса
- 3. Асистолія передсердь
- 4. Шлуночкова екстрасистолія
- 5. Поліморфна шлуночкова тахікардія типу пірует
- 6. Зменшення тривалості інтервалу Q-T

1071. (С, II, I, В) При передозуванні новокайнаміду можуть виникати такі зміни ЕКГ:

- 1. Збільшення тривалості комплексу QRS
- 2. Збільшення тривалості і зазубреність зубця Р
- 3. Деформація зубця Т
- 4. Збільшення амплітуди зубця U
- 5. Зменшення тривалості інтервалу Q-T

1072. (I, В) Зміни ЕКГ, які можуть з'явитися при застосуванні бета-адреноблокаторів у великих дозах:

- 1. Синусова брадикардія
- 2. Збільшення тривалості інтервалу P-Q
- 3. Зменшення тривалості коригованого інтервалу Q-T

- 4. Збільшення амплітуди зубця Т
- 5. Пароксизми шлуночкової тахікардії

1073. (С, II, I, В) Можливі наслідки парентерального введення адреналіну або норадреналіну:

- 1. Синусова тахікардія
- 2. Підвищення автоматизму центрів II і III порядку
- 3. Прискорення проведення імпульсів в АВ вузлі та ніжках пучка Гіса
- 4. Зменшення тривалості комплексу QRS
- 5. Зменшення тривалості інтервалу Q-T
- 6. Синоатріальна блокада

1074. (С, II, I) При уремії найчастіше спостерігається:

- 1. Збільшення тривалості інтервалу Q-T
- 2. Поява високих позитивних зубців Т
- 3. Поява високих зубців U

1075. (I, В) Зміни ЕКГ на тлі алкалозу:

- 1. Сплошнення зубців Т
- 2. Збільшення тривалості інтервалу Q-T
- 3. Зменшення тривалості інтервалу Q-T
- 4. Збільшення амплітуди зубців Т

1076. (С, II, I) Можливі зміни ЕКГ при гострому нефріті:

- 1. Зниження вольтажу ЕКГ
- 2. Ознаки гіпертрофії і перевантаження лівого шлуночка
- 3. Порушення внутрішньошлуночкової провідності
- 4. Зменшення тривалості інтервалу P-Q

1077. (С, II, I, В) При хронічному післонефріті і нирковій недостатності з'являються ЕКГ-ознаки:

- 1. Гіперкаліємії
- 2. Гіпокальцемії
- 3. Токсичного міокардиту
- 4. Уремічного перикардиту
- 5. Гіломагніємії

1078. (С, II, I) Можливі зміни ЕКГ при порушенні мозкового кровообігу:

- 1. Збільшення тривалості інтервалу Q-T
- 2. Високі позитивні або глибокі негативні зубці Т
- 3. Високі позитивні зубці U
- 4. Елевація або депресія сегмента ST
- 5. Патологічні зубці Q
- 6. Синдром ранньої реполяризації шлуночків



1079. (C, II, I) Характерні зміни ЕКГ при порушеннях мозкового кровообігу:

1. Збільшення тривалості інтервалу Q-T
2. Збільшення амплітуди позитивних зубців Т або появи глибоких негативних зубців Т
3. Збільшення амплітуди зубців U
4. Дистальна АВ блокада ІІ ступеня

1080. (C, II, I) Характерні зміни ЕКГ при мікседемі:

1. Зменшення амплітуди зубця Р
2. Зниження вольтажу комплексу QRS
3. Сплощення або негативізація зубців Т
4. Подовження інтервалу P-Q
5. Ознаки гіпертрофії і перевантаження лівого шлуночка
6. Тахікардія

1081. (C, II, I, B) При ішемії міокарда тривалість інтервалу Q-T переважно:

1. Збільшується
2. Зменшується
3. Не змінюється

1082. (C, II, I, B) Збільшення тривалості інтервалу Q-T може спостерігатися при застосуванні таких препаратів:

1. Серцевих глікозидів
2. Аміодарону
3. Хінідину
4. Соталолу

1083. (C, II, I, B) Збільшення тривалості інтервалу Q-T – це можливий побічний ефект застосування:

1. Доксорубіцину
2. Лоратадину
3. Кларитроміцину
4. Амітриптиліну
5. Бісопрололу
6. Терфенадину

1084. (C, II, I, B) Зменшення тривалості інтервалу Q-T може спостерігатися при:

1. Гіперкаліємії
2. Гіпокаліємії
3. Гіперкальціємії
4. Гіпокальціємії
5. Ішемії міокарда

1085. (C, II, I, B) Фактори ризику пірует-таксікардії:

1. Збільшення тривалості інтервалу Q-T
2. Похилий вік
3. Шлуночкові аритмії високих градацій до початку антиаритмічної терапії
4. Гіпокаліємія
5. Синдром передчасного збудження шлуночків

1086. (C, II, I, B) Характерні зміни ЕКГ при гіпотермії:

1. Тахікардія
2. Bradикардія
3. Елевація точки J (хвиля Осборна)
4. АВ блокади
5. Синоатріальні блокади

1087. (C, II, I, B) Стани, при яких виникають первинні зміни зубця Т:

1. Ішемія
2. Аритмогенна дисплазія правого шлуночка
3. Гіпертрофія лівого шлуночка
4. Синдром WPW
5. Блокада ніжок пучка Гіса

1088. (C, II, I, B) Стани, при яких виникають вторинні зміни зубця Т:

1. Ішемія
2. Гіпертрофія лівого шлуночка
3. Синдром WPW
4. Блокади ніжок пучка Гіса

1089. (C, II, I, B) Аритмогенні ефекти антиаритмічної терапії у пацієнтів з фібріляцією передсердь:

1. Трансформація у тріпотіння передсердь
2. Пірует-таксікардія
3. АВ блокада
4. Поява парасистолії
5. Фібріляція шлуночків

1090. (C, II, I, B) Препарати, при застосуванні яких може виникати АВ блокада:

1. Метопролол
2. Ніфедипін
3. Дигоксин
4. Аміодарон
5. Нітрогліцерин
6. Каптоприл



1091. (С, II, I, В) Препарати, здатні спричиняти брадикардію:

1. Ніфедипін
2. Нітрати
3. Аміодарон
4. Каптоприл
5. Лозартан

1092. (С, II, I, В) Препарати, здатні спричиняти рефлекторну тахікардію:

1. Ніфедипін
2. Метопролол
3. Аміодарон
4. Раміприл
5. Лозартан



Розділ 11. ДІАГНОСТИКА ВАД СЕРЦЯ

1093. (С, II, I) При мітральному стенозі не перевантажується:

1. Ліве передсердя
2. Лівий шлуночок і праве передсердя
3. Правий шлуночок
4. Праве передсердя
5. Лівий шлуночок

1094. (С, II, I) Значна гіпертрофія і дилатация правого шлуночка характерні для:

1. Недостатності мітрального клапана
2. Недостатності аортального клапана
3. Стенозу устя аорти
4. Стенозу трикуспіdalного клапана
5. Стенозу мітрального отвору

1095. (С, II, I, В) Площа лівого АВ отвору в нормі становить:

1. 1–2 см²
2. 2–3 см²
3. 3–4 см²
4. 4–6 см²
5. 6–8 см²

1096. (С, II) Яка з перерахованих характеристик властива систолічному шуму аортально-го стенозу?

1. Іrrадіація в ліву пахову ділянку
2. Іrrадіація в ділянку сонних артерій
3. Відсутність якої-небудь іrrадіації
4. Підсилення на висоті вдиху
5. Підсилення в положенні на лівому боці

1097. (С, II, I, В) Тиск у лівому передсерді при мітральному стенозі без розвитку набряку легень може підвищуватися до:

1. 4–6 мм рт. ст.
2. 7–10 мм рт. ст.
3. 10–20 мм рт. ст.
4. 20–25 мм рт. ст.
5. 30–35 мм рт. ст.

1098. (I, В) Другий тон при субаортальному стенозі:

1. Збільшений
2. Розщеплений
3. Роздвоєний
4. Без змін

1099. (С, II, I) При відкритій артеріальній протоці вислуховується шум:

1. Протодіастолічний
2. Пресистолічний
3. Систоло-діастолічний
4. Систолічний

1100. (С, II) Систолічний шум при дефекті міжпередсердної перегородки виникає внаслідок:

1. Шунтування крові через дефект у праве передсердя
2. Появи відносної недостатності трикуспіdalного клапана
3. Збільшення об'єму і швидкості кровотоку через устя легеневої артерії

1101. (С, II, I, В) Систоло-діастолічний («машинний») шум вислуховується при:

1. Мітральному стенозі
2. Аортальному стенозі
3. Дефекті міжшлуночкової перегородки
4. Відкритій артеріальній протоці

1102. (II, I, В) Ослабленню систолічного шуму у хворого з дефектом міжшлуночкової перегородки сприяє:

1. Горизонтальне положення
2. Проба Вальсальви
3. Динамічне навантаження
4. Ізометричне навантаження

1103. (С, II) Послаблення I тону спостерігається, як правило, при перерахованих вадах серця, крім:

1. Недостатності мітрального клапана
2. Недостатності трикуспіdalного клапана
3. Недостатності аортального клапана
4. Стенозу лівого АВ отвору
5. Стенозу устя аорти

1104. (С, II, I) При дефекті міжпередсердної перегородки на ЕКГ часто реєструється:

1. Синдром WPW
2. АВ блокада
3. Блокада ПНПГ
4. Перевантаження лівого шлуночка



1105. (С, II, I, В) Вкажіть основний клінічний симптом тетради Фалло:

1. Кашель
2. Задишка
3. Кровохаркання
4. Напади синьої ядухи

1106. (II, I, В) Синдром Ейзенменгера може розвинутися внаслідок таких природжених вад, за винятком:

1. Відкритої артеріальної протоки
2. Аномалії Ебштейна
3. Дефекту міжпередсердної перегородки
4. Дефекту міжшлуночкової перегородки
5. Тотального аномального дренажу легеневих вен

1107. (II, I, В) При якій із перерахованих природжених вад серця спостерігається симптоматика порушень кровотоку в малому колі кровообігу?

1. Коарктациї аорти
2. Аортальному стенозі
3. Субаортальному стенозі
4. Відкритій артеріальнійprotoці

1108. (II, I, В) Міральний стеноз є складовою частиною:

1. Тетради Фалло
2. Синдрому Ейзенменгера
3. Синдрому Лютембаше
4. Пентади Фалло

1109. (II, I, В) Дефект міжпередсердної перегородки є складовою частиною:

1. Тетради Фалло
2. Пентади Фалло
3. Синдрому Ейзенменгера
4. Відкритої артеріальної протоки

1110. (I, В) Стеноз легеневої артерії є складовою частиною:

1. Синдрому Лютембаше
2. Синдрому Ейзенменгера
3. Тетради Фалло

1111. (С, II, I, В) При тетраді Фалло у дитини виявляються такі супутні вади:

1. Дефект міжпередсердної перегородки
2. Дефект міжшлуночкової перегородки
3. Правобічна дуга аорти
4. Аномалії відходження коронарних артерій
5. Усі відповіді правильні

1112. (С, II, I, В) При природженні коригованій транспозиції магістральних артерій на ЕКГ найчастіше реєструється:

1. Синдром або феномен WPW
2. АВ блокада
3. Синдром подовженого інтервалу Q-T
4. Ознаки перевантаження лівого шлуночка

1113. (II, I, В) При недостатності аортального клапана:

1. Підвищується діастолічний тиск в аорти
2. Підвищується хвилинний об'єм крові
3. Підвищується систолічний трансаортальний потік
4. Знижується кінцеводіастолічний тиск у лівому шлуночку

1114. (С, II, I, В) Коарктация аорти – це звуження аорти:

1. Над клапаном аорти
2. У ділянці перешейка аорти
3. У грудному відділі аорти
4. У черевному відділі аорти
5. У будь-якій з перерахованих ділянок

1115. (II, I, В) Симптоматика зменшення кровотоку в малому колі кровообігу спостерігається при:

1. Тетраді Фалло
2. Тріаді Фалло
3. Ізольованому стенозі легеневої артерії
4. Жодній з перерахованих вад серця

1116. (II, I, В) Симптоматика збільшеного кровотоку в малому колі кровообігу спостерігається при:

1. Дефект міжпередсердної перегородки
2. Дефекті міжшлуночкової перегородки
3. Відкритій артеріальнійprotoці
4. Аортальному стенозі

1117. (С, II) Діастолічний шум мітрального стеноzu:

1. Ірадіює в ліву пахову ділянку
2. Краще вислуховується в положенні на право-му боці
3. Супроводжується III тоном
4. Краще вислуховується в положенні на лівому боці на висоті видиху
5. Краще вислуховується в положенні стоячи

1118. (С, II, I) Природжений стеноз аорти найчастіше:



1. Клапанний
2. Підклапанний
3. Надклапанний

1119. (С, II, I, В) Вагітність та пологи хворим з мітральним стено зом дозволені:

1. При I стадії вади
2. При I та II стадіях вади
3. При I-III стадіях вади
4. У всіх випадках необхідна попередня хірургічна корекція вади

1120. (С, II, I, В) При стено зі устя аорти:

1. Підвищується систолічний тиск в аорти
2. Підвищується систолічний тиск у лівому шлуночку
3. Збільшується ударний об'єм
4. Знижується тиск у лівому передсерді

1121. (С, II, I) Збільшення пульсового тиску характерне для:

1. Аортального стено зу
2. Недостатності аортального клапана
3. Недостатності мітрального клапана
4. Коарктациї аорти
5. Дефекту міжпередсердної перегородки

1122. (С, II, I) Під час фібріляції передсердь у хворих з мітральним стено зом не вислуховується:

1. Ляскавчий I тон
2. Протодіастолічний шум
3. Тон відкриття мітрального клапана
4. Акцент II тону над легеневою артерією
5. Пресистолічний шум

1123. (С, II, I) Для мітрального стено зу характерно:

1. Вкорочення інтервалу II-QS
2. Акцент II тону над легеневою артерією
3. Посилений I тон
4. Пресистолічний шум
5. Систолічний шум над верхівкою серця

1124. (С, II, I, В) Вкажіть найчастіші природжені вади серця у дорослих:

1. Відкрита артеріальна протока
2. Дефект міжпередсердної перегородки
3. Дефект міжшлуночкової перегородки
4. Тетрада Фалло

1125. (В) Рефлекс Китаєва виникає внаслідок:

1. Мітральної регургітації

2. Розтягнення легеневих вен
3. Зниження градієнта тиску ліве передсердя – лівий шлуночок
4. Збільшення притоку крові до серця
5. Підвищення тиску в порожнині лівого шлуночка

1126. (С, II, I, В) Для недостатності мітрального клапана не характерно:

1. Високоамплітудний систолічний шум, що займає більше половини систоли
2. Ослаблення систолічного шуму на висоті вдаху
3. Патологічний III тон
4. Збільшення тривалості інтервалу Q-I тон
5. Пресистолічний шум

1127. (ІІ, I, В) Дефект міжпередсердної перегородки з артеріовенозним шунтом призводить до:

1. Зменшення легеневого кровотоку
2. Збільшення легеневого кровотоку
3. Появи синюшності
4. Появи барабанних паличок
5. Гіпертрофія лівого шлуночка

1128. (І, В) Вкажіть основні діагностичні ознаки дефекту міжпередсердної перегородки:

1. Систолічний шум та акцент II тону над легеневою артерією, P-pulmonale на ЕКГ, типова рентгенологічна картина гіпертрофії лівих відділів серця
2. Систолічний шум, роздвоєння та акцент II тону над легеневою артерією, ЕКГ-ознаки гіпертрофії правого шлуночка
3. Блокада ПНПГ
4. Діастолічний шум та роздвоєння II тону над легеневою артерією, гіпертрофія правого шлуночка на ЕКГ, рентгенологічно – легенева гіпертензія
5. Акцент II тону над легеневою артерією, гіпертрофія правого шлуночка на ЕКГ, рентгенологічно – легенева гіпертензія

1129. (С, II, I) Для стено зі устя аорти характерним є систолічний шум:

1. Спадаючий до другого тону
2. Зростаючий до другого тону
3. Овальний
4. Ромбовидний

1130. (ІІ, I, В) Для недостатності клапана аорти характерним є:

1. Інтервальний протодіастолічний шум



2. Безінтервальний протодіастолічний шум
3. Шум Кері – Кумбса
4. Шум Грехема Стілла
5. Мезодіастолічний шум

1131. (ІІ, І, В) Вкажіть ознаки класичної форми тетради Фалло:

1. Нормальна або розширення легенева артерія, дефект мембрANOЗНОЇ частини міжшluночкової перегородки, декстрапозиція аорти, гіпертрофія правого шлуночка
2. Звуження або атрезія легеневої артерії, дефект міжшluночкової перегородки, декстрапозиція аорти, гіпертрофія правого шлуночка
3. Звуження або атрезія легеневої артерії, дефект міжпередсердної перегородки, декстрапозиція аорти, гіпертрофія правого шлуночка
4. Звуження легеневої артерії, дефект міжпередсердної перегородки, декстрапозиція аорти, гіпертрофія правого шлуночка

1132. (С, ІІ) Протодіастолічний шум мітрального стеноzu виникає внаслідок:

1. Активної систоли передсердь
2. Появи фібріляції передсердь
3. Збільшення градієнта тиску ліве передсердя – лівий шлуночок
4. Мітральної рерургітазії
5. Розтягнення лівого передсердя

1133. (С, ІІ, І, В) У хворого з клапанним стеноzом аорти:

1. Збільшується градієнт систолічного тиску між лівим шлуночком і аортю
2. Зменшується градієнт систолічного тиску між лівим шлуночком і аортю
3. Збільшується градієнт систолічного тиску між серединою порожнини і шляхом відтоку лівого шлуночка
4. Підвищується тиск у лівому передсерді
5. Підвищується тиск у судинах легень

1134. (С, ІІ, І) Які з наведених нижче тверджень суперечать діагнозу стеноz устя легеневої артерії?

1. Збідніння судинного малюнка легеневих полів
2. Розширення однієї з гілок легеневої артерії
3. Збільшення правого шлуночка
4. Значний шлуночково-легеневий градієнт
5. Збільшення течії крові в малому колі кровообігу

1135. (І, В) Неінвазивні методи діагностики

розшаровуючої аневризми аорти включають всі, крім:

1. Ультразвукового дослідження
2. Комп'ютерної томографії
3. Магнітно-резонансної візуалізації
4. Позитронної емісійної томографії
5. Рентгенографії грудної клітки

1136. (С, ІІ, І) Основним методом визначення ступеня регургітації у хворих з вадами серця є:

1. Реографія
2. Кардіометрія
3. Радіокардіографія
4. Фонокардіографія
5. Допплерекардіографія
6. Черезстравохідна електрокардіостимуляція

1137. (І, В) Вкажіть ехокардіографічні ознаки мітрального стеноzu:

1. Збільшення лівого передсердя, зниження швидкості раннього прикриття стулок мітрального клапана, однонаправлений їх рух та парадоксальний рух міжшluночкової перегородки
2. Дилатация лівого передсердя та лівого шлуночка, зниження швидкості закриття стулок мітрального клапана після систоли лівого передсердя, різнонаправлений рух стулок
3. Збільшення лівого передсердя та лівого шлуночка, М-подібний рух мітрального клапана у діастолу
4. Дилатация лівого шлуночка, зменшення його скоротливої здатності (фракція викиду < 40 %)
5. Збільшення порожнин обох передсердь, нормальні розміри шлуночків

1138. (С, ІІ, І, В) Синдром Лютембаше – це вада серця, при якій поєднується:

1. Дефект міжшluночкової перегородки і недостатність мітрального клапана
2. Дефект міжшluночкової перегородки і стеноz мітрального отвору
3. Дефект міжпередсердної перегородки і стеноz легеневої артерії
4. Вторинний дефект міжпередсердної перегородки і набутий або природжений мітральний стеноz
5. Дефект міжпередсердної перегородки і недостатність аортального клапана

1139. (С, ІІ, І, В) Синдром стенокардії при відсутності ураження коронарних артерій частіше зустрічається при:



1. Мітральному стенозі
2. Мітральній недостатності
3. Стенозі легеневої артерії
4. Стенозі устя аорти

1140. (С, II, I) Виникнення I тону серця зумовлене:

1. Відкриттям мітрального і трикуспіdalного клапанів
2. Закриттям мітрального і трикуспіdalного клапанів
3. Закриттям аортального клапана і клапана легеневої артерії
4. Усіма перерахованими чинниками

1141. (С, II, I) Виникнення II тону серця зумовлене:

1. Відкриттям мітрального і трикуспіdalного клапанів
2. Закриттям мітрального і трикуспіdalного клапанів
3. Закриттям аортального клапана і клапана легеневої артерії
4. Усіма перерахованими чинниками

1142. (С, II, I) III фізіологічний тон серця виникає внаслідок:

1. Систоли передсердь
2. Швидкого діастолічного наповнення шлуночків кров'ю
3. Відкриття АВ клапанів
4. Коливання стінок аорти і легеневої артерії
5. Закриття клапанів аорти і легеневої артерії

1143. (С, II, I, В) Ускладненнями у хворих із штучними клапанами серця є:

1. Тромбоемболії
2. Інфекційний ендокардит
3. Порушення функції штучного клапана
4. Внутрішньосудинний гемоліз
5. Субендокардіальна ішемія міокарда

1144. (С, II, I) IV фізіологічний тон серця виникає внаслідок:

1. Швидкого діастолічного наповнення шлуночків
2. Коливання стінок аорти і легеневої артерії
3. Систоли передсердь
4. Закриття клапанів аорти і легеневої артерії

1145. (С, II, I) Для аускультивативної картини недостатності мітрального клапана не характерно:

1. Акцент II тону над легеневою артерією
2. III патологічний тон
3. Систолічний шум над верхівкою серця
4. Ослаблений I тон серця
5. Лякаючий I тон серця

1146. (ІІ, I, В) Для оцінки функціонального стану міокарда у хворих з набутими вадами серця доцільно застосовувати:

1. Радіоізотопну вентрикулографію
2. ЕхоКГ у спокої
3. ЕхоКГ під час навантажувальних проб
4. Велоергометрію
5. Коронарграфію

1147. (С, II, I) Характерні ознаки шуму аортальної недостатності – всі, крім:

1. Безінтервальний початок
2. Максимум шуму над основою серця
3. Збільшення амплітуди шуму при переході у вертикальне положення
4. Посилення шуму на вдиху

1148. (С, II, I, В) Для шуму Грехема Стілла характерні перераховані ознаки, крім:

1. Безінтервальний початок
2. Максимум шуму над основою серця
3. Зменшення амплітуди шуму при переході у вертикальне положення
4. Посилення шуму на видиху

1149. (ІІ, I, В) Послабленню систолічного шуму мітральної недостатності сприяє:

1. Переїзд у горизонтальне положення
2. Переїзд у вертикальне положення
3. Динамічне навантаження
4. Статичне навантаження

1150. (С, II, I, В) Послабленню систолічного шуму у хворого з пролапсом мітрального клапана сприяє:

1. Переїзд у вертикальне положення
2. Переїзд у горизонтальне положення
3. Проба Вальсальви
4. Прийом пропранололу

1151. (С, II, I, В) Послабленню систолічного шуму у хворого з гіпертрофічною обструктивною кардіоміопатією сприяє:

1. Переїзд у вертикальне положення
2. Проба Вальсальви
3. Прийом нітрогліцерину
4. Прийом пропранололу



1152. (II, I, В) При якій ваді серця систолічний шум посилюється після переходу у вертикальне положення?

1. Недостатність мітрального клапана
2. Пролапс мітрального клапана
3. Аортальний стеноz
4. Трикуспідальна недостатність

1153. (II, I, В) При якій ваді серця систолічний шум посилюється відразу після переходу з горизонтального положення у вертикальне?

1. Аортальний стеноz
2. Ідіопатичний гіпертрофічний субаортальний стеноz
3. Мітральна недостатність
4. Трикуспідальна недостатність

1154. (С, II) Найчастішою причиною формування недостатності мітрального клапана є:

1. Ревматизм
2. Атеросклероз
3. Септичний ендокардит
4. IM

1155. (С, II, I) Шум Грехема Стілла можна вислухати при:

1. Мітральній недостатності
2. Мітральному стеноzі
3. Трикуспіdalній недостатністі
4. Трикуспіdalному стеноzі

1156. (II, I, В) Вкажіть локалізацію та умови найкращого вислуховування шуму Грехема Стілла:

1. Верхівка у фазі видиху
2. Точка Боткіна у фазі видиху і вдиху
3. Легенева артерія у фазі вдиху
4. Легенева артерія у фазі видиху

1157. (С, II, I) Зміщення межі серця праворуч у хворих з мітральною вадою серця зумовлене:

1. Дилатацією лівого шлуночка
2. Поворотом серця проти годинникової стрілки навколо поздовжньої осі
3. Дилатациєю правого передсердя
4. Дилатациєю правого шлуночка

1158. (С, II, I) З перерахованих вад серця крохояркання найчастіше спостерігають при:

1. Аортальній недостатності

2. Мітральному стеноzі
3. Трикуспіdalному стеноzі
4. Трикуспіdalній недостатності

1159. (С, II, I) Для систолічного шуму мітральної недостатності характерні такі ознаки, крім:

1. Починається з I тоном
2. Починається на відстані від I тону
3. Простежується протягом усієї або більшої частини систоли
4. Проводиться в ліву пахову ділянку

1160. (I, В) Шум Науніна можна вислухати при таких вадах серця:

1. Мітральний стеноz
2. Мітральна недостатність
3. Аортальний стеноz
4. Аортальна недостатність
5. Трикуспіdalна недостатність

1161. (II, I, В) Шум Науніна – це:

1. Систолічний шум, що проводиться в ліву пахову ділянку
2. Систолічний шум, що проводиться уздовж лівого краю груднини
3. Систолічний шум, що починається в другій половині систоли
4. Протодіастолічний шум
5. Пресистолічний шум

1162. (С, II, I) Із вказаних нижче вад серця фібріляція передсердь найчастіше спостерігається при:

1. Мітральній ваді
2. Аортальній ваді
3. Трикуспіdalній ваді
4. Коарктації аорти

1163. (С, II, I) Компенсація мітрального стеноzу досягається за рахунок посиленої роботи міокарда таких камер серця:

1. Ліве передсердя
2. Лівий шлуночок
3. Праве передсердя
4. Правий шлуночок

1164. (С, II, I) При мітральному стеноzі спостерігаються такі зміни гемодинаміки, крім:

1. Перевантаження лівого передсердя
2. Перевантаження лівого шлуночка



3. Перевантаження правого шлуночка
4. Прекапілярної гіпертензії малого кола кровообігу
5. Посткапілярної гіпертензії малого кола кровообігу

1165. (II, I, В) Напад серцевої астми у хворого з мітральним стенозом виникає внаслідок недостатності міокарда:

1. Лівого шлуночка
2. Лівого передсердя
3. Правого шлуночка
4. Правого передсердя

1166. (С, II, I) Для протодіастолічного шуму мітрального стенозу не характерно:

1. Початок після II тону серця
2. Початок разом з II тоном серця
3. Посилення у фазі вдиху
4. Аускультація його протягом усієї діастоли
5. Посилення у пресистолі

1167. (С, II, I) Типові характеристики пульсу у хворих мітральним стенозом:

1. Швидкий, напруженний
2. Повільний і м'який
3. Малий і м'який
4. Значного наповнення, напруженний, рідкий

1168. (С, II, I, В) У компенсації аортального стенозу беруть участь такі механізми, крім:

1. Подовження періоду вигнання крові
2. Ексцентричної гіпертрофії лівого шлуночка
3. Концентричної гіпертрофії лівого шлуночка
4. Підвищення внутрішньошлуночкового тиску

1169. (С, II, I) Типові характеристики пульсу у хворих із стенозом устя аорти:

1. Швидкий, напруженний
2. Повільний і м'який
3. Малий і м'який
4. Рідкий, малої амплітуди, повільно наростає і знижується

1170. (С, II, I) Симптом Мюсе частіше зустрічається при:

1. Мітральній недостатності
2. Аортальній недостатності
3. Аортальному стенозі
4. Мітральному стенозі

1171. (С, II, I, В) Симптом Мюсе – це:

1. Пульсациі язичка і мигдалин
2. Систолічне звуження і діастолічне розширення зінicy
3. Одночасний танок каротид і струс голови
4. Пульсациі артеріол

1172. (I, В) У хворих із недостатністю клапана аорти найчастіше пульс характеризується як:

1. Повільний і м'який
2. Малий і м'який
3. Рідкий, малої амплітуди, повільно наростає і знижується
4. Швидкий, короткий, високий і напружений

1173. (С, II, I) Шум Флінта іноді можна вислухати при:

1. Мітральній недостатності
2. Трикуспіdalний недостатності
3. Аортальній недостатності
4. Аортальному стенозі

1174. (II, I, В) Пробу Ріверо – Корвало доцільно використовувати для уточнення симптоматики:

1. Мітральної недостатності
2. Мітрального стенозу
3. Аортальних вад
4. Трикуспіdalьних вад

1175. (I, В) У хворого з мітральним стенозом запідо затримки трикуспіdalний стеноз дозволяє:

1. Посиленій I тон над верхівкою
2. Ослаблений II тон у динаміці спостереження
3. Протодіастолічний шум над верхівкою
4. Пресистолічний шум над верхівкою

1176. (II, I, В) Хвороба Толочинова – Роже – це:

1. Дефект міжпередсердної перегородки
2. Відкрите овальне вікно
3. Низько розташований дефект міжшлуночкової перегородки
4. Високо розташований дефект міжшлуночкової перегородки

1177. (I, В) Для комплексу Ейзенменгера характерні такі ознаки, крім:

1. Дефекту міжшлуночкової перегородки
2. Розташування аорти над дефектом міжшлуночкової перегородки
3. Стенозу устя легеневої артерії
4. Гіпертрофії правого шлуночка



1178. (II, I, В) Систолічний шум при дефекті міжпередсердної перегородки виникає внаслідок:

1. Шунтування крові через дефект у праве передсердя
2. Шунтування крові через дефект у ліве передсердя
3. Виникнення відносної недостатності триступкового клапана
4. Виникнення відносного стенозу устя легеневої артерії

1179. (С, II, I) У хворого з мітральним стено-зом насамперед виникають:

1. Периферичні набряки
2. Болі в епігастральній ділянці
3. Ортопное
4. Задишка

1180. (С, II, I) При мітральному стено зі най-частіше зустрічається:

1. Передсердний ритм
2. АВ дисоціація
3. Фібриляція передсердь
4. Пароксизмальна передсердна тахікардія

1181. (С, II, I) Другий тон при аортальному стено зі ревматичної етіології:

1. Посилений
2. Послаблений
3. Незмінний
4. Роздвоєний

1182. (С, II, I) При ревматизмі насамперед уражується:

1. Аортальний клапан
2. Клапан легеневої артерії
3. Мітральний клапан
4. Трикуспіdalний клапан

1183. (С, II) Посилення другого тону над леге-невою артерією не спостерігається:

1. У молодих осіб у нормі
2. При стено зі устя аорти
3. При мітральному стено зі
4. При легеневій гіпертензії

1184. (С, II, I) З мітральним стено зом пов'язані всі симптоми, крім:

1. Болю в ділянці серця
2. Серцевиття
3. Хрипкості голосу

4. Кашлю
5. Нудоти і блювоти

1185. (С, II) Для мітрального стено зу най-більш характерні ЕКГ-ознаки гіпертрофії ка-мер серця:

1. Лівого передсердя
2. Правого передсердя
3. Лівого шлуночка
4. Обох передсердь і правого шлуночка

1186. (I, В) Для мітральної недостатності найбільш характерні ЕКГ-ознаки гіпертро-фії камер серця:

1. Лівого передсердя
2. Правого передсердя
3. Правого шлуночка
4. Лівого шлуночка і лівого передсердя

1187. (С, II) Для аортального стено зу най-більш характерні ЕКГ-ознаки гіпертрофії ка-мер серця:

1. Лівого шлуночка і лівого передсердя
2. Лівого шлуночка та його систолічне переван-таження
3. Лівого передсердя
4. Лівого передсердя і правого шлуночка

1188. (I, В) Який з показників гемодинаміки має основне значення у діагностиці доклініч-ної фази мітрального стено зу?

1. Тиск у легеневій артерії
2. Тиск у правому шлуночку
3. Градієнт тиску між лівим передсердям і лівим шлуночком у фазу діастоли
4. Тиск у лівому шлуночку

1189. (I, В) Послабленню систолічного шуму трикуспіdalної недостатності сприяє:

1. Горизонтальне положення
2. Перехід у вертикальне положення
3. Фаза вдиху
4. Положення навприсядки

1190. (II, I, В) Основні гемодинамічні зміни при тетраді Фалло спричинені:

1. Ступенем опору потоку крові з правого шлуночка
2. Діаметром дефекту міжшлуночкової перего-родки
3. Положенням аорти
4. Збільшенням лівого передсердя
5. Гіпертрофією лівого шлуночка



1191. (С, II, I, В) Про високий тиск у малому колі кровообігу свідчить:

1. Систолічний тон вигнання над легеневою артерією
2. Нерозщеплений високоамплітудний II тон
3. Шум Грехема Стілла
4. Діастолічний шум на верхівці серця

1192. (С, II, I) Ехокардіографічні ознаки дефекту міжпередсердної перегородки:

1. Дилатация порожнини правого шлуночка
2. Дилатация порожнини правого передсердя
3. Парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки
4. Збільшення екскурсії руху тристулкового клапана
5. Дилатация лівого шлуночка

1193. (I, В) Шум Кері Кумбса може бути за реєстрований при:

1. Мітральному стенозі
2. Мітральній недостатності
3. Аортальному стенозі
4. Аортальній недостатності

1194. (С, II, I, В) При якій із вказаних вад серця частіше реєструється блокада ПНПГ?

1. Мітральному стенозі
2. Мітральній недостатності
3. Аортальному стенозі
4. Недостатності клапана аорти
5. Дефекті міжпередсердної перегородки

1195. (С, II, I, В) Посилення систолічного шуму при пробі Вальсальви характерне для:

1. Аортального стенозу
2. Мітральної недостатності
3. Обструктивної гіпертрофічної кардіоміопатії
4. Тристулкової недостатності
5. Стенозу устя легеневої артерії

1196. (С, II, I, В) Наявність III тону у хворого із поєднаною мітральною вадою серця свідчить про:

1. Значний стеноз
2. Звантніння стулок мітрального клапана
3. Збереження еластичності стулок мітрального клапана
4. Збереження рухомості стулок мітрального клапана
5. Незначний стеноз

1197. (С, II, I) Збільшення пульсового тиску спостерігається при:

1. Недостатності мітрального клапана
2. Мітральному стенозі
3. Стенозі устя аорти
4. Недостатності аортального клапана
5. Дефекті міжшлуночкової перегородки

1198. (II, I) При стенозі устя аорти найчастіше зустрічається:

1. Підвищення систолічного тиску в аорті
2. Підвищення систолічного тиску в лівому шлуночку
3. Збільшення ударного об'єму
4. Збільшення хвилинного об'єму

1199. (II, I, В) Які із вказаних ознак є симптомом найбільш характерні для підклапанного стенозу аорти?

1. Систолічний шум
2. Градієнт внутрішньошлуночкового тиску
3. Напади серцевої астми
4. Правошлуночкова недостатність
5. Кровохаркання

1200. (С, II, I, В) Четвертий тон серця відповідає у часі:

1. Хвилі A кривої швидкості трансмітрального кровотоку
2. Хвилі F кривої швидкості трансмітрального кровотоку
3. Хвилі E кривої швидкості трансмітрального кровотоку
4. Висхідному коліну апекскардіограми

1201. (С, II, I) Розвиток гіпертрофії лівого шлуночка найменш імовірний при:

1. Мітральній недостатності
2. Трикуспіdalному стенозі
3. Коарктації аорти
4. Дефекті міжшлуночкової перегородки

1202. (С, II, I) Для мітрального стенозу не є характерним:

1. Посилення I тону
2. Посилення пульмонального компонента II тону
3. Розщеплення II тону
4. Третій тон
5. Тон відкриття мітрального клапана

1203. (С, II) Вкажіть основний етіологічний чинник набутих вад серця:



1. Ревматизм
2. Атеросклероз
3. Сифіліс
4. Інфекційний ендокардит

1204. (С, II, I, В) Синдром стенокардії зустрічається при:

1. Мітральній недостатності
2. Мітральному стенозі
3. Аортальному стенозі
4. Трикусідальної недостатності
5. Трикусідальному стенозі

1205. (І, В) Для диференціальної діагностики аортального стенозу і гіпертрофічної обструктивної кардіоміопатії використовують аускультацію:

1. У вертикальному положенні
2. У горизонтальному положенні
3. Під час проби Вальсальви
4. Після прийому пропранололу
5. У положенні лежачі на лівому боці

1206. (І, В) Після прийому нітрогліцерину систолічний шум посилюється при:

1. Аортальному стенозі
2. Стенозі легеневої артерії
3. Гіпертрофічній обструктивній кардіоміопатії
4. Жодному з перерахованих станів

1207. (С, II, I, В) Для диференціальної діагностики систолічного шуму при недостатності мітрального клапана та його пролапсі використовують аускультацію серця:

1. Одразу після переходу у вертикальне положення
2. При пробі Вальсальви
3. У положенні лежачі на правому боці

1208. (І, В) Посилення систолічного шуму ідіопатичного субаортального стенозу спостерігається:

1. Одразу після переходу у вертикальне положення
2. При пробі Вальсальви
3. При жодному із вказаних прийомів

1209. (ІІ, I, В) Зниження амплітуди систолічного шуму аортального стенозу спостерігається:

1. Після ізометричного навантаження
2. Після проби Вальсальви
3. При жодному із вказаних прийомів

1210. (С, II) Ромбовидної форми систолічний шум зустрічається при:

1. Стенозі гирла аорти
2. Коарктації аорти
3. Гіпертрофічній обструктивній кардіоміопатії
4. Стенозі устя легеневої артерії
5. Мітральному стенозі

1211. (С, II, I) Найбільшим є розмір лівого передсердя при:

1. Мітральній недостатності
2. Мітральному стенозі
3. Синдромі Лютембаше
4. Синдромі Ейзенменгера

1212. (ІІ, I, В) Для мітрального стенозу характерні всі ускладнення, крім:

1. Набряку легень
2. Фібріляції передсердь
3. Тромбоемболії великого та малого кола кровообігу
4. Шлуночкової тахікардії
5. Легеневої гіпертензії та правошлуночкової недостатності
6. Бронхолегеневих інфекцій
7. Інфекційного ендокардиту

1213. (С, II, I, В) Для мітрального стенозу в поєднанні з аортальною недостатністю характерні ЕКГ-ознаки:

1. Гіпертрофії лівого передсердя, правого і лівого шлуночків
2. Гіпертрофії і перевантаження правого шлуночка та фібріляції передсердь
3. Гіпертрофії та перевантаження лівого шлуночка
4. Гіпертрофії лівого передсердя

1214. (ІІ, I, В) Основою підклапанного стенозу аорти є: 1) субаортальна гіпертрофія міжшлуночкової перегородки; 2) звуження, яке має функціональний компонент і збільшується під впливом інотропних засобів:

1. Обидва твердження правильні
2. Перше твердження правильне, друге – помилкове
3. Перше твердження помилкове, друге – правильне
4. Обидва твердження помилкові

1215. (С, II, I, В) Мітральним стенозом зумовлені такі симптоми, крім:



1. Синдрому стенокардії
2. Охриплості голосу
3. Кашлю
4. Кровохаркання

1216. (С, II, I, В) Для синдрому Марфана характерні всі клапанні вади серця, крім:

1. Пролапус мітрального клапана
2. Аортальної недостатності
3. Стенозу гирла легеневої артерії
4. Тристулкової недостатності
5. Мітральної недостатності

1217. (С, II, I) Тон відкриття мітрального клапана характерний для:

1. Недостатності мітрального клапана
2. Легеневої гіпертензії
3. Дефекта міжшлуночкової перегородки
4. Стеноза гирла аорти
5. Мітрального стеноzu

1218. (С, II, I, В) Причиною недостатності аортального клапана може бути:

1. Синдром Марфана
2. Сифіліс аорти
3. Ревматизм
4. Розшаровуюча аневризма аорти
5. Ідіопатичне потовщення міжшлуночкової перегородки

1219. (С, II) Для якої із вказаних вад серця характерною є велика амплітуда пульсового тиску?

1. Стеноз аорти
2. Недостатність мітрального клапана
3. Недостатність аортального клапана
4. Коарктатія аорти
5. Дефект міжшлуночкової перегородки

1220. (II, I, В) Якщо при аускультації ділянки верхівки серця виявляється непостійний діастолічний шум, що залежить від позиції хворого – слід думати про:

1. Відрив сосочкового м'яза серця
2. Недостатність мітрального клапана
3. Міксому лівого передсердя
4. Стеноз мітрального отвору
5. Відрив штучного аортального клапана

1221. (I, В) Причиною патологічної регургітації на трикуспі达尔ному клапані можуть бути:

1. Карциноїдний синдром

2. Аномалія Ебштейна
3. Виражена легенева гіпертензія
4. Імплантація штучного водія ритму
5. Інфаркт задньонижньої стінки лівого шлуночка

1222. (II, I, В) Найчастішою причиною стеноzu трикуспі达尔ного клапана є:

1. Карциноїдний синдром
2. Вроджений стеноz трикуспі达尔ного клапана
3. Ревматична хвороба серця
4. Обструкція пухлиною або тромбом трикуспі达尔ного клапана
5. Інфекційний ендокардит

1223. (I, В) При лікуванні пацієнтів зі значним стеноzом трикуспі达尔ного клапана перевагу треба надавати:

1. Медикаментозному лікуванню
2. Перкутанній балонній вальвулопластиці трикуспі达尔ного клапана
3. Хірургічні заміні трикуспі达尔ного клапана металевим протезом
4. Хірургічні заміні трикуспі达尔ного клапана біологічним протезом

1224. (II, I, В) Найчастішою причиною стеноzu клапана легеневої артерії є:

1. Карциноїдний синдром
2. Природжений стеноz клапана легеневої артерії
3. Ревматична хвороба серця
4. Обструкція пухлиною або тромбом клапана легеневої артерії
5. Інфекційний ендокардит

1225. (II, I, В) Найчастішою причиною регургітації на клапані легеневої артерії є:

1. Фізіологічна регургітація
2. Виражена легенева гіпертензія
3. Інфекційний ендокардит
4. Карциноїдний синдром
5. Ревматичне ураження стулок клапана легеневої артерії

1226. (I, В) Протипоказанням до хірургічного закриття дефекту міжпередсердної або міжшлуночкової перегородки є наявність:

1. Легеневої гіпертензії з $Qp/Qs > 1,5$
2. Об'ємного перенавантаження правого шлуночка
3. Об'ємного перенавантаження лівого шлуночка
4. Синдрому Ейзенменгера



1227. (ІІ, І, В) Для природженої коригованої транспозиції магістральних артерій характерні такі ознаки, крім:

1. Дискордантне передсердно-шлуночкове з'єднання
2. Дискордантне шлуночково-артеріальне з'єднання
3. Конкордантне шлуночково-артеріальне з'єднання
4. Часті супутні вади серця і судин
5. Паралельне розташування магістральних артерій

1228. (І, В) При природженні коригованій транспозиції магістральних артерій найчастіше виявляються такі супутні вади:

1. Дефект міжшлуночкової перегородки
2. Стеноз легеневої артерії
3. АВ блокади та блокади ніжок пучка Гіса
4. Недостатність лівого атріовентрикулярного (трикуспідального) клапана
5. Недостатність правого атріовентрикулярного (мітрального) клапана

1229. (ІІ, І, В) Для транспозиції магістральних артерій характерні такі ознаки:

1. Дискордантне передсердно-шлуночкове з'єднання
2. Конкордантне передсердно-шлуночкове з'єднання
3. Дискондартне шлуночково-артеріальне з'єднання
4. Паралельне розташування магістральних артерій
5. Наявність мітально-легеневого контакту і су-баортального конуса

1230. (І, В) До природжених вад серця без ціанозу відносять такі:

1. Дефект міжшлуночкової перегородки
2. Дефект міжпередсердної перегородки
3. Відкрита артеріальна протока
4. Аномалія Ебштейна
5. Загальний артеріальний стовбур

1231. (С, ІІ, І, В) До природжених ціанотичних вад серця відносять:

1. Тетраду Фалло
2. Транспозицію магістральних артерій
3. Коарктацію аорти
4. Атрезію тристулкового клапана
5. Единий шлуночок серця

1232. (І, В) Яке твердження є неправильним:

1. Тотальний аномальний дренаж легеневих вен – це вада, при якій відсутній прямий зв'язок легеневих вен з лівим передсердям
2. При тотальному аномальному дренажу легеневих вен, останні дренуються в праве передсердя або його притоки
3. При тотальному аномальному дренажу легеневих вен рідко зустрічається відкрите овальне вікно або дефект міжпередсердної перегородки
4. При тотальному аномальному дренажу легеневих вен значно знижений об'єм лівих відділів серця, особливо лівого передсердя

1233. (В) Пояснення недостатності аортального клапана з субarterіальним або пери-мембрanozним дефектом міжшлуночкової перегородки називається:

1. Синдром Ятагана
2. Синдром Тауссіг – Бінга
3. Синдром Картагенера
4. Синдром Лобрі – Пецці

1234. (І, В) Що відбувається з систолодіастолічним шумом, що притаманний для відкритої артеріальної протоки, при розвитку синдрому Ейзенменгера:

1. Не змінюється
2. Посилюється
3. Зникає

1235. (І, В) До ускладнень інфекційного ендокардиту відносять:

1. Абсеси фіброзних кілець і стулок клапанів серця
2. Перфорації і фістули стулок клапанів серця
3. Аневrizми і псевдоаневrizми стулок клапанів серця
4. Формування недостатності і стенозу клапанів серця
5. Фібріляцію передсердь

1236. (І, В) Основна ехокардіографічна ознака трипередсердного серця:

1. Наявність вторинного дефекту міжпередсердної перегородки
2. Зменшення розмірів лівого шлуночка
3. Виявлення мембрани в порожнині правого передсердя
4. Виявлення мембрани в порожнині лівого передсердя



1237. (І, В) Трипередсердне серце часто поєднується з:

1. Первінним дефектом міжпередсердної перегородки
2. Вторинним дефектом міжпередсердної перегородки
3. Дефектом міжшлуночкової перегородки
4. Відкритою аортальною протокою

1238. (І, В) При відходженні аорти та легеневої артерії від правого шлуночка обов'язковим є наявність:

1. Первінного дефекту міжпередсердної перегородки

2. Вторинного дефекту міжпередсердної перегородки

3. Дефекту міжшлуночкової перегородки
4. Відкритої аортальної протоки

1239. (В) До клінічних ознак синдрому Карта-генера належать:

1. Декстрокардія
2. Транспозиція внутрішніх органів (*situs viscerum inversus*)
3. Хронічний риносинусит
4. Хронічний бронхіт і бронхоектазія
5. Чоловіче безпліддя
6. Аритмії серця



Розділ 12. ЕХОКАРДІОГРАФІЯ

1240. (I, В) Яке з наведених нижче тверджень є неправильним?

1. Швидкість проходження ультразвуку через людські тканини становить 1540 м/с
2. Звук з частотою понад 20 кГц називається ультразвуком
3. Ультразвук має хвильову природу
4. Процес розповсюдження ультразвуку і процес розповсюдження світла підпорядковуються різним законам фізики

1241. (I, В) Градієнт тиску при стенозі аортального клапана визначають за допомогою такого ехокардіографічного способу:

1. Імпульснохвильова допплерографія (PW Doppler)
2. Безперервнохвильова допплерографія (CW Doppler)
3. Кольорова допплерографія
4. Одновимірна ЕхоКГ
5. Двовимірна ЕхоКГ

1242. (С, II) Вимірювання товщини стінок лівого шлуночка проводять за допомогою такого ехокардіографічного методу:

1. Імпульснохвильова допплерографія (PW Doppler)
2. Безперервнохвильова допплерографія (CW Doppler)
3. Кольорова допплерографія
4. Тканинна допплерографія міокарда
5. Двовимірна ехокардіографія

1243. (II, I, В) Яке з наведених нижче твердjenь є неправильним?

1. Чим ближчий до перпендикуляра кут падіння ультразвукового променя на поверхню, тим більшою є частка відбитих ультразвукових хвиль
2. Акустичну тінь дають структури, в яких пройшло повне затухання ультразвукового променя
3. При дослідження серця в нормі акустичну тінь дають ступлі клапанів
4. Чим нижча частота ультразвукового променя, тим менша його проникна здатність

1244. (II, I, В) З яким із наведених нижче твердjenь Ви не погоджуєтесь?

1. Ультразвуковий датчик перетворює електричну енергію в механічні коливання
2. Ультразвуковий датчик перетворює сприйняті ним механічні коливання в електричні імпульси
3. П'єзоелектричний елемент датчика змінює свої розміри під впливом підведеного до нього електричного струму
4. Вищу проникну здатність забезпечує датчик з вищою частотою випроміненого ультразвукового променя

1245. (II, I, В) З яким із наведених нижче твердjenь Ви погоджуєтесь?

1. На зображені структур серця в М-режимі горизонтальна вісь відповідає часу, а вертикальна – глибині
2. Ребра і легені не заважають проводити сканування серця з паракстернального доступу
3. Ліва частина печінки заважає проводити сканування серця з субcostального доступу
4. Для сканування серця застосовують переважно лінійні датчики

1246. (II, I, В) Який систолічний тиск у правому шлуночку, якщо тиск у правому передсерді 10 мм рт. ст., а максимальна швидкість зворотного потоку на тристулковому клапані 4 м/с?

1. 16 мм рт. ст.
2. 32 мм рт. ст.
3. 64 мм рт. ст.
4. 74 мм рт. ст.

1247. (I, В) Необхідно умовою визначення систолічного тиску в правому шлуночку і легеневій артерії за допомогою допплерівської ЕхоКГ:

1. Добра візуалізація легеневої артерії
2. Добра візуалізація правого шлуночка
3. Наявність трикуспіdalної недостатності
4. Наявність зворотного потоку крові в нижній порожнистій вені



5. Наявність змін діаметра нижньої порожнистої вени, пов'язаних з диханням

1248. (І, В) Яке з наведених нижче тверджень неправильне?

1. Просторова роздільна здатність ультразвукового сканування – це віддаль між двома точками, які ще вдається розрізнити як окремі
2. Роздільна здатність при скануванні з частотою променя 2 МГц євищо, ніж при скануванні з частотою 5 МГц
3. При ехокардіографічному дослідженні акустичну тінь за собою створюють зваженні структури серця
4. Процес розповсюдження ультразвуку підпорядковується тим самим законам фізики, що й процес розповсюдження світла
5. Чим більша відмінність акустичного імпедансу тканин, тим більша частка відбитого ультразвуку

1249. (І, В) З яким із наведених нижче тверджень ви не можете погодитися?

1. При кольоровому допплерівському скануванні інтракардіальних потоків синій або червоний колір відображає різний ступінь оксигенації крові
2. Кольорове допплерівське сканування дає можливість візуалізувати регургітаційні потоки через клапани серця
3. Кольорове допплерівське сканування дає можливість оцінити швидкість і напрямок кровопливу в серці
4. Кольорове допплерівське сканування застосовують для виявлення внутрішньосерцевого шунтування крові через дефекти перегородок

1250. (С, ІІ) Фракція викиду лівого шлуночка характеризує:

1. Діастолічні властивості лівого шлуночка
2. Систолічну функцію лівого шлуночка
3. Функцію мітрального клапана
4. Об'єм циркулюючої крові

1251. (С, ІІ) Фракція викиду лівого шлуночка, визначена ЕхоКГ-способом, у нормі становить:

1. 20–40 %
2. 40–50 %
3. 55–75 %
4. 75–100 %

1252. (С, ІІ) ЕхоКГ-оцінку систолічної функції лівого шлуночка проводять на підставі:

1. Визначення розмірів лівого шлуночка
2. Дослідження трансмітрального кровопливу
3. Дослідження швидкості кровопливу у висхідному відділі аорти
4. Визначення фракції викиду та ударного об'єму лівого шлуночка

1253. (С, ІІ, І) Процентне співвідношення ударного об'єму лівого шлуночка і його КДО називається:

1. Фракційне вкорочення лівого шлуночка
2. Швидкість вкорочення окружності лівого шлуночка в систолу
3. Фракція викиду лівого шлуночка
4. Фракційна зміна площині лівого шлуночка

1254. (С, ІІ, І) За даними одновимірної ЕхоКГ, ступінь вкорочення передньозаднього розміру лівого шлуночка – це:

1. Відношення кінцевосистолічного до кінцеводіастолічного розміру
2. Відношення ударного об'єму лівого шлуночка до його КДО
3. Відношення поздовжнього розміру до поперечного розміру

1255. (І, В) Фракційне вкорочення лівого шлуночка реально не відображає скоротливу здатність, якщо є:

1. Супутня мітральна недостатність
2. Висока легенева гіпертензія
3. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка
4. Локальні зони асинергії стінок лівого шлуночка

1256. (С, ІІ) У здоровому серці фракційне вкорочення лівого шлуночка становить:

1. 10–30 %
2. 30–45 %
3. 55–75 %
4. 75–100 %

1257. (С, ІІ) За даними ЕхоКГ-вимірювання верхня межа норми діастолічної товщини міжшлуночкової перегородки в дорослих становить:

1. 0,5 см
2. 0,8 см
3. 0,9–1,0 см
4. 1,3 см



1258. (С, II) Діастолічна товщина задньої стінки лівого шлуночка у здорових осіб за даними ЕхоКГ становить:

1. 0,5–0,8 см
2. 0,9–1,0 см
3. 1,0–1,5 см
4. 0,5–1,3 см

1259. (С, II) За даними одновимірної ЕхоКГ передньозадній кінцеводіастолічний розмір лівого шлуночка у здорової людини не повинен перевищувати:

1. 2,0 см
2. 3,0 см
3. 5,0 см
4. 6,0 см

1260. (С, II, I, В) ЕхоКГ-оцінку діастолічного наповнення лівого шлуночка проводять на підставі:

1. Визначення розмірів лівого шлуночка
2. Дослідження трансмітralного кровопліну
3. Дослідження швидкості кровопліну в висхідному відділі аорти
4. Визначення фракції викиду та ударного об'єму лівого шлуночка

1261. (II, I, В) Які ЕхоКГ-прояви не характерні для артеріальної гіпертензії?

1. Діастолічна дисфункция лівого шлуночка
2. Потовщення стінок лівого шлуночка
3. Дилатация лівого передсердя
4. Пролапс мітрального клапана

1262. (С, II, I) Про нормальний розмір лівого передсердя роблять висновок тоді, коли його передньозадній розмір не перевищує:

1. 6 см
2. 5 см
3. 4 см

1263. (С, II, I) Систола лівого передсердя:

1. Визначає фазу раннього діастолічного наповнення лівого шлуночка
2. Визначає фазу пізнього діастолічного наповнення лівого шлуночка
3. Відповідає періоду ізозволюмічного розслаблення лівого шлуночка
4. Відповідає хвилі Е одновимірної ЕхоКГ

1264. (С, II, I, В) Розширення висхідного відділу аорти можна назвати аневризмою, якщо

її діаметр становить понад:

1. 5 см
2. 4 см
3. 3 см

1265. (С, II, I) Яка із наведених нижче характеристик двовимірного зображення серця з парастернального доступу по довгій осі лівого шлуночка є помилковою?

1. Найвище на екрані зображається передня стінка лівого шлуночка
2. У правій частині зображення розташована аорта
3. Позаду від лівого передсердя зображається низхідний відділ аорти
4. Глибше від кореня аорти і висхідного відділу аорти зображається ліве передсердя
5. Передня стінка аорти переходить в мемброзну частину міжшлуночкової перегородки

1266. (С, II, I) Щоб візуалізувати одночасно всі стулки аортального клапана, необхідно отримати таке ЕхоКГ-зображення:

1. Зображення з парастернального доступу по довгій осі лівого шлуночка
2. Зображення з парастернального доступу по короткій осі на рівні основи серця
3. Зображення з парастернального доступу по короткій осі лівого шлуночка на рівні верхівок папілярних м'язів
4. Верхівкове чотирикамерне зображення
5. Верхівкове зображення по довгій осі лівого шлуночка

1267. (С, II, I) На якому з перелічених стандартних ЕхоКГ-зображень не видно стулок аортального клапана?

1. Верхівкове чотирикамерне зображення
2. Верхівкове п'ятикамерне зображення
3. Зображення з парастернального доступу по довгій осі лівого шлуночка
4. Зображення з парастернального доступу по короткій осі на рівні основи серця

1268. (С, II, I) На ЕхоКГ-зображені із супрастернального доступу безпосередньо під дугою аорти візуалізують таку структуру:

1. Верхню порожнисту вену
2. Праву гілку легеневої артерії
3. Ліву гілку легеневої артерії
4. Ліве передсердя
5. Справохід



1269. (С, II, I) Ступінь легеневої гіпертензії вдається достовірно оцінити при ЕхоКГ-обстеженні на підставі такого показника:

1. Швидкість зворотного потоку крові через триствулковий клапан
2. Розмір правого шлуночка
3. Ширина легеневої артерії
4. Швидкість потоку крові через клапан легеневої артерії
5. Величина правого передсердя

1270. (С, II, I) Яку структуру серця не вдається візуалізувати на ультразвуковому зображені з паракстернального доступу по довгій осі лівого шлуночка?

1. Стінка правого шлуночка
2. Задня стінка лівого шлуночка
3. Мітральний клапан
4. Аортальний клапан
5. Праве передсердя

1271. (С, II) Про функцію яких частин і структур серця не вдається зробити висновок при скануванні з паракстернального доступу по довгій осі лівого шлуночка?

1. Мітральний клапан
2. Аортальний клапан
3. Верхівка лівого шлуночка
4. Задня стінка лівого шлуночка
5. Міжшлуночкова перегородка

1272. (С, II) Яку структуру серця не вдається візуалізувати з верхівкового п'ятикамерного ЕхоКГ-зображення?

1. Лівий шлуночок
2. Правий шлуночок
3. Клапан легеневої артерії
4. Мітральний клапан
5. Аортальний клапан

1273. (С, II) Яку структуру серця з названих нижче вдається візуалізувати з верхівкового чотирикамерного ЕхоКГ-зображення?

1. Клапан легеневої артерії
2. Аортальний клапан
3. Висхідний відділ аорти
4. Тристуловий клапан
5. Стовбур легеневої артерії

1274. (С, II) Верхівкове двокамерне ЕхоКГ-зображення дає можливість візуалізувати:

1. Аортальний клапан і корінь аорти
2. Правий шлуночок і легеневу артерію
3. Обидва шлуночки серця
4. Обидва передсердя
5. Ліве передсердя і лівий шлуночок

1275. (С, II, I, В) Вушко лівого передсердя вдається візуалізувати на такому ЕхоКГ-зображені:

1. Верхівкове чотирикамерне зображення
2. Верхівкове п'ятикамерне зображення
3. Зображення з паракстернального доступу по довгій осі лівого шлуночка
4. Зображення із супрастернального доступу
5. Зображення з паракстернального доступу по короткій осі основи серця

1276. (ІІ, I, В) Яке з наведених нижче твердень, які стосуються ЕхоКГ-обстеження лівого передсердя, неправильне?

1. Черезстравохідна ЕхоКГ є референтним методом щодо виявлення тромбозу лівого передсердя та його вушка
2. Типове місце прикріплення міксомі лівого передсердя – передсердна поверхня передньої мітральної стулки
3. У хворих з фібріляцією передсердь виявляють тромбоз лівого передсердя при черезстравохідній ЕхоКГ
4. У здорової людини на верхівковому чотирикамерному зображені розміри лівого і правого передсердь однакові

1277. (ІІ, I, В) Виявлений ехокардіографічно рухомий круглястий об'ємний утівр у правому передсерді, який виходить з гирла нижньої порожнистої вени, найімовірніше, є:

1. Великою вегетацією
2. Міксомою правого передсердя
3. Рабдоміомою міокарда
4. Гіпернефромою, яка проросла у нижню порожнисту вену
5. Фіксованим тромбом з нижньої порожнистої вени

1278. (ІІ, I, В) Максимальна швидкість кровоплину через нормальні клапани серця, визначена допплерівським способом, зазвичай не перевищує:

1. 0,6 м/с
2. 1,0 м/с



3. 1,5 м/с
4. 1,8 м/с

1279. (С, II, I, В) ЕхоКГ-ознакою критичного мітрального стенозу є площа отвору:

1. Менше 0,5 см²
2. Менше 1 см²
3. Менше 1,5 см²
4. Менше 1,8 см²
5. Менше 2 см²

1280. (І, В) Який з перерахованих ЕхоКГ-показників не свідчить про важкість стенозу аортального клапана?

1. Максимальний систолічний градієнт тиску на клапані
2. Середній систолічний градієнт тиску на клапані
3. Зниження фракції викиду лівого шлуночка
4. Площа отвору аортального клапана
5. Відношення швидкостей кровопливу на клапані та вихідному тракті лівого шлуночка

1281. (І, В) Пікова систолічна швидкість потоку крові через аортальний клапан 4 м/с. Який максимальний систолічний градієнт тиску?

1. 16 мм рт. ст.
2. 40 мм рт. ст.
3. 64 мм рт. ст.
4. 100 мм рт. ст.

1282. (І, В) Наявність дрібноамплітудного діастолічного тремтіння передньої мітральної стулки на одновимірній ехокардіограмі є ознакою:

1. Мітральної недостатності
2. Мітрального стенозу
3. Гіпертрофічної обструктивної кардіоміопатії
4. Аортальної недостатності
5. Пролапу передньої стулки мітрального клапана

1283. (ІІ, І, В) На якому клапані серця у здорової людини реєструють найвищу швидкість потоку крові методом допплерівської ЕхоКГ?

1. Тристулковий
2. Аортальний
3. Мітральний
4. Легеневий

1284. (С, ІІ, І, В) На якому клапані серця у здорових осіб найчастіше трапляється

фізіологічна регургітація за даними ЕхоКГ-обстеження?

1. Мітральний
2. Аортальний
3. Тристулковий
4. Легеневий

1285. (С, ІІ, І) Розширення якої камери серця зазвичай виявляють при ЕхоКГ-обстеженні хворих на мітральний стеноз?

1. Лівий шлуночок
2. Правий шлуночок
3. Ліве передсердя
4. Праве передсердя

1286. (І, В) Який ехокардіографічний прояв характерний для недостатності аортального клапана?

1. Об'ємне перевантаження лівого шлуночка
2. Дилатация лівого передсердя
3. Легенева гіпертензія
4. Зниження фракції викиду лівого шлуночка
5. Передній систолічний рух стулок мітрального клапана

1287. (І, В) Який з наведених нижче ехокардіографічних симптомів спостерігають у хворих з аортальною недостатністю?

1. Передній систолічний рух стулок мітрального клапана
2. Дрібноамплітудне тремтіння передньої мітральної стулки
3. Знижена амплітуда систолічного розходження стулок аортального клапана
4. Збільшення діастолічної відстані між передньою мітральною стулкою і лівошлуночковою поверхнею міжшлуночкової перегородки

1288. (ІІ, І, В) В якої кількості здорових людей за даними ЕхоКГ спостерігають незначну мітральну недостатність?

1. 5–10 %
2. 20–40 %
3. 40–60 %
4. 60–80 %
5. 100 %

1289. (ІІ, І, В) Який ехокардіографічний метод має найбільше значення для діагностики мітральної недостатності?

1. Одновимірне сканування (М-спосіб)
2. Двовимірне сканування (В-спосіб)



3. Імпульсна допплерографія (PW Doppler)
4. Безперервна допплерографія (CW Doppler)
5. Кольорова допплерографія

1290. (C, II, I) Для мітрального стенозу характерними є такі ЕхоКГ-ознаки:

1. Диллятація лівого передсердя
2. Розширення висхідного відділу грудної аорти
3. Куполовидний діастолічний рух стулок мітрального клапана
4. Підвищення діастолічного градієнта тиску на мітральному клапані
5. Легенева гіпертензія

1291. (I, B) Для мітральної недостатності характерними є такі ЕхоКГ-ознаки:

1. Диллятація лівого шлуночка
2. Диллятація лівого передсердя
3. Гіперкінетична скоротливість лівого шлуночка
4. Регургітаційний потік в лівому передсерді
5. Диллятація висхідної аорти

1292. (II, I, B) Причиною мітрального стенозу не може бути:

1. Ревматична хвороба серця
2. Парашутовидна аномалія мітрального клапана
3. Міксоматозні зміни мітральних стулок
4. Виражений дегенеративний кальциноз клапана

1293. (II, I, B) Причиною мітральної недостатності не може бути:

1. Ревматична хвороба серця
2. Септичний ендокардит
3. IХС
4. Розщеплення передньої стулки мітрального клапана
5. Пролапс мітрального клапана
6. Фібріляція передсердь

1294. (I, B) Який ЕхоКГ-показник, як правило, не змінюється при тяжкому мітральному стенозі?

1. Площа мітрального отвору
2. Діастолічний градієнт тиску на мітральному клапані
3. Систолічний градієнт тиску на триступковому клапані
4. Час прискорення потоку крові в легеневій артерії
5. Фракція викиду лівого шлуночка

1295. (I, B) Який ехокардіографічний допплерівський показник застосовують з метою оцінки ступеня мітральної недостатності?

1. Швидкість зворотного діастолічного потоку на аортальному клапані
2. Площа струменя аортальної регургітації
3. Швидкість ретроградного діастолічного кро-воплину у низхідному відділі аорти
4. Швидкість систолічного потоку у висхідному відділі аорти
5. Ширина струменя регургітації у місці його виникнення

1296. (II, I, B) Який ЕхоКГ-показник безпосередньо вказує на вираженість мітральної недостатності?

1. Швидкість регургітаційного потоку на мітральному клапані
2. Відношення площини регургітаційного потоку до площині лівого передсердя
3. Фракція викиду лівого шлуночка
4. Час прискорення потоку крові в легеневій артерії
5. Диллятація лівого шлуночка

1297. (II, I, B) Природжений двоступковий аортальний клапан, як причину аортального стенозу, можна запідозрити за такою ЕхоКГ-ознакою при скануванні з паракстернального доступу по довгій осі лівого шлуночка:

1. Постстенотичне розширення висхідного відділу аорти
2. Переважна локалізація кальцинатів на фіброзному кільці клапана
3. Супутня недостатність аортального клапана
4. Поеоднання з мітральною вадою серця
5. Асиметричне відкриття стулок, які мають неоднакові розміри

1298. (I, B) Який із наведених станів перевідшоджує правильному визначеню площини мітрального отвору допплерівським способом у хворих на мітральний стеноз?

1. Трикусpidальна недостатність
2. Виражена аортальна недостатність
3. Легенева гіпертензія
4. Аортальний стеноз

1299. (I, B) Для оцінки ступеня мітральної недостатності інформативною ознакою не є:

1. Площа потоку регургітації в лівому передсерді
2. Ширина зворотного потоку під стулками мітрального клапана (*Vena contracta*)
3. Радіус хвилі прискорення потоку в лівому шлуночку (PISA)



4. Максимальна швидкість пізнього наповнення лівого шлуночка
5. Максимальна швидкість раннього наповнення лівого шлуночка

1300. (I, В) Для визначення механізму мітральної недостатності при ЕхоКГ-дослідженії необхідна оцінка:

1. Ступок мітрального клапана
2. Стану хорд та папілярних м'язів
3. Руху стінок лівого шлуночка
4. Товщини стінок лівого шлуночка
5. Розміру фіброзного кільця мітрального клапана
6. Напрямку струменя регургітації в лівому передсерді

1301. (I, В) Яка площа стенозованого мітрального отвору, якщо час напівспаду діастолічного градієнта тиску, визначеного допплерівським способом, становить 220 мс?

1. 0,5 см²
2. 1,0 см²
3. 2,0 см²
4. 4,0 см²

1302. (I, В) Яке твердження щодо ЕхоКГ-обстеження при мітральному стенозі є хибним?

1. Найточніше вдається визначити площу мітрального отвору методом одновимірного сканування, визначивши швидкість ранньодіастолічного прикриття передньої мітральної стулки
2. Висока легенева гіпертензія при мітральному стенозі свідчить про його важкість
3. Віковий дегенеративний кальцинос мітрального клапана може викликати стеноз лівого АВ отвору
4. Міксома лівого передсердя може зумовити клінічні прояви, що нагадують мітральний стеноз
5. У хворих на мітральний стеноз, ускладнений фібріляцією передсердь, висока ймовірність тромбозу лівого передсердя

1303. (I, В) Яке твердження щодо ЕхоКГ-обстеження при мітральному стенозі є правильною?

1. Локалізація кальцинатів на мітральних стулках при мітральному стенозі не впливає на вибір хірургічної тактики

2. На результати допплерівського визначення площи мітрального отвору не впливає діастолічна дисфункція лівого шлуночка
3. Проявом мітрального стенозу є куполовидне відкриття стулок при двовимірному обстеженні
4. При мітральному стенозі суттєво не змінюється швидкість раннього трансмітрального кровопливу
5. ЕхоКГ-обстеження повинно бути обов'язково доповнене катетеризацією серця перед хірургічним втручанням

1304. (I, В) З яким твердженням щодо ЕхоКГ-обстеження при мітральній недостатності не можна погодитися?

1. На важку мітральну недостатність вказує початок регургітації, який заходить у гирла легеневих вен
2. Ревматизм є причиною ізольованої мітральної недостатності менш ніж у половини всіх випадків
3. Звапнення стулок перешкоджає виявленню мітральної недостатності
4. Розміри лівого передсердя і лівого шлуночка є надійними показниками вираженості мітральної недостатності

1305. (I, В) Яке твердження щодо пролапсу мітрального клапана є правильним?

1. Міксоматоз стулок при пролапсі мітрального клапана трапляється рідко
2. Обрив стулки при пролапсі мітрального клапана може статися під час раптового фізичного зусилля
3. Для пролапсу мітрального клапана характерна ранньосистолічна регургітація
4. Пролапс мітрального клапана можна діагностувати тільки з верхівкового чотирикамерного ЕхоКГ-доступу
5. Пролапс мітрального клапана виявляють за допомогою кольорового допплерівського сканування

1306. (I, В) Для ехокардіографічного визначення площи отвору при аортальному стенозі не є необхідним параметром:

1. Фракція викиду лівого шлуночка
2. Максимальна систолічна швидкість потоку через аортальний клапан



3. Максимальна систолічна швидкість потоку у виносному тракті лівого шлуночка (LV outflow tract)
4. Діаметр виносного тракту лівого шлуночка (LV outflow tract)

1307. (І, В) Яка ЕхоКГ-ознака безпосередньо вказує на дисфункцію механічного протеза мітрального клапана як причину раптового погіршення стану хворого?

1. Наростання череззклапанного градієнта тиску порівняно з попереднім дослідженням
2. Нечітка візуалізація руху замикального елемента клапана
3. Наростання легеневої гіпертензії порівняно з попереднім дослідженням
4. Нагромадження рідини в порожнині перикарда
5. Прогресуюче зниження фракції викиду лівого шлуночка

1308. (І, В) З метою діагностики тромбозу клапаних протезів серед названих нижче методик суттєві переваги має:

1. Двовимірна трансторакальна ЕхоКГ
2. Кольорова допплерівська ЕхоКГ
3. Черезстравохідна ЕхоКГ
4. Стрес-ЕхоКГ

1309. (С, ІІ) Ревматичне походження аортального стенозу без відповідного анамнезу можна запідозрити за такою ЕхоКГ-ознакою:

1. Переважна локалізація кальцинатів на фіброзному кільці клапана
2. Асиметричне відкриття стулок, які мають нерівні розміри
3. Поєднання з мітральним стенозом
4. Постстенотичне розширення висхідного відділу аорти
5. Супутня недостатність аортального клапана

1310. (С, ІІ) Віковий дегенеративний кальциноз як причину аортального стенозу можна запідозрити за такою ЕхоКГ-ознакою:

1. Переважна локалізація кальцинатів на стулках клапана
2. Переважна локалізація кальцинатів на фіброзному кільці клапана
3. Асиметричне відкриття стулок, які мають нерівні розміри
4. Поєднання з мітральною недостатністю

5. Постстенотичне розширення висхідного відділу аорти

1311. (С, ІІ, І, В) Якого принципу необхідно дотримуватися з метою якісного проведення допплер-ЕхоКГ-дослідження:

1. Досягати максимальної паралельності напрямку кровотоку та осі ультразвукового променя
2. При невідповідності осі кровотоку і напрямку ультразвукового променя вводити поправку відповідно до косинуса кута
3. Використовувати двовимірну ЕхоКГ для орієнтації ходу скануючого променя
4. При високих швидкостях кровотоку застосувати безперервнохвильовий режим (CV допплер)
5. Кут між скануючим променем та напрямком кровотоку повинен становити більше 20°

1312. (С, ІІ, І, В) В яких випадках застосовується імпульсне допплер-ЕхоКГ-дослідження (PW допплер):

1. З метою розрахунку серцевого викиду на підставі вимірювання швидкості кровотоку у висхідній аорти
2. Безпосереднє дослідження локального внутрішньосерцевого кровотоку
3. Напівкількісне визначення об'єму регургітації та глибини потоку регургітації
4. Оцінка наявності легеневої гіпертензії
5. Визначення систолічних градієнтів тиску при аортальному чи легеневому стенозі

1313. (І, В) Допплерівський ефект полягає в тому, що:

1. При відбитті ультразвукового променя від об'єктів, що рухаються, змінюється частота ультразвуку
2. При розміщенні п'єзоелектричного кристалу в змінні електричне поле генерується ультразвук
3. Частота ультразвукового сигналу не змінюється у міру проходження через тканини організму
4. При проходженні ультразвукової хвилі через межу середовищ змінюється довжина хвилі

1314. (С, ІІ, І) Як змінюється частота відбитого ультразвукового сигналу при допплерівському дослідженні, якщо потік крові спрямованій до датчика?



1. Збільшується
2. Зменшується
3. Не змінюється

1315. (С, II, I) Як змінюється частота відбитого ультразвукового сигналу при допплерівському дослідженні, якщо потік крові спрямований від датчика?

1. Збільшується
2. Зменшується
3. Не змінюється

1316. (С, II) Від яких з наведених нижче факторів залежить величина зміщення частоти відбитого ультразвукового сигналу при допплерівському дослідженні?

1. Частота ультразвукового сигналу скануючого променя
2. Швидкість кровотоку
3. Швидкість поширення ультразвуку в середовищі
4. Кут між напрямком ультразвукового променя і напрямком кровотоку
5. В'язкість крові

1317. (С, II, I) При допплерівському дослідженні чим менша частота випроміненого ультразвукового сигналу, тим:

1. Більші швидкості кровотоку можна вимірюти
2. Менші швидкості кровотоку можна вимірюти
3. Частота випроміненого ультразвукового сигналу не має значення для визначення швидкості кровотоку

1318. (С, II) Індекс КДО лівого шлуночка у здорових осіб за даними ЕхоКГ не повинен перевищувати:

1. 50 мл/м²
2. 75 мл/м²
3. 100 мл/м²

1319. (С, II) З якою частотою трапляється відкрите овальне вікно за даними ЕхоКГ-обстеження?

1. 5 %
2. 20 %
3. 50 %

1320. (С, II) Яке з наведених нижче тверджень щодо ЕхоКГ-діагностики відкритого овально-го вікна є неправильним:

1. Має діаметр до 5 мм
2. Зумовлює об'ємне перевантаження правого шлуночка
3. Має діаметр більше 1 см

1321. (С, II) З метою проведення ЕхоКГ-дослідження в дорослих найчастіше використовують датчики з частотою ультразвукового променя:

1. 2,0–2,5 МГц
2. 3,5 МГц
3. 5 МГц
4. 7 МГц
5. 10 МГц

1322. (С, II, I, В) Під час допплер-ЕхоКГ-дослідження кут між напрямком скануючого ультразвукового променя і напрямком кровотоку не повинен перевищувати:

1. 20 °
2. 30 °
3. 45 °
4. 60 °
5. 90 °

1323. (С, II, I, В) На графічному відображені допплер-ЕхоКГ-дослідження кровотік, спрямований від датчика, реєструється:

1. На ізолінії
2. Вниз від ізолінії
3. Вгору від ізолінії

1324. (І, В) Яке з наведених нижче тверджень, що стосується ехокардіографічного визначення причини аортальної недостатності, не відповідає дійсності?

1. Двостулковий аортальний клапан у молодих людей може бути причиною аортальної недостатності без стенозування отвору
2. Основна причина гострої важкої аортальної недостатності – інфекційний ендокардит
3. При синдромі Марфана часто виникає аневризма синусів Вальсальви з аортальною недостатністю
4. Найчастіша причина аортальної недостатності у людей похилого віку – перенесений в юнацькому віці ревмокардит
5. Розширення висхідного відділу аорти будь-якого походження може стати причиною недостатності аортального клапана



1325. (С, II, I) На графічному відображені допплер-ЕхоКГ-дослідження кровотік, спрямований до датчика, реєструється:

1. На ізолінії
2. Вниз від ізолінії
3. Вгору від ізолінії

1326. (С, II) При проведенні ЕхоКГ кількість відбитого ультразвуку залежить від:

1. Довжини хвилі ультразвуку
2. Кута падіння ультразвукової хвилі на межу поділу середовищ
3. Співвідношення розміру об'єкта, що локується, і довжини ультразвукової хвилі

1327. (С, II) Для ЕхоКГ-оцінки важкості мітровського стенозу неінформативним параметром є:

1. Час напівспаду градієнта тиску на клапані
2. Середній діастолічний градієнт тиску на клапані
3. Скоротливість лівого шлуночка
4. Ступінь легеневої гіпертензії
5. Дилятація лівого передсердя

1328. (С) Яку з причин дисфункції аортально-го механічного клапанного протеза вдається надійно розпізнати за допомогою трансторакальної ЕхоКГ?

1. Інфекційний ендокардит
2. Навколоклапанна регургітація
3. Тромбоз протеза
4. Наростання сполучної тканини на отвір протеза

1329. (І, В) З якого доступу найкраще вдається візуалізувати дефект міжпередсердної перегородки при ЕхоКГ-обстеженні?

1. Супрастернальний
2. Верхівковий
3. Парастернальний
4. Субкостальний

1330. (І, В) Якою є типова локалізація коарктациї аорти?

1. У низхідному відділі аорти одразу нижче відходження лівої підключичної артерії
2. Перед відходженням лівої підключичної артерії
3. У висхідному відділі аорти одразу вище синусу Вальсальви
4. У дузі аорти одразу за плечоголовним стовбуrom

1331. (І, В) Який прояв не характерний для тетради Фалло?

1. Клапанний стеноз легеневої артерії
2. Дефект міжшлуночкової перегородки
3. Клапанний стеноз аорти
4. Декстратрапозиція аорти
5. Підклапанний стеноз легеневої артерії

1332. (ІІ, І, В) Проявом синдрому Марфана не є:

1. Двостулковий аортальний клапан
2. Аневризма синуса Вальсальви
3. Розшаровуюча аневризма аорти
4. Пролапс мітрального клапана
5. Недостатність аортального клапана

1333. (ІІ, І, В) Яку природженну аномалію серця найчастіше виявляють під час ЕхоКГ-обстеження?

1. Дефект міжпередсердної перегородки
2. Дефект міжшлуночкової перегородки
3. Клапанний стеноз легеневої артерії
4. Двостулковий аортальний клапан
5. Тетрада Фалло

1334. (ІІ, І, В) Найчастішою супутньою аномалією, наявність якої необхідно перевірити при двовимірній ЕхоКГ у хворого з коарктациєю аорти, є:

1. Дефект міжпередсердної перегородки
2. Дефект міжшлуночкової перегородки
3. Двостулковий аортальний клапан
4. Стеноз легеневої артерії

1335. (С, ІІ, І) Доступ, з якого вдається візуалізувати коарктацию аорти при двовимірній ЕхоКГ:

1. Супрастернальний
2. Верхівковий
3. Парастернальний
4. Субкостальний

1336. (С, ІІ, І) Причиною об'ємного перевантаження правого шлуночка та легеневої гіпертензії, виявлених випадково під час ЕхоКГ-обстеження, найчастіше є:

1. Міокардит
2. Дефект міжпередсердної перегородки
3. Дефект міжшлуночкової перегородки
4. Аномалія Ебштейна
5. Блокада ПНПГ



1337. (С, II) Від чого залежить напрямок скидання крові через відкриту артеріальну протоку?

1. Опір судинного русла малого кола кровообігу
2. Ширина протоки
3. Довжина протоки
4. Тиск в аорті
5. Скоротлива здатність лівого шлуночка

1338. (С, II) Яка типова ЕхоКГ-знахідка у дорослих пацієнтів, яким у дитинстві провели повну хірургічну корекцію тетради Фалло?

1. Залишковий дефект міжшлуночкової перегородки
2. Трикуспіdalна недостатність
3. Знижена скоротлива здатність правого шлуночка
4. Помірний стеноz і недостатність клапана легеневої артерії
5. Легенева гіпертензія

1339. (С, II) Котрий з перерахованих параметрів вказує на ступінь клапанного стеноzu легеневої артерії при ЕхоКГ-обстеженні?

1. Товщина стінки правого шлуночка
2. Розмір порожнини правого шлуночка
3. Ширина стовбура легеневої артерії
4. Систолічний градієнт тиску на клапані легеневої артерії
5. Товщина стулок клапана легеневої артерії

1340. (С, II) Яку супутню аномалію виявляють найчастіше при ехокардіографічному обстеженні хворого з первинним дефектом міжпередсердної перегородки?

1. Розщеплення передньої мітральної стулки
2. Клапанний стеноz легеневої артерії
3. Дефект міжшлуночкової перегородки
4. Коарктaciя аорти

1341. (С, II) Яку супутню аномалію виявляють найчастіше при ЕхоКГ-обстеженні хворого з синус-дефектом міжпередсердної перегородки (дефектом венозного синуса)?

1. Частковий аномальний дренаж легеневих вен
2. Розщеплення передньої мітральної стулки
3. Клапанний стеноz легеневої артерії
4. Дефект міжшлуночкової перегородки
5. Коарктaciя аорти

1342. (С, II) Спільною ЕхоКГ-знахідкою для дефекту міжпередсердної перегородки, не-

достатності тристулкового клапана і хронічного легеневого серця є:

1. Дилатация правого шлуночка
2. Потовщення стулок трикуспіdalного клапана
3. Висока легенева гіпертензія
4. Широка легенева артерія
5. Висока швидкість кровопливу в легеневій артерії

1343. (С, II, I, В) Метод контрастної ЕхоКГ застосовується з метою:

1. Ідентифікації відділів серця і великих судин
2. Визначення внутрішньосерцевих шунтів крові
3. Діагностики клапанної регургітації
4. Діагностики стенозуючого ураження коронарних артерій

1344. (ІІ, I, В) Основною перевагою імпульсного допплерівського методу є:

1. Можливість дослідження кровотоку в обмежений ділянці
2. Імпульсний режим роботи датчика
3. Висока частота повторення імпульсів
4. Необхідність коригувати напрямок ультразвукового сигналу паралельно потоку крові

1345. (І, В) Чим більша частота повторення імпульсів при імпульсному допплерівському скануванні, тим:

1. Більшу швидкість кровотоку може бути досліджено
2. Більша помилка у визначенні великих швидкостей кровотоку
3. Більша точність у визначенні малих швидкостей кровотоку
4. Більша точність у визначенні швидкостей як швидкого, так і повільного кровотоку

1346. (ІІ, I, В) Найсуттєвішими недоліками імпульсної допплер-ЕхоКГ є:

1. Неможливість точного визначення високих швидкостей кровотоку
2. Необхідність направляти ультразвуковий сигнал паралельно кровотоку
3. Можливість дослідження кровотоку в обмежений ділянці

1347. (ІІ, I, В) Постійнохвильова допплер-ЕхоКГ дозволяє досліджувати кровотік:

1. По всьому ходу скануючого променя
2. У локальній зоні контролюного об'єму
3. Обидві відповіді правильні



1348. (I, В) Для постійнохвильової допплер-ЕхоКГ використовують датчик, у якому:

1. Той самий п'єзоелемент посилає і приймає сигнали
2. Один п'єзоелемент посилає сигнали, а інший приймає
3. Система п'єзоелементів влаштована, як у лінійного датчика
4. Система п'єзоелементів влаштована, як у конвексного датчика

1349. (I, В) Що із названого нижче не вдається виявити при трансторакальному ЕхоКГ-обстеженні при хронічній ІХС?

1. Локальні розлади скоротливості стіонок лівого шлуночка
2. Розлади глобальної систолічної функції
3. Розлади глобальної діастолічної функції
4. Стенози вінцевих артерій серця

1350. (С, II, I) Який із названих нижче проявів не належить до ЕхоКГ-симптомів ішемії міокарда лівого шлуночка?

1. Послаблюється скорочення певної ділянки серцевої стінки
2. Збільшується діастолічна товщина стінки
3. Зменшується ступінь систолічного потовщення певної стінки
4. Погіршується локальна діастолічна функція
5. Запізнююється скорочення певної ділянки серцевої стінки

1351. (II, I, В) Які основні етіологічні фактори спричиняють появу набутих вад серця?

1. Ревматизм
2. Сифіліс
3. Атеросклероз
4. Інфекційний ендокардит
5. Травма грудної клітки
6. Артеріальна гіпертензія

1352. (С, II, I, В) Червоним та синім кольорами при кольоровому допплерівському дослідженні серця позначають:

1. Напрямок потоку крові
2. Максимальну швидкість кровотоку
3. Турбулентність потоків
4. Патологічні потоки крові

1353. (С, II, I) Кольорове допплерівське сканування серця дозволяє:

1. Швидко виявити патологічні потоки та їх локалізацію

2. Визначити середню швидкість кровотоку
3. Визначити стан кровотоку в локальній зоні
4. Визначити градієнт тиску

1354. (С, II, I, В) При яких хворобах спостерігається зменшення швидкості раннього діастолічного прикриття передньої стулки мірального клапана?

1. Міральному стеноzi
2. Дилатаційній кардіоміопатії
3. Гіпертрофічній кардіоміопатії
4. Первинній легеневій гіпертензії

1355. (С, II, I, В) Для мірального стенозу при ЕхоКГ-дослідженні не характерно:

1. М-подібна форма руху передньої стулки мірального клапана на одновимірній ЕхоКГ
2. Збільшення лівого передсердя
3. Однонаправлений рух стулок під час діастоли
4. Потовщення стулок і зменшення амплітуди їх руху
5. Зменшення швидкості раннього діастолічного прикриття передньої стулки мірального клапана

1356. (С, II, I) ЕхоКГ-ознаки вторинного дефекту міжпередсердної перегородки:

1. Відсутність центральної частини перегородки в ділянці овальної ямки
2. Об'ємне перевантаження правого шлуночка
3. Розширений стовбур легеневої артерії
4. Переважно ліво-праве скідання крові
5. Відношення ударного об'єму правого шлуночка (Qp) до ударного об'єму лівого шлуночка (Qs) перевищує 1,0
6. Супутній аномальний дренаж легеневих вен

1357. (I, В) Яка з указаних нижче ЕхоКГ-ознак не характерна для вторинного дефекту міжпередсердної перегородки?

1. Немає центральної частини перегородки в ділянці овальної ямки
2. Об'ємне перевантаження правого шлуночка
3. Розширений стовбур легеневої артерії
4. Переважно ліво-праве скідання крові
5. Відношення ударного об'єму правого шлуночка (Qp) до ударного об'єму лівого шлуночка (Qs) перевищує 1,0
6. Супутній аномальний дренаж легеневих вен



1358. (С, II, I) Ознаки недостатності аортального клапана за даними одновимірної ЕхоКГ:

1. Дилатация і збільшення екскурсії стінок лівого шлуночка
2. Дрібоамплітудне діастолічне тріпотіння передньої мітральної стулки
3. Розширення аорти і посилення пульсації її стінок
4. Тріпотіння стулок аортального клапана і відсутність змикання їх під час діастоли
5. Виражена концентрична гіпертрофія лівого шлуночка

1359. (І, В) За даними одновимірної ЕхоКГ для недостатності аортального клапана не характерно:

1. Дилатация і збільшення екскурсії стінок лівого шлуночка
2. Дрібоамплітудне діастолічне тріпотіння передньої мітральної стулки
3. Розширення аорти і посилення пульсації її стінок
4. Тріпотіння стулок аортального клапана і відсутність змикання їх в діастолу
5. Зменшення амплітуди систолічного відкриття стулок аортального клапана

1360. (С, II, І) Вкажіть ознаки первинного дефекту міжпередсердної перегородки за даними ЕхоКГ-обстеження:

1. Відсутність тканини перегородки в нижній її частині відразу над основовою АВ клапанів
2. Дилатация правих відділів серця
3. Парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки
4. Розщеплення передньої мітральної стулки
5. Аномальне прикріплення частини сухожильних хорд від передньої мітральної стулки до міжшлуночкової перегородки
6. Часте поєдання з аномальним дренажем правих легеневих вен у верхню порожнисту вену чи праве передсердя

1361. (І, В) Яка ЕхоКГ-ознака не характерна для первинного дефекту міжпередсердної перегородки?

1. Відсутність тканини перегородки в нижній її частині відразу над основовою АВ клапанів
2. Дилатация правих відділів серця
3. Парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки

4. Розщеплення передньої мітральної стулки
5. Аномальне прикріплення частини сухожильних хорд від передньої мітральної стулки до міжшлуночкової перегородки
6. Часте поєдання з аномальним дренажем правих легеневих вен у верхню порожнисту вену чи праве передсердя

1362. (С, II, I) Які методи застосовують для кількісної оцінки глобальної скоротливості лівого шлуночка?

1. Метод дисків (алгоритм Сімпсона)
2. Формулу площа – довжина
3. Формулу L. Teichholz
4. Формулу I. Mashio
5. Кольорову допплер-ЕхоКГ

1363. (С, II, I, В) Для ідіопатичного гіпертрофічного субаортального стенозу при ЕхоКГ-дослідженні не характерно:

1. Гіпокінезія міжшлуночкової перегородки
2. Асиметрична гіпертрофія міжшлуночкової перегородки
3. Зменшення розмірів порожнини лівого шлуночка
4. Середньосистолічне прикриття стулок аортального клапана
5. Систолічне прогинання стулок мітрального клапана в напрямку міжшлуночкової перегородки
6. Зменшення розміру лівого передсердя

1364. (С, II, I) Розрахунок об'єму лівого шлуночка за методом Сімпсона передбачає одержання:

1. Взаємно перпендикулярних зображень лівого шлуночка з дво- і трициклическою позицією
2. Паракстернального зображення лівого шлуночка по довгій осі
3. Зображення лівого шлуночка із субкостальної позиції
4. Зображення лівого шлуночка з верхівкової п'ятикамерної позиції

1365. (С, II, I, В) Для випітного перикардиту при ЕхоКГ-дослідженні не характерно:

1. Розшарування епікарда і перикарда
2. Збільшення екскурсії зовнішніх контурів серця
3. Наявність еховільного простору навколо серця
4. Збільшення глибини розташування зображення передньої стінки правого шлуночка
5. Збільшення екскурсії стінок аорти



1366. (І, В) Розрахунок об'єму лівого шлуночка методом площа-довжина передбачає одержання:

1. Взаємно перпендикулярних зображень лівого шлуночка з дво- і чотирикамерної позицій
2. Верхівкового двокамерного зображення лівих відділів
3. Парастернального зображення лівого шлуночка по довгій осі
4. Зображення лівого шлуночка із субкостальної позиції
5. Зображення лівого шлуночка з верхівкової п'ятикамерної позиції

1367. (С, ІІ, І, В) За даними одновимірної ЕхоКГ для мітрального стенозу не характерно:

1. Сповільнення швидкості раннього систолічного прикриття передньої стулки мітрального клапана
2. Диллятація лівого передсердя
3. Зниження загальної екскурсії мітрального клапана
4. Односпрямований діастолічний рух стулок мітрального клапана
5. Диллятація лівого шлуночка

1368. (С, ІІ, І, В) Яка супутня аномалія завжді виявляється за допомогою ЕхоКГ-дослідження у випадку первинного дефекту міжпередсердної перегородки?

1. Персистуюча ліва верхня порожниста вена
2. Аномальний дренаж правих легеневих вен у верхню порожнисту вену
3. Двостулковий аортальний клапан
4. Коарктaciя аорти
5. Розщеплення передньої мітральної стулки

1369. (С, ІІ, І, В) За даними одновимірної ЕхоКГ, для ізольованої недостатності мітрального клапана не характерно:

1. Надмірна екскурсія міжшлуночкової перегородки
2. Диллятація лівого шлуночка
3. Диллятація лівого передсердя
4. Відсутність систолічного змикання мітральних стулок
5. Різноспрямований високоамплітудний діастолічний рух потовщеніх мітральних стулок
6. Значне зниження швидкості раннього систолічного прикриття передньої стулки мітрального клапана

1370. (С, ІІ, І) Яке з наведених нижче твердень щодо ЕхоКГ-обстеження при ІХС є хибним?

1. Причиною розладів скоротливості окремих сегментів лівого шлуночка може бути також диллятаційна кардіоміопатія
2. Під час нападу болів у серці ішемічного походження майже завжди вдається виявити ділянки лівого шлуночка з розладами локальної скоротливості
3. Локальну скоротливість лівого шлуночка оцінюють за допомогою одновимірної ЕхоКГ (М-способ)
4. Нормальна скоротливість усіх стінок лівого шлуночка у хворого з бальовим синдромом виключає наявність IM
5. При IM можна виявити як акінез певної стінки, так і гіпокінез чи дискінез

1371. (С, ІІ) Яке з наведених нижче твердень щодо ЕхоКГ-обстеження при ІХС є правильним?

1. Під час нападу болів у серці ішемічного походження рідко вдається виявити ділянки лівого шлуночка з розладами локальної скоротливості
2. Локальну скоротливість лівого шлуночка оцінюють за допомогою одновимірної ЕхоКГ (М-способ)
3. Нормальна скоротливість усіх стінок лівого шлуночка у хворого з бальовим синдромом майже завждی виключає наявність IM
4. На IM вказує лише акінез певної стінки, а не її гіпокінез
5. Причиною розладів скоротливості окремого сегмента лівого шлуночка може бути лише ішемія міокарда

1372. (І, В) Яка з перерахованих ЕхоКГ-ознак не характерна для тетради Фалло:

1. Диллятація правого передсердя
2. Потовщення стінок правого шлуночка
3. Збільшення розмірів правого шлуночка порівняно з розмірами лівого шлуночка
4. Декстропозиція аорти
5. Розширення стовбура легеневої артерії

1373. (І, В) Вкажіть специфічну ЕхоКГ-ознаку аномалії Ебштейна:

1. Нерухома передня стулка мітрального клапана
2. Диллятація правих відділів серця



3. Недостатність аортального клапана
4. Недостатність клапана легеневої артерії
5. Зміщення стулок трикуспіdalного клапана до верхівки правого шлуночка

1374. (С, II, I, В) Вкажіть ЕхоКГ-ознаку, характерну для ізольованого стенозу легеневої артерії:

1. Диллятація лівого шлуночка
2. Недостатність трикуспіdalного клапана
3. Звуження вихідного відділу правого шлуночка та гіпертрофія його стінок
4. Гіоплазія правого шлуночка

1375. (С, II, I, В) При ЕхоКГ-дослідженні для природженого стенозу легеневої артерії не характерно:

1. Систолічне куполовидне випинання стулок клапана
2. Потовщення стулок клапана легеневої артерії
3. Потовщення міжшлуночкової перегородки
4. Розширення вихідного відділу правого шлуночка

1376. (С, II, I, В) Первинний дефект міжпередсердної перегородки – це:

1. Дефект, який є складовою частиною спільногого АВ каналу
2. Дефект у ділянці *fossa ovalis*
3. Високо розташований дефект
4. Септальний дефект коронарного синуса
5. Надгребінцевий дефект

1377. (С, II, I, В) Вторинний дефект міжпередсердної перегородки – це:

1. Дефект, який є складовою частиною спільногого АВ каналу
2. Дефект у ділянці *fossa ovalis*
3. Високорозташований дефект
4. Септальний дефект коронарного синуса
5. Надгребінцевий дефект

1378. (С, II, I, В) При ЕхоКГ-дослідженні для дефекту міжпередсердної перегородки не характерно:

1. Диллятація правого передсердя
2. Збільшення розмірів правого шлуночка
3. Відносна недостатність трикуспіdalного клапана
4. Парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки

5. Обмежена амплітуда руху стулок трикуспіdalного клапана

1379. (С, II, I, В) Дефект міжпередсердної перегородки типу *sinus venosus* – це:

1. Дефект, який є складовою частиною спільногого АВ каналу
2. Дефект у ділянці *fossa ovalis*
3. Дефект у ділянці верхньої або нижньої порожністей вен
4. Септальний дефект коронарного синуса
5. Надгребінцевий дефект

1380. (С, II, I, В) Вкажіть середній градієнт тиску між лівим передсердям та шлуночком при тяжкому мітральному стенозі за даними ЕхоКГ:

1. > 5 мм рт. ст.
2. > 10 мм рт. ст.
3. > 15 мм рт. ст.
4. > 20 мм рт. ст.

1381. (С, II, I, В) Вкажіть площину мітрального отвору при помірному мітральному стенозі за даними ЕхоКГ:

1. 1,0 см² і менше
2. 1,1–1,5 см²
3. 1,6–2,0 см²
4. 2,1–4,0 см²

1382. (С, II, В) Вкажіть площину мітрального отвору при легкому мітральному стенозі за даними ЕхоКГ:

1. 1,0 см² і менше
2. 1,1–1,5 см²
3. 1,6–2,0 см²
4. 2,1–4,0 см²

1383. (С, II, I, В) При якій площині мітрального отвору, визначеній ЕхоКГ-методом, як правило, ще немає клінічних проявів?

1. 1,0 см² і менше
2. 1,1–1,5 см²
3. більше 1,5 см²
4. 2,1–4,0 см²

1384. (С, II) Найінформативнішим методом ультразвукового дослідження хворих з недостатністю мітрального клапана є:

1. ЕхоКГ в М-режимі
2. Двовимірна ЕхоКГ
3. Допплерівська ЕхоКГ
4. Тканинна допплерографія міокарда



1385. (С, II, I, В) Ефективна площа отвору регургітації при важкій недостатності мітрального клапана становить:

1. < 0,2 см²
2. > 0,2 см²
3. < 0,4 см²
4. > 0,4 см²

1386. (С, II, I) З якого ЕхоКГ-доступу найкраще вдається виявити дефект міжпередсердної перегородки?

1. Парастернальний по довгій осі лівого шлуночка
2. Верхівковий чотирикамерний
3. Субкостальний чотирикамерний

1387. (С, II) Яке з наведених нижче тверджень щодо ЕхоКГ-діагностики тромбозу лівого шлуночка є хибним?

1. Більшість внутрішньошлуночкових тромбів виникають при передньому IM і розташовані в ділянці верхівки
2. Найчастіше тромби утворюються біля дискинетичних зон міокарда, які аневризматично випинаються
3. Після виникнення внутрішньосерцевого тромбозу тромбоемболічні ускладнення переважно виникають у перші три місяці
4. Двовимірна трансторакальна ЕхоКГ має низьку чутливість у діагностиці тромбів лівого шлуночка

1388. (С, II) У нормі об'єм крові, що притикає під час раннього діастолічного періоду з лівого передсердя в лівий шлуночок внаслідок градієнта тиску між ними, становить:

1. 20–30 %
2. 30–40 %
3. 40–60 %
4. 60–70 %
5. 50–90 %

1389. (С, II) Систолічний рух передньої стулки мітрального клапана при гіпертрофічній кардіоміопатії з обструкцією вихідного тракту лівого шлуночка на одновимірній ЕхоКГ:

1. П-подібний
2. М-подібний
3. Дуговидне прогинання вперед до міжшлуночкової перегородки
4. Дрібоамплітудне тріпотіння

1390. (ІІ, I, В) Яке з наведених нижче твер-

джень щодо septального дефекту коронарного синуса є хибним?

1. Немає покриття коронарного синуса в лівому передсерді
2. Часте поєдання з розщепленням передньої мітральної стулки і недостатністю мітрально-го клапана
3. Скидання крові з лівого передсердя в коронарний синус і далі в праве передсердя
4. Часте поєдання з персистуючою лівою верхньою порожнистою веною
5. Зумовлює об'ємне перевантаження правого шлуночка

1391. (С, II, I) Вкажіть форму руху стулок аортального клапана на одновимірній ЕхоКГ при гіпертрофічній кардіоміопатії з обструкцією вихідного тракту лівого шлуночка:

1. Зменшення амплітуди відкриття стулок аортального клапана
2. Середньосистолічне прикриття стулок аортального клапана
3. Збільшення амплітуди відкриття стулок аортального клапана
4. Ранньосистолічне прикриття стулок аортального клапана

1392. (ІІ, I, В) Яке з положень щодо ЕхоКГ-дослідження у випадках перикардиту є хибним?

1. Більш ніж в однієї третини хворих з клінічними ознаками перикардиту не вдається виявити рідину в порожнині перикарда
2. Невелика кількість рідини в порожнині перикарда не завжди вказує на його запалення
3. ЕхоКГ-обстеження дає можливість визначити тип рідини у порожнині перикарда (кров, гній, ексудат чи трансудат)
4. Про малу кількість рідини у порожнині перикарда (менше 100 мл) свідчить її наявність лише за задньою стінкою лівого шлуночка і сепарація листків, яка не перевищує 1 см

1393. (І, В) З яким із наведених нижче тверджень щодо ЕхоКГ-діагностики інфаркту правого шлуночка не погоджується?

1. У більшості випадків інфаркт правого шлуночка виникає в поєданні з передньоперегородковим інфарктом лівого шлуночка
2. Інфаркт правого шлуночка розвивається внаслідок обструкції проксимального відділу правої коронарної артерії



3. Ознаками інфаркту правого шлуночка є локальні розлади скоротливості стінок правого шлуночка, а також його дилатація
4. Тристулкова недостатність часто ускладнює великий інфаркт правого шлуночка

1394. (С) Який з наведених станів не може бути показанням до проведення стрес-ЕхоКГ?

1. Виявлення зони ішемії у хворого із середньою ймовірністю IХС та неінформативним навантажувальним ЕКГ-тестом
2. Оцінка життєздатності міокарда після перенесеного інфаркту
3. Оцінка важкості аортального стенозу при зниженні систолічній функції лівого шлуночка і низькому градієнті тиску
4. Виявлення багатосудинного ураження у хворих після перенесеного IM
5. Наявність зони акінезу у хворого з підоозрою на гострий IM

1395. (С, II, I) При якій хворобі серця виявляють передньосистолічний рух стулок мітрального клапана під час ЕхоКГ-обстеження?

1. Гіпертрофічна кардіоміопатія
2. Мітральний стено
3. Обрив передньої стулки мітрального клапана
4. Мітральна недостатність ревматичного походження
5. Синдром Марфана

1396. (С, II, I, В) Найповніше відображає насосну функцію серця за даними ЕхоКГ:

1. Кінцевосистолічний об'єм
2. Фракція викиду
3. КДО
4. Швидкість кровотоку у висхідному відділі аорти

1397. (С, II, I, В) Двостулковий аортальний клапан не може бути причиною:

1. Субаортального стенозу
2. Аортальної недостатності
3. Аневризми висхідного відділу аорти
4. Інфекційного ендокардиту
5. Кальцинову аортального клапана

1398. (II, I, В) ЕхоКГ-дослідження при гострому IM не дозволяє встановити:

1. Ділянки дискінезії міокарда лівого шлуночка
2. Зміни функціональних об'ємів лівого шлуночка
3. Зони компенсаторної гіперкінезії

4. Ступінь дисфункції мітрального клапана
5. Стадію хвороби

1399. (С, II) Найхарактерніший функціональний стан стінки лівого шлуночка при виникненні IM у протилежній до нього ділянці:

1. Дискінезія
2. Акінезія
3. Гіперкінезія
4. Парадоксальний рух

1400. (С, II, I) ЕхоКГ-ознака аневризми лівого шлуночка:

1. Систолічний парадоксальний рух стінки лівого шлуночка
2. Діастолічне випинання стінки лівого шлуночка
3. Акінезія стоншеної стінки лівого шлуночка
4. Систолічне і діастолічне випинання стоншеної стінки лівого шлуночка

1401. (С, II) На підставі яких ЕхоКГ-симптомів вдається достовірно відрізняти дилатаційну кардіоміопатію від дифузного кардіосклерозу атеросклеротичного генезу з дилатацією лівого шлуночка?

1. Надійних ЕхоКГ-критеріїв диференціальної діагностики цих двох хвороб не існує
2. Атеросклеротичні зміни висхідного відділу аорти
3. Наявність локальних зон гіпокінезу в лівому шлуночку
4. Кальцинос фіброзного кільця мітрального чи аортального клапана
5. Вираженість діастолічної дисфункції лівого шлуночка

1402. (С) Яку пробу не застосовують для провокації внутрішньошлуночкового (субаортального) градієнта тиску у хворого з гіпертрофічною кардіоміопатією під час ЕхоКГ-обстеження?

1. Проба Вальсальви
2. Калієва проба
3. Проба з фізичним навантаженням
4. Добутамінова проба

1403. (II, I, В) Вкажіть ЕхоКГ-ознаку, не характерну для IХС:

1. Підвищення екскурсії зовнішніх контурів серця
2. Збільшення функціональних об'ємів лівого шлуночка
3. Поява ділянок гіперкінезії



4. Поява ділянок гіпокінезії
5. Поєднання ділянок гіпокінезії та компенсаторного гіперкінезу

1404. (С, II, I) Найінформативніша ЕхоКГ-ознака зниження скоротливої функції міокарда у хворих на ІХС:

1. Зменшення КДО
2. Поява недостатності мітрального клапана
3. Розширення лівого передсердя
4. Поява недостатності трикуспіdalного клапана
5. Зменшення фракції викиду

1405. (II, I, В) Вкажіть ЕхоКГ-ознаку, яка не свідчить про зниження глобальної фракції викиду лівого шлуночка у хворих на ІХС:

1. Значне збільшення КСО і помірне збільшення КДО лівого шлуночка
2. Гіперкінез міжшлуночкової перегородки
3. Поява ділянок гіпокінезії
4. Поява зон дискінезії

1406. (С, II, I) У нормі частка крові, що притикає в лівий шлуночок під час фази систоли лівого передсердя, становить:

1. 10–20 %
2. 30–40 %
3. 50–60 %
4. 70–80 %

1407. (С, II, I, В) Допплер-ЕхоКГ-дослідження у хворих з коарктациєю аорти дає можливість встановити:

1. Ламінарний кровотік над аортальним клапаном
2. Турбулентний кровотік над аортальним клапаном
3. Прискорений турбулентний кровотік одразу нижче звуження аорти
4. Прискорений ламінарний кровотік над місцем стенозу аорти
5. Сповільнений турбулентний кровотік над місцем стенозу аорти

1408. (С, II) Виявленій ехонегативний простір між листками перикарда є жировою клітковиною, а не ексудатом, тому що:

1. Рівномірно розміщений довкола обох шлуночків серця
2. Його немає за правим передсердям при верхівковому чотирикамерному зображення
3. Він розташований за задньою стінкою лівого

шлуночка при скануванні з паракстернального доступу по короткій осі

4. У ньому видно ніжні ниточки і перегородки

1409. (С, II, I) Для визначення градієнта тиску на клапані при аортальному стенозі застосовують такий ЕхоКГ-способ:

1. Двовимірна ЕхоКГ
2. Одновимірна ЕхоКГ
3. Безперервно-хвильова допплерівська ЕхоКГ
4. Імпульсна допплерівська ЕхоКГ
5. Контрастна ЕхоКГ

1410. (С, II) Зону післяінфарктного кардіосклерозу розпізнають за такими ЕхоКГ-ознаками:

1. Гіпо- або акінезія стінки
2. Стоншення стінки
3. Зменшення або відсутність систолічного потовщення стінки
4. Гіперкінезія стінки

1411. (С, II, I, В) При ЕхоКГ-дослідженні для гіпертрофічної обструктивної кардіоміопатії характерні такі ознаки:

1. Зменшення порожнини лівого шлуночка
2. Асиметрична гіпертрофія міжшлуночкової перегородки
3. Передньосистолічний рух передньої стулки мітрального клапана
4. Діастолічна дисфункция лівого шлуночка
5. Розширення кореня аорти

1412. (I, В) Вкажіть ЕхоКГ-ознаку, не характерну для гіпертрофічної обструктивної кардіоміопатії:

1. Зменшення порожнини лівого шлуночка
2. Асиметрична гіпертрофія міжшлуночкової перегородки
3. Передньосистолічний рух передньої стулки мітрального клапана
4. Діастолічна дисфункция лівого шлуночка
5. Розширення кореня аорти

1413. (ІІ, I, В) Для тампонади серця не характерна така ЕхоКГ-ознака:

1. Наявність значної кількості рідини в порожнині перикарда
2. Западіння вільної стінки правого передсердя
3. Западіння вільної стінки правого шлуночка
4. Передній систолічний рух мітрального клапана



5. Респіраторні варіації трансмітрального потоку понад 25 %

1414. (С, II, I) При ЕхоКГ-дослідженні у пацієнта з гіпертонічною хворобою найчастіше спостерігається:

1. Ізольована гіпертрофія міжшлуночкової перегородки
2. Симетрична гіпертрофія лівого шлуночка
3. Парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки
4. Зменшення скоротливості окремих сегментів лівого шлуночка

1415. (С, II) ЕхоКГ-ознаками тампонади серця є всі, крім такої:

1. Наявність рідини у порожнині перикарда
2. Після глибого вдиху нижня порожниста вена спадається на 50 % або більше
3. На вдиху зменшується розмір лівого шлуночка і збільшується розмір правого шлуночка
4. Діастолічне западіння стінки правого передсердя
5. Діастолічне спадіння порожнини правого шлуночка

1416. (II, I, В) Яке з наведених нижче твердень щодо черезстравохідної ЕхоКГ у хворих на інфекційний ендокардит є неправильним?

1. Черезстравохідна ЕхоКГ дає можливість виявити клапанні вегетації у 95 % випадків інфекційного ендокардиту
2. Суттєва перевага черезстравохідної методики – можливість візуалізації маленьких вегетацій, які не перевищують 5 мм
3. За допомогою черезстравохідної методики не вдається розпізнати внутрішньосерцеві абсеси
4. Черезстравохідна ЕхоКГ набагато чутливіша за трансторакальну методику в розпізнаванні перфорацій на стулках клапанів

1417. (II, I, В) Яка ЕхоКГ-методика має найвищу чутливість у виявленні тромбів у вушку лівого передсердя?

1. Двовимірна трансторакальна ЕхоКГ
2. Черезстравохідна ЕхоКГ
3. Кольорова допплерографія кровопліну у вушку лівого передсердя
4. Тканинна допплерографія

1418. (С, II, I, В) При ЕхоКГ-дослідженні для диллятаційної кардіоміопатії не характерно:

1. Виражена диллятація порожнин серця
2. Тотальне зниження скоротливої здатності міокарда
3. Недостатність обох АВ клапанів
4. Кальциноз стулок і фіброзного кільця аортального клапана

1419. (II, I, В) В якій клінічній ситуації черезстравохідна ЕхоКГ не має суттєвих переваг перед трансторакальним методом?

1. Дрібні клапанні вегетації при інфекційному ендокардиті
2. Тромбоз лівого передсердя
3. Пухлини серця і прилеглих органів
4. Дисфункція протезованих клапанів
5. Тромбоз верхівки лівого шлуночка

1420. (С, II, I) Гемодинамічне значення пролапсу мітрального клапана залежить від:

1. Тривалості прогинання стулок
2. Об'єму мітральної регургітації
3. Ступеня пролабування передньої стулки
4. Пролабування обох стулок

1421. (I, В) ЕхоКГ-ознаками клапанного стенозу легеневої артерії є всі названі, крім такої:

1. Склероз і потовщення стулок клапана
2. Потовщення стінок правого шлуночка
3. Об'ємне перевантаження правого шлуночка
4. Постстенотичне розширення стовбура легеневої артерії
5. Прискорений турбулентний потік у легеневій артерії

1422. (I, В) ЕхоКГ-ознаки тристулкової недостатності включають всі вказані, крім такої:

1. Диллятація правого передсердя та правого шлуночка
2. Парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки
3. Розширення стовбура легеневої артерії
4. Систолічний зворотний потік у нижній порожністі вені
5. Розширення нижньої порожністі та печінкових вен

1423. (II, I, В) За даними ЕхоКГ при важкому стенозі трикусіпіdalного клапана середній градієнт тиску між правим передсердям і

**правим шлуночком становить:**

1. < 3 мм рт. ст.
2. > 3 мм рт. ст.
3. > 5 мм рт. ст.
4. Середній градієнт тиску між правими відділами серця не є критерієм діагностики стенозу трикуспіdalного клапана

1424. (С, II, I) З яких доступів проводять допплерівське ЕхоКГ-дослідження з метою діагностики відкритої артеріальної протоки?

1. Супрастернальний
2. Лівий парагастральний по короткій осі
3. Верхівковий

1425. (II, I, В) При відкритій артеріальній протоці кровотік з аорти в легеневу артерію найчастіше поширяється:

1. Уздовж передньої і бокової стінок стовбура легеневої артерії у напрямку до її клапана
2. Уздовж медіальної стінки стовбура легеневої артерії у напрямку до її клапана
3. У центрі стовбура легеневої артерії у напрямку до її клапана
4. В ліву гілку легеневої артерії

1426. (С, II, I, В) ЕхоКГ-ознаки аномалії Ебштейна:

1. Зміщення септальної стулки трикуспіdalного клапана до верхівки правого шлуночка більш ніж на 0,8 см/м²
2. Дисплазія септальної стулки трикуспіdalного клапана
3. Зворотний систолічний потік крові на трикуспіdalному клапані
4. Дилатація правого передсердя і правого шлуночка
5. Клапанний стеноз легеневої артерії

1427. (С, II, I, В) Допплерівське дослідження при коарктації аорти необхідно проводити:

1. Якщо не вдалося якісно візуалізувати коарктацію
2. За умови якісної візуалізації коарктациї, щоб оцінити градієнт тиску в місці звуження
3. Обидві відповіді неправильні

1428. (I, В) Ступінь прогинання стулок мітрального клапана при його помірному пролапсі становить:

1. 3–6 мм
2. 6–9 мм

3. 9–12 мм

4. > 12 мм

1429. (С, II, I, В) Коарктация аорти найчастіше поєднується з:

1. Двостулковим аортальним клапаном
2. Відкритою артеріальною протокою
3. Дефектом міжшлуночкової перегородки
4. Синдромом Марфана

1430. (II, I, В) Який режим допплер-ЕхоКГ звичайно застосовується для розрахунку площа мітрального отвору:

1. Постійно-хвильовий (безперервний)
2. Імпульсний
3. Кольоровий
4. Тканинний
5. Енергетичний

1431. (I, В) Вкажіть ЕхоКГ-ознаку не характерну для вторинного дефекту міжпередсердної перегородки:

1. Збільшення порожнин правого передсердя і правого шлуночка
2. Виявлення дефекту в середній частині міжпередсердної перегородки
3. Розщеплення передньої стулки мітрального клапана
4. Наявність частини міжпередсердної перегородки відразу над основою стулок обох АВ клапанів

1432. (С, II, I, В) В яких випадках може виникнути аортальна регургітація?

1. Склерозування та кальцифікація стулок аортального клапана
2. Високий дефект міжшлуночкової перегородки
3. Розширення кореня аорти
4. Інфекційний ендокардит аортального клапана
5. Відкрита артеріальна протока

1433. (II, I, В) При первинному дефекті міжпередсердної перегородки не виявляється така ЕхоКГ-ознака:

1. Збільшення порожнини правого шлуночка
2. Розширення стовбура легеневої артерії та її гілок
3. Структурно нормальній мітральний клапан
4. Парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки
5. Відсутність частини міжпередсердної перегородки відразу над основою стулок обох АВ клапанів



1434. (I, В) ЕхоКГ-дослідження протезованих клапанів серця включає оцінку:

1. Градієнта тиску
2. Ефективної площини отвору
3. Наявності регургітаційних струменів
4. Стану структур, що прилягають до протеза
5. Фракції викиду лівого шлуночка

1435. (С, II, I, В) Допплерівське ЕхоКГ-дослідження клапанних протезів серця не передбачає визначення такого показника:

1. Градієнта тиску через клапан
2. Наявності клапанної регургітації
3. Об'єму потоку крові через клапан
4. Ефективної площини отвору

1436. (С, II, I, В) Основні причини дисфункції протезованих клапанів серця:

1. Параклапанна регургітація
2. Інфекційний ендокардит
3. Розростання сполучної тканини (панус)
4. Тромбоз
5. Загострення ревмокардиту

1437. (I, В) Швидкість кровотоку через протезований клапан порівняно з кровотоком через нативний клапан:

1. Більша
2. Менша
3. Однакова

1438. (С, II, I, В) Недостатність мітрального клапана не може спостерігатися при такому ураженні:

1. Кальциноз мітрального кільця
2. Дилатаційна кардіоміопатія
3. Гіпертрофічна кардіоміопатія із субаортальним стенозом
4. Дефект міжшлуночкової перегородки
5. Інфаркт папілярного м'яза

1439. (II, I, В) При ЕхоКГ-дослідженні механічних клапанних протезів найкращим розташуванням датчика є таке, при якому ультразвуковий промінь проходить:

1. Уздовж осі протеза
2. Перпендикулярно до осі протеза
3. Розташування датчика не має значення

1440. (II, I, В) При ЕхоКГ-дослідженні біологічних протезів оптимальне розташування датчика – таке, при якому ультразвуковий промінь проходить:

1. Через поперечний зріз протеза
2. Перпендикулярно поперечному зрізу протеза
3. Обидві відповіді правильні
4. Обидві відповіді неправильні

1441. (II, I, В) Тромбози клапанних протезів можуть бути:

1. Внутрішньопередсердні і внутрішньошлуночкові
2. Внутрішньопротезні і зовнішньопротезні
3. З обмеженням руху замикальних елементів
4. Без обмеження руху замикальних елементів
5. Пов'язані з ураженням аорти і коронарних артерій

1442. (II, I, В) Утворення тромбів на стійках і манжеті клапанного протеза призводить до:

1. Порушення руху замикального елемента
2. Зменшення площин ефективного отвору протеза
3. Обидві відповіді неправильні

1443. (II, I, В) Вкажіть можливі причини парадоксального руху міжшлуночкової перегородки після протезування мітрального клапана:

1. Збільшення нормального систолічного руху всього серця в результаті перикардотомії
2. Розлади внутрішньошлуночкової провідності
3. Ішемія міжшлуночкової перегородки під час штучного кровообігу
4. Фібріляція передсердь

1444. (II, I, В) Парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки може виникнути внаслідок операції:

1. Протезування мітрального клапана
2. Протезування аортального клапана
3. Обидві відповіді неправильні

1445. (II, I, В) Для гіпертрофічної кардіоміопатії не характерна така ЕхоКГ-ознака:

1. Порожнина лівого шлуночка малих розмірів
2. Виражена асиметрична гіпертрофія стінок лівого шлуночка
3. Зниження діастолічної податливості лівого шлуночка
4. Середньосистолічне змикання стулок аортального клапана
5. Зменшення фракції викиду лівого шлуночка

1446. (С, II) Вкажіть основну допплерівську ЕхоКГ-ознаку, що свідчить про мітральну недостатність:

1. Патологічний діастолічний потік



2. Зменшення систолічного потоку у вихідному відділі лівого шлуночка
3. Систолічний турбулентний потік у лівому передсерді

1447. (С, II, I) Для пролапсу мітрального клапана характерно:

1. Прогинання стулок клапана в передсердя під час систоли
2. Передньосистолічний рух стулок клапана
3. Зменшення швидкості раннього діастолічного прикриття передньої стулки
4. Односторонній рух стулок під час діастоли

1448. (С, II, I, В) Інфекційний ендокардит може виникнути:

1. На тлі інфекційних клапанів серця
2. На тлі набутих клапанів вад
3. На тлі природжених клапанів вад
4. Як ускладнення внутрішньосерцевих операційних втручань
5. На тлі дефекту міжпередсердної перегородки

1449. (II, I, В) За даними ЕхоКГ-обстеження, для важкого аортального стенозу характерні такі ознаки:

1. Піковий градієнт тиску між лівим шлуночком та аортою понад 65 мм рт. ст.
2. Середній градієнт тиску між лівим шлуночком та аортою понад 45 мм рт. ст.
3. Площа аортального отвору менша 1 см²
4. Малорухомі, значно потовщені і/або кальциновані стулки клапана
5. Виражена дилатация порожнини лівого шлуночка (КДР більше 7,5 см)

1450. (I, В) ЕхоКГ-ознакаю аортального стенозу не є:

1. Збільшення правого шлуночка
2. Концентрична гіпертрофія лівого шлуночка
3. Потовщення та мала рухомість стулок аортального клапана
4. Постстенотична дилатация аорти
5. Прискорення трансаортального кровотоку

1451. (С, II, I, В) Для мітральної недостатності не характерні такі ЕхоКГ-ознаки:

1. Дилатация лівого шлуночка
2. Однакові об'єми систолічного трансаортально-го і діастолічного трансмітрального кровотоку
3. Збільшення лівого передсердя
4. Гіперкінез стінок лівого шлуночка

5. Збільшення амплітуди руху кореня аорти

1452. (І, В) У випадку рестриктивної кардіоміопатії на відміну від констриктивного перикардиту швидкість ранньодіастолічного руху кільця мітрального клапана Е', визначена методом тканинної допплерографії, повинна бути:

1. Нормальна
2. Знижена
3. Підвищена

1453. (І, В) У випадку псевдонормального типу трансмітрального потоку (ІІ тип діастолічної дисфункциї) на відміну від нормального типу потоку швидкість раннього діастолічного руху кільця мітрального клапана Е', визначена методом тканинної допплерографії, повинна бути:

1. Нормальна
2. Знижена
3. Підвищена

1454. (В) При дилатаційній кардіоміопатії за допомогою аналізу скорочення і релаксації лівого шлуночка методом тканинної імпульсно-хвильової допплерографії міокарда виявляють:

1. Зниження швидкості систолічного руху S
2. Зниження швидкості раннього діастолічного руху E'
3. Зниження швидкості пізнього діастолічного руху A'
4. Різке зниження як систолічної, так і діастолічних швидкостей

1455. (І, В) Швидкість раннього діастолічного руху латеральної частини кільця мітрального клапана, дослідженої за допомогою тканинної імпульсно-хвильової допплерографії, в нормі становить:

1. Не менше 8 см/с
2. Не менше 10 см/с
3. Менше 6 см/с
4. Не менше 12 см/с

1456. (І, В) Швидкість раннього діастолічного руху септальної частини кільця мітрального клапана, дослідженої за допомогою тканинної імпульсно-хвильової допплерографії, в нормі становить:



1. Не менше 8 см/с
2. Не менше 10 см/с
3. Менше 6 см/с
4. Не менше 12 см/с

1457. (І, В) Яке значення відношення ранньодіастолічної швидкості кровопливу через мітральний клапан та ранньодіастолічної швидкості руху його кільця (E/E') достовірно виявляє підвищення тиску наповнення лівого шлуночка:

1. Не більше 8
2. Не менше 10
3. Менше 6
4. Не менше 15

1458. (І, В) При дослідженні кінетики мітрального кільця за допомогою тканинної імпульснохвильової допплерографії в нормі реєструються такі хвилі:

1. Хвilia систолічного руху S
2. Хвilia пресистолічного руху
3. Хвilia раннього діастолічного руху E'
4. Хвilia діастолічного руху E
5. Хвilia пізнього діастолічного руху A'

1459. (І, В) Метод тканинної імпульсно-хвильової допплерографії дозволяє:

1. Оцінювати діастолічну функцію шлуночків серця
2. Досліджувати систолічну функцію шлуночків серця
3. Здійснювати диференціальну діагностику між констриктивним перикардитом і рестриктивною кардіоміопатією
4. Диференціювати активне скорочення міокарда від його пасивного зміщення

1460. (І, В) Яке значення систолічної швидкості руху кільця трикуспіdalного клапана, вимірюючи за допомогою тканинної імпульсно-хвильової допплерографії, виявляє систолічну дисфункцію правого шлуночка:

1. Не менше 12 см/с
2. Менше 10 см/с
3. Менше 16 см/с
4. Більше 5 см/с

1461. (С, II, I, В) При стенозі аортального клапану важкого ступеня площа його отвору становить:

1. 1,0–1,5 см²
2. < 1,0 см²
3. < 0,5 см²

1462. (С, II, I, В) При стенозі аортального клапана помірного ступеня площа його отвору становить:

1. > 1,5 см²
2. 1,0–1,5 см²
3. < 1,0 см²
4. < 0,5 см²

1463. (ІІ, I, В) При стенозі аортального клапана для визначення його площині отвору за рівнянням безперервності потоку використовують такі показники:

1. Діаметр вихідного тракту лівого шлуночка
2. Швидкість кровопливу у вихідному тракті лівого шлуночка, вимірюну за допомогою імпульснохвильової допплерографії
3. Швидкість кровопливу через аортальний клапан, вимірюну за допомогою постійнохвильової допплерографії
4. КДО та фракцію викиду лівого шлуночка
5. Діастолічну швидкість кровопливу через мітральний клапан, вимірюну за допомогою імпульснохвильової допплерографії

1464. (С, II, I, В) При важкому стенозі клапана легеневої артерії ліковий градієнт тиску між правим шлуночком та легеневою артерією становить:

1. > 24 мм рт. ст.
2. 36–64 мм рт. ст.
3. > 64 мм рт. ст.
4. > 100 мм рт. ст.

1465. (ІІ, I, В) Назвіть ЕхоКГ-показники, які використовують для оцінки систолічної функції правого шлуночка:

1. Амплітуда систолічної екскурсії кільця трикуспіdalного клапана визначена в М-режимі
2. Фракція вкорочення правого шлуночка визначена при двовимірній ЕхоКГ
3. Фракція викиду правого шлуночка визначена при двовимірній ЕхоКГ
4. Амплітуда систолічної хвилі кільця трикуспіdalного клапана визначена за допомогою тканинної імпульснохвильової допплерографії
5. Індекс Тей



1466. (ІІ, І, В) Яке значення амплітуди систолічної екскурсії кільця трикуспіdalного клапана визначене в М-режимі, вказує на наявність дисфункції правого шлуночка:

1. > 20 мм
2. > 16 мм
3. < 16 мм
4. < 6 мм

1467. (С, ІІ) Від чого залежить наявність дрібноамплітудного діастолічного тремтіння передньої мітральної стулки на одновимірній ехокардіограмі при аортальній недостатності?

1. Напрямок струменя регургітації
2. Інтенсивність струменя регургітації
3. Наявність кальцинатів на стулках клапана
4. Ступінь диллятації висхідного відділу аорти
5. Стан передньої мітральної стулки

1468. (С, ІІ) Важкість аортальної недостатності

характеризують такі допплерівські ЕхоКГ-параметри:

1. Ширина струменя регургітації
2. Площа аортального отвору
3. Час напівзниження (T 1/2) діастолічного градієнта між аортю і лівим шлуночком
4. Наявність ретроградного діастолічного кровотоку в низхідному відділі аорти

1469. (І, В) Для якісного проведення імпульсного доплер-ЕхоКГ-дослідження необхідно дотримання таких умов:

1. Принцип однонаправленості напрямку кровотоку й осі ультразвукового променя
2. При розбіжності осі кровотоку та ультразвукового променя введення поправки відповідно до косинуса цього кута
3. Використання двовимірної ЕхоКГ для орієнтації контрольного об'єму
4. Використання одновимірної ЕхоКГ для орієнтації контрольного об'єму



Розділ 13. ФУНКЦІОНАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИХАЛЬНОЇ ТА НЕРВОВОЇ СИСТЕМ

1470. (ІІ, І, В) Вкажіть показники легеневої вентиляції:

1. Частота дихання
2. Хвилинний об'єм дихання
3. Максимальна вентиляція легенів
4. ЖЕЛ
5. Парціальний тиск кисню

1471. (С, ІІ, І) Вкажіть статичні параметри зовнішнього дихання:

1. Дихальний об'єм
2. Резервний об'єм вдиху
3. Залишковий об'єм
4. ЖЕЛ
5. Загальна ємність легенів
6. Об'єм форсованого видиху

1472. (ІІ, І, В) Механіку дихання характеризують такі показники:

1. Бронхіальний опір
2. Розтяжність легенів
3. Внутрішньогрудний тиск
4. Робота дихання
5. Хвилинний об'єм дихання

1473. (С, ІІ, І, В) Кислотно-лужний стан крові характеризують:

1. pH крові
2. Парціальний тиск вуглекислого газу
3. Істинні (AB) і стандартні (SB) гідрокарбонати
4. Дефіцит буферних основ (BE)
5. Буферні основи (BB)
6. Рівень натрію в крові

1474. (С, ІІ, І) Спірографія – це метод:

1. Вивчення газообміну
2. Вивчення легеневої вентиляції
3. Вивчення газообміну і зовнішнього дихання в процесі навантаження
4. Графічної реєстрації споживання кисню і виділення вуглекислоти
5. Графічної реєстрації дихальних об'ємів та зміни їх у часі

1475. (І, В) Методом спірографії можуть бути визначені:

1. Споживання кисню
2. Частота дихання
3. Хвилинний об'єм дихання
4. Кисневий борг
5. Витрати енергії
6. Статичні параметри зовнішнього дихання

1476. (І, В) Метод спірографії дозволяє вивчити:

1. Газообмін і легеневу вентиляцію при фізично-му навантаженні
2. Показники механіки дихання
3. Газовий склад крові
4. Кислотно-лужний стан крові
5. Статичні параметри зовнішнього дихання

1477. (С, ІІ, І) На показники легеневих об'ємів і легеневої вентиляції впливають:

1. Маса тіла
2. Вік
3. Зріст
4. Тренованість
5. Положення тіла
6. Частота синусового ритму

1478. (І, В) Хвороби, при яких може формуватися хронічне легеневе серце:

1. Емфізема легень, пневмосклероз
2. Ваксуліти малого кола кровообігу
3. Дефект міжшлуночкової перегородки
4. Гіпертонічна хвороба
5. Деформація грудної клітки

1479. (С, ІІ, І, В) ЖЕЛ – це:

1. Максимальний об'єм, який можна вдихнути після звичайного видиху
2. Середній об'єм повітря під час дихання у стані спокою
3. Максимальний об'єм, який можна вдихнути після максимального видиху
4. Максимальний об'єм повітря, який може бути провентильований легенями за 1 хв

1480. (С, ІІ, І, В) ЖЕЛ дорослої людини у нормі становить:

1. 300–500 мл



2. 1000–1500 мл
3. 3000–5000 мл
4. 7000–9000 мл

1481. (І, В) Механізми ядух при бронхіальній астмі?

1. Набряк слизової бронхів
2. Альвеолярний набряк
3. Бронхоспазм
4. Підвищення секреції слизу
5. Порушення видалення мокроти

1482. (С, ІІ, І, В) Механізм дії сальбутамолу:

1. Зниження тонусу вагусу
2. Стимуляція бета-2-рецепторів
3. Блокада альфа-рецепторів
4. Блокада гістамінорецепторів
5. Безпосередній вплив на гладку мускулатуру бронхів

1483. (С, ІІ, І, В) У хворих з емфіземою легень збільшується:

1. ЖЕЛ
2. Дихальний об'єм
3. Максимальна вентиляція легень
4. Остаточний об'єм легень
5. Вміст кисню в альвеолярному повітрі

1484. (С, ІІ, І, В) Форсовану ЖЕЛ оцінюють при:

1. Форсованому видиху після максимальної вентиляції легень
2. Форсованому видиху після максимального вдиху
3. Диханні на тлі форсованого фізичного навантаження
4. Визначенні основного обміну

1485. (С, ІІ, І, В) Форсована ЖЕЛ у нормі:

1. 50–60 % ЖЕЛ
2. 70–80 % ЖЕЛ
3. 100 % ЖЕЛ
4. 100–110 % ЖЕЛ

1486. (С, ІІ, І, В) Максимальна вентиляція легень – це:

1. Максимальний об'єм повітря, який може бути провентильований легенями за 1 хв
2. Максимальна сума, розрахована при окремому виконанні глибокого вдиху та глибокого видиху
3. Максимальний об'єм глибокого вдиху після виконання глибокого видиху

1487. (С, ІІ, І, В) Максимальна вентиляція легень у нормі:

1. 30–40 л
2. 50–180 л
3. 200–250 % ЖЕЛ
4. 50–60 л/с

1488. (С, ІІ, І, В) ОФВ1 у дорослої здорової людини:

1. Не більше 400–500 мл
2. Не менше 70 % форсованої ЖЕЛ
3. Не менше 95 % форсованої ЖЕЛ
4. Залежить від частоти дихальних маневрів пацієнта

1489. (С, ІІ, І, В) Формула розрахунку індексу Тиффено:

1. ОФВ / ФЖЕЛ × 100 %
2. ОФВ1 / ЖЕЛ × 100 %
3. ФЖЕЛ / ОФВ1 / 100 %
4. ЖЕЛ / ОФВ1 × 100 %

1490. (С, ІІ, І, В) Який показник визначають за допомогою пікфлюметрії?

1. Форсована життєва ємкість легень
2. Пікова об'ємна швидкість
3. ОФВ1
4. Миттєва об'ємна швидкість 50
5. Максимальна вентиляція легень

1491. (С, ІІ, І, В) Частотний діапазон альфа-активності головного мозку:

1. 0–3 Гц
2. 4–7 Гц
3. 8–12 Гц
4. 13–30 Гц

1492. (С, ІІ, І, В) Частотний діапазон бета-активності головного мозку:

1. 0–3 Гц
2. 4–7 Гц
3. 8–12 Гц
4. 13–30 Гц

1493. (С, ІІ, І, В) Частотний діапазон тета-активності головного мозку:

1. 0–3 Гц
2. 4–7 Гц
3. 8–12 Гц
4. 13–30 Гц



1494. (С, II, I, В) Частотний діапазон дельта-активності головного мозку:

1. 0–3 Гц
2. 4–7 Гц
3. 8–12 Гц
4. 13–30 Гц

1495. (С, II, I, В) Зоною найкращого виявлення мю-ритму при реєстрації ЕЕГ є:

1. Лобні відведення
2. Скроневі відведення
3. Центральні відведення
4. Тім'яно-потиличні відведення

1496. (С, II, I, В) Зоною найкращого виявлення альфа-ритму при реєстрації ЕЕГ є:

1. Лобні відведення
2. Скроневі відведення
3. Центральні відведення
4. Тім'яно-потиличні відведення

1497. (С, II, I, В) Найкращою умовою реєстрації альфа-ритму при реєстрації ЕЕГ є:

1. Звукова стимуляція
2. М'язове розслаблення
3. Заплющені очі
4. Розумове напруження

1498. (С, II, I, В) Необхідною умовою реєстрації мю-ритму при реєстрації ЕЕГ є:

1. Звукова стимуляція
2. М'язове розслаблення
3. Заплющені очі
4. Розумове напруження

1499. (С, II, I, В) Вираженість бета-активності на ЕЕГ зростає при:

1. Адаптації до темряви
2. М'язовому розслабленні
3. Заплющених очах
4. Розумовому напруженні

1500. (С, II, I, В) Вкажіть функціональні навантажувальні проби, які використовують при реєстрації ЕЕГ:

1. Проба з гіпервентиляцією
2. Проба з добутаміном
3. Проба з ритмичною фотостимуляцією

4. Проба з дарсонвалізацією

1501. (С, II, I, В) Поява бреш-ритмів (breach rhythms) на ЕЕГ зумовлена:

1. Дефектами в кістках черепа
2. Електричним пробоєм при пароксизмах спайків
3. Різкою зміною базового імпедансу
4. Наявністю металевих зубних протезів

1502. (С, II, I, В) Біологічні артефакти на ЕЕГ:

1. Окулографічний
2. Реографічний
3. ЕКГ-артефакт
4. Електродний
5. Міографічний

1503. (С, II, I, В) Епілептиформні графоелементи на ЕЕГ:

1. Спайк, гостра хвиля
2. Комплекс спайк – повільна хвиля
3. Комплекс поліспайк – повільна хвиля
4. К-комплекс
5. Комплекс гостра хвиля – повільна хвиля
6. Вертекс-потенціал

1504. (С, II, I, В) Типова частотна характеристика для комплексів спайк – повільна хвиля:

1. 0,5–1 Гц
2. 3 Гц
3. 10 Гц
4. 20 Гц

1505. (С, II, I, В) Відведення ЕЕГ, присутні у біополярному сагітальному монтажі:

1. C3 – A1, C4 – A2
2. O1 – A0, O2 – A0
3. T4 – C4; T3 – C3
4. P3 – C3; P4 – C4
5. Fp1 – Fp2, Fp1 – A1

1506. (С, II, I, В) Відведення ЕЕГ, присутні у монополярному монтажі з інсилатеральними вушними референтами:

1. C3 – A1, C4 – A2
2. O1 – A0, O2 – A0
3. T4 – C4; T3 – C3
4. P3 – C3; P4 – C4
5. Fp1 – Fp2, Fp1 – A1



1507. (C, II, I, В) Фази повільнохвильової стадії сну (за Dement і Klement):

1. I фаза – дрімota
2. II фаза – поверхневий сон
3. III фаза – глибокий сон
4. IV фаза – дуже глибокий сон
5. V фаза – REM-сон

1508. (C, II, I, В) Ознаки, характерні для настання REM-сну:

1. Домінуюча високоамплітудна дельта-активність
2. Десинхронізація з появою швидкохвильової активності
3. Веретена сну
4. Швидкі рухи очей



Розділ 14. ІНШІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕРЦЯ ТА СУДИН

1509. (С, II, I, В) ХМ ЕКГ:

1. Переривчасте моніторування ЕКГ протягом визначеного проміжку часу
2. Безперервне моніторування ЕКГ протягом не-визначеного проміжку часу
3. Безперервне моніторування ЕКГ протягом 24–48 год
4. Моніторування ЕКГ у реальному часі

1510. (С, II, I, В) Подійне моніторування ЕКГ:

1. Моніторування ЕКГ з активацією монітора пасажиром або автоматичною активацією
2. Переривчасте моніторування ЕКГ протягом визначеного проміжку часу
3. Безперервне моніторування ЕКГ протягом 24–48 год
4. Моніторування ЕКГ у реальному часі

1511. (С, II, I, В) Петльове моніторування ЕКГ:

1. Моніторування ЕКГ протягом короткого проміжку часу
2. Безперервне моніторування ЕКГ протягом 24–48 год
3. Автоматична реєстрація ЕКГ протягом певного періоду до і після активації монітора
4. Моніторування ЕКГ у реальному часі

1512. (С, II, I, В) Кількість відведень, у яких за-звичай здійснюють ХМ ЕКГ:

1. 1
2. 2–3
3. 6
4. 12

1513. (С, II, I, В) Відведення, які найчастіше ви-користовують при ХМ ЕКГ:

1. II і V₅
2. II і V₁
3. CM₁ і CM₅
4. X, Y, X
5. D, A, I

1514. (С, II, I, В) Функціональна проба на по-чатку ХМ ЕКГ:

1. Велоергометричне дослідження

2. Проба з атропіном

3. Глибоке дихання
4. Зміна положення тіла пацієнта

1515. (С, II, I) Оптимальна методика монітору-вання ЕКГ для діагностики аритмій, які вини-кають щодня:

1. ХМ ЕКГ протягом 24 год
2. ХМ ЕКГ протягом 48 год
3. Подійне моніторування ЕКГ
4. Госпітальна телеметрія

1516. (С, II, I) Оптимальна методика діагнос-тики аритмій, коли симптоми виникають один раз на місяць:

1. ХМ ЕКГ протягом 24 год
2. ХМ ЕКГ протягом 48 год
3. Подійне моніторування ЕКГ
4. Госпітальна телеметрія

1517. (С, II, I, В) У здорових осіб при ХМ ЕКГ можуть зустрічатися:

1. АВ блокада II ступеня 2-го типу
2. Епізоди брадикардії з тривалістю інтервалу R-R 1,8 с
3. Поодинокі пробіжки шлуночкової тахікардії
4. Шлуночкові екстрасистоли з періодичністю 30 на 1 год

1518. (С, II, I, В) Нормальне відношення ЧСС в активний і пасивний періоди доби:

1. 1,22–1,45
2. 1,1–1,22
3. 1,45–1,55
4. 1,1–1,55

1519. (С, II, I, В) Вкажіть безсимптомні аритмії, виявлені при ХМ ЕКГ, які не дозволяють вва-жати пацієнта здоровим:

1. Передсердна екстрасистолія
2. Шлуночкова екстрасистолія, короткі парокси-зми шлуночкової тахікардії
3. Синусова аритмія з різницею між сусідніми інтервалами R-R до 50 %
4. АВ блокада II ступеня 2-го типу

**1520. (C, II, I, B) Фізіологічне значення показника SDNN:**

1. Активність симпатичного відділу вегетативної нервової системи
2. Активність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи
3. Вегетативний баланс загалом
4. Коливання ЧСС, пов'язані з фазами дихання

1521. (C, II, I, B) Критерій можливої дисфункції синусового вузла при ХМ ЕКГ:

1. Середньодобова ЧСС менше 50, мінімальна – менше 40, під час фізичних навантажень – менше 90 за 1 хв
2. Середньодобова ЧСС менше 60, мінімальна – менше 50, під час фізичних навантажень – менше 100 за 1 хв
3. Середньодобова ЧСС менше 70, мінімальна – менше 60, під час фізичних навантажень – менше 110 за 1 хв
4. Післятахікардичні паузи тривалістю понад 1,5 с

1522. (C, II, I, B) Імовірні причини втрати свідомості, які діагностуються при ХМ ЕКГ:

1. Пасивні ектопічні ритми з ЧСС менше 50 за 1 хв
2. Прискорений ідіовентрикулярний ритм
3. Прискорений ритм з АВ сполучення
4. Фібриляція передсердь з періодами асистолії > 2,5 с

1523. (C, II, I, B) Для стратифікації ризику раптової серцевої смерті у післяінфарктних хворих із зниженою фракцією викиду лівого шлуночка найбільше значення мають такі результати ХМ ЕКГ:

1. 1000 мономорфних поодиноких шлуночкових екстрасистол
2. 1000 мономорфних шлуночкових екстрасистол з періодами бігемінії
3. 500 поліморфних шлуночкових екстрасистол
4. SDNN < 50 мс

1524. (C, II, I, B) З метою стратифікації ризику раптової серцевої смерті ХМ ЕКГ показане у хворих без симптомів аритмії при таких станах:

1. Післяінфарктний кардіосклероз
2. Серцева недостатність у хворих із збереженим синусовим ритмом
3. Серцева недостатність у хворих з постійною формою миготливої аритмії

4. Гіпертрофічна кардіоміопатія

5. Не показане при жодному із вказаних станів

1525. (C, II, I, B) Критерії ефективності лікування шлуночкових аритмій:

1. Зменшення загальної кількості екстрасистол на 75 %
2. Зменшення кількості парних екстрасистол на 90 %
3. Повне зникнення епізодів шлуночкової тахікардії
4. Зменшення кількості епізодів шлуночкової тахікардії на 50 %

1526. (C, II, I) Хвилинний об'єм кровообігу можна визначити формулою:

1. Ударний об'єм × ЧСС
2. ЗПО / ЧСС
3. ЧСС × САТ
4. ДАТ + 1/3 АТ пульсового

1527. (I, B) Середньодинамічний АТ – це:

1. САТ – ДАТ
2. ДАТ + АТ пульсовий
3. ДАТ + 1/3 АТ пульсового
4. Хвилинний об'єм кровообігу / ЧСС
5. ЗПО / Площа поверхні тіла

1528. (I, B) При стенозі гирла аорти можна спостерігати:

1. Подовження фази ізометричного скорочення і нормальній період вигнання
2. Зменшення фази ізометричного скорочення і нормальній період вигнання
3. Деяке зменшення фази ізометричного скорочення і подовження періоду вигнання

1529. (C, II, I) ХМ ЕКГ – це метод вибору з метою діагностики ішемії міокарда при таких клінічних ситуаціях:

1. Післяінфарктний кардіосклероз
2. Вазоспастична стенокардія
3. Стабільна стенокардія напруження
4. Прогресуюча стенокардія

1530. (C, II) Вкажіть нормальну величину серцевого індексу:

1. 6,4 л/хв/м²
2. 7,0 л/хв/м²
3. 3,5 л/хв/м²
4. 5,7 л/хв/м²



1531. (С, II, I) Вкажіть нормальну величину ударного індексу:

1. 150 мл/м²
2. 25 мл/м²
3. 50 мл/м²
4. 125 мл/м²

1532. (С, II) Перший крок діагностичного пошуку в пацієнтів з болями ангіозного характеру, без змін на ЕКГ у спокой:

1. Стрес-ЕхоКГ з добутаміном
2. Коронарна ангіографія
3. ХМ ЕКГ
4. Велоергометрична проба

1533. (С, II, I) Критерії діагностики ішемії при ХМ ЕКГ:

1. Амплітуда депресії сегмента ST на відстані 60 мс від точки J – не менше 1 мм
2. Тривалість депресії сегмента ST – принаймні 1 хв
3. Тривалість періоду між послідовними епізодами – не менше 1 хв
4. Жоден з перерахованих критеріїв

1534. (С, II, I) Вкажіть нормальні величини ЗПО:

1. 800–1500 дин·с·см⁻⁵
2. 1500–2500 дин·с·см⁻⁵
3. 2500–3000 дин·с·см⁻⁵
4. 3000–3500 дин·с·см⁻⁵

1535. (С, II, I) Реовазограма при гіпотонії артеріальних судин кінцівок характеризується:

1. Високою амплітудою
2. Круглою анакротою
3. Гострою вершиною
4. Чіткою інцизурою в нижній частині реограми
5. Високою дикротичною хвилею

1536. (I, В) Підвищення діастолічного тиску в легеневій артерії понад 20 мм рт. ст. у хворих з гострим ІМ свідчить про:

1. Появу ознак лівошлуночкової недостатності
2. Легеневу гіпертензію
3. Інфаркт правого шлуночка
4. Інфаркт правого передсердя

1537. (С, II, I) Загальний тягар ішемії:

1. Загальна тривалість епізодів болювої ішемії
2. Загальна тривалість епізодів безболової ішемії
3. Загальна тривалість усіх епізодів ішемії
4. Тривалість і глибина депресії сегмента ST

1538. (С, II, I, В) Цільові середні показники АТ за добу при добовому моніторуванні АТ:

1. < 140/90 мм рт. ст.
2. < 135/85 мм рт. ст.
3. < 130/80 мм рт. ст.
4. Не визначені в існуючих терапевтичних стандартах

1539. (С, II, I, В) Еталонним методом діагностики артеріальної гіпертензії є:

1. Офісне (клінічне) вимірювання АТ
2. Самостійне вимірювання АТ пацієнтом
3. Добове моніторування АТ
4. Жоден з перерахованих методів

1540. (С, II, I, В) Визначення гіпертензії при клінічному (офісному) вимірюванні АТ:

1. Не менше 160/95 мм рт. ст.
2. Не менше 140/90 мм рт. ст.
3. Не менше 135/85 мм рт. ст.
4. Не менше 125/80 мм рт. ст.

1541. (С, II, I) Розмір серцевого викиду при гіперкінетичному типі гемодинаміки:

1. Залишається в межах норми
2. Може знижуватися
3. Збільшується

1542. (I, В) При збільшенні КДО та сталій величині КСО лівого шлуночка серцевий викид:

1. Не зміниться
2. Зменшиться
3. Збільшиться
4. Серцевий викид не залежить від об'ємів лівого шлуночка

1543. (I, В) Зменшення хвилинного об'єму кровообігу при проведенні проби з фізичним навантаженням є:

1. Варіантом норми
2. Проявом зниження скоротливої функції серця
3. Варіантом компенсації при тахікардії
4. Результатом зниження судинного тонусу

1544. (II, I, В) Поява на об'ємній реограмі пресистолічної хвилі, утворення діастолічного плато і збільшення діастолічного індексу свідчить про:

1. Підвищення судинного тонусу
2. Зниження судинного тонусу
3. Спovільнення венозного відтоку
4. Варіант норми



1545. (II, I, В) Реографічний індекс на гомілці у здорових осіб до 40 років:

1. 0,2–0,4
2. 0,5–0,7
3. 0,8–1,2
4. 1,3–2,0

1546. (II, I, В) Реографічний індекс на стопі у здорових осіб до 40 років:

1. 0,2–0,5
2. 0,6–0,9
3. 1,0–1,3
4. 1,4–2,0

1547. (II, I, В) Зменшення крутизни підйому, амплітуди об'ємної реограми та тривалості інтервалу Q–A і збільшення фази швидкого наповнення свідчить про:

1. Підвищення судинного тонусу
2. Зниження судинного тонусу
3. Порушення венозного відтоку
4. Зниження скоротливої функції міокарда

1548. (II, I, В) Реограма при спазмі артеріальних судин характеризується:

1. Зниженням амплітуди
2. Сплющеннем вершини
3. Згладженістю та високим розташуванням інцизури
4. Збільшенням часу кровонаповнення
5. Підвищенням швидкості кровонаповнення

1549. (I, В) Позитивна фаза диференціальної реограми характеризує:

1. Об'ємну швидкість притоку
2. Лінійну швидкість притоку
3. Об'ємну швидкість відтоку
4. Лінійну швидкість відтоку

1550. (II, I, В) Негативна фаза диференціальної реограми характеризує:

1. Об'ємну швидкість притоку
2. Лінійну швидкість притоку
3. Об'ємну швидкість відтоку
4. Лінійну швидкість відтоку

1551. (С, II, I, В) Визначення гіпертензії при інтерпретації середньодобових даних амбулаторного моніторування АТ:

1. Не менше 160/95 мм рт. ст.
2. Не менше 140/90 мм рт. ст.
3. Не менше 135/85 мм рт. ст.
4. Не менше 130/80 мм рт. ст.

1552. (С, II, I) Індекс часу при добовому моніторуванні АТ:

1. Відсоток вимірювань, коли АТ у межах норми
2. Відсоток вимірювань, коли АТ підвищений
3. Загальна тривалість періоду, коли рівень АТ підвищений
4. Тривалість і ступінь підвищення АТ

1553. (С, II, I, В) Оптимальне зниження АТ в пасивний період доби:

1. 0–10 %
2. 10–20 %
3. > 20 %
4. < 0 %

1554. (С, II, I) Фактор формування уражень органів–мішеней при добовому моніторуванні АТ:

1. Відсутність зниження АТ в пасивний період доби, порівняно з активним
2. Підвищення АТ в активний період доби, по-рівняно з пасивним
3. Варіабельність САТ менше 15 мм рт. ст.
4. Варіабельність ДАТ менше 12 мм рт. ст.

1555. (II, I, В) При атеросклеротичному ураженні судин кінцівок реєструється:

1. Зменшення амплітуди реографічної кривої
2. Зменшення реографічного індексу
3. Збільшення тривалості інтервалу до початку кривої реограми відносно ЕКГ
4. Збільшення швидкості кровонаповнення

1556. (С, II) Амплітуда реовазограми при атеросклерозі периферичних судин:

1. Зменшується
2. Збільшується
3. Не змінюється

1557. (С, II, I) При підвищенні тонусу судин тривалість фази швидкого кровонаповнення за даними реографії:

1. Зменшується
2. Збільшується
3. Не змінюється

1558. (С, II, I) Оптимальна частота вимірювання АТ при здійсненні добового моніторування:

1. 2 за 1 год в активний період
2. 2 за 1 год в пасивний період
3. 4 за 1 год в активний період
4. 4 за 1 год в пасивний період



1559. (С, II, I) Оптимальний час початку добового моніторування АТ для отримання найповнішої інформації про його динаміку у «вразливий період»:

1. 6.00
2. 9.00
3. 12.00
4. 15.00

1560. (II, I, В) При зниженні судинного тонусу V_{max} швидкого кровонаповнення за даними реозвазографії:

1. Збільшується
2. Не змінюється
3. Зменшується

1561. (С, II, I, В) При зниженні судинного тонусу час повільного кровонаповнення за даними реозвазографії:

1. Збільшується
2. Не змінюється
3. Зменшується

1562. (I, В) У нормі при катетеризації правого серця тиск у капілярах легенів наближається до тиску в:

1. Легеневій артерії
2. Лівому передсерді в діастолу
3. Правому передсерді
4. Правому шлуночку

1563. (II, I, В) Вкажіть найбільш достовірний показник гемодинаміки для оцінки функції лівого шлуночка:

1. КДО
2. Хвилинний об'єм кровообігу
3. САТ
4. Центральний венозний тиск
5. Фракція вигнання

1564. (В) Метод сцинтиграфії міокарда з Тl-201 базується на властивості:

1. Радіонукліда накопичуватися в зонах асинергії
2. Інтактного міокарда активно накопичувати Тl-201
3. Радіоізотопа підвищувати проникність мембрани кардіоміоцитів

1565. (I, В) За допомогою радіонуклідної вентрикулографії можна визначити показники:

1. Центральної гемодинаміки
2. Внутрішньосерцевої гемодинаміки
3. Регіонарної гемодинаміки

4. Діастолічної функції серця
5. Систолічної функції серця
6. Товщину стінок шлуночків серця

1566. (I, В) Вкажіть нормальні величини тиску заклинивання в капілярах легенів:

1. 8–12 мм рт. ст.
2. 35–40 мм рт. ст.
3. 40–50 мм рт. ст.
4. 50–70 мм рт. ст.

1567. (I, В) Для діагностики внутрішньосерцевих шунтів застосовуються всі зазначені методи дослідження, за винятком:

1. Реографії
2. Контрастної вентрикулографії
3. Черезстравохідної ЕхоКГ
4. Катетеризації порожнин серця і легеневої артерії

1568. (I, В) Метод сцинтиграфії міокарда з Тl-201 дозволяє визначити:

1. Наявність і локалізацію зон міокарда з порушеню перфузією
2. Функціональний стан міокарда
3. Гемодинамічну продуктивність міокарда

1569. (I, В) Динаміку функціональних об'ємів лівого шлуночка варто розцінити як компенсаторну при:

1. Підвищенні КДО і зниженні КСО
2. Відсутності змін КДО і зниженні КСО
3. Більшому зниженні КСО, ніж КДО, і збільшенні серцевого викиду
4. Підвищенні КДО і КСО

1570. (I, В) Вкажіть показники радіонуклідної вентрикулографії, що характеризують скротливу здатність міокарда:

1. Швидкість циркуляторного вкорочення волокон міокарда
2. КСО
3. Середня нормалізована швидкість систолічного вигнання
4. Загальна фракція вигнання
5. Тривалість періоду наповнення шлуночків серця

1571. (I, В) Тиск заклинивання в легеневих капілярах визначають з метою:

1. Розрахунку хвилинного об'єму кровообігу
2. Визначення кінцево-діастолічного тиску в лівому шлуночку
3. Визначення ударного об'єму правого шлуночка
4. Визначення ударного об'єму лівого шлуночка



1572. (І, В) За допомогою радіонуклідної артоартеріографії можна діагностувати:

1. Коарктацію аорти
2. Оклюзію сонної артерії
3. Стеноз ниркової артерії
4. Аневризму висхідної аорти
5. Дефект міжпередсердної перегородки

1573. (ІІ, І, В) Абсолютним противоказанням до коронаровентрикулографії є:

1. Порушення ритму і провідності
2. Гострий ІМ
3. Підвищена чутливість до препаратів, що вміщують йод
4. Артеріальна гіпертензія
5. Цукровий діабет

1574. (І, В) Коронароангіографія не дозволяє точно встановити:

1. Внутрішні розміри серця
2. Локалізацію стенозу коронарної артерії
3. Ступінь стенозу коронарної артерії
4. Поширеність атеросклеротичного ураження
5. Тип коронарного кровообігу

1575. (І, В) У нормі кінцеводіастолічний тиск у лівому шлуночку становить:

1. 8–12 мм рт. ст.
2. 15–25 мм рт. ст.
3. 25–40 мм рт. ст.
4. 40–50 мм рт. ст.

1576. (ІІ, І, В) САТ у легеневій артерії в нормі становить:

1. 5–10 мм рт. ст.
2. 11–15 мм рт. ст.
3. 16–30 мм рт. ст.
4. 31–45 мм рт. ст.
5. 46–60 мм рт. ст.

1577. (ІІ, І, В) Центральний венозний тиск у нормі становить:

1. 0–60 мл водн. ст.
2. 60–120 мм водн. ст.
3. 120–180 мм водн. ст.
4. 180–240 мм водн. ст.
5. 240–300 мм водн. ст.

1578. (С, ІІ, І, В) Гемодинамічно вагомим стенозом вважається обструкція коронарної артерії на:

1. 40–50 %
2. 50–65 %

3. 65–75 %
4. 75–85 %

1579. (С, ІІ, І, В) Характеристику коронарного русла при коронарографії проводять за такими магістральними артеріями:

1. Ліва низхідна артерія
2. Ліва огинаюча артерія
3. Права коронарна артерія
4. Стовбур лівої коронарної артерії
5. Артерія тупого краю серця

1580. (С, ІІ, І, В) Протипоказання до проведення коронарографії:

1. Пропасция
2. Гіперчутливість до препаратів йоду
3. Гостре порушення мозкового кровообігу
4. Нестабільна стенокардія

1581. (С, ІІ, І, В) Можливі типи коронарного кровообігу:

1. Лівий
2. Правий
3. Збалансований
4. Невизначений

1582. (С, ІІ) Коронарографія дозволяє визначити:

1. Тип коронарного кровообігу
2. Локалізацію, ступінь і поширеність атеросклеротичного ураження вінцевих артерій серця
3. Наявність або відсутність стенозів і оклюзій коронарних артерій
4. Наявність колaterалей
5. Коронарний резерв

1583. (С, ІІ, І, В) Прогностично найбільш несприятливим атеросклеротичним ураженням є ураження:

1. Огинаючої гілки лівої коронарної артерії
2. Задньої міжшлуночкової гілки
3. Правої коронарної артерії
4. Стовбура лівої коронарної артерії
5. Передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії

1584. (С, ІІ) Диференціальну діагностику змін на реоенцефалограмі дозволяє здійснити:

1. Аналіз катакроти
2. Аналіз анакроти
3. Запис додаткового відведення зі скроневої ділянки голови
4. Проведення функціональних тестів



1585. (C, II, I, В) Венозна система головного мозку характеризується такими властивостями:

1. Автономність
2. Наявність клапанів
3. Функціональна єдність мозкових вен із зовнішньочерепними венами
4. Трифазний допплерівський спектр кровопливу

1586. (C, II, I, В) Діастолічний тиск у легеневій артерії в нормі становить:

1. 2–5 мм рт. ст.
2. 5–10 мм рт. ст.
3. 10–25 мм рт. ст.
4. 25–30 мм рт. ст.
5. 30–50 мм рт. ст.

1587. (C, II, I) При порушенні венозного відтоку об'ємна реографічна крива характеризується такими ознаками:

1. Збільшення амплітуди дикротичної хвилі
2. Утворення діастолічного плато
3. Укорочення інтервалу Q-A
4. Поява пресистолічної хвилі

1588. (C, II, I) При підвищенні судинного тонусу об'ємна реографічна крива характеризується такими ознаками:

1. Зменшення крутизни підйому анакроти
2. Зниження амплітуди реограми
3. Поява пресистолічної хвилі
4. Зменшення інтервалу Q-A

1589. (I, В) При зменшенні судинного тонусу об'ємна реографічна крива характеризується такими ознаками:

1. Збільшення крутизни підйому
2. Збільшення амплітуди реограми
3. Збільшення інтервалу Q-A
4. Збільшення тривалості фази швидкого наповнення

1590. (I, В) Збільшення крутизни підйому і амплітуди об'ємної реограми поряд із зменшенням тривалості фаз швидкого і повільного наповнення свідчить про:

1. Підвищення судинного тонусу
2. Зниження судинного тонусу
3. Затруднення венозного відтоку
4. Зниження скоротливої функції міокарда

1591. (I, В) Про порушення відтоку у венах нижніх кінцівок свідчать такі показники рео-

вазограми:

1. Зменшення систоло-діастолічного показника
2. Збільшення амплітуди діастолічної хвилі
3. Поява пресистолічної хвилі
4. Збільшення часу максимального вигнання

1592. (C, II) При аналізі РЕГ виділяють типи кривої:

1. Склеротичний
2. Ангіоспастичний
3. Дистонічний
4. Застиглій
5. Гіпертонічний
6. Збалансований

1593. (C, II, I, В) Вкажіть проби, що дозволяють диференціювати за даними РЕГ порушення венозного відтоку з іншою патологією:

1. Проба з пропранололом (обзіданом)
2. Калієва
3. Холодова
4. Дипридамолова
5. Запис реоенцефалограми у положенні антиортостатики
6. Проба з нітрогліцерином або нікотиновою кілотою

1594. (II, I) Для виявлення випоту в порожнину перикарда найбільш інформативним методом є:

1. Радіоізотопне сканування серця
2. ЕКГ
3. Коронарографія
4. ЕхоКГ
5. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки

1595. (В) Кількість рідини в нормі у порожнині перикарда:

1. Близько 5 мл
2. До 50 мл
3. 100–200 мл
4. 200–300 мл
5. 300–500 мл

1596. (C, II, I) Найчастішою причиною констриктивного перикардиту є:

1. Сифіліс
2. Ревматизм
3. Туберкульоз
4. Травма грудної клітки
5. Системні захворювання сполучної тканини



1597. (В) Дуже важливим симптомом у діагностіці гострого фібринозного перикардиту є:

1. Біль за грудиною
2. Шум тертя перикарда
3. Тахікардія
4. Зниження АТ
5. Дисфагія

1598. (В) Для констриктивного перикардиту характерним є:

1. Артеріальний і венозний тиск практично не змінюються
2. Підвищення артеріального і венозного тиску
3. Артеріальний тиск знижений, венозний – підвищений
4. Зниження артеріального і венозного тиску

1599. (В) Шум тертя перикарда при фібринозному перикардіті:

1. Краще прослуховується в положенні сидячі
2. Підсилюється при натисканні стетоскопом
3. Вислуховується в систолу і діастолу
4. Не пов'язаний з диханням
5. Вислуховується залежно від ЧСС

1600. (І, В) Вкажіть найбільш імовірну причину смерті хворих з гіпертрофічною кардіоміопатією:

1. Раптова смерть внаслідок порушення ритму серця
2. ІМ
3. ТЕЛА
4. Прогресуюча серцева недостатність
5. Гостре порушення мозкового кровообігу

1601. (В) Характерні риси диллятаційної кардіоміопатії:

1. Тромбоемболії
2. Типові ангінозні напади
3. Порушення ритму серця
4. Блокади ніжок пучка Гіса

1602. (С, II) Найбільш інформативний метод діагностики гіпертрофічної кардіоміопатії є:

1. ЕКГ
2. ExoКГ
3. Фонокардіографія
4. Рентгенографія органів грудної клітини
5. Коронароангіографія

1603. (С, II, I, В) Для коарктациї аорти характерно:

1. Посилення пульсациі міжреберних артерій
2. Грубий систолічний шум на основі серця
3. Узури на рентгенограмах ребер
4. Підвищення артеріального тиску на нижніх кінцівках
5. Послаблення пульсациі артерій нижніх кінцівок

1604. (В) Характерні риси болю в ділянці серця при нейроциркуляторній дистонії:

1. Виникає при фізичному навантаженні
2. Тривалі, ниочного характеру
3. Швидко припиняється нітрогліцерином
4. Під час нападу болю відзначають депресію сегмента ST на ЕКГ
5. Віддає у нижню щелепу

1605. (С, II, I) Кардіоміопатія, при якій найчастіше спостерігається ангінозний синдром:

1. Диллятаційна
2. Рестриктивна
3. Гіпертрофічна
4. Аритмогенна дисплазія правого шлуночка

1606. (С, II, I, В) Які з перерахованих змін ЕКГ не характерні для нейроциркуляторної дистонії?

1. Негативні зубці Т у правих грудних відведеннях
2. Дихальна аритмія
3. Блокада ЛНПГ
4. Суправентрикулярна екстрасистолія
5. Відношення R/S у відведеннях V₁ менше 1,0

1607. (С, II, I) При проведенні проби з фізичним навантаженням у пацієнтів з нейроциркуляторною дистонією часто спостерігається:

1. Депресія сегмента ST
2. Виникнення шлуночкової екстрасистолії
3. Реверсія негативних зубців Т
4. Подовження інтервалу P-Q
5. Елевація сегмента ST

1608. (С, II, I) Протипоказання до проведення навантажувального тесту на велоергометрі:

1. Застійна серцева недостатність
2. Розшаровуюча аневризма аорти
3. Части політонна шлуночкова екстрасистолія
4. Стенокардія напруження III функціонального класу
5. Виражений аортальний стеноз

1609. (С, II, I, В) Для запуску пароксизмальних порушень ритму використовують:



1. Дипіридамолову пробу
2. Ергометрінову пробу
3. ВЕМ

4. Електрофізіологічне дослідження

1610. (С, II, I) Оцінці навантажувальних тестів не перешкоджає:

1. Повна АВ блокада
2. Синдром WPW
3. Робота шлуночкового ЕКС
4. Прийом хворим препаратів наперстянки
5. Повна блокада ПНПГ

1611. (С, II, I, В) Для діагностики ІХС у хворого з м'язово-кістковими і суглобовими розладами варто віддати перевагу:

1. Велоергометрії в положенні лежачі
2. Тредміл-тесту
3. Дозованій ходьбі
4. Стрес-ЕхоКГ
5. Ергометрінові проби

1612. (С, II, I) На толерантність до фізичного навантаження може вплинути прийом таких препаратів:

1. Нітрати
2. Бета-адреноблокатори
3. Статини
4. Препарати калію
5. Антагоністи кальцію

1613. (С, II, I, В) Вкажіть стан, який може змінити результати навантажувального тесту:

1. Супутній хронічний тонзиліт
2. Надлишкова вага
3. Анемія
4. Блокада ПНПГ
5. Цукровий діабет

1614. (С, II) При проведенні тестів з фізичним навантаженням для ЕКГ-контролю найдоцільніше використати:

1. 12 загальнозвживаних відведень
2. Частину загальнозвживаних відведень (III, aVF, V5)
3. Відведення за Небом
4. Ортогональні відведення

1615. (С, II) При проведенні проби з фізичним навантаженням найчастіше ЕКГ-ознаки ішемії міокарда реєструються у відведенні:

1. I
2. aVL

3. V4
4. V3
5. V5

1616. (I, В) При проведенні проби з фізичним навантаженням у положенні лежачі:

1. Збільшується переднавантаження і потреба міокарда в кисні
2. Зменшується переднавантаження і збільшується потреба міокарда в кисні
3. У положенні лежачі робота серця менша, ніж у вертикальному положенні
4. Зменшується порогова ЧСС
5. Зменшується потреба міокарда в кисні

1617. (С, II) Навантажувальний тест із трансезофагеальною ЕКС передсердь може бути проведений при:

1. Необхідності добору оптимального антиангінального препарату
2. Дихальний недостатності
3. Неможливості провести пробу з фізичним навантаженням або її неінформативності
4. Хворобах, які пов'язані з порушеннями ритму серця
5. Запальних хворобах міокарда

1618. (I, В) Для діагностики ІХС і визначення тактики ведення хворих з нестабільною стенокардією найдоцільніше використовувати:

1. ВЕМ
2. Дипіридамолову пробу
3. Стрес-ЕхоКГ
4. Пробу з пропранололом (обзиданом)
5. Добутамінову пробу
6. Коронарографію

1619. (I, В) Для діагностики ІХС у хворих із злюкісними шлуночковими порушеннями серцевого ритму варто застосовувати:

1. ВЕМ
2. Тредмілергометрію
3. Дипіридамолову пробу
4. Трансезофагеальну ЕКС передсердь
5. Коронарографію

1620. (I, В) Найбільш інформативний метод діагностики ІХС у пацієнтів з СССВ:

1. ВЕМ
2. ХМ ЕКГ
3. Тредмілергометрія
4. Коронарографія
5. Дипіридамолова проба



1621. (І, В) Показники, що характеризують антероградну АВ провідність, можна найточніше визначити за допомогою:

1. Електрокардіографії
2. ЕхоКГ
3. Електрофізіологічного дослідження
4. Реографії
5. Коронаровентрикулографії

1622. (І, В) Найбільш інформативний метод діагностики ІХС у хворих гіпертонічною хворобою:

1. ВЕМ
2. Тредмілергометрія
3. ХМ ЕКГ
4. Коронарографія
5. Стрес-ЕхоКГ з добутаміном

1623. (ІІ, І, В) Для оцінки косовисхідної депресії сегмента ST при пробі з фізичним навантаженням визначальним є:

1. Тривалість депресії сегмента ST
2. Глибина депресії сегмента ST у точці j
3. Глибина депресії сегмента ST через 0,06–0,08 с від точки j
4. Поява депресії сегмента ST у визначених ЕКГ-відведеннях
5. Постідання депресії сегмента ST з іншими критеріями припинення проби

1624. (І, В) Елевація сегмента ST при пробі з фізичним навантаженням може бути зумовлена:

1. Трансмуральною ішемією міокарда
2. Спазмом коронарної артерії
3. Аневризмою лівого шлуночка
4. Реакцією по типу омолодження ЕКГ-кривої у хворих, які перенесли ІМ
5. Субендокардіальною ішемією

1625. (В) Тривалий період реституції (сегмент ST не повертається до вихідного рівня більше 6 хв) характерний для хворих на ІХС:

1. З вираженими змінами скорочувальної здатності лівого шлуночка
2. Що перенесли ІМ, ускладнений аневризмою серця
3. Із стенозом лівої передньої низхідної артерії
4. Із стенозом стовбура лівої коронарної артерії або трьох коронарних судин

1626. (І, В) Частота елевації сегмента ST при пробі з фізичним навантаженням у хворих на

ІХС з незміненою вихідною ЕКГ становить:

1. 50 %
2. Більше 10 %
3. 3,0–6,5 %
4. 0,5 %
5. 1,0–2,5 %

1627. (В) При тестах з дозованим фізичним навантаженням частота елевації сегмента ST є найбільшою при таких станах:

1. Стенокардія, яка виникла вперше
2. Стенокардія напруження та спокою
3. Післяінфарктному кардіосклерозі в ділянці задньої стінки лівого шлуночка
4. Післяінфарктному кардіосклерозі з патологічними зубцями Q(QS) у грудних відведеннях
5. Стенозуючому атеросклерозі коронарних артерій без рубцевих змін на ЕКГ

1628. (І, В) Вкажіть пробу, що підвищує потребу міокарда в кисні без виконання фізичного навантаження:

1. Нітрогліцеринова проба
2. Дипіридамолова проба
3. Проба з гіпервентиляцією
4. Добутамінова проба
5. Ергометрінова проба

1629. (І, В) Зміна амплітуди зубця R при пробі з фізичним навантаженням:

1. є критерієм ішемії міокарда при його збільшенні на 1–2 мм і більше
2. є критерієм ішемії міокарда при його зменшенні на 1–2 мм
3. є критерієм ішемії міокарда при його збільшенні після закінчення проби
4. Не є достовірним критерієм ішемії міокарда

1630. (І, В) При проведенні навантажувального тесту про появу ішемії міокарда у хворого, що переніс великовогнищевий передній ІМ, свідчить:

1. Напад стенокардії
2. Переход комплексу QRs у комплекс QS
3. Збільшення амплітуди зубця Q більш ніж удвічі
4. Поглиблення (поява) негативного зубця T у відведенні V_{2–4}
5. Зростання амплітуди зубця R у відведенні V₄

1631. (І) Шлуночкова екстрасистолія, що з'явилася при фізичному навантаженні, має ішемічне походження при її поєднанні з:



1. Границю припустимими значеннями АТ
2. Горизонтальною депресією сегмента ST більш ніж на 1 мм і тривалістю 0,06–0,08 с
3. Іншими порушеннями ритму і провідності
4. Вираженою втомою

1632. (I, B) Критерії можливого стенозу двох або трьох коронарних судин за даними тесту з ДФН:

1. Депресія сегмента ST більше 2 мм
2. Поява ознак ішемії міокарда при навантаженні 25–50 Вт
3. Поява ознак ішемії міокарда в трьох і більше відведеннях
4. Збереження депресії сегмента ST протягом більше 5 хв у відновлювальний період
5. Поява негативних зубців Т у відведеннях V₄–V₆

1633. (I, B) Проведення максимальної навантажувальної проби показано хворому з:

1. Гіпертонічною хворобою II стадії
2. Стенокардією напруження
3. Післяінфарктним кардіосклерозом
4. Дисліпідемією
5. Порушеннями АВ провідності

1634. (II, I) Безболівова ішемія міокарда – це:

1. Епізоди ішемічних змін сегмента ST, що не супроводжуються болівим нападом
2. Всі ішемічні зміни ЕКГ під час навантаження
3. Клінічні еквіваленти стенокардії
4. Зміни ЕКГ при навантаженні, що не супроводжуються клінічною симптоматикою

1635. (C, II, I) Максимальна навантажувальна проба протипоказана особам з:

1. Установленим діагнозом IХС II–IV функціонального класу
2. ЕКГ-ознаками рубцевих змін міокарда
3. Зниженою толерантністю до фізичного навантаження
4. Схильністю до станів непрітомності
5. Ідіопатичною шлуночковою екстрасистолією

1636. (C, II, I) При проведенні ВЕМ-проби рівню легкої фізичної праці відповідає навантаження потужністю:

1. 25 Вт
2. 50 Вт
3. 75 Вт
4. 100 Вт
5. Понад 100 Вт

1637. (B) ЕКГ-ознаки хронічного легеневого серця:

1. Відхилення електричної осі серця вправо не менше 110°
2. R/SV₁ > 1
3. P-pulmonale
4. R/SV₆ > 1
5. Поворот серця навколо повздовжньої осі за годинниковою стрілкою

1638. (B) Фокальна ішемічна блокада:

1. Ішемічне порушення провідності по одній з ніжок пучка Гіса
2. Періинфарктна блокада
3. Інтраінфарктна блокада
4. Порушення провідності в зоні ушкодження при гострому ІМ або гострій коронарній недостатності
5. Порушення провідності по пучку Бахмана ішемічної природи

1639. (I, B) Відведення ЕКГ, в яких спостерігається фокальна ішемічна блокада:

1. Стандартні і посилені від кінцівок
2. Ліві грудні
3. Будь-які, залежно від локалізації порушення коронарного кровообігу
4. Відведення II, III, aVF, V₅–6
5. Відведення горизонтальної площини

1640. (I, B) Інтраінфарктна блокада – це:

1. Порушення провідності в гострий період ІМ
2. Порушення провідності по ПНПГ при гострому ІМ
3. Зазубреність і розщеплення патологічного зубця Q
4. Збільшення тривалості QRS понад 0,12 с у гострий період ІМ

1641. (I, B) Інтраінфарктна блокада відображає:

1. Гіpopоляризацію міокарда в зоні пошкодження
2. Порушення швидкості проведення по одному або декількох провідних шляхах
3. Асинхронну електричну активність збережених м'язових клітин у зоні некрозу або рубця
4. Відсутність збудження в зоні інфаркту
5. Неприродне охоплення збудженням шлуночків при ІМ

1642. (C, II, I) Найбільші труднощі виникають при діагностиці ІМ з:

1. Фокальною ішемічною блокадою



2. Періінфарктною блокадою
3. Блокадою ЛНПГ
4. Блокадою ЛНПГ
5. Інтраінфарктною блокадою

1643. (II, I, В) При великовогнищевому ІМ передньосептальній ділянки у хворого з блокадою ЛНПГ зубець q з'являється у відведеннях:

1. V_1-V_3
2. I, II
3. V_4-V_6
4. V_5-V_6

1644. (II, I, В) Поява зубця q у відведеннях V_5-V_6 при повній блокаді ЛНПГ у хворого IXС на тлі больового синдрому свідчить про:

1. Передньобоковий ІМ
2. Передньоверхівковий ІМ
3. Передньосептальний ІМ
4. Розповсюджений передній ІМ
5. Неускладнену блокаду ЛНПГ

1645. (В) Поява у хворого графіки RS у лівих грудних відведеннях при повній блокаді ЛНПГ свідчить про розвиток vogнищевих змін у:

1. Передньобоковій ділянці лівого шлуночка
2. Передньосептальній ділянці лівого шлуночка
3. Задній ділянці міжшлуночкової перегородки
4. Передньоверхівковій ділянці лівого шлуночка
5. Високих передньобокових відділах лівого шлуночка

1646. (I, В) Які зміни на ЕКГ переконливо свідчать про наявність коронарної недостатності?

1. Негативний зубець Т у стані спокою
2. Поява негативного зубця Т при проведенні калієвої проби
3. Передсердна екстрасистолія при проведенні велоергометрії
4. Реверсія негативного зубця Т при ортостатичній пробі
5. Жодна з передрахованих змін

1647. (С, II, I, В) Які зміни на ЕКГ переконливо свідчать про коронарну недостатність при проведенні велоергометрії?

1. Реверсія негативного зубця Т
2. Подовження інтервалу P-Q

3. Горизонтальна депресія сегмента ST більше 2 мм
4. Поява передсердної екстрасистолії
5. Минуща блокада правої ніжки пучка Гіса

1648. (II, I, В) Якому критерію відповідає поняття «стенокардія, що вперше виникла»?

1. Давність появи больових нападів – до 1 міс
2. Давність появи больових нападів – 2–3 міс
3. Давність появи больових нападів – 4 міс

1649. (С, II, I, В) Який тип болю нехарактерний для нападу стенокардії?

1. Стискаючий біль за грудиною
2. Пекучий біль у ділянці серця
3. Тиснучий біль за грудиною з ірадіацією в ліву руку
4. Колючий біль у ділянці серця, пов'язаний з диханням
5. Відчуття дискомфорту в ділянці серця при фізичному навантаженні

1650. (II, I, В) Яка ознака найбільш характерна для варіантної стенокардії?

1. Поява нападу стенокардії в момент фізичного навантаження
2. Швидкий ефект від прийому нітрогліцерину
3. Швидкомінуча елевація сегмента ST на висоті болю
4. Поява болю у спокої
5. Ефект від прийому бета-адреноблокаторів

1651. (II, I, В) Вкажіть набільш типові ЕКГ-ознаки ішемії міокарда:

1. Горизонтальна депресія сегмента ST більше 1 мм тривалістю не менше 60–80 мс
2. Поява частої шлуночкової екстрасистолії при фізичному навантаженні
3. Зниження амплітуди зубця R в лівих грудних відведеннях при виконанні фізичного навантаження
4. Поява косовисідінного підйому сегмента ST при функціональних пробах з навантаженням

1652. (I, В) При наявності стабільної стенокардії II функціонального класу першочергово слід провести:

1. ХМ ЕКГ
2. Пробу з ДФН
3. Коронароангіографію
4. Комп'ютерну томографію органів грудної клітки



1653. (I, В) Найбільш чутливим методом для визначення некротичних змін у міокарді є визначення в крові:

1. С-реактивного білка та кількості лейкоцитів
2. Сумарної КФК
3. Сумарної ЛДГ
4. Трансаміназ
5. МВ-фракції КФК
6. Тропоніну

1654. (II, I, В) При коарктації аорти спостерігається:

1. Зниження системного АТ
2. Підвищення тиску в артеріях нижньої частини тіла
3. Підвищення тиску в артеріях верхньої частини тіла
4. Зниження тиску в артеріях нижньої частини тіла

1655. (С, II, I, В) Пульсація печінки може бути викликана:

1. Недостатністю триступкового клапана
2. Аортальною недостатністю
3. Стенозом правого АВ отвору
4. Стенозом гирла аорти

1656. (С, II, I, В) Грубий систолічний шум, який найкраще прослуховується у II-III міжребер'ях зліва, пов'язаний:

1. З легеневою гіпертензією
2. Із стенозом легеневої артерії
3. Із регургітацією крові з легеневої артерії
4. Із стенозом гирла аорти
5. З недостатністю клапана аорти

1657. (С, II, I, В) При ревматизмі найбільш часто вражаються:

1. Мітральний та трикуспіdalний клапани
2. Трикуспіdalний клапан і клапан легеневої артерії
3. Клапани легеневої артерії і аорти
4. Мітральний клапан та клапан легеневої артерії
5. Мітральний та аортальний клапани

1658. (С, II, I, В) Позитивний венозний пульс характерний для:

1. Мітального стенозу
2. Аортального стенозу
3. Недостатності трикуспіdalного клапана
4. Недостатності мітрального клапана
5. Відкритої артеріальної протоки

1659. (С, II, I) ЕКГ-ознак гіпертрофії лівого шлуночка немає при:

1. Артеріальній гіпертензії
2. Недостатності аортального клапана
3. Недостатності мітрального клапана
4. Стенозі лівого АВ отвору

1660. (I, В) Методи оцінки життєздатності міокарда у пацієнтів з ІХС і зниженою фракцією викиду лівого шлуночка:

1. Двовимірна ЕхоКГ
2. Стрес-ЕхоКГ з добутаміном
3. Стрес-ЕхоКГ з дипіридамолом
4. Сцинтиграфія міокарда

1661. (I, В) В яких ситуаціях пацієнтам з ІХС доцільно оцінити життєздатність міокарда?

1. Оцінка доцільності реваскуляризації міокарда у пацієнтів з низькою фракцією викиду лівого шлуночка
2. Регіонарні порушення скоротливості міокарда
3. Діастолічна дисфункція міокарда
4. У всіх випадках після перенесеного IM



Розділ 15. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ

1662. (I, В) Які зміни ЕКГ найбільш характерні для пацієнта з гіпертонічною хворобою II–III стадії під час гіпертонічного кризу?

1. RI = 15 мм, RV₅ = 26 мм, SV₂ = 20 мм, STV_{5,6} – на ізолінії, зубці TV_{5,6} – пониженої амплітуди
2. RI = 20 мм, RV₅ > RV₄, STV_{5,6} на ізолінії, зубці TV_{5,6} – ізоелектричні
3. RaVL = 15 мм, RV₆ > RV₅ > RV₄, STV_{5,6} зміщений на 0,5 мм під ізолінією, зубці Т – двофазні (+/-)
4. RaVL = 20 мм, RV₆ + SV₁ = 45 мм, зубці TV_{5,6} – негативні коронарні, горизонтальна депресія сегмента STV_{5,6} до 2 мм
5. RI = 12 мм, RaVL = 13 мм, RV₅ + SV₁ = 35 мм, STV_{5,6} – під ізолінією з випуклістю угору, зубці TV_{5,6} – негативні з асиметричними сторонами

1663. (I, В) Характерні зміни ЕКГ у хворого з гострим легеневим серцем:

1. SI–QIII і негативний TIII, V_{1–3}
2. SI і негативний TIII, V_{1–3}
3. SI–QIII, негативний TIII і блокаду ПНПГ
4. SI–QIII і негативний TIII
5. Раптове виникнення блокади ПНПГ
6. QI–SIII і негативний TIII, V_{1–3}

1664. (С, II, I) Обмежити зону IM дозволяють:

1. Своєчасна тромболітична терапія
2. Черезшкірна транслюмінальна коронарна ангіопластика
3. Застосування бета-адреноблокаторів
4. Застосування антиаритмічних засобів

1665. (С, II, I) Найбільш частим ускладненням гострого IM в перші години є:

1. Набряк легень
2. Фібріляція шлуночків
3. Функціональна недостатність мітрального клапана
4. Розрив серця

1666. (I, В) При гострому IM прогноз несприятливий, якщо спостерігається:

1. Артеріальна гіпертензія в першу добу

2. Підвищений рівень тропонінів
3. Рання (після 24 годин) появі ознак лівошлуночкової недостатності
4. Розвиток перикардиту на третю добу

1667. (С, II, I, В) Критерії діагностики гострого IM:

1. Більовий синдром
2. Підвищення активності кардіоспецифічних ферментів плазми
3. Специфічні зміни ЕКГ
4. Дилатация лівого шлуночка

1668. (I, В) Причини розвитку кардіогенного шоку при гострому IM:

1. Некроз більше 40 % маси міокарда
2. IM правого шлуночка
3. ТЕЛА
4. Розрив міжшлуночкової перегородки
5. Артеріальна гіпертензія

1669. (С, II) Найпоширеніше раннє (у перші години) ускладнення IM:

1. Фібріляція шлуночків
2. Набряк легень
3. Розрив серця
4. Блокади ніжок пучка Гіса
5. Суправентрикулярні аритмії

1670. (С, II, I, В) Можливі наслідки внутрішньовенного введення атропіну при проксимальній AB блокаді II ступеня з проведенням 2:1:

1. Високоступенева AB блокада
2. AB блокада 3:1
3. Відсутність впливу на AB провідність
4. Відновлення AB провідності 1:1 або AB блокади 3:2, 4:3, 5:4 типу Мобітц 1

1671. (II, I, В) При стовбуровій AB блокаді II ступеня 2:1 внутрішньовенне введення атропіну може мати такі наслідки:

1. Виникнення високоступеневої AB блокади
2. Виникнення AB блокади 3:1, 4:1
3. Введення атропіну неефективне
4. Поліпшення AB провідності



1672. (I, В) Зміни ЕКГ при гострому легеневому серці, зумовлені перевантаженням правого шлуночка, проявляються:

1. Ознаками гіпертрофії та перевантаженням лівого передсердя
2. Поворотом серця навколо поздовжньої осі за годинниковою стрілкою, що гостро виник
3. Поворотом серця навколо поздовжньої осі проти годинникової стрілки, що гостро виник
4. Поширеними дрібновогнищевими змінами міокарда

1673. (С, II, I) Зміни ЕКГ при масивній емболії судин малого кола кровообігу:

1. Депресія ST V1-V2
2. Блокада ЛНПГ
3. Синдром SI-QIII
4. Відхилення електричної осі серця вправо

1674. (В) Причиною зупинки серця в діастолі може бути:

1. Гіперкаліємія
2. Гіперカルциємія
3. Респіраторний алкалоз

1675. (I, В) Після первинної зупинки серця спонтанне дихання найчастіше припиняється через:

1. 20 с
2. 30 с
3. 60 с
4. 4,5 хв

1676. (В) Після первинної зупинки серця свідомість, як правило, зникає через:

1. 10–15 с
2. 30 с
3. 60 с
4. 4,5 хв

1677. (I, В) Найбільш інформативними для своєчасної діагностики зупинки серця є такі критерії:

1. Ізолінія на ЕКГ
2. Паралітичний мідріаз
3. Відсутність пульсації на сонніх артеріях
4. Відсутність пульсації на периферичних артеріях

1678. (I, В) У випадку раптової кардіальної смерті на ЕКГ найчастіше реєструють:

1. Електромеханічну дисоціацію

2. Фібриляцію шлуночків
3. Повну АВ блокаду з повільним шлуночковим ритмом
4. Виражену синусову брадикардію (менше 10 уд. за 1 хв)

1679. (В) Який симптом є первинним для діагностування зупинки кровообігу?

1. Відсутність серцевих тонів при аускультації
2. Відсутність пульсації на сонніх артеріях
3. Відсутність ритмічного спонтанного дихання
4. Розширені зінці, що не реагують на світло

1680. (I, В) Показаннями до проведення реанімаційного прийому удар кулаком в ділянку серця є:

1. Електромеханічна дисоціація, що пов'язана з великою крововтратою
2. Фібриляція шлуночків (протягом не більше 1 хв від початку фібриляції)
3. Асистоля шлуночків внаслідок серцевої блокади
4. Шлуночкова тахікардія

1681. (С, II, I) Найчастіше виникненню фібриляції шлуночків при гострому IM передує:

1. Суправентрикулярна пароксизмальна тахікардія
2. Фібриляція передсердь
3. Шлуночкова пароксизмальна тахікардія
4. Синусова тахікардія
5. Повна АВ блокада

1682. (I, В) ЕКГ під час гіпертонічного кризу: РІ, aVL, V_{5,6} двофазні. Порівняно з ЕКГ до кризу, амплітуда другої фази зубця Р збільшилася до 3 мм, зубці Р у відведенні V₁ двофазні (+/-), з перевагою негативної фази.

Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Гіпертрофією лівого передсердя
2. Гіпертрофією правого передсердя
3. Гострим перевантаженням лівого передсердя
4. Гострим перевантаженням правого передсердя

1683. (ІІ, I, В) ЕКГ хворого Г., 44 роки. Діагноз: Хронічне легеневе серце, СН ІІА. Зубці РІІ, III, aVF, V₁ трикутної форми амплітудою до 3 мм.

ЕКГ-ознаки зумовлені:

1. Гіпертрофією лівого передсердя
2. Гіпертрофією правого передсердя
3. Гіпертрофією обох передсердь
4. Дилатацією лівого передсердя



1684. (І, В) На тлі інтенсивного болю за грудиною на ЕКГ у відведеннях V₁-V₃ реєструється збільшення амплітуди зубців R і T, депресія сегмента ST. Ці зміни характерні для:

1. Передньосептального IM
2. Обширного передньобокового IM
3. Базального передньобокового IM
4. Задньобазального IM
5. IM правого шлуночка

1685. (ІІ, І, В) Після нападу пекучого болю за грудиною на ЕКГ: Q II, III, aVF > R II, III, aVF, елевація сегмента ST, негативний зубець T II, III, aVF. Ваш висновок:

1. Великовогнищевий задньодіафрагмальний IM у гострій стадії
2. ЕКГ-зміни характерні для гострої коронарної недостатності
3. ЕКГ-зміни характерні для дрібновогнищевого заднього IM
4. Трансмуральний задньодіафрагмальний IM у гострій стадії

1686. (І, В) Під час нападу стискаючого болю за грудиною на ЕКГ: елевація сегмента ST III, aVF, депресія ST V₂₋₄. Через 10 год вказаних змін немає. Це характерно для:

1. Гострої стадії задньодіафрагмального IM
2. Дрібновогнищевого задньодіафрагмального IM
3. Дрібновогнищевого передньоперегородково-верхівкового IM
4. Гострого порушення коронарного кровообігу в задній стінці лівого шлуночка без розвитку вогнищевих змін
5. Субендокардіальної ішемії міокарда передньоперегородкововерхівкової ділянки лівого шлуночка

1687. (І, В) Через добу після виникнення IM на ЕКГ: QS II, III, aVF, елевація сегмента ST. Стан хворого тяжкий. Об'єктивно: збільшена печінка, набряки нижніх кінцівок. Для уточнення зони ураження необхідно зареєструвати:

1. Ортогональні відведення
2. Відведення за Слопаком
3. V₂₋₄ у ІІ-ІІІ міжребер'ях
4. V₇₋₉
5. V_{3R-V6R}

1688. (І, В) У хворого з тромбофлебітом вен нижніх кінцівок раптово з'явилися болі в грудній клітці, виражена заишка. На ЕКГ: фібріляція передсердь, блокада ПНПГ, SI - QIII, елевація сегмента ST V_{1-V2}, зсув переходної зони до V₆. Ваш висновок:

1. Масивна тромбоемболія судин малого кола
2. Тромбоемболія судин малого кола з помірним підвищенням тиску в системі легеневої артерії
3. Гострий перикардит
4. IM

1689. (І, В) У хвої, через 2 тиж після аборту з'явилися загальна слабкість, біль у грудній клітці, непритомні стани. На ЕКГ: кут альфа - + 105 °, повна блокада ПНПГ і (-) Т V₁₋₆. P-pulmonale у відведеннях II, III, aVF. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Гострим міокардитом
2. Гострим легеневим серцем
3. Кардіоміопатією
4. Дрібновогнищевим IM
5. Гострим перикардитом

1690. (І, В) У хворого із зложісним утвором у черевній порожнині з'явилися кардіалгія, виражена заишкою і тахікардія. На ЕКГ: низька амплітуда зубця P, комплексу QRST та їх електрична алтернація. З метою уточнення діагнозу необхідно провести:

1. ЕхоКГ
2. Коронаровентрикулографію
3. Повторне ЕКГ-дослідження
4. Ангіопульмонографію
5. Центральну реографію

1691. (С, ІІ, І, В) У хворого виразковою хворобою 12-палої кишки протягом 5 днів часта блювота. На ЕКГ: шлуночкова бігемінія, у відведеннях V_{4-V6} депресія сегмента ST до 1,5 мм, двофазний зубець T і збільшена хвиль U. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Гіперкаліємією
2. Гіпокаліємією
3. Гіпокальціємією
4. Гіперкальціємією

1692. (С, ІІ) У 65-річної жінки з гострим IM на 3-й день з'явився інтенсивний систолічний шум з епіцентратором у 4-5-му міжребер'ях зліва



і виник набряк легень. Проведено ЕхоКГ-обстеження. Розриву міжшлуночкової перегородки не виявлено. Яке інше ускладнення ІМ можна діагностувати?

1. Аневризма лівого шлуночка
2. Перикардит
3. Розрив задньої стінки лівого шлуночка
4. Відрив голівки папілярного м'яза мітрального клапана

1693. (ІІ, І, В) У 42-річного чоловіка наростилає слабкість, набряки, задишка, повторні втрати свідомості і гіпотензія. Тінь серця значно збільшена. ЕхоКГ: гідроперикард, камери серця не розширені. Нижня порожниста вена розширені, на вдиху не спадається. Діагноз:

1. ІМ
2. Гострий міокардит
3. Тампонада серця
4. Хронічна серцево-судинна недостатність

1694. (С, ІІ, І, В) У пацієнта на ЕКГ зареєстрована фібриляція шлуночків. Першочерговим терапевтичним заходом повинно бути:

1. Введення адреналіну
2. Електрична дефібриляція
3. Введення лідокайну
4. Введення кальцію хлориду

1695. (В) У пацієнта діагностована електро-механічна дисоціація. Першочерговим терапевтичним заходом повинно бути:

1. Введення адреналіну
2. Електрична дефібриляція
3. Введення лідокайну
4. Введення кальцію хлориду

1696. (І, В) У пацієнта з клінічними симптомами зупинки кровообігу на ЕКГ виявлено асистолію. Першочерговим терапевтичним заходом повинно бути:

1. Введення адреналіну
2. Електрична дефібриляція
3. Введення лідокайну
4. Введення кальцію хлориду

1697. (І, В) Який із першочергових заходів серцево-легеневої реанімації є найбільш ефективним у випадку раптової зупинки кровообігу?

1. Непрямий масаж серця
2. Прекардіальний удар
3. Штучне дихання рот у рот
4. Непрямий масаж серця та штучне дихання рот у рот

1698. (І, В) У якому співвідношенні компресії грудної клітки поєднуються із штучною вентиляцією легень при проведенні серцево-легеневої реанімації?

1. 30:15
2. 30:1
3. 15:2
4. 15:1

1699. (І, В) Невідкладне лікування пароксизму регулярної тахікардії з ЧСС 200 за 1 хв, широкими комплексами QRS і гіпотензією:

1. Аміодарон
2. Прокайнамід
3. Верапаміл
4. Електрична кардіoverсія

1700. (І, В) Засоби першого вибору при пароксизмі АВ вузлової реципрокної тахікардії:

1. Аміодарон
2. Прокайнамід
3. Верапаміл
4. Аденозинтрифосфат
5. Електрична кардіoverсія

1701. (І, В) Засоби, протипоказані для надання невідкладної допомоги при пароксизмі АВ реципрокної тахікардії у пацієнтів з маніфестним синдромом WPW:

1. Аміодарон
2. Прокайнамід
3. Дигоксин
4. Верапаміл
5. Аденозинтрифосфат

1702. (І, В) Засоби першого вибору при пароксизмі поліморфної шлуночкової тахікардії типу пірует:

1. Аміодарон
2. Прокайнамід
3. Метопролол
4. Аденозинтрифосфат
5. Магнію сульфат
6. Електрична кардіoverсія



1703. (І, В) Засоби, які підвищують ефективність реанімаційних заходів у пацієнтів з первинною фібріляцією шлуночків:

1. Лідокайн
2. Кальцію хлорид
3. Аміодарон
4. Метопролол
5. Магнію сульфат

1704. (І, В) Невідкладне лікування першого вибору при нападі Моргані - Едемса - Стокса на тлі повної АВ блокади:

1. Непрямий масаж серця
2. Атропін
3. Адреналін
4. Тимчасова кардіостимуляція

1705. (І, В) Критерії діагностики гіпертензивного кризу:

1. Раптовий початок
2. Значне підвищення АТ
3. Поява або прогресування органних уражень
4. Відсутність ефекту пероральних антігіпертензивних засобів

1706. (І, В) Засоби невідкладної допомоги у пацієнта з неускладненим гіпертензивним кризом:

1. Клонідин
2. Нітрогліцерин
3. Ніфедіпін
4. Каптопріл
5. Лабеталол



Розділ 16. СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ

1707. (I, В) На ЕКГ дитини 4 років Р у відведеннях I, aVL – негативний, QRS у відведеннях I, aVL – rSr', QRS у відведеннях III, aVF – qR, зубець Р – позитивний. Шлуночковий комплекс у відведеннях V₁-V₆ має графіку rS з ведучим зубцем R у відведеннях V₁₋₂. Зубці Р у відведеннях V₁₋₃ позитивні, у відведеннях V₄₋₆ негативні. Ваш висновок:

1. Виражена гіпертрофія правого шлуночка
2. Декстрокардія
3. Декстроверсія
4. Помірна гіпертрофія правого шлуночка

1708. (II, I) На ЕКГ RIII > RII > RI, а QavR = RavR.

Кут альфа становить:

1. - 60 °
2. 0 °
3. + 90 °
4. + 105 °
5. + 120 °

1709. (C, II) На ЕКГ RaVF > RIII = RII, а RI = SI.

Кут альфа становить:

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

1710. (C, II) На ЕКГ RII > RIII = RI, а RaVL = SaVL.

Кут альфа становить:

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

1711. (C, II) На ЕКГ RII = RaVF > RIII > RI, а RaVL < SaVL. Кут альфа становить:

1. - 30 °
2. + 60 °
3. + 90 °
4. + 75 °
5. + 120 °

1712. (C, II) На ЕКГ RI > RaVL = SaVL, а RaVF = SaVF. Кут альфа становить:

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

1713. (II, I) На ЕКГ RII = Q avR > RI = RaVF, а RaVL > SaVL. Кут альфа становить:

1. + 30 °
2. + 15 °
3. + 45 °
4. - 15 °
5. + 105 °
6. - 30 °

1714. (C, II) На ЕКГ RI = QavR > RaVL = RII, а RaVL > SaVL. Кут альфа становить:

1. + 30 °
2. + 15 °
3. + 45 °
4. - 15 °
5. + 105 °
6. - 30 °

1715. (C, II) На ЕКГ QavR > RI = RII, а RIII = SIII.

Кут альфа становить:

1. + 30 °
2. + 15 °
3. + 45 °
4. - 15 °
5. + 105 °
6. - 30 °

1716. (C, II) На ЕКГ RI = RaVL > RII > RaVF, а RII > SII. Кут альфа становить:

1. + 30 °
2. + 15 °
3. + 45 °
4. - 15 °
5. + 105 °
6. - 30 °

1717. (C, II) На ЕКГ RIII = RaVF > RII, а QavR > ravR. Кут альфа становить:

1. + 30 °
2. + 15 °
3. + 45 °



4. - 15 °
5. + 105 °
6. - 30 °

1718. (C, II) На ЕКГ RaVL > RI = SIII, а RII = SII.

Кут альфа становить:

1. + 30 °
2. + 15 °
3. + 45 °
4. - 15 °
5. + 105 °
6. - 30 °

1719. (I, B) На ЕКГ: кут альфа=0°, RV₆>RV₅>RV₄, RV₅+SV₂=40 мм, перехідна зона у відведеннях V₂, сегмент ST у відведеннях V_{5,6} під ізолінією з випуклістю угору, зубці Т у відведеннях V_{5,6} - негативні з асиметричними сторонами. Ваш висновок:

1. Гіпертрофія правого шлуночка
2. Гіпертрофія лівого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Гіпертрофія правого передсердя
5. Гіпертрофія лівого передсердя

1720. (I, B) На ЕКГ: кут альфа=0°. RV₆>RV₅>RV₄. RV₆=26 мм. ST у відведеннях V_{5,6} під ізолінією з випуклістю угору. Зубці Т у відведеннях V_{5,6} - негативні з асиметричними сторонами. Ваш висновок:

1. Гіпертрофія лівого шлуночка
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Гіпертрофія обох шлуночків з перевагою гіпертрофії правого шлуночка
5. Гіпертрофія обох шлуночків з перевагою гіпертрофії лівого шлуночка

1721. (I, B) На ЕКГ: кут альфа=+75°, P-Q=0,18 с, QRS=0,08 с, зубці Р у відведеннях I, aVL, V_{5,6} - двофазні, з амплітудою другої фази 3,5 мм, Р у відведеннях V₁ - двофазні {+/-}, з перевагою негативної фази за тривалістю та амплітудою. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Гіпертрофію правого передсердя
2. Гіпертрофію лівого передсердя
3. Гіпертрофію обох передсердь
4. Диллятацію правого передсердя

1722. (C, II, I) Під час нападу бронхіальної астми збільшилася амплітуда зубців Р у відве-

деннях II, III, aVF до 3,5 мм, вони набули трикутної форми з гострою вершиною. Ці зміни зубця Р зумовлені:

1. Гострим перевантаженням лівого передсердя
2. Гострим перевантаженням правого передсердя
3. Гострим перевантаженням обох передсердь
4. Диллятацією лівого передсердя

1723. (I, B) На ЕКГ: зубці Р у відведеннях I, aVL, V_{5,6} - дівовершинні з амплітудою другої вершини 2,5 мм, Р у відведеннях II, III, aVF - трикутної форми з амплітудою 3 мм, а Р у відведенні V₁ двофазний {+/-}: амплітуда першої фази + 3 мм, другої фази - 2 мм. Ці зміни зумовлені:

1. Гіпертрофією лівого передсердя
2. Гіпертрофією правого передсердя
3. Гіпертрофією обох передсердь з перевагою гіпертрофії правого передсердя
4. Гіпертрофією обох передсердь з перевагою гіпертрофії лівого передсердя

1724. (I, B) На ЕКГ: кут альфа=-10°, P-Q=0,15 с, QRS=0,10 с, JV₆=0,06 с, RI=17 мм, RaVL=14 мм, SV₂=20 мм, RV₆>RV₅>RV₄, RV₆=25 мм, зміщення сегмента ST у відведеннях V_{5,6} нижче ізолінії з випуклістю угору, зубці Т у відведеннях V_{5,6} - двофазні. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Гострою коронарною недостатністю
2. Гіпертрофією обох шлуночків
3. Гіпертрофією лівого шлуночка
4. Неповною блокадою передньої гілки ЛНПГ

1725.(I, B) На ЕКГ: кут альфа=90°, P-Q=0,14 с, QRS=0,10 с, JV₁=0,05 с, QRSAVR типу QR, RaVR=6 мм, QRSV₁ типу qR, RV₁=12 мм, зміщення сегмента ST у відведенні V₁ нижче ізолінії, зубець Т у відведенні V₁ - двофазний, QRS у відведенні V₆ типу rS, ST у відведенні V₆ - на ізолінії, зубці Т у відведенні V₆ - позитивні. Ваш висновок:

1. Гіпертрофія лівого шлуночка
2. Виражена гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Систолічне перевантаження лівого шлуночка

1726. (I, B) На ЕКГ: кут альфа=-10°, QRS=0,09 с, зубці Р у відведеннях I, II, aVL, V₄₋₆ - широкі дівовершинні, амплітудою до 4



мм, Р у відведенні V₁ – двофазні, з негативною фазою збільшеної амплітуди та тривалості. RV₆>RV₅>RV₄, RV₅=25 мм, SV₂=20 мм, JV₆=0,06 с. Ваш висновок:

1. Гіпертрофія лівого шлуночка
2. Гіпертрофія лівого передсердя
3. Гіпертрофія правого шлуночка
4. Гіпертрофія лівого шлуночка і лівого передсердя

1727. (II, I, B) ЕКГ спортсмена А: кут альфа=10°, P-Q=0,18 с, QRS=0,09 с, RI=20 мм, RaVL=16 мм, RV₆>RV₅>RV₄, RV₆=30 мм, SV₂=23 мм, JV₆=0,05 с, ST у відведеннях V_{5,6} – на ізолінії, зубці Т у відведеннях V_{5,6} – позитивні. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Патологічною гіпертрофією лівого шлуночка
2. Фізіологічною гіпертрофією лівого шлуночка
3. Гіпертрофією лівого шлуночка з його діастолічним перевантаженням
4. Гіпертрофією правого шлуночка

1728. (II, I, B) ЕКГ спортсмена Б. Кут альфа=+90°, P-Q=0,16 с, QRS=0,09 с, комплекси QRS у відведенні V₁ типу RS, JV₁=0,03 с, RV₁=10 мм, QRS у відведеннях V_{5,6} типу RS, SV₆=6 мм. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Патологічною гіпертрофією правого шлуночка без його перевантаження
2. Патологічною гіпертрофією правого шлуночка з його перевантаженням
3. Фізіологічною гіпертрофією правого шлуночка
4. Гіпертрофією лівого шлуночка

1729. (I, B) На ЕКГ: кут альфа=+60°, P-Q=0,16 с, QRS=0,09 с. Комpleкси QRS у відведенні V₁ типу rSR', R'V₁=12 мм, SV₁=15 мм, JV₁=0,04 с. Перехідна зона – у відведенні V₃. Комплекси QRS у відведеннях V₄₋₆ типу qR, RV₅=RV₆=20 мм. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Гіпертрофією правого шлуночка
2. Гіпертрофією лівого шлуночка
3. Гіпертрофією обох шлуночків
4. Гіпертрофією обох шлуночків з перевагою гіпертрофії правого шлуночка

1730. (I, B) На ЕКГ: кут альфа=+90°, P-Q=0,16 с, QRS=0,10 с. Комплекси QRS у відведенні V₁ типу qR, RV₁=10 мм, ST у відведенні V₁ на ізолінії, Т у відведенні V₁ слаб-

ко негативні. Перехідна зона у відведенні V₃. Комплекси QRS у відведеннях V_{5,6} типу R, RV₅=RV₆=20 мм. Ваш висновок:

1. Гіпертрофія правого шлуночка
2. Гіпертрофія лівого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків з перевагою гіпертрофії правого шлуночка
4. Систолічне перевантаження правого шлуночка

1731. (II, I, B) На ЕКГ: ритм синусовий, 70-74 за 1 хв. Кут альфа=+60°, P-Q=0,16 с, комплекс QRS=0,10 с. Комплекси QRS у відведенні V₁ типу RS, при цьому RV₁=8 мм, RV₆>RV₅>RV₄, RV₆=28 мм. Ваш висновок:

1. Гіпертрофія правого шлуночка
2. Гіпертрофія лівого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Систолічне перевантаження шлуночків

1732. (I, B) На ЕКГ: кут альфа=-50°, RaVL>RI, RaVL=16 мм, комплекси QRS у відведеннях V_{5,6} типу RS, сегмент ST у відведенні aVL ізоелектричний, зубці Т у відведеннях I, aVL, V_{5,6} – позитивні. Ці зміни зумовлені:

1. Гіпертрофією лівого шлуночка і блокадою передньої гілки ЛНПГ
2. Повною блокадою ЛНПГ
3. Неповною блокадою ЛНПГ
4. Гіпертрофією обох шлуночків

1733. (II, I, B) На ЕКГ: кут альфа=-60°, RaVL>RI, RaVL=17 мм, комплекси QRS у відведеннях V_{5,6} типу RS, горизонтальна депресія сегмента ST у відведеннях I, aVL, V_{5,6} до 1,5 мм. Зубці Т у відведеннях I, aVL, V_{5,6} – негативні, симетричні. Зміни ЕКГ можуть бути зумовлені такими причинами:

1. Гіпертрофією лівого шлуночка
2. Блокадою передньої гілки ЛНПГ
3. Неповною блокадою ПНПГ
4. Ішемією міокарда бокової стінки лівого шлуночка

1734. (I, B) У хворого з відхиленням електричної осі серця до -60° у відведенні V₁ зареєстровані комплекси QRS типу rSr' шириною до 0,10 с, а у відведенні V_{3R} – типу rS. Ці ЕКГ ознаки свідчать про:

1. Повну блокаду ПНПГ
2. Неповну блокаду ПНПГ



3. Повну блокаду ЛНПГ
4. Неповну блокаду ЛНПГ

5. Повну блокаду передньоверхньої гілки ЛНПГ

1735. (I, B) У трьох пацієнтів ЕКГ реєстрували в динаміці двічі. В якого з них можна припустити розвиток неповної трипучкової блокади?

1. На першій ЕКГ – АВ-блокада I ступеня, на другій – АВ-блокада I ступеня і повна блокада ЛНПГ

2. На першій ЕКГ – повна блокада ПНПГ, на другій – повна блокада ПНПГ і передньоверхньої гілки ЛНПГ

3. На першій ЕКГ – повна блокада ЛНПГ, на другій – повна блокада ЛНПГ і АВ-блокада I ступеня

1736. (II, I, B) При динамічному контролі ЕКГ зареєстровані комплекси qR у відведеннях V_{2,3}. Тривалість зубців q V_{2,3}=0,02 с, сегмент ST у відведеннях V_{2,3} – на ізолінії, зубці T у відведеннях V_{2,3} – позитивні. Ці зміни зумовлені:

1. Приєднанням повної блокади ПНПГ
2. Виникненням неповної блокади ПНПГ
3. Гострим порушенням коронарного кровообігу в передньоперегородковій ділянці лівого шлуночка
4. Виникненням блокади передньосерединного розгалуження ЛНПГ

1737. (I, B) При динамічному спостереженні пацієнта з блокадою передньоверхньої гілки ЛНПГ зареєстровані комплекси QRs типу qR у відведеннях V_{2,3}, тривалість qV_{2,3}=0,02 с, ST у відведеннях V_{2,3} на ізолінії, зубці T у відведеннях V_{2,3} позитивні. Ці зміни зумовлені:

1. Збільшенням блокади передньої гілки ЛНПГ
2. Зменшеннем блокади передньої гілки ЛНПГ
3. Гострим порушенням коронарного кровообігу в передньоперегородковій ділянці
4. Виникненням блокади передньосерединного розгалуження ЛНПГ

1738. (I, B) На ЕКГ: кут альфа=-60°, P-Q=0,16 с, JV₆=0,06 с, QRS у відведеннях V₁, V₃R типу rSr', r'V₁>r'V₃R, QRS у відведенні V₆ типу Rs. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Неповною блокадою ПНПГ
2. Неповною блокадою ЛНПГ
3. Блокадою передньої гілки ЛНПГ

4. Блокадою передньосерединного розгалуження ЛНПГ

1739. (I, B) У пацієнта з IХС на ЕКГ в динаміці кут альфа збільшився з +10 до +110°, P-Q=0,16 с, QRS=0,11 с. Змін сегмента ST і зубця T на ЕКГ, зареєстрованій поза нападом стенокардії, немає. Зміни ЕКГ зумовлені виникненням:

1. Повної блокади ЛНПГ
2. Неповної блокади ЛНПГ
3. Блокади задньонижньої гілки ЛНПГ
4. Блокади передньої гілки ПНПГ

1740. (C, II, I) На ЕКГ: кут альфа=-45°, P-Q=0,16 с, QRS=0,11 с, JV₅=0,05 с. Сегмент ST і зубець T – без змін. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Повною блокадою ЛНПГ
2. Повною блокадою ПНПГ
3. Неповною блокадою ЛНПГ
4. Повною блокадою передньої гілки ЛНПГ

1741. (C, II, I) На ЕКГ: кут альфа=+30°, QRS=0,11 с, JV₆=0,06 с, Q у відведеннях I, aVL, V_{5,6} – немає, R у відведеннях V_{5,6} із за-зубринами на висхідному коліні, ST у відведеннях V_{5,6} – на ізолінії, зубці T у відведеннях V_{5,6} – позитивні. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Повною блокадою ПНПГ
2. Повною блокадою ЛНПГ
3. Неповною блокадою ПНПГ
4. Неповною блокадою ЛНПГ

1742. (C, II, I) На ЕКГ: P-Q=0,14 с, QRS=0,13 с, JV₆=0,07 с, депресія сегмента ST у відведенні V₆ з випуклістю вгору, зубець T у відведенні V₆₍₋₎ з асиметричними сторонами, заокруглено вершиною. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Повною блокадою ПНПГ
2. Повною блокадою ЛНПГ
3. Неповною блокадою ЛНПГ
4. Повною блокадою ЛНПГ і порушенням вінцевого кровообігу

1743. (C, II, I) На ЕКГ: P-Q=0,16 с, QRS=0,11 с, rSr'V₁, JV₁=0,06 с, депресія сегмента ST у відведенні V₁ з випуклістю вгору, зубець T(-) з асиметричними сторонами, S у відведенні V₆ неглибокий розширений; пізній, розширений r у відведенні aVR. Ці зміни зумовлені:

1. Повною блокадою ЛНПГ



2. Неповоною блокадою ЛНПГ
3. Повоною блокадою ПНПГ
4. Неповоною блокадою ПНПГ

1744. (C, II, I) На ЕКГ: $P-Q=0,17$ с, $QRS=0,12$ с, $rSR'V_1$, $JV_1=0,07$ с, депресія сегмента ST у відведенні V_1 з випуклістю вгору, негативні з асиметричними сторонами зубці Т у відведенні V_1 . Ці зміни зумовлені:

1. Неповоною блокадою ПНПГ
2. Повоною блокадою ПНПГ
3. Неповоною блокадою ЛНПГ
4. Повоною блокадою ЛНПГ

1745. (C, II, I) У хворого К. повна трипучкова блокада. Комплекси QRS мають вигляд блокади ПНПГ і задньонижньої гілки ЛНПГ. Водій ритму для шлуночків локалізується в:

1. АВ-сполученні
2. Стобурі пучка Гіса
3. Передньоверхній гілці ЛНПГ
4. Задньонижній гілці ЛНПГ

1746. (II, I, B) При черговому ЕКГ-дослідженні у хворого з повною блокадою ПНПГ і задньонижньої гілки ЛНПГ зареєстрована АВ-блокада II ступеня 2-го типу. АВ блокада зумовлена порушенням провідності в:

1. АВузлі
2. Передньоверхній гілці ЛНПГ
3. Задньонижній гілці ЛНПГ
4. Правій ніжці пучка Гіса

1747. (I, B) При черговому ЕКГ-дослідженні у хворого з повною блокадою ПНПГ і передньої гілки ЛНПГ тривалість інтервалу $P-Q=0,26$ с. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. АВ блокадою I ступеня
2. Виникненням неповоної трипучкової блокади
3. Виникненням повної трипучкової блокади
4. Білатеральною двопучковою блокадою

1748. (C, II) При динамічному спостереженні хворого з повною блокадою ЛНПГ відзначено збільшення тривалості інтервалу $P-Q$ до $0,24$ с. Зміни ЕКГ свідчать про виникнення:

1. АВ-блокади I ступеня
2. Неповоної трипучкової блокади
3. Повоної трипучкової блокади
4. Блокади в АВ-узлі і ЛНПГ

1749. (I, B) При динамічному ЕКГ спостереженні

відзначено поступовне виникнення повної блокади ПНПГ, задньонижньої гілки ЛНПГ, а на останній ЕКГ – збільшення тривалості інтервалу $P-Q$ до $0,23$ с. Уповільнення проведення імпульсу відбувається в:

1. ПНПГ
2. Задньонижній гілці ЛНПГ
3. Передньоверхній гілці ЛНПГ
4. АВ-узлі

1750. (C, II, I) У хворого повна трипучкова блокада. Комплекси QRS мають вигляд повної блокади ЛНПГ. Водій ритму для шлуночків розміщений у:

1. АВ-узлі
2. Стобурі пучка Гіса
3. ПНПГ
4. ЛНПГ

1751. (I, B) У хворого з повною блокадою ЛНПГ інтервал $P-Q=0,18$ с. При черговому ЕКГ-дослідженні виявлено АВ блокаду II ступеня I типу. АВ блокада з найбільшою імовірністю локалізується в:

1. АВузлі
2. Стобурі пучка Гіса
3. ПНПГ
4. ЛНПГ

1752. (II, I, B) У хворого з повною блокадою ПНПГ і передньоверхньої гілки ЛНПГ інтервал $P-Q=0,16$ с. При черговому ЕКГ-дослідженні виявлено блокаду проведення кожного п'ятого синусового імпульсу до шлуночків. АВ блокада з найбільшою імовірністю локалізується в:

1. АВузлі
2. Стобурі пучка Гіса
3. Задньонижній гілці ЛНПГ
4. Передньоверхній гілці ЛНПГ

1753. (I, B) У хворого з повною блокадою ПНПГ і задньонижньої гілки ЛНПГ інтервал $P-Q=0,16$ с. При черговому ЕКГ-дослідженні виявлено АВ блокаду II ступеня 2-го типу. Найбільша імовірність локалізації АВ блокади в:

1. АВузлі
2. Передньоверхній гілці ЛНПГ
3. Задньонижній гілці ЛНПГ
4. ПНПГ
5. ЛНПГ



1754. (II, I, В) У хворого 42 років діагностована гіпертонічна хвороба II стадії. На ЕКГ ознаки білатеральної двопучкової блокади, $P-Q=0,25$ с. Ваш висновок:

1. АВ блокада I ступеня
2. Білатеральна двопучкова блокада
3. Неповна трипучкова блокада
4. Повна трипучкова блокада

1755. (II, I) На ЕКГ: повна блокада передньоверхньої гілки ЛНПГ і ПНПГ. При черговому ЕКГ-дослідженні зареєстровано збільшення тривалості інтервалу P-Q до 0,23 с. Уповільнення проведення імпульсу відбувається в:

1. ПНПГ
2. Задньонижній гілці ЛНПГ
3. Передньоверхній гілці ЛНПГ
4. АВ вузлі

1756. (С, II, I) У хворого 62 років діагностована гіпертонічна хвороба III стадії, післяінфарктний кардіосклероз, повна блокада ЛНПГ. При черговому ЕКГ-дослідженні тривалість інтервалу $P-Q=0,23$ с. Затримка проведення імпульсу відбувається в:

1. АВ вузлі
2. Передній гілці ЛНПГ
3. Задній гілці ЛНПГ
4. ПНПГ
5. ЛНПГ

1757. (С, II, I) У хворого 65 років діагностована ІХС, стенокардія напруження III функціонального класу, повна блокада ЛНПГ. До шлуночків імпульс проводиться по:

1. Передній гілці ЛНПГ
2. Задній гілці ЛНПГ
3. ПНПГ

1758. (I, В) На ЕКГ повна блокада ЛНПГ. При черговому ЕКГ-дослідженні відзначено збільшення тривалості інтервалу P-Q до 0,26 с. Ці зміни свідчать про:

1. Виникнення АВ блокади I ступеня
2. Виникнення неповної трипучкової блокади
3. Погіршення проведення по ЛНПГ
4. Виникнення повної трипучкової блокади

1759. (I, В) На ЕКГ: кут альфа= 0° , $QRS=0,11$ с, шлуночкові комплекси типу rSr' у відве-

деннях V_1 , V_2 , $JV_1=0,05$ с, депресія сегмента ST у відвedenнях $V_{1,2}$ з випуклістю вгору, зубці T у відвedenнях $V_{1,2}$ негативні, $RI=17$ мм, $RaVL=15$ мм, $SV_2=20$ мм. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Блокадою передньої гілки ЛНПГ
2. Неповною блокадою ПНПГ
3. Повоною блокадою ПНПГ
4. Неповоною блокадою ПНПГ і гіпертрофією лівого шлуночка

1760. (І, В) На ЕКГ: кут альфа= -50° , $RaVL=17$ мм, $RaVL>RI$, шлуночкові комплекси у відвedenнях II, III типу rS , у відвedenнях $V_{5,6}$ типу RS, елевація сегмента ST у відвedenнях I, aVL , $V_{5,6}$ до 5 мм з переходом у зубець Т. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Блокадою передньої гілки ЛНПГ
2. Гіпертрофією лівого шлуночка
3. Гострою коронарною недостатністю в боковій стінці лівого шлуночка
4. Гіпертрофією обох шлуночків

1761. (ІІ, I, В) На ЕКГ: кут альфа= -60° , $RaVL=15$ мм, $RaVL>RI$, шлуночкові комплекси у відвedenнях $V_{5,6}$ типу Rs . Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Блокадою передньої гілки ЛНПГ і гіпертрофією лівого шлуночка
2. Блокадою задньої гілки ЛНПГ
3. Блокадою передньої гілки ЛНПГ
4. Блокадою ПНПГ
5. Гіпертрофією правого шлуночка

1762. (І, В) На ЕКГ: кут альфа= $+10^\circ$, $QRS=0,12$ с, шлуночкові комплекси у відвedenнях $V_{1,2}$ типу rsR' , у відвedenнях $V_{5,6}$ типу qRS , $JV_1>0,07$ с, депресія сегмента ST у відвedenнях $V_{1,2}$ випуклістю вгору, зубці T у відвedenнях $V_{1,2}$ негативні, $RV_6=25$ мм, $RaVL=15$ мм. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Повоною блокадою ПНПГ і гіпертрофією правоого шлуночка
2. Повоною блокадою ПНПГ і гіпертрофією лівого шлуночка
3. Повоною блокадою ПНПГ
4. Неповоною блокадою ПНПГ

1763. (С, II, I, В) На ЕКГ: кут альфа= -10° , $QRS=0,11$ с, шлуночкові комплекси у відв-



деннях $V_{1,2}$ типу rSr', $JV_1=0,07$ с, елевація сегмента ST у відведеннях V_1 до 5 мм з переходом у вершину зубця T. $RI=17$ мм, $RaVL=14$ мм, $SV_1=18$ мм, $SV_2=22$ мм. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Неповною блокадою ПНПГ
2. Гіпертрофією лівого шлуночка
3. Гострою коронарною недостатністю
4. Неповною блокадою передньої гілки ЛНПГ

1764. (ІІ, І, В) На ЕКГ: кут альфа=-15°, $QRS=0,11$ с, шлуночковий комплекс у відведеннях V_1 типу rSR', $JV_1=0,07$ с, $R'V_1=15$ мм, $SV_1=20$ мм, QRS у відведеннях V_5 типу qRS, $RV_5=15$ мм, $JV_5=0,06$ с, депресія сегмента ST у відведеннях V_1 з випуклістю вгору, Т у відведеннях $V_1(-)$, ST у відведеннях $V_{5,6}$ на ізолії. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Неповною блокадою ПНПГ
2. Гіпертрофією правого шлуночка
3. Гіпертрофією лівого шлуночка
4. Блокадою передньої гілки ЛНПГ

1765. (С, ІІ, І) На ЕКГ: кут альфа=+90°, $QRS=0,11$ с, шлуночковий комплекс у відведеннях V_1 типу rSR', $JV_1=0,07$ с, QRS у відведеннях $V_{5,6}$ типу qRS, $SV_6=7$ мм з гострою вершиною, $R'V_1=14$ мм, депресія сегмента ST у відведеннях V_1 з випуклістю вгору, Т у відведеннях $V_1(-)$. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Неповною блокадою ПНПГ і гіпертрофією правого шлуночка
2. Повною блокадою ПНПГ і гіпертрофією лівого шлуночка
3. Неповною блокадою ЛНПГ
4. Повною блокадою ЛНПГ

1766. (ІІ, І, В) На ЕКГ: кут альфа=0°, $QRS=0,11$ с, $JV_1=0,07$ с, QRS у відведеннях V_1 типу rSR', QRS у відведеннях $V_{5,6}$ типу qRS, S у відведеннях $V_{5,6}$ – глибокі з гострою вершиною, $RV_1=12$ мм, депресія сегмента ST у відведеннях V_1 з випуклістю вгору, Т у відведеннях $V_1(-)$. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Неповною блокадою ПНПГ і гіпертрофією правого шлуночка
2. Повною блокадою ПНПГ і гіпертрофією правого шлуночка
3. Неповною блокадою ПНПГ
4. Повною блокадою ПНПГ

1767. (С, ІІ, І) На ЕКГ: кут альфа=0°, $QRS=0,16$ с, $JV_6=0,08$ с, $RV_6>RV_5$, $RV_6=24$ мм, $RaVL=14$ мм, $SV_2=22$ мм, елевація ST у відведеннях $V_{5,6}$ до 4 мм з переходом у вершину зубця T. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Повною блокадою ЛНПГ
2. Гіпертрофією лівого шлуночка
3. Гострим порушенням коронарного кровообігу
4. Блокадою ПНПГ

1768. (С, ІІ, І) На ЕКГ: кут альфа=-15°, $QRS=0,13$ с, $JV_5=0,07$ с, $RV_6>RV_5$, $RV_6=25$ мм, $RaVL=15$ мм, $SV_2=20$ мм. ST у відведеннях $V_{5,6}$ під ізолією з випуклістю вгору, Т у відведеннях $V_{5,6}$ негативні з асиметричними сторонами і заокругленою вершиною глибиною 4 мм. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Повною блокадою ЛНПГ
2. Неповною блокадою ЛНПГ і гіпертрофією правого шлуночка
3. Повною блокадою ЛНПГ і гіпертрофією лівого шлуночка

1769. (С, ІІ, І) На ЕКГ: кут альфа=-10°, відсутній Q у відведеннях I, aVL, $V_{5,6}$, зазубреність висхідного коліна R у відведеннях I, aVL, $V_{5,6}$, $RI=17$ мм, $RaVL=15$ мм, $RV_6>RV_5>RV_4$, $RV_6=26$ мм, $QRS=0,11$ с, $JV_6=0,05$ с. ЕКГ зміни відображають:

1. Гіпертрофію лівого шлуночка і неповну блокаду ЛНПГ
2. Гіпертрофію правого шлуночка і неповну блокаду ЛНПГ
3. Повну блокаду ЛНПГ
4. Неповну блокаду ЛНПГ

1770. (С, ІІ, І, В) На ЕКГ: кут альфа=0°, $QRS=0,12$ с, шлуночковий комплекс у відведеннях V_1 типу rSR', $JV_1=0,08$ с, $R'V_1=15$ мм, депресія ST у відведеннях V_1 з випуклістю вгору, Т у відведеннях $V_1(-)$, шлуночковий комплекс у відведеннях $V_{5,6}$ типу qRS, ST у відведеннях $V_{5,6}$ – на ізолії, Т у відведеннях $V_{5,6}$ позитивні. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Неповною блокадою ПНПГ
2. Повною блокадою ПНПГ
3. Повною блокадою ПНПГ і гіпертрофією правого шлуночка
4. Неповною блокадою ПНПГ і гіпертрофією лівого шлуночка



1771. (II, I, В) На ЕКГ: кут альфа= $+15^\circ$, QRS=0,11 с, шлуночковий комплекс у відведенні V₁ типу QR, QV₁=0,04 с, JV₁=0,06 с, RV₁=16 мм, ST у відведенні V₁ – на ізолінії, Т у відведенні V₁ позитивний, шлуночковий комплекс у відведеннях V_{5,6} типу rS, SV₅=7 мм, ST у відведенні V₅ – на ізолінії, Т у відведеннях V₅ – позитивний. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Неповною блокадою ПНПГ
2. Гіпертрофією правого шлуночка
3. Рубцевими змінами в передньоперегородковій ділянці лівого шлуночка
4. Рубцевими змінами в боковій ділянці лівого шлуночка

1772. (II, I, В) На ЕКГ: синусовий ритм, 60–68 за 1 хв, P-Q=0,12 с, QRS=0,12 с, позитивна дельта-хвилля у відведеннях III, aVF, V₁–V₆, негативна – у відведеннях I, aVL. Ваш висновок:

1. Синдром укороченого інтервалу PQ
2. Синдром WPW, тип А
3. Синдром WPW, тип В
4. Синдром WPW, тип AB

1773. (I, В) На ЕКГ: синусовий ритм, 60–68 за 1 хв, P-Q=0,11 с, QRS=0,12 с, негативна дельта-хвилля у відведеннях II, III, aVF, V₁, V₃R, позитивна – у відведеннях I, aVL, V₂–V₆. Ваш висновок:

1. Синдром укороченого інтервалу P-Q
2. Синдром WPW, тип А
3. Синдром WPW, тип В
4. Синдром WPW, тип AB

1774. (I, В) На ЕКГ: синусовий ритм, 60–68 за 1 хв, PQ=0,12 с, QRS=0,12 с, дельта-хвилля негативна у відведеннях II, III, aVF, позитивна – у відведеннях I, aVL, V₁–V₆. Ваш висновок:

1. Синдром укороченого інтервалу P-Q
2. Синдром WPW, тип А
3. Синдром WPW, тип В
4. Синдром WPW, тип AB
5. Синдром WPW, тип C

1775. (В) На ЕКГ: зубці Р негативні у відведеннях II, III, aVF, P-Q=0,10 с, QRS=0,12 с, дельта-хвилля позитивна у відведеннях I, aVL, V₂–V₆, негативна – у відведеннях III, aVF, V₁. Ваш висновок:

1. Ритм синусовий, синдром WPW, тип AB
2. Нижньопередсердний ритм, синдром WPW, тип A
3. Нижньопередсердний ритм, синдром WPW, тип B
4. Нижньопередсердний ритм, синдром WPW, тип AB
5. Верхньопередсердний ритм, синдром WPW, тип AB

1776. (В) На ЕКГ: P-Q=0,11 с, QRS=0,12 с з дельта-хвилею. В анамнезі часті напади сердцебиття з частотою 180 за 1 хв. Ваш висновок:

1. Маніфестний синдром WPW
2. Феномен WPW
3. Синдром укороченого інтервалу P-Q
4. Латентний синдром WPW

1777. (С, II) На ЕКГ: P-Q=0,11 с, QRS=0,12 с з дельта-хвилею. Порушень ритму немає. Ваш висновок:

1. Синдром WPW
2. Феномен WPW
3. Синдром укороченого інтервалу P-Q
4. Прихований синдром WPW

1778. (С, II, I, В) ВЕМ-тест (загальноприйнятий протокол) припинено у зв'язку з досягненням субмаксимальної ЧСС на 5-й сходинці. Большового синдрому і змін ЕКГ немає. Оцінка проб:

1. Сумнівна
2. Негативна
3. Позитивна
4. Неінформативна

1779. (С, II, I, В) ВЕМ-тест (загальноприйнятий протокол) припинено на 3-й сходинці при появлі загальної втоми. Змін ЕКГ немає. Оцінка проб:

1. Сумнівна
2. Негативна
3. Позитивна
4. Неінформативна

1780. (С, II, I, В) ВЕМ-тест (загальноприйнятий протокол) припинено на 5-й сходинці у зв'язку з підвищенням АТ до 240/130 мм рт. ст. Змін ЕКГ немає. Оцінка проб:

1. Сумнівна



2. Негативна
3. Позитивна
4. Неінформативна

1781. (І, В) Хворий 57 років, зріст 182 см, вага 100 кг. Яка доза дипіридамолу для проведення фармакологічної проби?

1. 50,0 мг
2. 52,5 мг
3. 65,25 мг
4. 75,0 мг
5. 100,0 мг

1782. (І, В) ВЕМ-тест (загальноприйнятий протокол) зупинено при досягненні розрахункової ЧСС на 5-й сходинці. На висоті навантаження біль за грудникою інтенсивністю 2 бали. Оцінка проби:

1. Негативна
2. Сумнівна
3. Позитивна
4. Неінформативна

1783. (ІІ, І, В) ВЕМ-тест (загальноприйнятий протокол) зупинено при досягненні субмаксимальної ЧСС на 5-й сходинці. На 4-й хвилині періоду реституції з'явилася депресія сегмента ST у відведеннях V3-V6 до 1,5 мм. Оцінка проби:

1. Негативна
2. Неінформативна
3. Потрібне дообстеження
4. Сумнівна
5. Позитивна

1784. (І, В) Під час ВЕМ-проби пацієнт виконав розрахункове субмаксимальне навантаження 125 Вт. Субмаксимальна ЧСС 160 за 1 хв, досягнута ЧСС 145 за 1 хв. ЕКГ без змін, скарг немає. Ваша тактика:

1. Припинити пробу
2. Продовжити пробу згідно з протоколом до досягнення субмаксимальної ЧСС
3. Рекомендувати інший вид тестування
4. Повторити пробу через 10 днів
5. Рекомендувати проведення коронарографії

1785. (І, В) Через 24 год після інтенсивного ангінозного нападу на ЕКГ у відведеннях V1-V4 реєструються шлуночкові комплекси типу QS, елевация сегмента ST за типомmonoфаз-

ної кривої. Ваш висновок:

1. Гостра стадія великовогнищевого задньобазального IM
2. Гостра стадія трансмурального задньодіафрагмального IM
3. Найгостріша стадія трансмурального передньосепталного IM
4. Гостра стадія великовогнищевого передньоперегородкововерхівкового IM
5. Гостра стадія трансмурального передньоперегородкововерхівкового IM

1786. (ІІ, І, В) На ЕКГ: патологічний зубець Q, елевация сегмента ST з переходом у негативний зубець T у відведеннях V7-V9, Dorsalis за Небом, відвденнях за Слопаком. Ваш висновок:

1. Гостре порушення коронарного кровообігу в задньодіафрагмальній ділянці лівого шлуночка
2. Найгостріша стадія задньодіафрагмального IM
3. Гострий боковий IM
4. Гострий задньобазальний IM

1787. (С, ІІ, І, В) Через три доби після інтенсивного ангінозного нападу лише у відведеннях aVL реєструються ознаки гострого великовогнищевого IM. Ваш висновок:

1. Задньобазальний IM
2. Передньобоковий IM
3. Базальний передньобоковий IM
4. Передньосепタルний IM
5. IM у ділянці верхівки

1788. (І, В) Минуло 4 міс після перенесеного IM. На ЕКГ: QS у відведеннях V1-V5, ST вище ізополії, двофазний зубець T у відведеннях V1-V5 з перевагою негативної фази. Стан хворого задовільний. Ваш висновок:

1. Трансмуральний IM передньобокової ділянки лівого шлуночка в підгострій стадії
2. Великовогнищевий рубцевий кардіосклероз передньоперегородкововерхівкової ділянки лівого шлуночка з ознаками хронічної аневризми передньої стінки
3. Великовогнищевий рубцевий кардіосклероз після перенесеного передньобокового IM
4. Гострий поширеній дрібновогнищевий IM передньобокової локалізації



1789. (II, I, В) Через 6 міс після перенесено-го IM на ЕКГ: QS у відведеннях V₁-V₄, ST на ізолінії, слабонегативний Т у відведеннях V₁-V₄. Стан хворого задовільний. Ваш висновок:

1. Гострий інтрамуральний IM передньоперегородкововерхівкової ділянки
2. Гострий трансмуральний IM передньоперегородкововерхівкої ділянки
3. Трансмуральний передній IM у підгострій стадії
4. Великовогнищевий рубцевий кардіосклероз передньоперегородкововерхівкової ділянки

1790. (II, I, В) Минуло 1,5 міс після інтенсивного ангіозного нападу. На ЕКГ: QS у відведеннях V₁-V₄, ST у відведеннях V₁-V₄ на ізолінії, Т у відведеннях V₁-V₄ глибокий, негативний, го-стровершинний. Ваш висновок:

1. Гостра стадія великовогнищевого передньо-перегородкововерхівкового IM
2. Підгостра стадія великовогнищевого передньо-перегородкового IM
3. Підгостра стадія трансмурального передньопе-регородкововерхівкового IM
4. Великовогнищевий післяінфарктний кардіо-склероз передньоперегородкововерхівкової ділянки лівого шлуночка

1791. (В) Після IM минуло 3 тижні. На ЕКГ: QS у відведеннях V₁-V₅, ST у відведеннях V₁-V₅ вище ізолінії, з випуклістю вгору, Т у відве-деннях V₁-V₅ двофазний з перевагою пози-тивної фази. Пульсація у ділянці серця. Ваш висновок:

1. Гострий трансмуральний IM передньоперегородкововерхівковобокової ділянки, гостра аневризма передньої стінки лівого шлуночка
2. Підгостра стадія трансмурального IM передньо-перегородкововерхівковобокової ділянки
3. Великовогнищевий постінфарктний кардіо-склероз передньоперегородкововерхівковобокової ділянки

1792. (I, В) Через 4 доби після інтенсивного нападу загруднинного болю на ЕКГ: QR у від-веденнях II, III, aVF, елевація сегмента ST у відведеннях II, III, aVF. Ваш висновок:

1. Гостра стадія великовогнищевого задньодіа-фрагмального IM
2. Підгостра стадія великовогнищевого задньо-діафрагмального IM

3. Гостра стадія трансмурального задньодіаф-рагмального IM, гостра аневризма задньої стінки лівого шлуночка

4. Гостре порушення коронарного кровообігу задньодіафрагмальної ділянки лівого шлу-ночка

1793. (II, I, В) Через 12 год після нападу за-груднинного болю на ЕКГ: негативні зубці Т у відведеннях II, III, aVF, V₅-V₆, Dorsalis за Небом, які збереглися протягом місяця. Ваш висновок:

1. Гострий великовогнищевий задньодіафраг-мальний IM
2. Гострий інтрамуральний задньобазальний IM
3. Гострий дрібновогнищевий передньобоковий IM
4. Гострий дрібновогнищевий задньобоковий IM
5. Гостре порушення коронарного кровообігу в задній стінці лівого шлуночка

1794. (С, II, I, В) Напади стискаючого загруд-нинного болю в спокої і при навантаженні виникли гостро 1,5 міс тому. На ЕКГ: QS у відведеннях V₁-V₄, ST у відведеннях V₁-V₄ на ізолінії, Т у відведеннях V₁-V₄ негативний, більше 5 мм, гострокінцевий. Ваш висновок:

1. Великовогнищевий постінфарктний кардіо-склероз передньоперегородкововерхівкової ділянки
2. Трансмуральний передньоперегородкововер-хівковий IM, підгостра стадія
3. Дрібновогнищевий передньоперегородково-верхівковобоковий IM
4. Гострий трансмуральний передньоперегород-кововерхівковий IM

1795. (І, В) На попередній ЕКГ: QS у відведен-нях V₁-V₃, ST у відведеннях V₁-V₃ на ізолінії, Т у відведеннях V₁-V₃ слабконегативний. Че-рез 6 міс на тлі нападу загруднинного болю на ЕКГ: QS у відведеннях V₁-V₅, елевація сег-мента ST у відведеннях V₁-V₅ у вигляді моно-фазної кривої. Ваш висновок:

1. ЕКГ-зміни характерні для нападу стенокардії
2. Гострий повторний IM передньоперегородково-верхівковобокової ділянки лівого шлуночка
3. Рецидивуючий IM передньої локалізації
4. Гострий повторний IM бокової стінки

1796. (І, В) Упродовж останнього місяця у



хворого значно зросла кількість нападів стенокардії напруження, з'явилася стенокардія спокою. Після інтенсивного бальового нападу на ЕКГ: Т у відведеннях V₂-V₆ негативний, амплітудою більше 7 мм, загострений.

Ваш висновок:

1. Гострий інtramуральний передньобоковий IM
2. Дрібновогнищеві зміни міокарда невизначененої давності
3. Дрібновогнищевий IM передньоверхівковобокової стінки лівого шлуночка
4. Гострий великовогнищевий передньоперегородкововерхівковобоковий IM

1797. (І, В) Через 12 год після нападу стискаючого болю за грудиною на ЕКГ: зниження амплітуди зубців R у відведеннях V₄-V₆, негативні зубці T у відведеннях V₄-V₆, що надалі зберігалися упродовж місяця. Ваш висновок:

1. Гострий великовогнищевий IM верхівки і бокової стінки лівого шлуночка
2. Гострий дрібновогнищевий IM верхівковобокової ділянки лівого шлуночка
3. Гострий інtramуральний IM передньої стінки лівого шлуночка
4. Гострий інtramуральний IM верхівковобокової ділянки лівого шлуночка

1798. (І, В) Після припинення нападу пекучого болю за грудиною, що тривав понад 4 год, на ЕКГ: зубці R у відведеннях V₁-V₃ збільшені, амплітуда R у відведеннях V₆ знижена, депресія ST у відведеннях V₁-V₃ до 2 мм, елевація ST у відведеннях V₆ до 1 мм. Визначте локалізацію ураження:

1. Передня стінка правого шлуночка
2. Задньонижні відділи лівого шлуночка
3. Передньоперегородкова ділянка лівого шлуночка
4. Базальні відділи задньої стінки лівого шлуночка
5. Базальні відділи передньої стінки лівого шлуночка

1799. (І, В) Через 6 год після нападу стискаючого болю за грудиною на ЕКГ: QRS у відведеннях aVL типу QR, елевація сегмента ST до 2 мм. Для уточнення локалізації ураження необхідно зареєструвати ЕКГ у відведеннях:

1. aVF під час вдиху

2. V₁-V₆ у 2-3 міжребер'ях

3. V₇-V₉

4. За Небом

5. За Слопаком

1800. (І, В) Через 6 год після нападу пекучого болю за грудиною на ЕКГ: шлуночковий комплекс у відведеннях aVL типу QR, елевація сегмента ST у відведеннях aVL до 2 мм. Імовірна локалізація IM:

1. Задньобазальна ділянка лівого шлуночка
2. Передня стінка правого шлуночка
3. Задньонижня ділянка лівого шлуночка
4. Базальні відділи передньобокової стінки лівого шлуночка

1801. (І, В) Через тиждень після гострого трансмурального IM передньоперегородкововерхівкової ділянки під час нападу інтенсивного болю на ЕКГ: QS у відведеннях V₁-V₅, патологічний зубець Q у відведеннях V₆, елевація ST у відведеннях V₂-V₆ у вигляді монофазної кривої. Ваш висновок:

1. Найгостріша стадія передньобокового трансмурального IM
2. Трансмуральний передньобоковий IM у гострій стадії
3. Гострий трансмуральний передньоперегородкововерхівковий IM, рецидив IM у боковій стінці лівого шлуночка
4. Гострий повторний передньоперегородкововерхівковобоковий трансмуральний IM

1802. (І, В) На ЕКГ Q у відведеннях II, III, aVF; ST на ізолінії, слабонегативний T. Після нападу болю за грудиною на ЕКГ: QS у відведеннях V₂-V₄, елевація ST у відведеннях V₂-V₄ у вигляді монофазної кривої. Змін у відведеннях II, III, aVF немає. Ваш висновок:

1. Гостра стадія великовогнищевого передньоперегородкововерхівкового IM
2. Гостре порушення коронарного кровообігу передньоперегородкової ділянки лівого шлуночка
3. Гостра стадія трансмурального повторного переднього IM, нівелювання великовогнищевих рубцевих змін задньої стінки лівого шлуночка
4. Рубцева стадія задньодіафрагмального великовогнищевого IM, рецидив IM у передньо-



перегородкововерхівковій ділянці лівого шлуночка

1803. (I, В) Після припинення нападу стискаючого болю за грудиною на ЕКГ: шлуночковий комплекс у відведеннях V₂-V₃ типу Rs, депресія сегмента ST у відведеннях V₂-V₃ до 2 мм. Для уточнення топіки ураження необхідно зареєструвати відведення:

1. aVF під час вдиху
2. V₂-V₆ у 2-3 міжребер'ях
3. Ортогональні
4. V₇-V₉, за Слопаком

1804. (I, В) На ЕКГ періодично реєструються комплекси QRS'-P'-QRS', P' у відведеннях II, III, aVF негативні, перший комплекс QRS' розширеній (0,14 с), деформований. Ваш висновок:

1. Нижньопередсердна екstrasистолія
2. Передсердні ехоудари
3. Вузлові реципроні комплекси
4. Шлуночкові ехоудари

1805. (I, В) На ЕКГ періодично реєструються комплекси QRS'-P'-QRS, P' у відведеннях II, III, aVF негативні, комплекси QRS суправентрикулярної форми. Ваш висновок:

1. Нижньопередсердна екstrasистолія
2. Передсердні ехоудари
3. Вузлові ехоудари
4. Шлуночкові ехоудари

1806. (I, В) На ЕКГ періодично реєструються комплекси P'-QRS-P, P у відведеннях II, III, aVF негативні, інтервал P'-Q=0,24 с, комплекси QRS суправентрикулярної форми. Ваш висновок:

1. Нижньопередсердна блокована екstrasистолія
2. Передсердні ехоудари
3. Вузлові ехоудари
4. Шлуночкові ехоудари

1807. (II, I, В) На ЕКГ: негативні зубці P у відведеннях II, III, aVF з інтервалом P-P 0,40 с, і не пов'язані з ними комплекси QRS із частою 140 за 1 хв, деформовані за типом повної блокади ПНПГ. Ваш висновок:

1. Пароксим лівошлуночкової тахікардії
2. Пароксим нижньопередсердної тахікардії з блокадою ПНПГ

3. Пароксим дубльованої передсерднолівошлуночкової тахікардії

1808. (I, В) На ЕКГ: на тлі синусового ритму зареєстровані мономорфні правошлуночкові комплекси QRS з передектопічними інтервалими 0,21-0,34 с, періодично групові (до 8-12) з частотою 140 за 1 хв. Ваш висновок:

1. Хронічна правошлуночкова тахікардія
2. Хронічна парадистолічна правошлуночкова тахікардія
3. Правошлуночкова екstrasистолія

1809. (I, В) На ЕКГ: зубці P з інтервалами 0,80-0,86 с, комплекси QRS тривалістю 0,14 с з інтервалами 0,38-0,41 с. У грудних відведеннях основний зубець комплексу QRS спрямований униз. Ваш висновок:

1. Пароксим суправентрикулярної тахікардії
2. Пароксим шлуночкової тахікардії з базальних відділів серця
3. Пароксим шлуночкової тахікардії з верхівки серця
4. Пароксим політопної шлуночкової тахікардії

1810. (I, В) На ЕКГ: негативні зубці P у відведеннях II, III, aVF з інтервалом PQ=0,12 с. Інтервали P-P=0,40 с. Комплекси QRS деформовані за типом блокади ПНПГ. Ваш висновок:

1. Пароксим лівошлуночкової тахікардії
2. Пароксим нижньопередсердної тахікардії з блокадою ПНПГ
3. AB тахікардія з передуючим збудженням шлуночків на тлі блокади ПНПГ

1811. (С, II, I) У хворого 20 років з токсико-алергічним міокардитом на ЕКГ: R-R=1,10-1,20 с, за кожним комплексом PQRST через 0,05 с реєструється негативний зубець P. Ваш висновок:

1. Синусова брадикардія
2. AB блокада II ступеня 2:1
3. Блокована передсердна екstrasистолія за типом бігемінії
4. Синоатріальна блокада II ступеня 2:1
5. Повна AB блокада

1812. (II, I, В) На ЕКГ: R-R=0,40 с, P у відведеннях II-III інвертований, реєструється після комплексу QRS. QRS=0,10 с, деформований за типом неповної блокади ПНПГ. Пароксим



закінчується неповною компенсаторною паузою. Ваш висновок:

1. Лівошлуночкова пароксизмальна тахікардія
2. Нижньопередсердна пароксизмальна тахікардія з аберрацією QRS
3. Атріовентрикулярна пароксизмальна тахікардія з аберрацією QRS
4. Правошлуночкова пароксизмальна тахікардія
5. Пароксизмальна тахікардія з базальними відливами лівого шлуночка

1813. (І, В) На ЕКГ: R-R=0,80 с, періодично через 0,40 с після шлуночкових комплексів звичайної форми реєструються розширені до 0,15 с шлуночкові комплекси у відведеннях V₁ типу qR, а в V₆ – rS без передуючого зубця

P. Ваш висновок:

1. Лівошлуночкова екstrasистолія
2. Правошлуночкова екstrasистолія
3. Перегородкова екstrasистолія
4. Передсердна екstrasистолія з блокадою ПНПГ

1814. (І, В) На ЕКГ: R-R=0,41–0,43 с, деформовані за типом блокади ПНПГ і передньої гілки ЛНПГ. Зубці Р у відведеннях I, II, III -(+), P-P=1,20 с. Ваш висновок:

1. Пароксизмальна тахікардія з передньої стінки лівого шлуночка
2. Правошлуночкова пароксизмальна тахікардія
3. Пароксизмальна тахікардія із задньої стінки лівого шлуночка
4. Передсердна пароксизмальна тахікардія

1815. (С, ІІ, І) На ЕКГ: R-R=0,94–0,97 с, після кожних двох комплексів PQRST через 0,55 с від попереднього зубця Р виникає шлуночковий комплекс звичайної форми з негативним зубцем Р у відведеннях II, III, aVF після нього.

Ваш висновок:

1. Нижньопередсердна екstrasистолія
2. Екstrasистолія з АВ сполучення
3. Екstrasистолія з пучка Гіса
4. Блокована передсердна екstrasистолія

1816. (ІІ, І, В) На ЕКГ: на тлі синусового ритму реєструються АВ екstrasистоли, періодичне подовження інтервалу P-Q до 0,26 с та АВ блокада ІІ ступеня 2-го типу. Вкажіть найбільшу імовірну причину порушення АВ провідності:

1. Прихована АВ естрасистолія

2. Підвищення тонусу vagusу
3. Періодичне виникнення АВ блокади
4. Зміна рівня АВ блокади

1817. (І, В) У хворого з пароксизмом АВ реципрокної тахікардії раптово з'явилася блокада ніжки пучка Гіса, сповільнівся ритм тахікардії, пріріст тривалості інтервалу R-R' не менше 30 мс. Це свідчить про:

1. Зниження автоматизму ектопічного вогнища
2. Появу неповної блокади виходу з ектопічного вогнища
3. Виникнення блокади ніжки пучка Гіса у хворого з ретроградно функціонуючим пучком Кента
4. Виникнення блокади ніжки пучка Гіса у хворого з АВ вузловою реципрокною тахікардією

1818. (С, ІІ, І, В) На ЕКГ: ритм синусовий, P-P=1,00 с. Регулярно після 4 комплексів PQRST реєструється пауза тривалістю 2,00 с. Ваш висновок:

1. Синоатріальна блокада 4:3, тип Мобітц 1
2. Синоатріальна блокада 4:3, тип Мобітц 2
3. Синоатріальна блокада 5:4, тип Мобітц 2
4. АВ блокада 5:4, тип Мобітц 2

1819. (С, ІІ, І, В) На ЕКГ: з 10 передсердних імпульсів проводиться на шлуночки лише один, після чого з'являється ритм АВ сполучення з частотою 50 за 1 хв. Ваш висновок:

1. Синоатріальна блокада
2. Повна АВ блокада
3. Високоступенева АВ блокада
4. Ритм АВ сполучення

1820. (С, ІІ, І, В) У хворого з повною блокадою ПНПГ і передньоверхнього розгалуження ЛНПГ при повторній реєстрації ЕКГ зареєстрована АВ блокада І ступеня. Вкажіть рівень АВ блокади:

1. Проксимальний
2. Дистальний
3. На двох рівнях

1821. (С, ІІ, І, В) У хворого з повною блокадою ПНПГ і передньоверхнього розгалуження ЛНПГ при повторній реєстрації ЕКГ зареєстрована АВ блокада ІІ ступеня 2-го типу. Вкажіть рівень АВ блокади:



1. На двох рівнях
2. Проксимальний
3. Дистальний

1822. (C, II, I, B) На тлі синусового ритму з частотою 78 за 1 хв реєструється поступове збільшення тривалості інтервалу P-Q з 0,18 до 0,36 с у 4 комплексах та блокада 5-го передсердного імпульсу. Ваш висновок:

1. АВ блокада I ступеня
2. АВ блокада II ступеня 1-го типу
3. АВ блокада II ступеня 2-го типу
4. Високоступенева АВ блокада

1823. (C, II, I, B) На тлі синусового ритму з частотою 78 за 1 хв реєструється поступове збільшення тривалості інтервалу P-Q з 0,18 до 0,36 с у 4 комплексах та блокада 5-го передсердного імпульсу. Вкажіть коефіцієнт АВ проведення:

1. 5:4
2. 5:1
3. 4:5
4. 4:1

1824. (C, II, I, B) На ЕКГ: фібриляція передсердь, комплекси QRS суправентрикулярної форми, R-R=1,2 с. Ваш висновок:

1. Вузловий ритм
2. Синдром Фредеріка
3. Фібриляція передсердь, брадисистолічна форма

1825. (C, II, I, B) У хворого після гострого респіраторного захворювання з'явилися загальна слабкість, біль у ділянці серця, субфебрильна температура. На ЕКГ: елевація сегмента ST на 2-4 мм в усіх відведеннях, крім aVR. Через 2 тиж сегмент ST на ізолінії, зубець T (-). Ваш висновок:

1. Гострий перикардит
2. Гострий міокардит
3. Коронарит
4. Синдром ранньої реполяризації шлуночків

1826. (I, B) У пацієнта, що приймає тривалий час гідрохлоротазид, на ЕКГ: депресія сегмента ST із сплющеним зубцем T, амплітуда зубця U у відведеннях V₂-V₄ 2-2,5 мм, часта політопна шлуночкова екстрасистолія. Зміни ЕКГ можуть бути зумовлені:

1. Гіпокаліємією

2. Гіперкаліємією
3. Гіпокальціємією
4. Гіперкальціємією

1827. (II, I, B) У хворого хронічним гломерулонефрітом виявлено перехід раніше негативних зубців Т у відвіденнях I, aVL, V₄-V₆ у високі, загострені. Комплекс QRS розширеній за рахунок зубців R і S, інтервал Q-T укорочений. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Гіперкаліємією
2. Гіпокаліємією
3. Гіпокальціємією
4. Гіперкальціємією

1828. (I, B) У хворого, що приймає спіроно-лактон і каптопріл, на ЕКГ зареєстрована поява високого, з вузькою основою, зубця Т. Інтервал Q-T укорочений за рахунок сегмента ST. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Помірною гіперкаліємією
2. Вираженою гіперкаліємією
3. Різко вираженою гіпокаліємією
4. Помірною гіпокаліємією

1829. (I, B) У пацієнта з гіпопаратиреозом на ЕКГ: виражене подовження інтервалу Q-T за рахунок сегмента ST, міжпередсердна блокада I ступеня. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Гіпокальціємією
2. Гіперкальціємією
3. Гіпокаліємією
4. Гіперкаліємією

1830. (I, B) У пацієнта з гіпопаратиреозом на ЕКГ: виражене укорочення інтервалу Q-T за рахунок зникнення сегмента ST, зубець Т починається відразу за комплексом QRS, поодинока шлуночкова екстрасистолія. Зміни ЕКГ зумовлені:

1. Гіперкальціємією
2. Гіпокальціємією
3. Гіперкаліємією
4. Гіпокаліємією

1831. (C, II, I) У хворого 49 років, що одержує серцеві глікозиди з приводу серцевої недостатності, на ЕКГ зареєстрована коритоподібна депресія сегмента ST у відвіденнях V₅₋₆, лівошлуночкова екстрасистолія за типом бігемії. Ваш висновок:



1. Терапевтична дія серцевих глікозидів
2. Токсична дія серцевих глікозидів
3. ЕКГ-ознаки гіпокаліємії

1832. (І, В) У пацієнта з хронічною нирковою недостатністю на ЕКГ у відведеннях V₃₋₆ реєструється подовжений ізоелектричний сегмент ST і високий, симетричний, загострений, з вузькою основовою зубець Т. Це ознаки:

1. Поєднання гіперкаліємії і гіпокаліємії
2. Поєднання гіпокаліємії і гіпокаліємії
3. Гіпомагніємії
4. Гіперкаліємії

1833. (В) Оцініть короткий тихий діастолічний шум на верхівці серця, який з'явився у хворого з недостатністю клапана аорти:

1. Приєднання мітрального стенозу
2. Мітраплазія наявної вади
3. Шум Грехема Стілла
4. Приєднання стенозу устя аорти
5. Шум Флінта

1834. (ІІ, І, В) Звучність обох тонів серця знижена, прослуховується голосистолічний шум з максимумом у 2-му міжребері праворуч. Шум добре проводиться на судини ший і в міккопатковий простір. Це картина:

1. Коарктатії аорти
2. Стенозу устя аорти
3. Високого дефекту міжшлуночкової перегородки
4. Дефекту міжпередсердної перегородки

1835. (І, В) У 60-річного хворого з тривалим субфебрілітетом з'явився грубий систолічний шум з епіцентром на верхівці серця і виник набряк легень. При ЕхоКГ-обстеженні на передній стулці мітрального клапана виявлено бородавковидний наріст довжиною 12 мм, який під час систоли пролабув в ліве передсердя, а під час діастоли – у шлуночок. Такій знахідці відповідає діагноз:

1. Гострий ревмокардит
2. Інфекційний ендокардит
3. Пролапс мітрального клапана
4. Міксома лівого передсердя
5. Мітральний стеноз із тромбозом лівого передсердя

1836. (І, В) Через кілька днів після того, як пацієнта з протезованим мітральним клапа-

ном припинила прийом варфарину, у неї раптово виникли різка задишка, серцебиття і виражена слабкість. Яке обстеження необхідно здійснити невідкладно, щоб підтвердити тромбоз клапанного протеза?

1. Електрокардіографія
2. Фонокардіографія
3. Ехокардіографія
4. Рентгенографія органів грудної клітки
5. Коагулограма

1837. (ІІ, І, В) У хворого з масивним кальцином аортального клапана і зниженою скрочувальною здатністю лівого шлуночка виявлено низький систолічний градієнт тиску. Який показник допомагає відрізнити важкий аортальний стеноуз від легкого в таких випадках?

1. Площа аортального отвору
2. Ступінь легеневої гіпертензії
3. Вираженість супутньої мітральної недостатності
4. ЕКГ-ознаки перевантаження лівого шлуночка
5. Систолічний шум на фонокардіограмі

1838. (С) Під час ЕхоКГ-обстеження в 38-річного хворого з міксоматозними змінами стулок мітрального клапана виявлено інтенсивний ексцентричний зворотний потік у лівому передсерді, який стелеться вздовж передсердної поверхні передньої мітральної стулки. Який імовірний механізм мітральної недостатності в цьому випадку?

1. Пролапс передньої стулки мітрального клапана
2. Пролапс задньої стулки мітрального клапана
3. Пролапс обох стулок мітрального клапана
4. Диллятація мітрального кільця
5. Перфорація передньої стулки мітрального клапана

1839. (С) При ЕхоКГ-обстеженні виявили значну диллятацію правих відділів серця, важку трикуспіdalну недостатність і зміщення септалної стулки трикуспіdalного клапана до верхівки серця. Діагноз:

1. Травматична недостатність трикуспіdalного клапана
2. Ревматична трикуспіdalна недостатність
3. Аномалія Ештейна



4. Синдром відсутності перикарда
5. Карциноїдний синдром

1840. (С) При ЕхоКГ-обстеженні дорослого виявили значну диллятацію правих відділів серця, важку трикуспіdalну недостатність зі зморщеними і потовщеними стулками і клапаний стеноз легеневої артерії. Діагноз:

1. Перенесений інфекційний ендокардит
2. Карциноїдний синдром
3. Ревматична вада серця
4. Аномалія Ебштейна в поєднанні з легеневим стенозом
5. Синдром відсутності перикарда

1841. (С, II) У хворого з гострим ІМ на другий день виник новий виражений систолічний шум з епіцентротом у 4-му міжребер'ї зліва біля груднини, відчутно погіршився загальний стан. Проведено ЕхоКГ-обстеження. Мітральній недостатності чи відриву голівки папілярного м'яза не виявлено. Яке інше ускладнення гострого ІМ можна виявити при цьому?

1. Розрив міжшлуночкової перегородки
2. Аневризма лівого шлуночка
3. Перикардит
4. Розрив задньої стінки лівого шлуночка

1842. (II, I, В) При одновимірному ЕхоКГ-дослідженні виявлено: ліве передсердя - 4,5 см, КДР - 4,8 см, міжшлуночкова перегородка - 1,0 см, задньої стінки лівого шлуночка - 1,0 см, односпрямований рух стулок мітрального клапана. Ваш висновок:

1. Мітральний стеноз
2. Недостатність аортального клапана
3. Гіпертрофічна кардіоміопатія
4. Варіант норми

1843. (II, I, В) При ЕхоКГ-дослідженні виявлено: ліве передсердя - 4,8 см, лівий шлуночок - 6,8 см, гіперкінез міжшлуночкової перегородки і задньої стінки лівого шлуночка, інтенсивний турбулентний потік у лівому передсерді, який починається в точці змикання мітральних стулок. Ваш висновок:

1. Мітральний стеноз
2. Пролапс мітрального клапана
3. Недостатність мітрального клапана
4. Гіпертрофічна кардіоміопатія

1844. (I, В) При ЕхоКГ у 10-річної дівчинки з блокадою ПНПГ виявили диллятацію правих відділів серця і парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки. АВ клапани структурно нормальні. Який діагноз у першу чергу треба запідоzрити в такому випадку:

1. Відкрита артеріальна протока
2. Стеноз легеневої артерії
3. Дефект міжпередсердної перегородки
4. Аномалія Ебштейна

1845. (I, В) При ЕхоКГ-дослідженні дворічного хлопчика з ціанозом виявлено гіпертрофію правого шлуночка, субаортальний дефект міжшлуночкової перегородки з аорто-вершником і звуженням вихідного тракту правого шлуночка. Ваш висновок:

1. Відкрита артеріальна протока
2. Транспозиція магістральних судин
3. Спільній артеріальний стовбур
4. Тетрада Фалло

1846. (I, В) При ЕхоКГ-дослідженні 5-річної дитини з грубим систолічним шумом на основі серця виявлено гіпертрофію стінок правого шлуночка і куполоподібне систолічне звуження потовщених стулок клапана в легеневу артерію. Діагноз:

1. Подвійне відходження магістральних судин від правого шлуночка
2. Тетрада Фалло
3. Спільній артеріальний стовбур
4. Стеноз легеневої артерії

1847. (С, II, I) На ехокардіограмі у пацієнта з ексудативним перикардитом виявили лише задній випіт. Яка ймовірна кількість ексудату:

1. 300–500 мл
2. 1000 мл
3. Понад 1000 мл

1848. (I, В) На ехокардіограмі хворого ексудативним перикардитом виявили як передній, так і задній випіт. Яка ймовірна кількість ексудату:

1. 200–300 мл
2. 300–500 мл
3. Приблизно 1000 мл

1849. (С, II) При ЕхоКГ-обстеженні 45-літнього чоловіка, колишнього спортсмена, без скарг,



виявили, що товщина міжшлуночкової перегородки у базальному відділі становить 1,8 см, товщина задньої стінки лівого шлуночка - 1,0 см. Яку хворобу насамперед треба запідоозрити?

1. Спортивне серце
2. Гіпертрофічна кардіоміопатія
3. Гіпертонічна хвороба
4. Латентний перебіг міокардиту
5. Перенесений бессимптомний ІМ задньої стінки

1850. (І, В) При ЕхоКГ-дослідженні у пацієнта віком 30 років виявлено: ліве передсердя - 4,2 см, КДО лівого шлуночка - 245 мл, КСО лівого шлуночка - 170 мл, фракція викиду лівого шлуночка - 30 %, товщина міжшлуночкової перегородки - 0,9 см, товщина задньої стінки лівого шлуночка - 1,0 см. Тотальна гіпокінезія стінок лівого шлуночка. Ваш попередній діагноз:

1. Дилатаційна кардіоміопатія
2. Мітральна вада серця
3. Гіпертрофічна кардіоміопатія
4. Рестриктивна кардіоміопатія

1851. (І, В) У пацієнта віком 64 років, в якого раптово з'явився грубий систолічний шум біля нижнього краю груднин зліва на 5-ту добу гострого передньої перегородкового ІМ, за допомогою імпульсної допплерівської ЕхоКГ виявлено виражений турбулентний потік крові в систолу вздовж правої поверхні міжшлуночкової перегородки. Ваш висновок:

1. Відрив папілярних м'язів трикусpidального клапана
2. Відрив папілярного м'яза передньої стулки мітрального клапана
3. Розрив міжшлуночкової перегородки
4. Розрив стінки лівого шлуночка

1852. (ІІ, І, В) При ЕхоКГ виявлено збільшення порожнини лівого шлуночка, діастолічне тріпотіння стулок мітрального клапана та раннє їх закриття. Ваш висновок:

1. Мітральна недостатність
2. Аортальна недостатність
3. Мітральний стеноуз
4. Аортально-мітральна недостатність

1853. (І, В) В 11-річного хлопчика при ЕхоКГ-

обстеженні в період ревмоатаки виявлена наявність переднього і заднього випоту. Зазначені зміни свідчать про ревматичний:

1. Перикардит
2. Ендокардит
3. Міокардит
4. Панкардит

1854. (ІІ, І, В) При допплерівському ЕхоКГ-обстеженні з супрастеральної позиції в низхідному відділі аорти виявлено звуження з подальшим аневризматичним розширенням. Кровотік у зоні звуження прискорений, турбулентний, зберігається в діастолу. Ваш висновок:

1. Аортотеїї Такаясу
2. Коарктация аорти
3. Аневризма низхідного відділу аорти

1855. (В) При допплерівському ЕхоКГ-дослідженні виявлено широкий струмінь регургітації, що займає значну частину порожнини лівого предсердя, циркулює вздовж його стінок та досягає вушка лівого передсердя і легеневих вен. Ваш висновок:

1. Важка мітральна недостатність
2. Помірна мітральна недостатність
3. Незначна мітральна недостатність

1856. (І, В) У хворого на ревматизм при ЕхоКГ-дослідженні виявлено збільшене ліве передсердя. Трансмітральний кровотік турбулентний із середньою швидкістю 2 м/с, П-подібної форми, хвіля А не виражена. Площа мітрального отвору - 1,2 см². Ваш висновок:

1. Помірний мітральний стеноуз
2. Мінімальний мітральний стеноуз
3. Важкий мітральний стеноуз

1857. (ІІ, І, В) На ЕхоКГ виявлено потовщення стулок і хорд мітрального клапана, односпрямований рух стулок, куполоподібне діастолічне прогинання передньої стулки, збільшене ліве передсердя. Ваш висновок:

1. Мітральний стеноуз
2. Мітральна недостатність
3. Пролапс передньої стулки мітрального клапана
4. Міксоматозне переродження стулок мітрального клапана



1858. (І, В) За даними ЕхоКГ-обстеження: КДР лівого шлуночка – 8 см, час напівспаду аортошлуночкового тиску 200 мс, діастолічне тріпотіння передньої стулки мітрального клапана, діастолічний потік у вихідному тракті лівого шлуночка. Ваш висновок:

1. Аортальна недостатність
2. Аортальний стено з
3. Варіант норми
4. Субаортальний стено з

1859. (І, В) Дані ЕхоКГ: міжшлуночкова перегородка – 1,5 см, задня стінка лівого шлуночка – 1,6 см, КДР лівого шлуночка – 3,6 см. Стулки аортального клапана кальциновані, турбулентний систолічний трансаортальний потік зі швидкістю 5 м/с. Середній градієнт тиску на аортальному клапані – 50 мм рт. ст. Площа аортального отвору – 0,75 см². Ваш висновок:

1. Важкий аортальний стено з
2. Помірний аортальний стено з
3. Початкова стадія аортального стено зу

1860. (С, ІІ, І, В) При реовазографії встановлено зниження реографічного індексу на голівці до 0,25, а на стопі – до 0,45. Ваш висновок:

1. Порушення трофіки
2. Атеросклеротичне ураження стегновопідколінного сегмента стегнової артерії
3. Тромбофлебіт глибоких вен
4. Ендартеріїт

1861. (С, ІІ, І, В) При реовазографії встановлено зниження реографічного індексу на голівці до 0,45, а на стопі – до 0,25. Ваш висновок:

1. Порушення трофіки
2. Атеросклеротичне ураження стегновопідколінного сегмента стегнової артерії
3. Тромбофлебіт глибоких вен
4. Ендартеріїт
5. Артеріодистонія

1862. (С, ІІ, І, В) При реовазографії встановлено зниження реографічного індексу на голівці до 0,4, на стопі реографічний індекс – 1,5. Ваш висновок:

1. Порушення трофіки
2. Атеросклеротичне ураження стегновопідколінного сегмента стегнової артерії

3. Ендартеріїт
4. Артеріоспазм
5. Артеріодистонія

1863. (І, В) Хворий скаржиться на тупі болі в ділянці серця, задишку і ортопное, що з'явилися в останні 2 тижні. Виявлено послаблені тони серця, зниження пульсового тиску до 25 мм рт. ст. під час глибокого вдиху. Яка найбільш імовірна причина цього стану?

1. Гострий ІМ
2. Масивний випіт у порожнину перикарда
3. Декомпенсація безсимптомної клапанної вади серця
4. Фібріляція передсердь, тахісистолія
5. Масивний випіт у плевральну порожнину

1864. (І, В) Хвора віком 28 років, нейроциркуляторна дистонія упродовж 5 років. Які симптоми не характерні для цього захворювання?

1. Ниючі болі в ділянці серця
2. Пекучі болі за грудиною під час ходьби вгору
3. Коливання АТ
4. Експіраторна задишка
5. Відчуття холодних кінцівок

1865. (І, В) У хворого віком 34 років – нейроциркуляторна дистонія. На вихідній ЕКГ негативний Т у відведеннях V₄₋₆ до 3 мм. При пробі з дозуванням фізичним навантаженням на 50 Вт зареєстрована реверсія Т у відведеннях V₄₋₆ без клінічних змін. Ваша тактика:

1. Збільшити навантаження на 25 Вт
2. Припинити пробу і контролювати ЕКГ до відновлення вихідної графіки
3. Продовжити навантаження до досягнення АТ допустимого рівня
4. Продовжити пробу до досягнення субмаксимальної ЧСС або появи ЕКГ-ознак ішемії міокарда

1866. (І, В) Пацієнта віком 48 років турбують стискаючі болі в ділянці серця і за грудиною. На ЕКГ негативний симетричний зубець Т у відведеннях V_{3-V6} глибиною до 3 мм. Зазначені зміни можуть бути зумовлені:

1. Нападом стенокардії
2. Дрібновогнищевим ІМ
3. Нестабільною стенокардією
4. Сухим фібринозним перикардитом



1867. (І, В) Пациєнт віком 50 років, 3,5 міс тому переніс великовогнищевий ІМ. При проведенні ВЕМ порогове навантаження – 50 Вт. Висновок щодо толерантності до навантаження:

- Хворий непрацездатний
- Переносність фізичного навантаження знижена, доступна легка фізична праця
- Переносність фізичного навантаження задовільна, можливе повернення до праці
- Переносність фізичного навантаження задовільна, доступний рівень середніх навантажень

1868. (І, В) Пациєнт віком 40 років з атиповою для стенокардії бальзовим синдромом виконав розрахункове навантаження 160 Вт і досяг субмаксимальної ЧСС 160 за 1 хв. Бальового синдрому і типових для ішемії змін ЕКГ немас. Оцінка проби:

- Проба негативна
- Проба позитивна
- Проба неінформативна
- Необхідно повторне проведення проби
- Необхідно проведення інших функціональних проб

1869. (В) Пациєнт віком 42 роки з атиповим для стенокардії бальзовим синдромом виконав розрахункове навантаження 150 Вт і досяг ЧСС 146 за 1 хв, субмаксимальна ЧСС 158 за 1 хв. ЕКГ без змін, скарг немас. Ваша тактика:

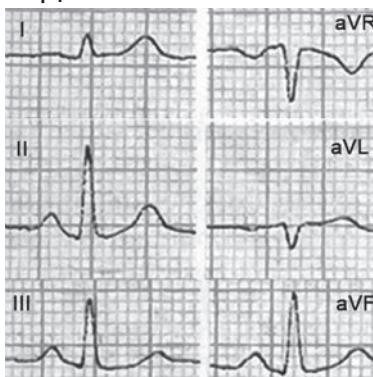
- Припинити пробу, оцінивши її як негативну
- Продовжити навантаження згідно з протоколом до досягнення субмаксимальної ЧСС
- Необхідно повторити ВЕМ через 24–48 год
- Необхідно повторити ВЕМ після лікування

1870. (І, В) На ЕКГ, зареєстрованій з огляду на типовий ангінозний напад, виявлено куполоподібну елевацію сегмента ST у відведеннях II, III, aVF, V₅₋₆. Після припинення болю знову реєструється нормальна ЕКГ.

Ваш попередній діагноз:

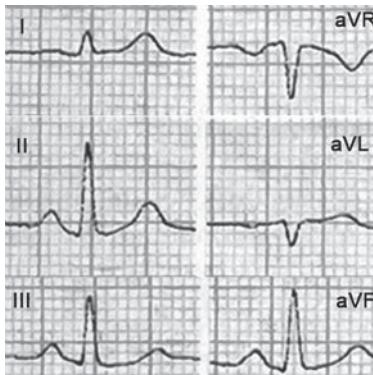
- Гострий ІМ в ділянці задньобокової стінки лівого шлуночка
- Напад варіантної стенокардії Принцметала
- Затяжний напад стенокардії
- Гострий перикардит

1871. (С, II) Визначте положення електричної осі серця:



- Вертикальне
- Нормальне
- Горизонтальне
- Відхилення вліво
- Відхилення вправо

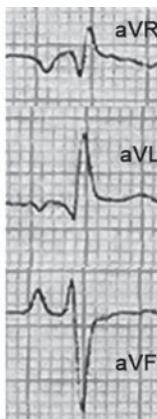
1872. (І, В) Визначте кут альфа комплексу QRS:



- + 60 °
- + 69 °
- + 75 °
- + 90 °
- + 105 °

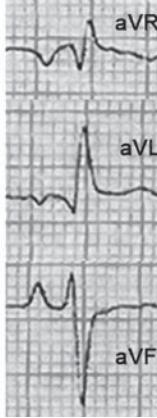
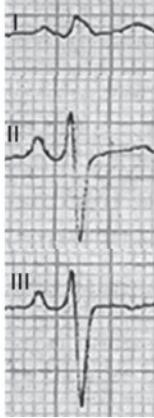


1873. (C, II) Визначте положення електричної осі серця:



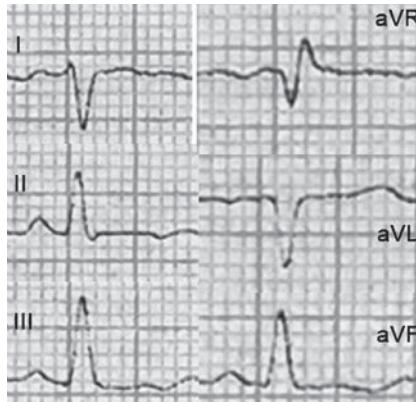
1. Вертикальне
2. Нормальне
3. Горизонтальне
4. Відхилення вліво
5. Відхилення вправо

1874. (I, B) Визначте кут альфа комплексу QRS:



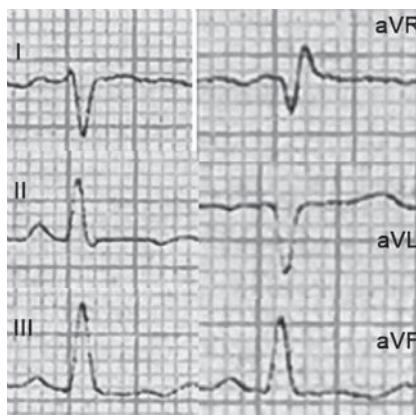
1. + 10 °
2. - 15 °
3. - 30 °
4. - 90 °
5. - 60 °

1875. (C, II) Визначте положення електричної осі серця:



1. Вертикальне
2. Нормальне
3. Горизонтальне
4. Відхилення вліво
5. Відхилення вправо

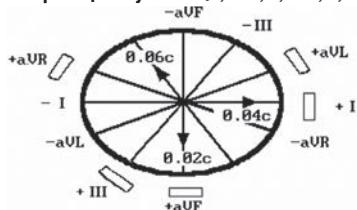
1876. (C, II, I, B) Визначте кут альфа комплексу QRS:



1. + 120 °
2. - 60 °
3. + 75 °
4. + 90 °
5. + 105 °

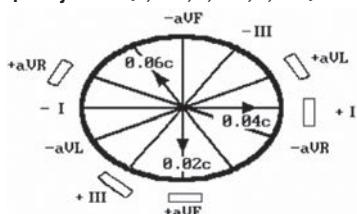


1877. (C, II, I, B) Визначте форму комплексу QRS в I стандартному відведенні при вказаному на рисунку розміщенні трьох моментних векторів деполяризації шлуночків {0,02 с, 0,04 с, 0,06 с}



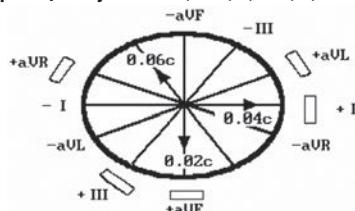
1. Rs
2. qR
3. RS
4. rS
5. Qr

1878. (II, I, B) Визначте форму комплексу QRS у відведенні aVL при вказаному на рисунку розміщенні трьох моментних векторів деполяризації шлуночків {0,02 с, 0,04 с, 0,06 с}



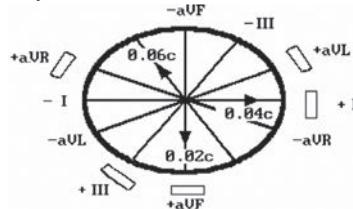
1. qRS
2. qR
3. RS
4. rS
5. Qr

1879. (II, I, B) Визначте форму комплексу QRS у відведенні aVF при вказаному на рисунку розміщенні трьох моментних векторів деполяризації шлуночків {0,02 с, 0,04 с, 0,06 с}



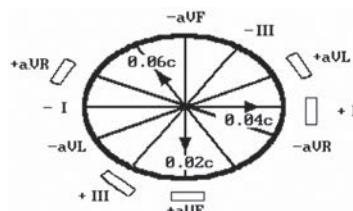
1. qRS
2. qR
3. RS
4. rS
5. Qr

1880. (II, I, B) Визначте форму комплексу QRS в III стандартному відведенні при вказаному на рисунку розміщенні трьох моментних векторів деполяризації шлуночків {0,04 с, 0,02 с, 0,06 с}



1. qRS
2. qR
3. RS
4. rS
5. Qr

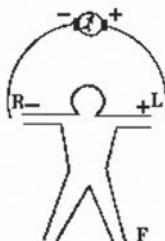
1881. (II, I, B) Визначте форму комплексу QRS у відведенні aVR при вказаному на рисунку розміщенні трьох моментних векторів деполяризації шлуночків {0,02 с, 0,04 с, 0,06 с}



1. qRS
2. qR
3. RS
4. rS
5. Qr

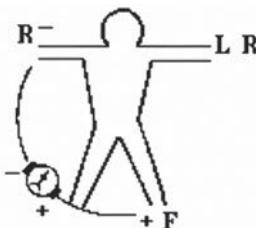


1882. (C, II) На рисунку наведена схема підключення електродів



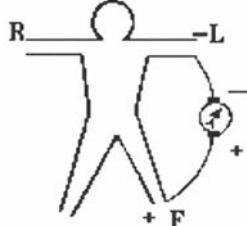
1. I відведення
2. II відведення
3. III відведення
4. aVR відведення
5. aVL відведення
6. aVF відведення

1883. (C, II) На рисунку наведена схема підключення електродів



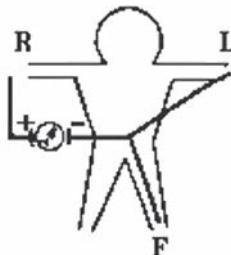
1. I відведення
2. II відведення
3. III відведення
4. aVR відведення
5. aVL відведення
6. aVF відведення

1884. (C, II) На рисунку наведена схема підключення електродів



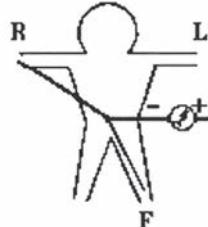
1. I відведення
2. II відведення
3. III відведення
4. aVR відведення
5. aVL відведення
6. aVF відведення

1885. (C, II, I) На рисунку наведена схема підключення електродів



1. I відведення
2. II відведення
3. III відведення
4. aVR відведення
5. aVL відведення
6. aVF відведення

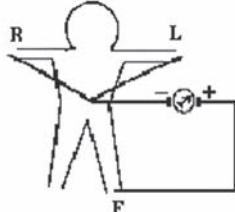
1886. (C, II, I) На рисунку наведена схема підключення електродів



1. I відведення
2. II відведення
3. III відведення
4. aVR відведення
5. aVL відведення
6. aVF відведення

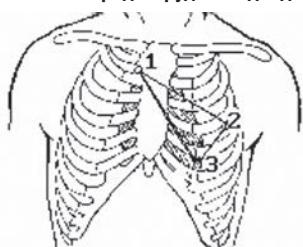


1887. (C, II, I) На рисунку наведена схема підключення електродів



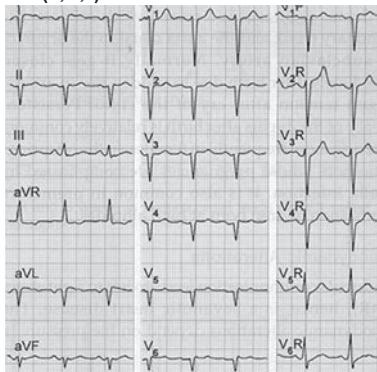
1. I відведення
2. II відведення
3. III відведення
4. aVR відведення
5. aVL відведення
6. aVF відведення

1888. (C, II) На рисунку наведена схема підключення електродів грудних відведень



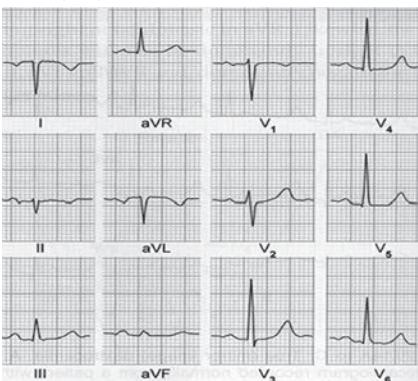
1. За Слопаком і Партиллою
2. За Евансом
3. За Небом

1889. (C, II, I) Ваш висновок:



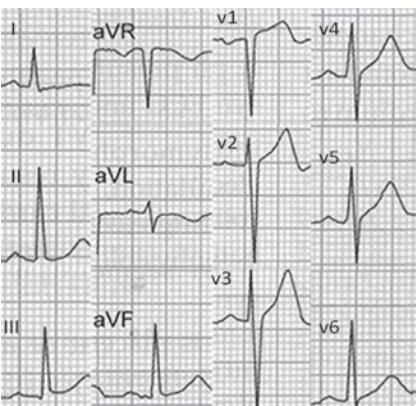
1. Декстроверсія
2. Декстрокардія
3. Гіпертрофія правого шлуночка
4. Неправильно накладені електроди на верхніх кінцівках

1890. (C, II) Ваш висновок:



1. Декстроверсія
2. Декстрокардія
3. Неправильно накладені електроди на верхніх кінцівках
4. Блокада задньої гілки ЛНПГ

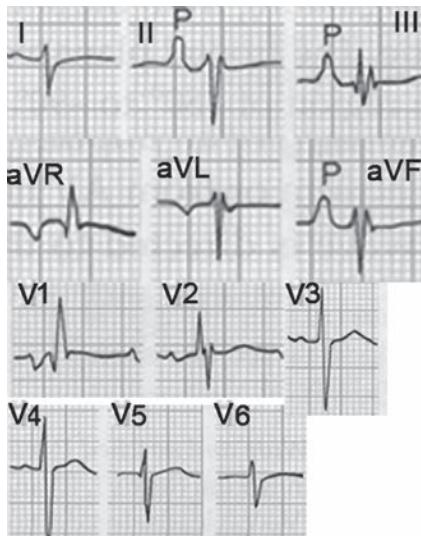
1891. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Гіпертрофія правого шлуночка
2. Гіпертрофія лівого шлуночка
3. Гіпертрофія обох передсердь
4. Варіант нормальної ЕКГ

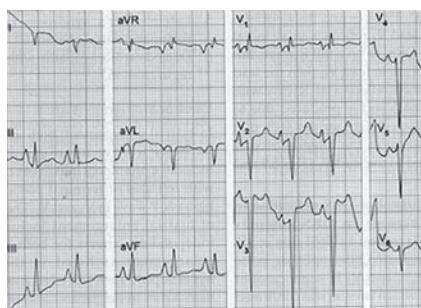


1892. (C, II, I, В) Ваш висновок:



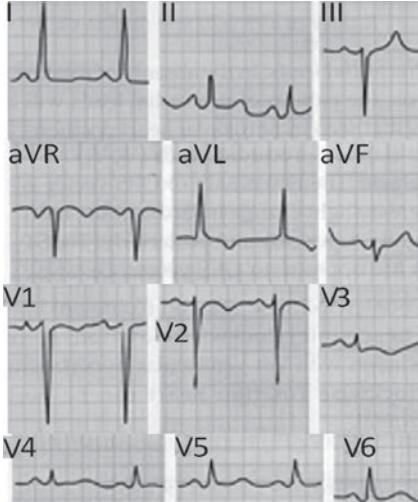
- Гіпертрофія правого передсердя
- Гіпертрофія правого шлуночка
- Гіпертрофія обох передсердь
- Гіпертрофія лівого шлуночка

1893. (C, II, I, В) Ваш висновок:



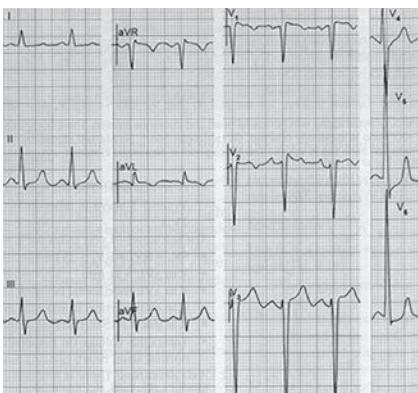
- Гіпертрофія правого передсердя
- Гіпертрофія правого шлуночка
- Гіпертрофія обох передсердь
- Гіпертрофія лівого шлуночка
- Блокада ПНПГ

1894. (C, II) Ваш висновок:



- Гіпертрофія лівого шлуночка з помірними змінами міокарда
- Гіпертрофія правого шлуночка
- Гіпертрофія обох шлуночків
- Гіпертрофія правого передсердя

1895. (C, II, I) Ваш висновок:

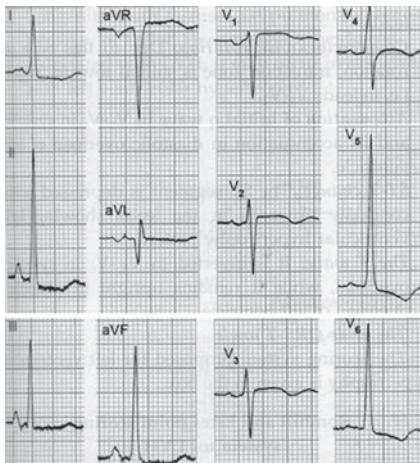


- Гіпертрофія лівого шлуночка
- Субенокардіальна ішемія міокарда бокової стінки лівого шлуночка
- Гіпертрофія правого шлуночка



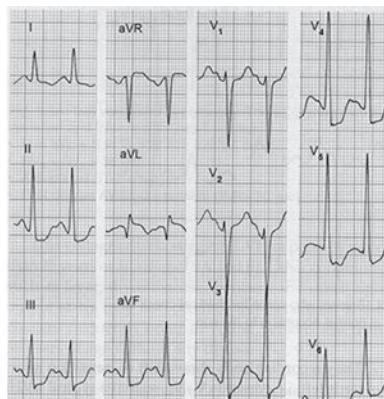
4. Гіпертрофія обох шлуночків
5. Гіпертрофія лівого передсердя

1896. (C, II, I) Ваш висновок:



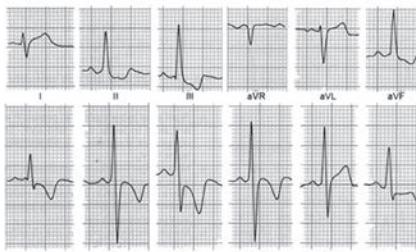
1. Гіпертрофія лівого шлуночка з його систолічним перевантаженням та помірними змінами міокарда передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Гіпертрофія правого передсердя
5. Гіпертрофія обох передсердь

1897. (C, II, I, B) Ваш висновок:



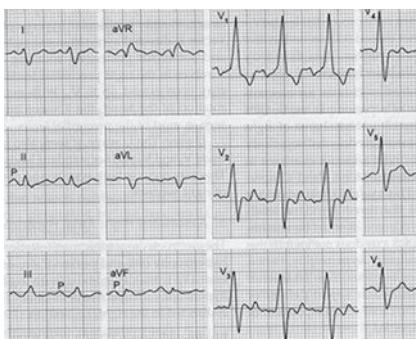
1. Гіпертрофія лівого шлуночка
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Субендокардіальна ішемія міокарда

1898. (II, I, B) Ваш висновок:

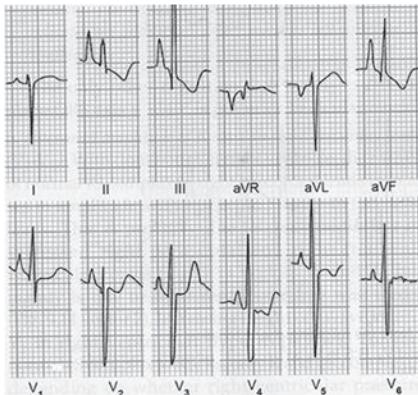


1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Ознаки систолічного перевантаження правого шлуночка
4. Ознаки діастолічного перевантаження право-го шлуночка
5. Гіпертрофія обох передсердь

1899. (C, II, I, B) Ваш висновок:



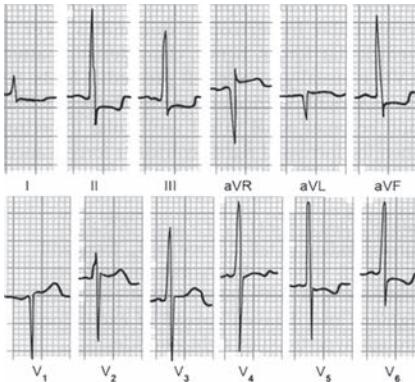
1. Гіпертрофія лівого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Ознаки систолічного перевантаження правого шлуночка
4. Гіпертрофія обох шлуночків

**1900. (І, В) Ваш висновок:**

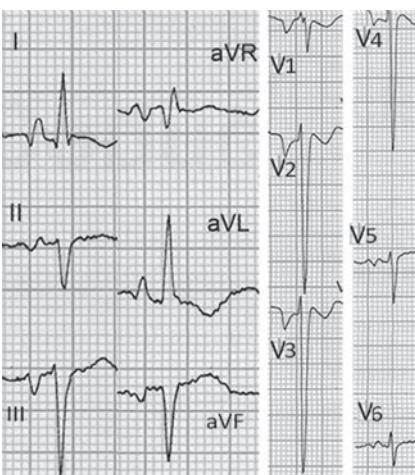
1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія лівого передсердя
3. Гіпертрофія обох шлуночків з перевагою гіпертрофії правого шлуночка
4. Гіпертрофія обох передсердь

1901. (С, II) Ваш висновок:

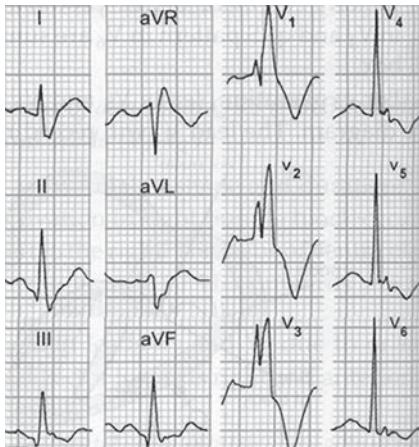
1. Гіпертрофія лівого передсердя
2. Гіпертрофія обох шлуночків з перевагою лівого шлуночка
3. Гіпертрофія правого шлуночка
4. Гіпертрофія обох шлуночків з перевагою правого шлуночка
5. Гіпертрофія правого передсердя

1902. (І, В) Ваш висновок:

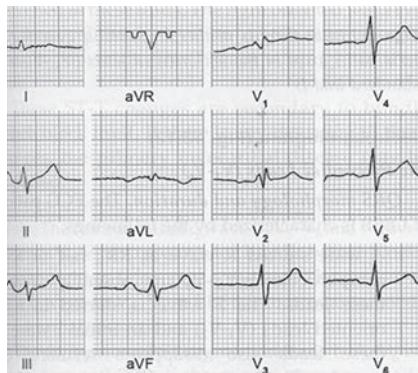
1. Гіпертрофія лівого шлуночка
2. Гіпертрофія правого передсердя
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Ознаки субендокардіальної ішемії міокарда

1903. (І, В) Ваш висновок:

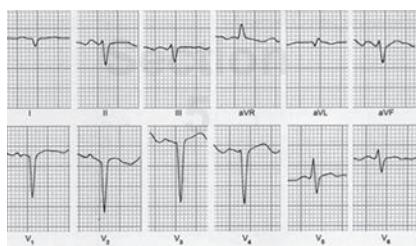
1. Гіпертрофія лівого шлуночка
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія лівого передсердя
4. Гіпертрофія правого передсердя
5. Неповна блокада ПНПГ
6. Блокада передньої гілки ЛНПГ

**1904. (I, B) Ваш висновок:**

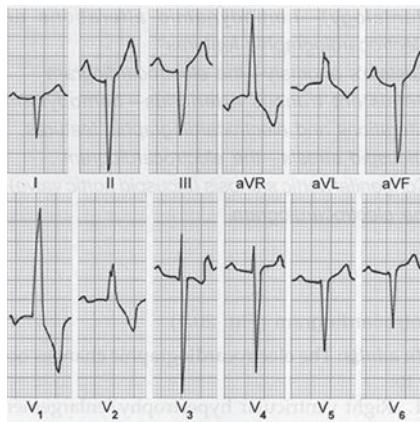
1. Повна блокада ПНПГ
2. Неповна блокада ПНПГ
3. Гіпертрофія лівого шлуночка
4. Гіпертрофія обох шлуночків

1905. (C, II, I, B) Ваш висновок:

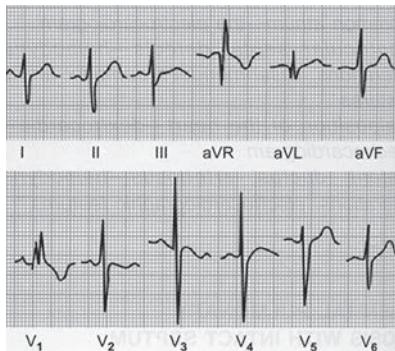
1. Блокада передньої гілки ЛНПГ
2. Неповна блокада ПНПГ
3. Гіпертрофія правого шлуночка
4. Гіпертрофія обох шлуночків
5. Гіпертрофія правого передсердя

1906. (C, II, I, B) Ваш висновок:

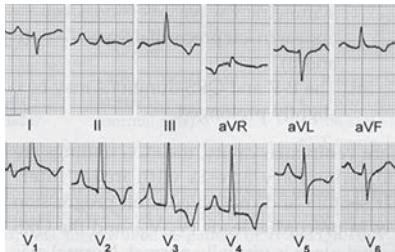
1. ЕКГ-ознаки рубцевих змін міокарда передньо-передсердкововерхікової ділянки лівого шлуночка
2. Гіпертрофія правого передсердя
3. Гіпертрофія правого шлуночка
4. Гіпертрофія лівого передсердя

1907. (I, B) Ваш висновок:

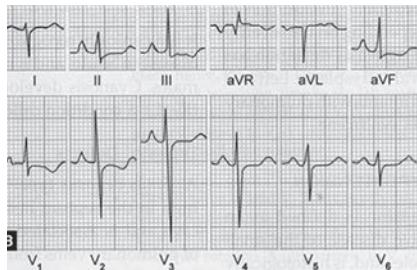
1. Рубцеві зміни бокової стінки лівого шлуночка
2. Гіпертрофія правого шлуночка з діастолічним перевантаженням
3. Гіпертрофія обох передсердь
4. Комбінована гіпертрофія шлуночків з перевагою правого

**1908. (C, II, I, B) Ваш висновок:**

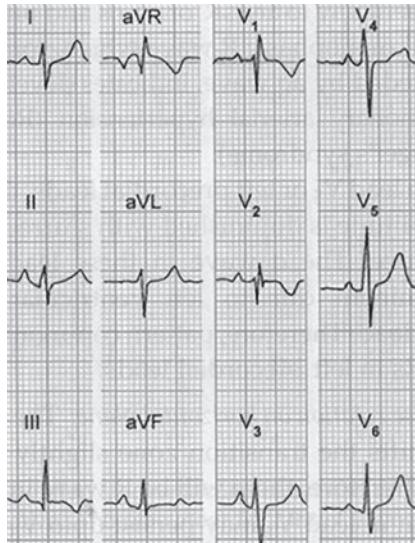
1. Повна блокада ПНПГ
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох передсердь
4. Гіпертрофія лівого шлуночка

1909. (C, II, I, B) Ваш висновок:

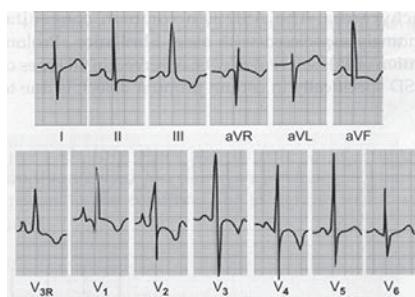
1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка з його систолічним перевантаженням
3. Гіпертрофія обох передсердь
4. Комбінована гіпертрофія шлуночків

1910. (C, II, I, B) Ваш висновок:

1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох передсердь
4. Комбінована гіпертрофія шлуночків

1911. (C, II, I, B) Ваш висновок:

1. Гіпертрофія правого шлуночка
2. Неповна блокада ПНПГ
3. Гіпертрофія правого передсердя
4. Гіпертрофія лівого шлуночка

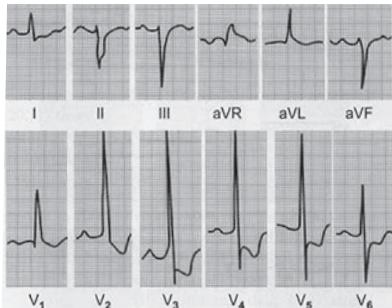
1912. (C, II, I, B) Ваш висновок:

1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка з його систолічним перевантаженням



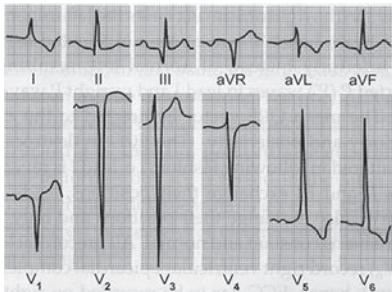
3. Гіпертрофія обох передсердь
4. Гіпертрофія лівого шлуночка

1913. (C, II, I, B) Ваш висновок:



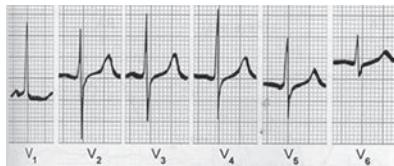
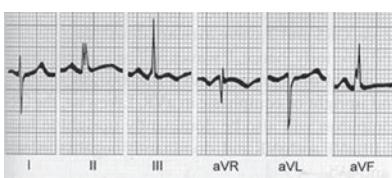
1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків з перевагою правого
4. Ознаки субендокардіальної ішемії міокарда
5. Блокада задньої гілки ЛНПГ

1914. (C, II) Ваш висновок:



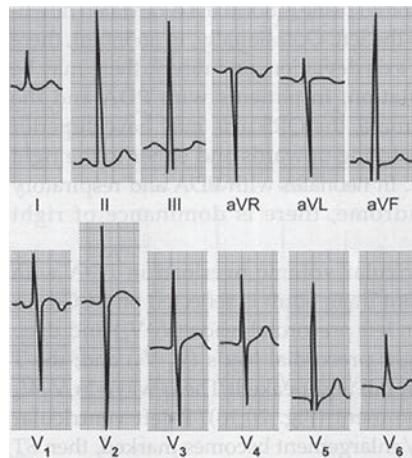
1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Гіпертрофія лівого шлуночка з його систолічним перевантаженням

1915. (C, II, I, B) Ваш висновок:



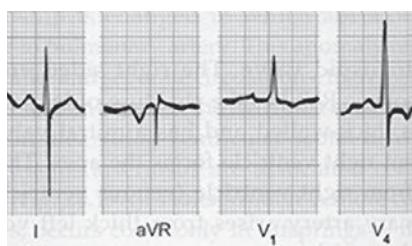
1. Гіпертрофія правого шлуночка з його систолічним перевантаженням
2. Гіпертрофія обох шлуночків з перевагою правого
3. Гіпертрофія правого передсердя
4. Блокада задньої гілки ЛНПГ

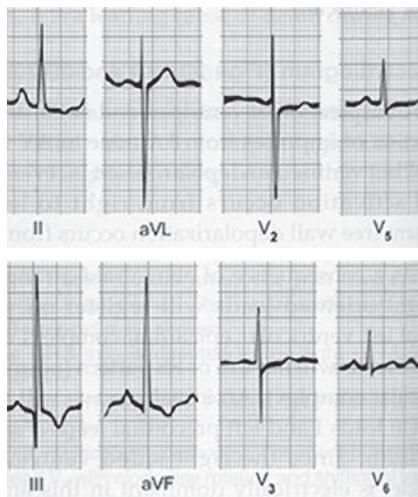
1916. (C, II, I, B) Ваш висновок:



1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Гіпертрофія обох передсердь
5. Гіпертрофія лівого шлуночка

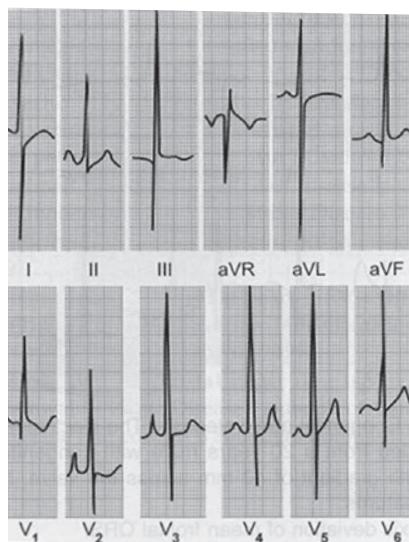
1917. (C, II, I, B) Ваш висновок:





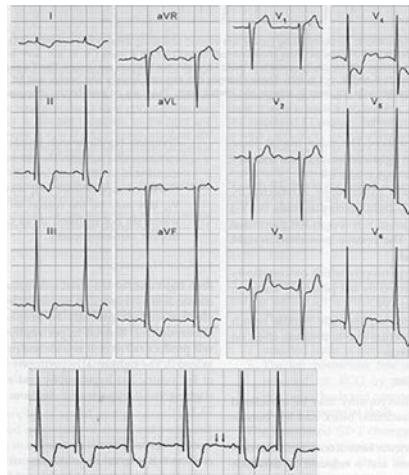
1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Гіпертрофія обох передсердь
5. Гіпертрофія лівого шлуночка

1918. (C, II, I, B) Ваш висновок:



1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Гіпертрофія обох передсердь
5. Гіпертрофія лівого шлуночка

1919. (C, II) Ваш висновок:



1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія обох шлуночків
3. Фібриляція передсердь
4. Гіпертрофія лівого шлуночка з його систолічним перевантаженням
5. Ознаки субендокардіальної ішемії міокарда

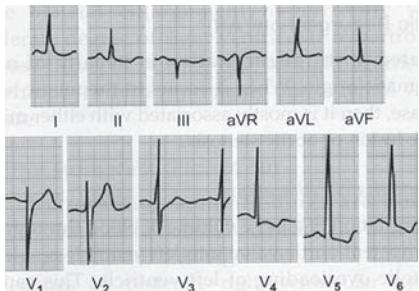
1920. (C, II) Ваш висновок:





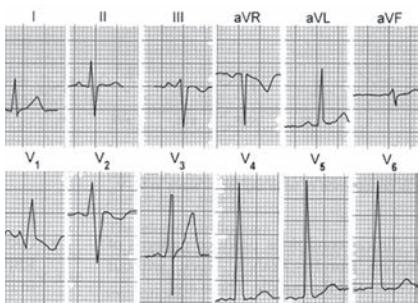
1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія обох шлуночків
3. Гіпертрофія обох передсердь
4. Гіпертрофія лівого шлуночка з його систолічним перевантаженням

1921. (C, II) Ваш висновок:



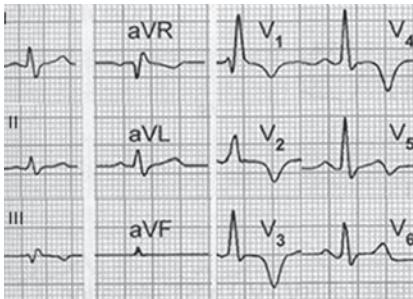
1. Гіпертрофія правого передсердя
2. Гіпертрофія правого шлуночка
3. Гіпертрофія обох шлуночків
4. Гіпертрофія обох передсердь
5. Гіпертрофія лівого шлуночка з його систолічним перевантаженням

1922. (C, II) Ваш висновок:



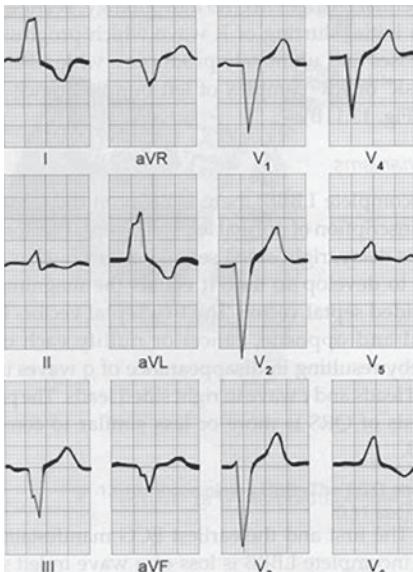
1. Повна блокада ПНПГ
2. Неповна блокада ПНПГ
3. Гіпертрофія лівого шлуночка
4. Гіпертрофія обох шлуночків
5. Блокада передньої гілки ЛНПГ

1923. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Повна блокада ПНПГ
2. Неповна блокада ПНПГ
3. Гіпертрофія правого шлуночка
4. Дрібновогнищеві зміни міокарда
5. Гіпертрофія обох шлуночків

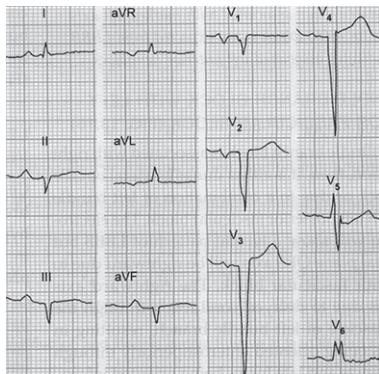
1924. (C, II) Ваш висновок:



1. Неповна блокада ЛНПГ
2. Повна блокада ЛНПГ
3. Повна блокада ЛНПГ з переважним блокуванням передньої гілки
4. Дистальна блокада передньої гілки ЛНПГ

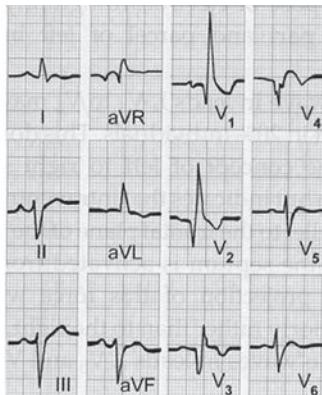


1925. (І, В) Ваш висновок:



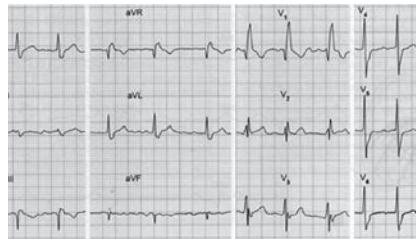
1. Неповна блокада ЛНПГ
2. Повна блокада ЛНПГ з переважним блокуванням передньої гілки
3. Рубцеві зміни міокарда нижньої стінки лівого шлуночка
4. Дистальна блокада передньої гілки ЛНПГ
5. Комбінована гіпертрофія передсердь

1926. (С, ІІ, І, В) Ваш висновок:



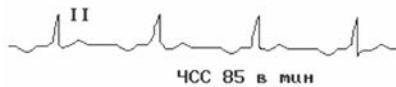
1. Повна блокада ЛНПГ
2. Повна блокада ПНПГ
3. Великовогнищеві зміни передньо-перегородковово-верхівкової ділянки лівого шлуночка
4. Блокада передньої гілки ЛНПГ

1927. (С, ІІ, І, В) Ваш висновок:



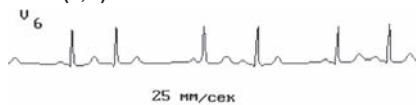
1. Неповна блокада ПНПГ
2. Повна блокада ПНПГ
3. Блокада передньої гілки ЛНПГ
4. Фібріляція передсердь

1928. (С, ІІ) Ваш висновок:



1. Групова передсердна екстрасистолія
2. Синусова тахікардія з частотою 85 за 1 хв
3. Прискорений нижньопередсердний ритм
4. Тріпотіння передсердь 2:1

1929. (С, ІІ) Ваш висновок:



1. Групова шлуночкова екстрасистолія
2. Передсердна екстрасистолія за типом бігемії
3. Синоатріальна блокада ІІ ступеня 3:2

1930. (С, ІІ) Ваш висновок:

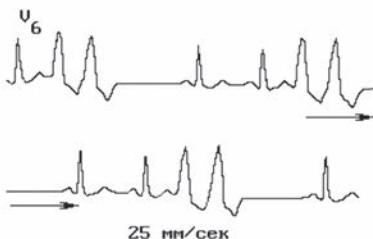


1. Шлуночкова екстрасистолія за типом тригемії



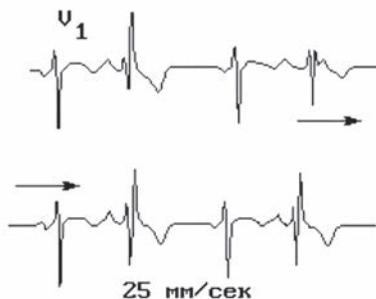
2. Шлуночкова екстрасистолія за типом квадригемії
3. Інтермітуючий синдром WPW

1931. (C, II, I) Ваш висновок:



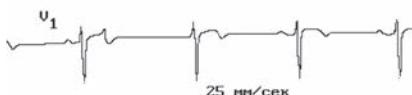
1. Парні лівошлуночкові екстрасистоли за типом тригемії
2. Парні правошлуночкові екстрасистоли за типом тригемії
3. Передсердна екстрасистолія за типом тригемії з аберантним проведенням

1932. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Лівошлуночкові екстрасистоли за типом бігемії
2. Правошлуночкові екстрасистоли за типом бігемії
3. Передсердні екстрасистоли за типом бігемії з аберантним проведенням

1933. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Відмова синусового вузла з замісним імпульсом з АВ сполучення
2. Блокована передсердна екстрасистола із замісним імпульсом з АВ сполучення
3. Міграція водія ритму

1934. (I, B) Ваш висновок:



1. Вставна лівошлуночкова екстрасистолія
2. Парні передсердні екстрасистоли за типом тригемії періодично з аберантним проведенням
3. Політопна екстрасистолія

1935. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Непароксизмальна АВ тахікардія
2. Нижньопередсердна тахікардія
3. Синусова тахікардія
4. Тріпотіння передсердь 2:1

1936. (C, II, I) Ваш висновок ($R_3-R_4=0,67$ с):



1. Непароксизмальна суправентрикулярна тахікардія
2. Шлуночкова тахікардія
3. Інтермітуючий синдром WPW
4. Прискорений ідовентрикулярний ритм



1937. (C, II, I) Ваш висновок:



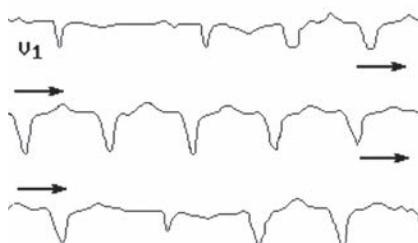
1. Рання групова правошлуночкова екстрасистолія
2. Рання групова лівошлуночкова екстрасистолія
3. Групова передсердна екстрасистолія з аберантним проведенням

1938. (II, I, B) Ваш висновок:



1. Тріпотіння шлуночків
2. Фібриляція передсердь на тлі синдрому WPW
3. Пароксизм поліморфної шлуночкової тахікардії
4. Фібриляція шлуночків

1939. (C, II, I) Ваш висновок:



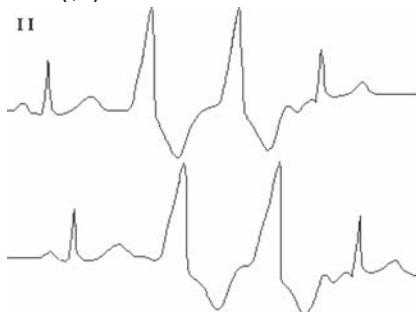
1. Пароксизм лівошлуночкової тахікардії
2. Пароксизм правошлуночкової тахікардії
3. Пароксизм суправентрикулярної тахікардії з блокадою ЛНПГ

1940. (C, II) Ваш висновок:



1. Парна передсердна екстрасистолія за типом тригемінії
2. Парна передсердна екстрасистолія за типом бігемінії
3. Міграція водія ритму
4. Вставна передсердна екстрасистолія

1941. (I, B) Ваш висновок:



1. Парні вставні шлуночкові екстрасистоли
2. Парні шлуночкові екстрасистоли з эхоударом
3. Парні передсердні екстрасистоли з аберантним проведенням

1942. (C, II) Ваш висновок:



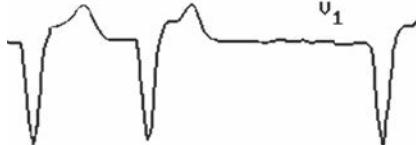
1. Пароксизм шлуночкової тахікардії
2. Групові AB екстрасистоли
3. Пароксизм антидромної тахікардії

1943. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Суправентрикулярна екстрасистола
2. Вставна правошлуночкова екстрасистола
3. Вставна лівошлуночкова екстрасистола

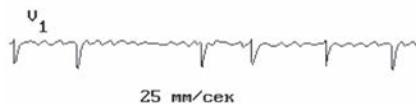
1944. (II, I, B) Ваш висновок:





1. Синусова аритмія
2. Фібріляція передсердь
3. Синдром Фредеріка
4. Повна блокада ЛНПГ
5. Суправентрикулярна екстрасистолія

1945. (C, II) Ваш висновок:



1. Синдром Фредеріка
2. Фібріляція передсердь
3. Тріпотіння передсердь

1946. (II, I, B) На ЕКГ стравохідне відведення.

Ваш висновок:



1. Синусова аритмія
2. Синоатріальна блокада II ступеня 1-го типу, 3:2
3. АВ блокада II ступеня 1-го типу, 3:2

1947. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Відмова синусового вузла з висковзуючим імпульсом з АВ вузла
2. Синоатріальна блокада II ступеня 2-го типу з висковзуючим імпульсом з АВ вузла
3. Синусовий ритм, екстрасистола з АВ сполучення

1948. (C, II, I, B) Ваш висновок:



1. Повна АВ блокада, дистальний тип
2. Повна АВ блокада, проксимальний тип
3. Високоступенева АВ блокада
4. АВ блокада 2:1

1949. (II, I, B) Ваш висновок:



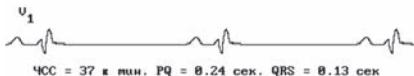
1. АВ блокада I ступеня
2. АВ блокада II ступеня 1-го типу
3. АВ блокада II ступеня 2-го типу

1950. (II, I, B) Ваш висновок:



1. АВ блокада II ступеня 1-го типу, 5:4
2. АВ блокада II ступеня 1-го типу, 5:1
3. АВ блокада II ступеня 2-го типу, 5:4
4. Блокована передсердна екстрасистола
5. Синоатріальна блокада II ступеня

1951. (II, I, B) Ваш висновок:



1. Синусова брадикардія, АВ блокада II ступеня
2. СССВ: брадикардія, синоатріальна блокада II ступеня
3. АВ блокада I ступеня, повна блокада ПНПГ
4. Повна АВ блокада
5. АВ блокада II ступеня 2:1

1952. (C, II) Ваш висновок:



1. Синусова брадикардія
2. Передсердний ритм
3. АВ блокада I ступеня
4. АВ блокада II ступеня 2:1

1953. (I, B) Ваш висновок:



1. Повна АВ дисоціація
2. Повна АВ блокада
3. АВ блокада II ступеня 1-го типу
4. АВ блокада I ступеня
5. Синусова брадикардія (для передсердь)

**1954. (ІІ, І, В) Ваш висновок:**

1. АВ реципрокна тахікардія
2. Синусова тахікардія
3. Тріпотіння передсердь з АВ проведенням 2:1
4. Нижньопередсердна реципрокна тахікардія

1955. (С, ІІ, І, В) Ваш висновок:

1. Нижньопередсердний ритм, блокада ЛНПГ
2. Прискорений ідіовентрикулярний ритм
3. Шлуночкова тахікардія
4. Замісний ідіовентрикулярний ритм

1956. (С, ІІ, І) Ваш висновок:

1. Мономорфна шлуночкова тахікардія
2. Передсердна тахікардія, блокада ЛНПГ
3. АВ реципрокна (антидромна) тахікардія
4. Прискорений ідіовентрикулярний ритм

1957. (С, ІІ, І) Ваш висновок:

1. АВ блокада ІІ ступеня 1-го типу
2. АВ блокада ІІ ступеня 2-го типу
3. АВ блокада ІІ ступеня 1-го типу, 4:1
4. Міжпередсердна блокада І ступеня

1958. (С, ІІ) Ваш висновок:

1. Фібриляція передсердь
2. Тріпотіння передсердь з нерегулярним АВ проведенням

3. Повна блокада ЛНПГ
4. Шлуночкова тахікардія
5. Ритм синусовий, повна блокада ЛНПГ

1959. (ІІ, І, В) Ваш висновок:

1. АВ блокада ІІ ступеня 2-го типу з проведеннем 3:2 i 2:1
2. Передсердна блокована екстрасистолія
3. АВ блокада ІІ ступеня 1-го типу з проведеннем 3:2 i 2:1
4. Синоатріальна блокада ІІ ступеня 2-го типу, 3:2 i 2:1

1960. (С, ІІ, І) Ваш висновок:

1. Синусова тахікардія
2. АВ вузлова реципрокна тахікардія
3. АВ реципрокна тахікардія
4. Тріпотіння передсердь з АВ проведенням 2:1
5. Фібриляція передсердь

1961. (І, В) Ваш висновок:

1. Достовірно визначити рівень АВ блокади не- можливо
2. Прогресуюча АВ блокада ІІ ступеня
3. АВ блокада ІІ ступеня 2:1
4. Повна АВ блокада
5. Передсердна блокована екстрасистолія за типом бігемінії

1962. (С, ІІ) Ваш висновок:

1. Тріпотіння передсердь з регулярним АВ про- веденням
2. Тріпотіння передсердь з нерегулярним АВ про- веденням



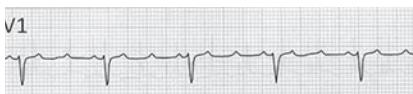
3. Фібриляція передсердь (великохвильова форма)
4. Синдром Фредеріка

1963. (C, II, I, B) Ваш висновок:



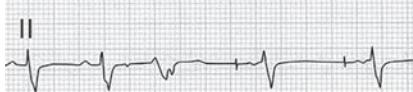
1. Мономорфна шлуночкова екстрасистолія за типом бігемінії
2. Передсердна аберантна екстрасистолія за типом бігемінії
3. Шлуночкова парасистолія
4. Ретроградне проведення імпульсу шлуночкової екстрасистолії

1964. (I, B) Ваш висновок:



1. Передсердна автоматична тахікардія
2. Тріпотіння передсердь з регулярним АВ проведеннем
3. Передсердна реципрокна тахікардія з АВ блокадою 3:1
4. Передсердна тахікардія, повна АВ блокада
5. Синдром Фредеріка

1965. (I, B) Ваш висновок:



1. Шлуночкова екстрасистолія
2. Синусовий ритм
3. Ритм ЕКС в режимі AAI
4. Ритм ЕКС в режимі DDD
5. Передсердна екстрасистолія з аберантним проведеннем

1966. (II, I, B) Ваш висновок:



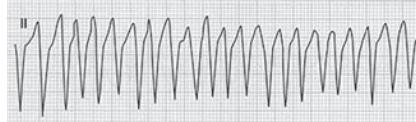
1. Ритм ЕКС в режимі DDD
2. Ритм ЕКС в режимі VVI
3. Фонова повна АВ блокада
4. Фонова фібриляція передсердь

1967. (II, I, B) Ваш висновок:



1. Синусова тахікардія
2. АВ вузлова реципрокна тахікардія
3. АВ реципрокна (ортодромна) тахікардія
4. Нижньопередсердна тахікардія
5. Тріпотіння передсердь з АВ проведеннем 2:1

1968. (C, II, I, B) Ваш висновок:



1. Фібриляція передсердь
2. Синдром передчасного збудження шлуночків
3. Поліморфна шлуночкова тахікардія
4. Тріпотіння шлуночків

1969. (II, I, B) Ваш висновок:

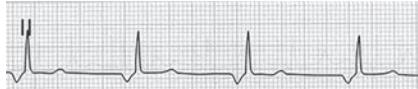


1. Тріпотіння передсердь з АВ проведеннем 2:1
2. Фібриляція передсердь (великохвильова форма)
3. Шлуночкова тахікардія
4. Нижньопередсердна тахікардія
5. Атипова АВ вузлова тахікардія

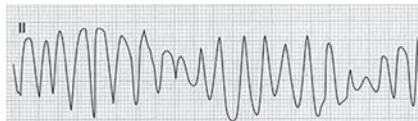
1970. (II, I, B) Ваш висновок:



1. Синусова тахікардія
2. АВ вузлова реципрокна тахікардія
3. АВ реципрокна (ортодромна) тахікардія
4. Передсердна реципрокна тахікардія
5. Тріпотіння передсердь з АВ проведеннем 2:1

**1971. (C, II, I) Ваш висновок:**

1. Пасивний нижньопередсердний ритм
2. Прискорений нижньопередсердний ритм
3. Міграція водія ритму по передсердях
4. Ритм АВ сполучення з передуючим збудженням шлуночків
5. Синдром укороченого інтервалу P-Q

1972. (II, I, B) Ваш висновок:

1. Фібриляція шлуночків
2. Мономорфна шлуночкова тахікардія
3. Фібриляція передсердь на тлі синдрому WPW
4. Поліморфна шлуночкова тахікардія

1973. (C, II, I) Ваш висновок:

1. АВ блокада II ступеня 1-го типу
2. Синоатріальна блокада II ступеня 1-го типу
3. Блокована передсердна екстрасистолія
4. АВ блокада II ступеня 2-го типу

1974. (I, B) Ваш висновок:

1. Передсердна екстрасистолія з аберантним проведенням
2. Синусова тахікардія
3. Шлуночкова екстрасистолія
4. Шлуночкова парасистолія

1975. (II, I, B) Ваш висновок:

1. Мономорфна шлуночкова тахікардія
2. Поліморфна шлуночкова тахікардія
3. Фібриляція передсердь з порушенням внутрішньошуночкової провідності
4. АВ реципрокна (антидромна) тахікардія

1976. (C, II, I) Ваш висновок:

1. Фібриляція передсердь
2. Тріпотіння передсердь з нерегулярним АВ проведенням
3. Тріпотіння передсердь з регулярним АВ проведенням
4. Синдром Фредеріка

1977. (II, I, B) Ваш висновок:

1. АВ вузлова реципрокна тахікардія
2. Тріпотіння передсердь з АВ проведенням 2:1
3. Фібриляція передсердь
4. Нижньопередсердна тахікардія

1978. (C, II, I, B) Ваш висновок:

1. АВ вузлова реципрокна тахікардія
2. АВ реципрокна (ортодромна) тахікардія
3. Тріпотіння передсердь з АВ проведенням 2:1
4. Фібриляція передсердь
5. Нижньопередсердна тахікардія

**1979. (C, II, I, B) Ваш висновок:**

V1



1. Передсердна тахікардія
2. АВ вузлова тахікардія
3. Тріпотіння передсердь з АВ проведенням 2:1
4. Фібриляція передсердь, великохвильова форма
5. Синусова тахікардія

1980. (C, II, I, B) Ваш висновок:

II



1. АВ вузлова реципрокна тахікардія
2. АВ реципрокна (ортодромна) тахікардія
3. Тріпотіння передсердь з АВ проведенням 2:1
4. Нижньопередсердна тахікардія
5. Фібриляція передсердь

1981. (II, I, B) Ваш висновок:

II



1. Фібриляція шлуночків
2. Мономорфна шлуночкова тахікардія
3. Фібриляція передсердь на тлі синдрому WPW
4. Поліморфна шлуночкова тахікардія (типу пі-руєт)
5. Подовження інтервалу Q-T

1982. (II, I, B) Ваш висновок:

II



1. Синусова аритмія
2. АВ блокада II ступеня 1-го типу
3. АВ блокада II ступеня 2-го типу
4. Передсердна тахікардія
5. Парна передсердна екстрасистолія

1983. (C, II, I) Ваш висновок:

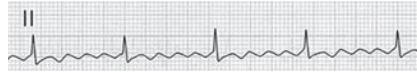
II



1. Тріпотіння передсердь з АВ проведенням 2:1
2. Синусова тахікардія
3. Передсердна тахікардія, АВ блокада II ступеня 2:1
4. Передсердна тахікардія з ЧСС 150 за 1 хв

1984. (C, II, I) Ваш висновок:

II



1. Тріпотіння передсердь з АВ проведенням 5:1
2. Тріпотіння передсердь з АВ проведенням 4:1
3. Нижньопередсердна тахікардія
4. Фібриляція передсердь
5. Синдром Фредеріка

1985. (C, II, I) Ваш висновок:

II



1. АВ реципрокна (антидromна) тахікардія
2. Прискорений АВ ритм з порушенням внутрішньошлуночкової провідності
3. Мономорфна шлуночкова тахікардія
4. Тріпотіння передсердь на тлі порушення внутрішньошлуночкової провідності

1986. (C, II, I, B) Ваш висновок:

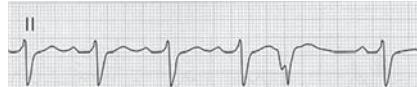
II



1. Тріпотіння шлуночків
2. Піруєт-такікардія
3. Фібриляція передсердь
4. Фібриляція шлуночків

1987. (II, I, B) Ваш висновок:

II



1. Синусовий ритм
2. АВ блокада I ступеня



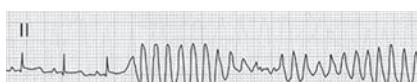
3. Шлуночкова екстрасистолія
4. Передсердна екстрасистолія з аберантним проведенням

1988. (I, B) Ваш висновок:



1. АВ реципрокна тахікардія
2. АВ вузлова реципрокна тахікардія
3. Тріпотіння передсердь з АВ проведеннем 1:1
4. Нижньопередсердна тахікардія

1989. (II, I, B) Ваш висновок:



1. Синусова тахікардія
2. Пароксизм поліморфної шлуночкової тахікардії
3. Елевація сегмента ST
4. Фібриляція шлуночків

1990. (II, I, B) Ваш висновок:



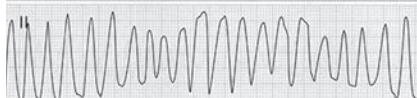
1. Повна АВ блокада, проксимальний тип
2. Вентрикулофазна синусова аритмія
3. АВ блокада з проведеннем 3:2
4. АВ блокада II ступеня 1-го типу
5. Інтермітуюча АВ блокада I ступеня

1991. (C, II) Ваш висновок:



1. Міграція водія ритму по передсердях
2. Пасивний низькопередсердний ритм
3. Прискорений низькопередсердний ритм з подальшим відновленням синусового ритму
4. Синусова аритмія

1992. (C, II, I, B) Ваш висновок:



1. Фібриляція шлуночків
2. Тріпотіння шлуночків
3. Фібриляція передсердь на тлі синдрому WPW
4. Поліморфна шлуночкова тахікардія типу пі-рует

1993. (II, I, B) Ваш висновок:



1. Прискорений ідіовентрикулярний ритм
2. Пасивний ідіовентрикулярний ритм
3. Синусова брадикардія з АВ блокадою I ступеня
4. Передсердний ритм з АВ блокадою I ступеня

1994. (B) Ваш висновок:



1. Неповна АВ дисоціація
2. Ритм для шлуночків з АВ сполучення
3. Повна АВ блокада
4. Низькопередсердний ритм для передсердь
5. Низькопередсердний ритм, АВ блокада I ступеня

1995. (C, II, I, B) Ваш висновок:



1. Прискорений ідіовентрикулярний ритм
2. Повна АВ дисоціація
3. Інтермітуючий феномен WPW
4. Постійнозворотна шлуночкова тахікардія
5. Інтермітуюча блокада ніжки пучка Гіса

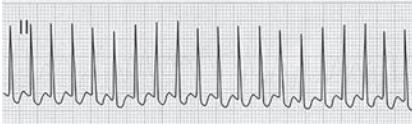
1996. (II, I, B) Ваш висновок:



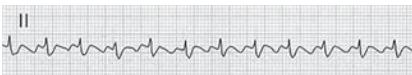
1. Неповна АВ дисоціація
2. Повна АВ блокада
3. АВ блокада I ступеня
4. Ритм для шлуночків з АВ сполучення

**1997. (II, I, B) Ваш висновок:**

1. Фібриляція передсердь
2. Прискорений АВ ритм
3. Шлуночкова екстрасистолія
4. Синдром Фредеріка

1998. (II, I, B) Ваш висновок:

1. АВ вузлова реципрокна тахікардія
2. Тріпотіння передсердь з проведеннем 1:1
3. Нижньопредсердна тахікардія
4. Тахісистолічна форма фібриляції передсердь
5. АВ реципрокна (ортодромна) тахікардія

1999. (C, II, I, B) Ваш висновок:

1. Нижньопредсердна тахікардія
2. Фібриляція передсердь
3. АВ реципрокна тахікардія
4. Тріпотіння передсердь з АВ проведеннем 2:1
5. Шлуночкова тахікардія

2000. (C, II, I, B) Ваш висновок:

1. Рецидувуюча мономорфна шлуночкова тахікардія
2. Тріпотіння передсердь
3. Групова супрапентрикулярна екстрасистолія
4. АВ реципрокна (антидромна) тахікардія

2001. (C, II, I) Ваш висновок:

1. Фібриляція шлуночків

2. Тріпотіння шлуночків
3. Фібриляція передсердь на тлі синдрому WPW
4. Поліморфна шлуночкова тахікардія

2002. (C, II, I) Ваш висновок:

1. Синоатріальна блокада II ступеня 1-го типу
2. Синусова аритмія
3. АВ блокада II ступеня 2-го типу
4. АВ блокада II ступеня 1-го типу
5. Субтотальна АВ блокада

2003. (C, II, I) Ваш висновок:

1. Замісний ідовентрикулярний ритм
2. Синусова брадикардія
3. Фібриляція передсердь
4. Пасивний ритм АВ сполучення
5. Неповна АВ дисоціація

2004. (II, I, B) Ваш висновок:

1. Ритм синусовий, брадикардія
2. Передсердний ритм
3. Синоатріальна блокада II ступеня 2:1
4. Повна АВ дисоціація
5. Міграція водія ритму по передсердях

2005. (C, II, I, B) Ваш висновок:

1. Повна АВ дисоціація
2. Спорадична АВ дисоціація
3. Повна АВ блокада
4. АВ блокада II ступеня з проведеннем 2:1
5. Блокована передсердна екстрасистолія

2006. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Тріпотіння передсердь з АВ проведенням 4:1
2. Нижньопередсердна тахікардія, АВ блокада II ступеня
3. Фібриляція передсердь
4. Синдром Фредеріка

2007. (B) Ваш висновок:



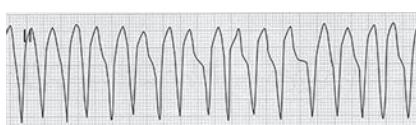
1. Ритм синусовий
2. Передсердна екстрасистолія
3. Шлуночкова екстрасистолія
4. Тріпотіння передсердь з нерегулярним АВ проведенням
5. Передсердна екстрасистолія з аберантним проведенням
6. Порушення внутрішньошлуночкової провідності

2008. (II, I, B) Ваш висновок:



1. Синусовий ритм для передсердь
2. Прискорений ідіовентрикулярний ритм для шлуночків
3. Неповна АВ дисоціація
4. Пасивний ідіовентрикулярний ритм
5. Прискорений АВ ритм

2009. (C, II, I, B) Ваш висновок:



1. Фібриляція шлуночків
2. Тріпотіння шлуночків
3. Фібриляція передсердь на тлі синдрому WPW
4. Шлуночкова тахікардія
5. Тріпотіння передсердь

2010. (C, II, I) У пацієнта раптово виникло серцебиття. Ваш висновок:



1. Синусова тахікардія
2. Пароксизм передсердної тахікардії
3. Синусова аритмія
4. Тріпотіння передсердь

2011. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Тріпотіння передсердь з регулярним АВ проведенням
2. Тріпотіння передсердь з нерегулярним АВ проведенням
3. Нижньопередсердна тахікардія
4. Фібриляція передсердь

2012. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Нижньопередсердна екстрасистолія
2. Передсердна екстрасистолія за типом бігемії
3. АВ вузлова екстрасистолія
4. Блокована передсердна екстрасистолія

2013. (C, II, I) Ваш висновок:



1. Синоатріальна блокада II ступеня 1-го типу
2. Синусова брадіаритмія
3. Шлуночкова екстрасистолія
4. Висковузуочий ідіовентрикулярний комплекс

2014. (C, II) Ваш висновок:



1. Прискорений передсердний ритм
2. Фібриляція передсердь
3. Тріпотіння передсердь
4. Синусова тахікардія
5. Міграція водія ритму в передсердях

2015. (II, I, B) Ваш висновок:





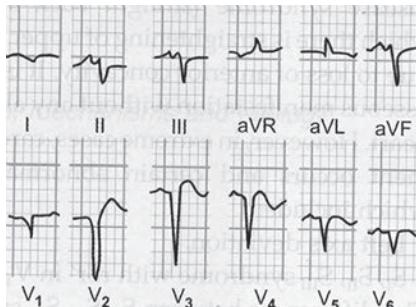
1. Міграція водія ритму по передсердях
2. Синусова брадикардія
3. Пасивний нижньопередсердний ритм
4. АВ дисоціація

2016. (C, II) Ваш висновок:



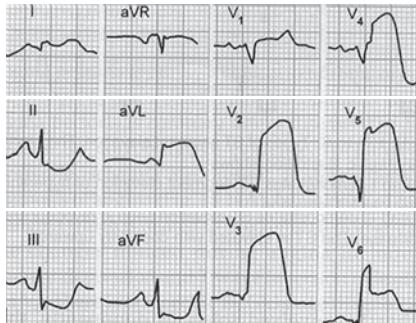
1. Тріпотення передсердь на тлі порушення внутрішньошлуночкової провідності
2. Мономорфна шлуночкова тахікардія
3. АВ вузлового тахікардія
4. Прискорений ідіовентрикулярний ритм
5. Поліморфна шлуночкова тахікардія

2017. (C, II, I, B) Ваш висновок:



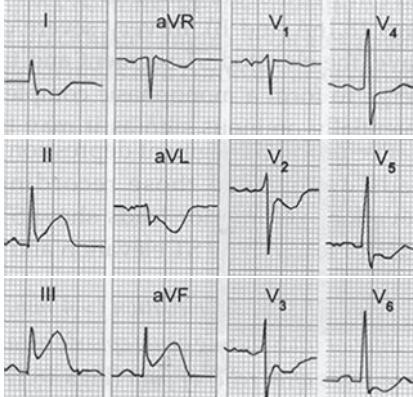
1. Гострий поширенний передній IM
2. Гострий передньоперегородковий IM
3. Гострий нижній IM
4. Гострий передньоперегородкововерхівковий IM
5. Блокада передньої гілки ЛНПГ

2018. (C, II, I) Ваш висновок:



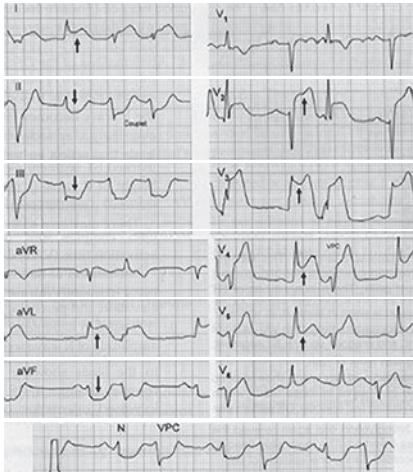
1. Гострий поширенний передній IM
2. Гострий передньоперегородкововерхівковий IM
3. Гострий високий передній IM
4. Гострий задньобазальний IM

2019. (C, II, I, B) Ваш висновок:



1. Гострий нижній IM
2. Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці нижньої стінки лівого шлуночка
3. Гострий високий передній IM
4. Гострий задньобазальний IM

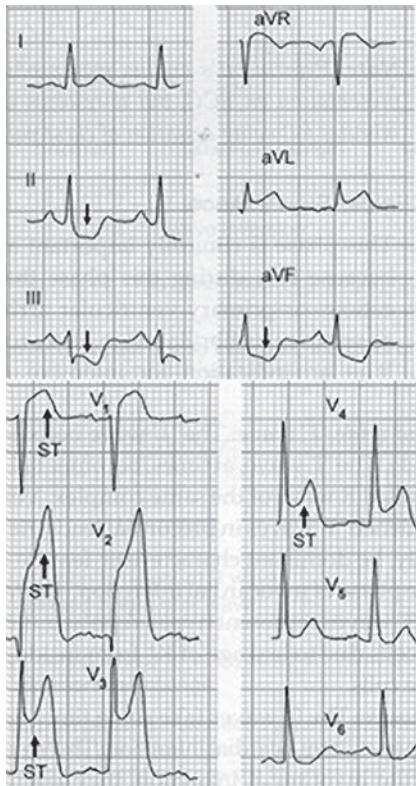
2020. (I, B) Ваш висновок:





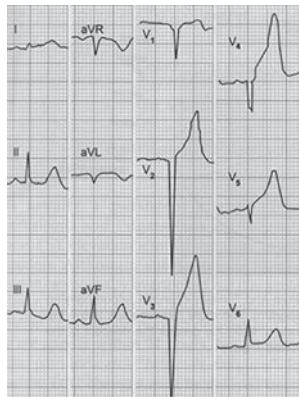
1. Ритм синусовий
2. Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці передньої стінки лівого шлуночка
3. Гострий передньоперегородкововерхівковий IM
4. Гострий високий передній IM
5. Шлуночкова екстрасистолія

2021. (C, II, I) Вкажіть локалізацію гострого IM:



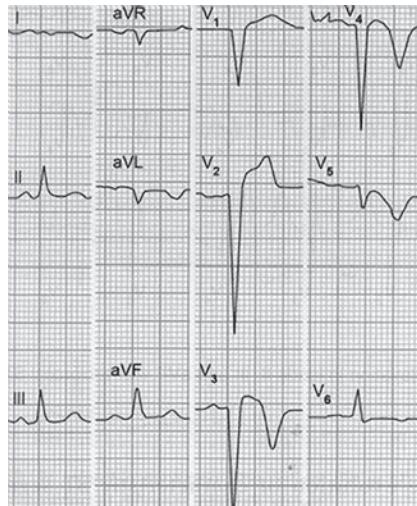
1. Постижений передній
2. Передньоперегородкововерхівковий
3. Високий передній
4. Задньобазальний

2022. (C, II, I, B) Ваш висновок:

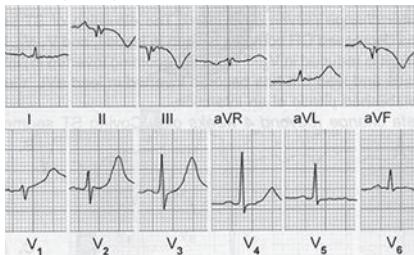


1. Гострий поширеній передній IM
2. Гострий передньоперегородкововерхівковий IM
3. Гострий високий передній IM
4. Гострий передньоперегородковий IM

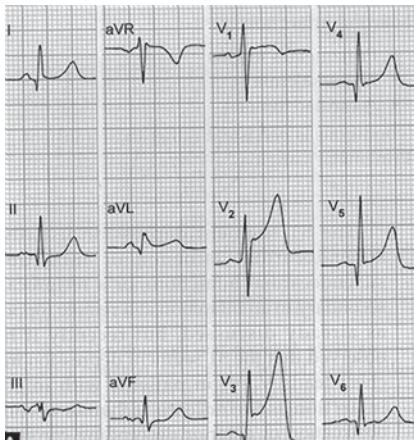
2023. (C, II) Вкажіть стадію IM із зубцем Q:



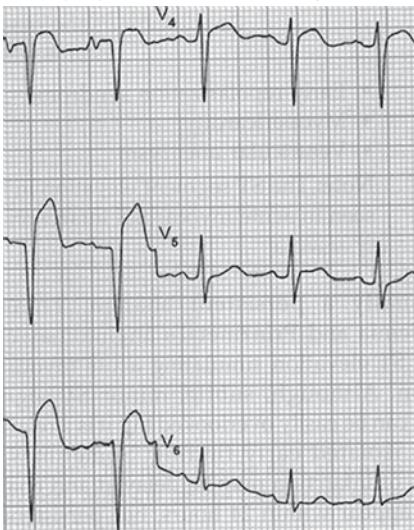
1. Найгостріша
2. Гостра
3. Підгостра
4. Рубцева

**2024. (II, I, B) Ваш висновок:**

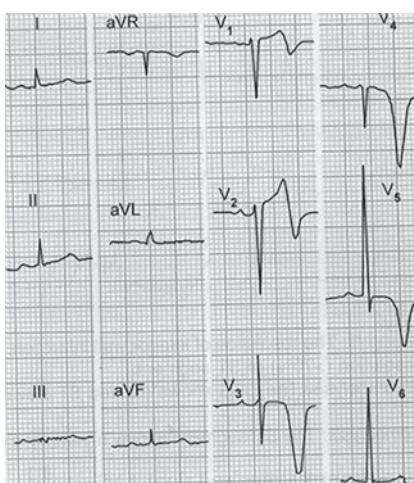
1. Поширеній задньобоковий IM, підгостра стадія
2. Гострий нижній IM
3. Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці нижньої стінки лівого шлуночка
4. Гострий задньобазальний IM

2025. (I, B) Ваш висновок:

1. Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці передньої стінки лівого шлуночка
2. Гострий передньоперегородковерхіковий IM
3. Гострий високий передній IM
4. Гострий поширеній передній IM

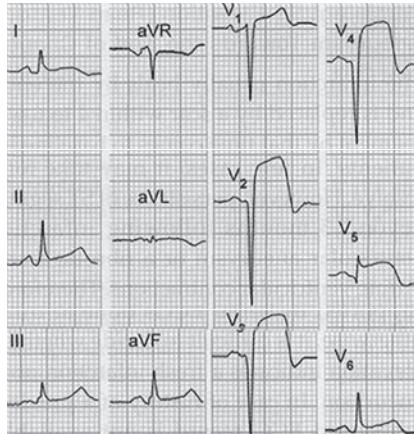
2026. (C, II) Вкажіть стадію IM із зубцем Q:

1. Найгостріша
2. Гостра
3. Підгостра
4. Рубцева

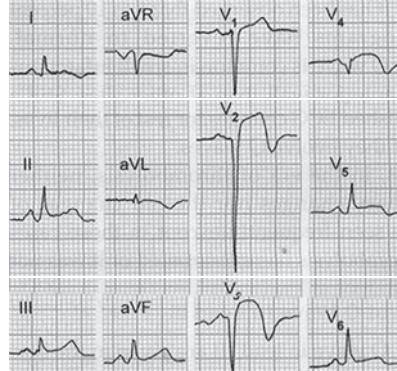
2027. (II, I, B) Ваш висновок:



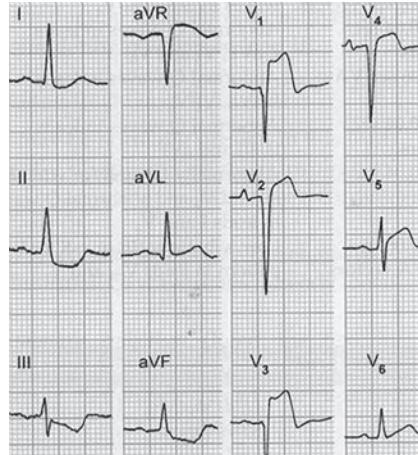
- Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці передньої стінки лівого шлуночка
- Гострий великовогнищевий передньоперегородковерхівковий IM
- Гострий не-Q-IM передньої стінки лівого шлуночка
- Гострий великовогнищевий поширенний передній IM

2028. (C, II, I, B) Ваш висновок:

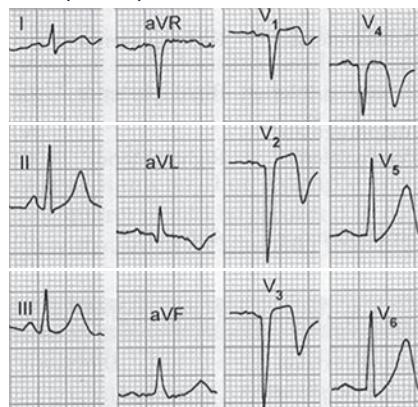
- Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці передньої стінки лівого шлуночка
- Гострий великовогнищевий передньоперегородковерхівковий IM
- Гострий передньоперегородковий Q-IM
- Гострий поширенний передній IM

2029. (C, II, I, B) Ваш висновок:

- Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці передньої стінки лівого шлуночка
- Гострий великовогнищевий передньоперегородковерхівковий IM
- Гострий передньоперегородковий Q-IM
- Гострий поширенний передній IM

2030. (C, II) Вкажіть стадію IM із зубцем Q:

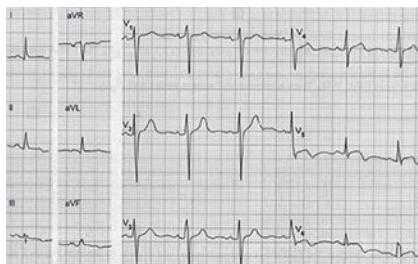
- Найгостріша
- Гостра
- Підгостра
- Рубцева

2031. (C, II, I, B) Ваш висновок:



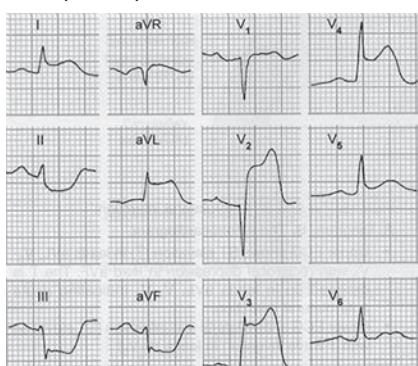
- Гострий великовогнищевий IM базальних відділів бокової ділянки лівого шлуночка
- Гострий великовогнищевий IM передньоперегородкововерхівкової ділянки лівого шлуночка
- Гострий великовогнищевий IM передньобокової стінки лівого шлуночка
- Гострий поширенний передній IM лівого шлуночка

2032. (C, II, I, B) Ваш висновок:



- Гострий великовогнищевий IM бокової стінки лівого шлуночка
- Гострий великовогнищевий IM передньоперегородкововерхівкової ділянки лівого шлуночка
- Гострий не-Q-IM передньобокової стінки лівого шлуночка
- Гострий поширенний передній IM лівого шлуночка

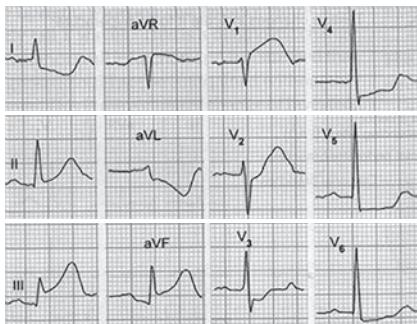
2033. (C, II, I, B) Ваш висновок:



- Гострий нижній субендокардіальний IM лівого шлуночка

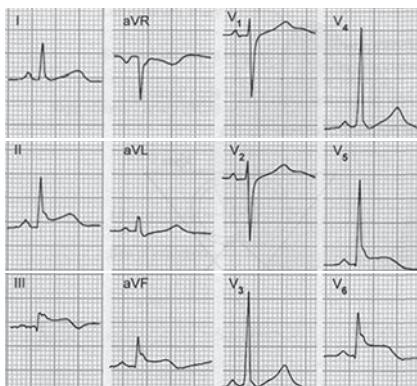
- Гострий IM передньоверхівковобокової ділянки лівого шлуночка
- Гострий не-Q-IM передньоперегородкової ділянки лівого шлуночка
- Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці передньої стінки лівого шлуночка

2034. (C, II, I, B) Ваш висновок:



- Гострий субендокардіальний IM передньоверхівковобокової ділянки лівого шлуночка
- Гострий поширенний Q-IM задньої стінки лівого шлуночка
- Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці задньої стінки лівого шлуночка
- Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці передньої стінки правого шлуночка

2035. (C, II, I, B) Ваш висновок:



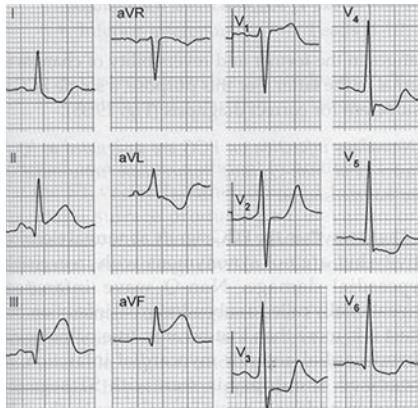
- Гострий Q-IM нижньої стінки лівого шлуночка
- Гострий поширенний Q-IM задньої стінки ліво-



го шлуночка

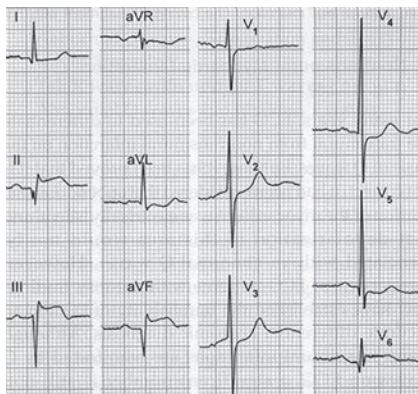
3. Гостре порушення коронарного кровообігу в базальній ділянці задньої стінки лівого шлуночка
4. Гостре порушення коронарного кровообігу в нижній і боковій стінках лівого шлуночка

2036. (C, II, I, B) Ваш висновок:



1. Гострий задньобоковий IM
2. Гострий нижній IM
3. Гострий поширеній задній IM
4. ЕКГ-ознаки субендокардіального пошкодження передньобокової ділянки лівого шлуночка

2037. (C, II, I, B) Ваш висновок:

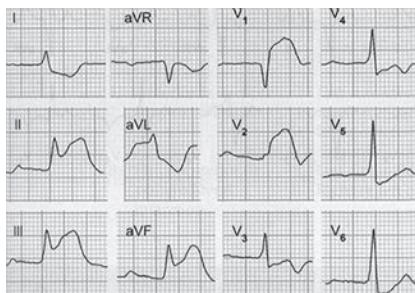


1. Гострий поширеній задньобоковий Q-IM
2. Гострий нижній Q-IM

3. Гострий задній Q-IM

4. Гострий нижній Q-IM, рубцеві зміни бокової стінки лівого шлуночка

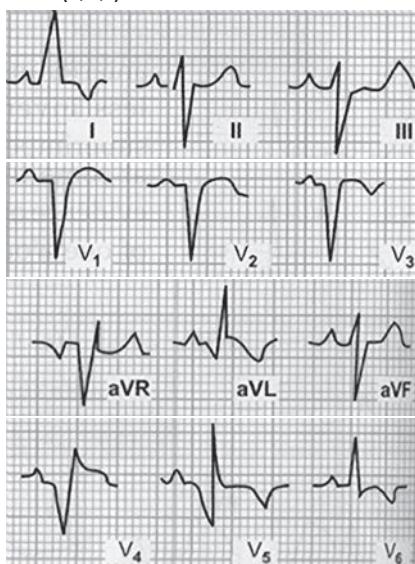
2038. (II, I, B) Ваш висновок:



1. Гострий задньодіафрагмальний IM

2. Гострий передньобоковий IM
3. Гострий поширеній задній IM
4. Гострий передній IM

2039. (C, II, I) Ваш висновок:

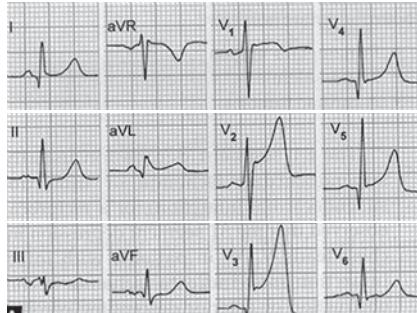


1. Гострий великовогнищевий IM бокової стінки лівого шлуночка



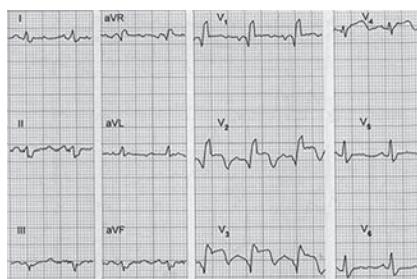
2. Гострий великовогнищевий IM передньооперегородкової ділянки лівого шлуночка
3. Гострий поширенний передній IM лівого шлуночка
4. Блокада передньої гілки ЛНПГ

2040. (ІІ, І, В) Ваш висновок:



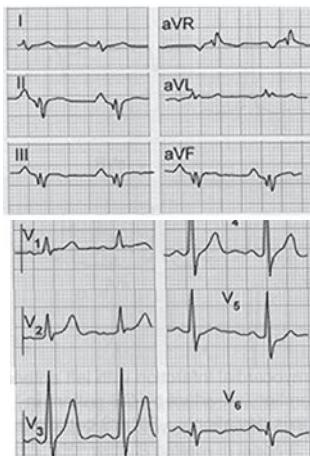
1. Гострий Q-IM задньої стінки лівого шлуночка
2. Гостре порушення коронарного кровообігу в ділянці передньої стінки лівого шлуночка
3. Синдром ранньої реполяризації шлуночків
4. ЕКГ-ознаки синдрому Бругада

2041. (С, ІІ, І) Ваш висновок:



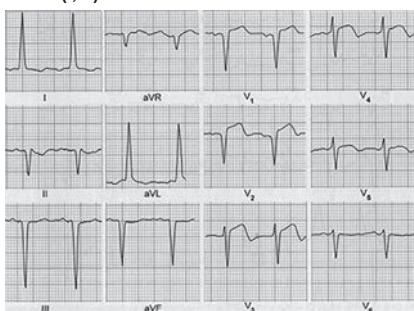
1. Повна блокада ПНПГ
2. Гострий поширенний передній Q-IM
3. Гострий передньооперегородковерхіковий Q-IM
4. Задньодіафрагмальний Q-IM в рубцевій стадії

2042. (С, ІІ, І) Ваш висновок:

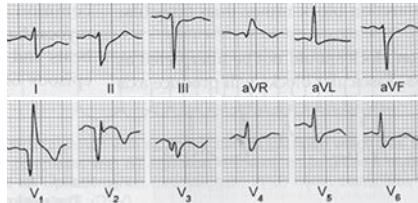


1. Гострий задньобоковий Q-IM
2. Гострий задньодіафрагмальний Q-IM
3. Поширенний задньобоковий IM, рубцева стадія
4. Гострий боковий Q-IM, рубцеві зміни задньої стінки

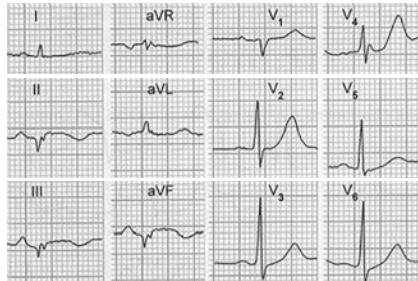
2043. (І, В) Ваш висновок:



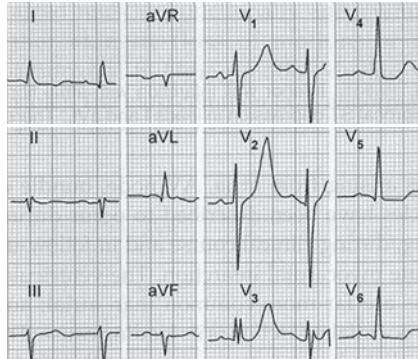
1. Повна блокада ЛНПГ
2. Блокада передньої гілки ЛНПГ
3. Гострий IM бокової стінки лівого шлуночка
4. Гострий поширенний передній IM
5. Рубцеві зміни міокарда нижньої стінки лівого шлуночка

**2044. (І, В) Ваш висновок:**

1. Блокада задньої гілки ЛНПГ
2. Блокада передньої гілки ЛНПГ
3. Рубцеві зміни міокарда нижньої стінки лівого шлуночка
4. Гострий передньооперегородковий Q-IM
5. Повна блокада ПНПГ

2045. (С, ІІ, І) Ваш висновок:

1. Гострий поширений задній Q-IM
2. Гострий нижній Q-IM
3. Гострий задньобоковий Q-IM
4. Рубцеві зміни міокарда нижньої стінки лівого шлуночка

2046. (С, ІІ, І) ЕКГ, зареєстрована під час ангінозного нападу. Ваш висновок:

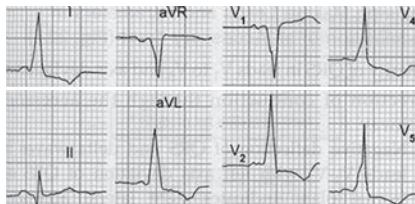
1. Субендокардіальне пошкодження передньо-верхіковобокової ділянки лівого шлуночка
2. Трансмуральна ішемія задньобазальніх відділів лівого шлуночка
3. Блокада передньої гілки ЛНПГ
4. Неповна блокада ПНПГ

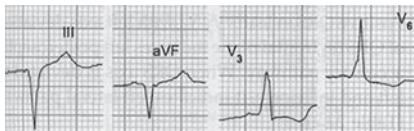
2047. (С, ІІ) Ваш висновок:

1. Феномен WPW
2. Синдром укороченого інтервалу P-Q
3. Гіпертрофія лівого шлуночка з його систолічним перевантаженням
4. Блокада передньої гілки ЛНПГ

2048. (ІІ, І, В) Ваш висновок:

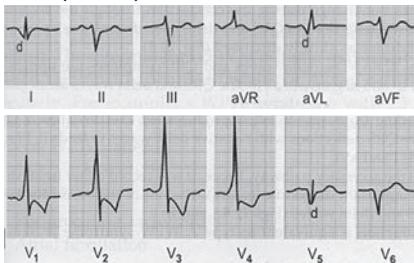
1. Феномен WPW, тип А
2. Феномен WPW, тип В
3. Синдром укороченого інтервалу P-Q
4. Гіпертрофія правого шлуночка
5. Повна блокада ПНПГ

2049. (С, ІІ, І) Ваш висновок:



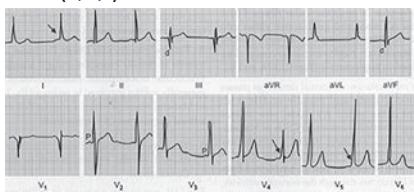
1. Феномен WPW, тип А
2. Феномен WPW, тип В
3. Синдром укороченого інтервалу P-Q
4. Нижній Q-ІМ
5. Гіпертрофія лівого шлуночка з його систолічним перевантаженням

2050. (C, II, I, B) Ваш висновок:



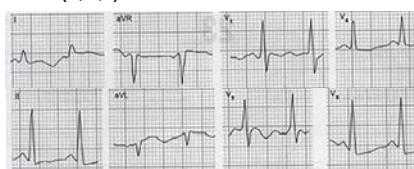
1. Феномен WPW, тип А
2. Феномен WPW, тип В
3. Синдром укороченого інтервалу P-Q
4. Феномен WPW, тип С
5. Гіпертрофія правого шлуночка

2051. (C, II, I) Ваш висновок:



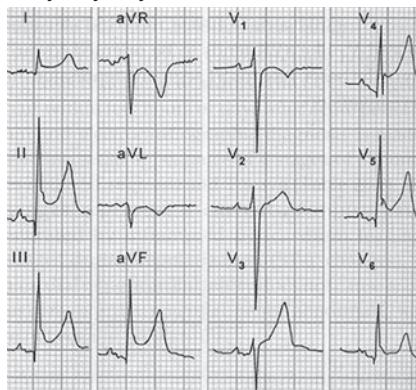
1. Феномен WPW, тип А
2. Феномен WPW, тип В
3. Синдром укороченого інтервалу P-Q
4. Нижній Q-ІМ
5. Гіпертрофія лівого шлуночка

2052. (C, II, I) Ваш висновок:

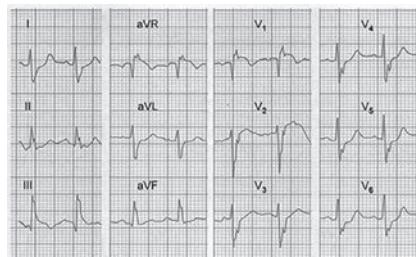


1. Феномен WPW
2. Синдром укороченого інтервалу Р-К
3. Гіпертрофія лівого шлуночка з його систолічним перевантаженням
4. Гіпертрофія правого шлуночка

2053. (C, II, I, B) Зміни ЕКГ, які виникли гостро, можуть бути зумовлені:



1. ТЕЛА
 2. Гострим задньобоковим ІМ
 3. Фіброзним перикардитом
 4. Недостатністю аортального клапана
 5. Синдромом ранньої реполяризації шлуночків
- 2054. (C, II, I, B) Зміни ЕКГ, які виникли гостро, можуть бути зумовлені:**



1. ТЕЛА
2. Гострим нижнім і передньоперегородковим ІМ
3. Блокадою ПНПГ
4. Блокадою ПНПГ і задньої гілки ЛНПГ

**2055. (I, В) На цьому зображенні****видно:**

1. Об'ємний гіперехогенне утворення у лівому передсерді
2. Кальциноз аортального клапана
3. Виражена гіпертрофія лівого шлуночка концентричного типу
4. Ознаки ревматичної комбінованої вади мітрального клапана

**2056. (I, В) На цьому зображенні****видно:**

1. Стеноз мітрального отвору
2. Перевантаження правих відділів серця
3. Дилляція лівих відділів серця як наслідок систолічної дисфункції лівого шлуночка
4. Вікарна гіпертрофія базальніх відділів лівого шлуночка у пацієнта з апікальною постінфарктною аневризмою лівого шлуночка

**2057. (I, В) Які з наведених нижче формулювань стосуються цього зображення:**

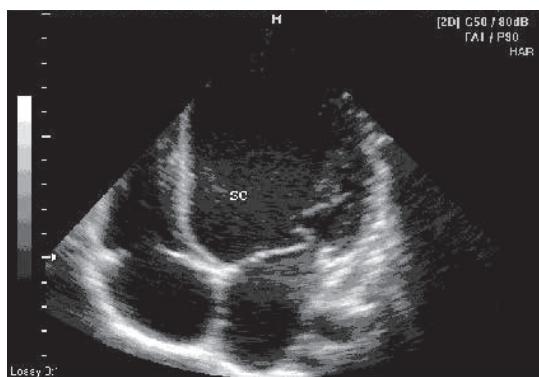
1. Парастернальний доступ по довгій осі лівого шлуночка, систола
2. Зниження глобальної скоротливості лівого шлуночка за даними двовимірної ЕхоКГ
3. Важка диллятація лівого передсердя
4. Важкий пролапс мітрального клапана
5. Діастола при стенозі мітрального отвору





2058. (І, В) З чотирикамерної апікальної позиції зображення серця 14-річної дівчини з політопною частиною екстрасистолією. Найвірогідніший висновок:

1. Спонтанний контраст у порожнині лівого шлуночка
2. Важка дилатация лівого шлуночка
3. Ознаки аритмогенного серця
4. Ознаки дилатаційної кардіоміопатії



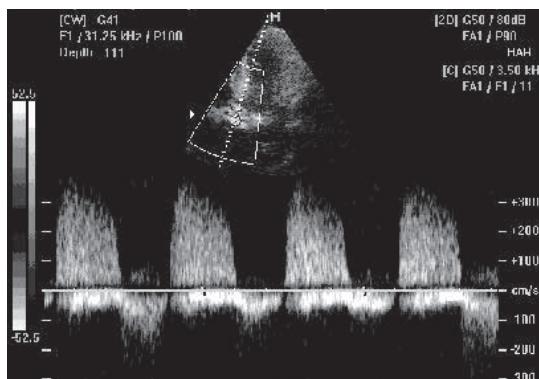
2059. (І, В) Верхівкове п'ятикамерне зображення серця 25-річної жінки без маніфестних ознак клінічної патології. Найвірогідніший висновок:

1. Безсимптомна киста міжшлуночкової перегородки
2. Дивертикул міжшлуночкової перегородки
3. Киста АВ кільця
4. Ідіопатична аневризма кореня аорти



2060. (І, В) На цьому зображення, отриманому з апікального 5-камерного доступу, представлено допплерографічні ознаки:

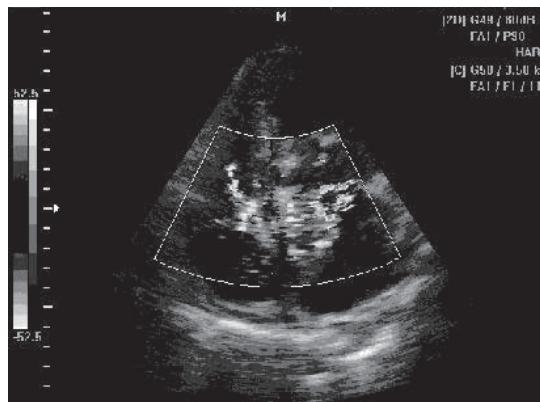
1. Мітальної регургітації
2. Спектра трансмітralного потоку при мітальному стенозі
3. Нормального трансаортального потоку за даними імпульснохвильової допплерографії
4. Постійнохвильовий допплер трансаортального потоку при комбінованій аортальній ваді серця





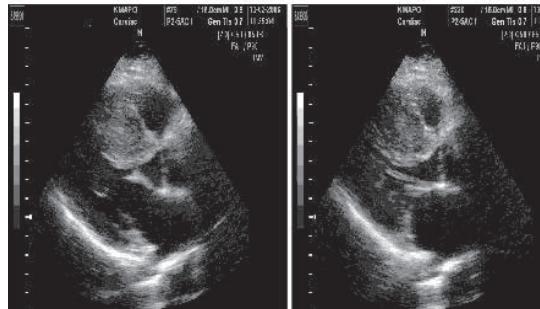
2061. (І, В) При кольоровому кар-
туванні систолічного потоку в
літньої хворої з ІХС та постійною
формою фібріляції передсердь
виявлено:

1. Нормальний діастолічний потік
через АВ клапани на тлі дилатації
камер серця
2. Систолічний потік у вихідних трак-
тах шлуночків
3. Дилатацію передсердь на тлі по-
стійної форми фібріляції перед-
сердь
4. Значний зворотний потік через
обидва АВ клапани



2062. (І, В) Які з наведених нижче
формулювань стосуються цих зо-
бражень:

1. Ознаки нормальної скоротливості
лівого шлуночка
2. Нерівномірний ехосигнал від сті-
нок лівого шлуночка
3. Концентрична гіпертрофія лівого
шлуночка
4. Дилатація лівого передсердя
5. Значна асиметрична гіпертрофія
міжшлуночкової перегородки



2063. (І, В) Це зображення з па-
растернального доступу по ко-
роткій осі лівого шлуночка на
рівні магістральних судин чітко
демонструє:

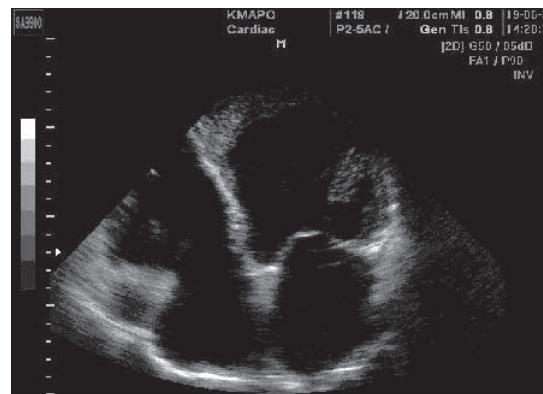
1. Дилатацію вихідного тракту пра-
вого шлуночка
2. Дилатацію передсердь
3. Атрезію клапана легеневої артерії
4. Аневризматичне вибухання між-
передсердної перегородки
5. Двостулковий аортальний клапан
з дилатацією кореня аорти





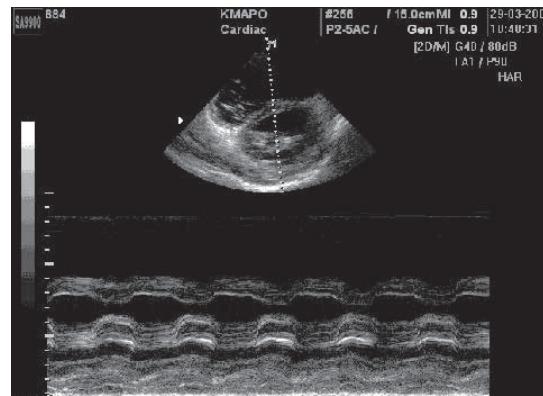
2064. (I, В) На цьому зображені очевидна наявність таких ЕхоКГ-ознак:

1. Дилатация всіх порожнин серця
2. Спонтанний ехоконтраст у порожнині лівого шлуночка
3. Недостатність АВ клапанів внаслідок важкої дилатациї камер серця
4. Апікальна гіпертрофія лівого шлуночка
5. Аневризма лівого шлуночка з великим пристінковим тромбом



2065. (I, В) Які з наведених нижче формулювань стосуються цього зображення:

1. Значна дилатация правого шлуночка
2. Одновимірний скан на рівні мітральних стулок з параптернального доступу по короткій осі лівого шлуночка
3. Ознаки вираженого кальцинозу стулок мітрального клапана
4. Гілокінезія лівого шлуночка
5. Односпрямований рух стулок мітрального клапана, характерний для мітрального стенозу



2066. (I, В) Це зображення, отримане з параптернального доступу по довгій осі лівого шлуночка, типове для:

1. Гіпертензивного серця
2. Плеврального випоту запальної етіології
3. Дилатаційної кардіоміопатії будь-якої етіології
4. Інфекційного ендокардиту
5. Помірного гідроперикарду





2067. (І, В) На зображенні є типові ознаки:

1. Гіпертензивного серця
2. Вікарної гіпертрофії контрлатеральної стінки після гострого ІМ
3. Ремоделювання лівого шлуночка при аортальному стенозі
4. Обструктивної асиметричної гіпертрофічної кардіоміопатії



2068. (І, В) У хворої середнього віку з клінічними ознаками мітрального стенозу виявлено обсмне утворення. Найвірогідніший діагноз:

1. Тромбоз протеза мітрального клапана
2. Фіброластома передньої стулки мітрального клапана
3. Метастаз раку нирки в ліве передсердя
4. Великий тромб лівого передсердя, сформований внаслідок фібріляції передсердь та застою крові в лівому передсерді
5. Міксома лівого передсердя

2069. (І, В) Зображення з 5-камерної апікальної позиції у чоловіка віком 74 років із серцевою недостатністю IV ФК за NYHA. Знахідки на тлі постійної фібріляції передсердь включали важку дилатацію камер серця, виражені дегенеративні зміни аортального та мітрального клапанів з вираженою недостатністю, важку відносну трикуспіdalну недостатність, тромбоз ЛШ. Найбільш вірогідний висновок:

1. Поєднана ревматична вада у стадії декомпенсації
2. Дилатаційна кардіоміопатія
3. Саркоїдоз
4. Декомпенсоване гіпертензивне серце
5. Ішемічна кардіоміопатія



2070. (I, В) У хворого з аортальною регургітацією час напівзниження діастолічного тиску на аортальному клапані становить 220 мс. Площа отвору ефективної регургітації становить:

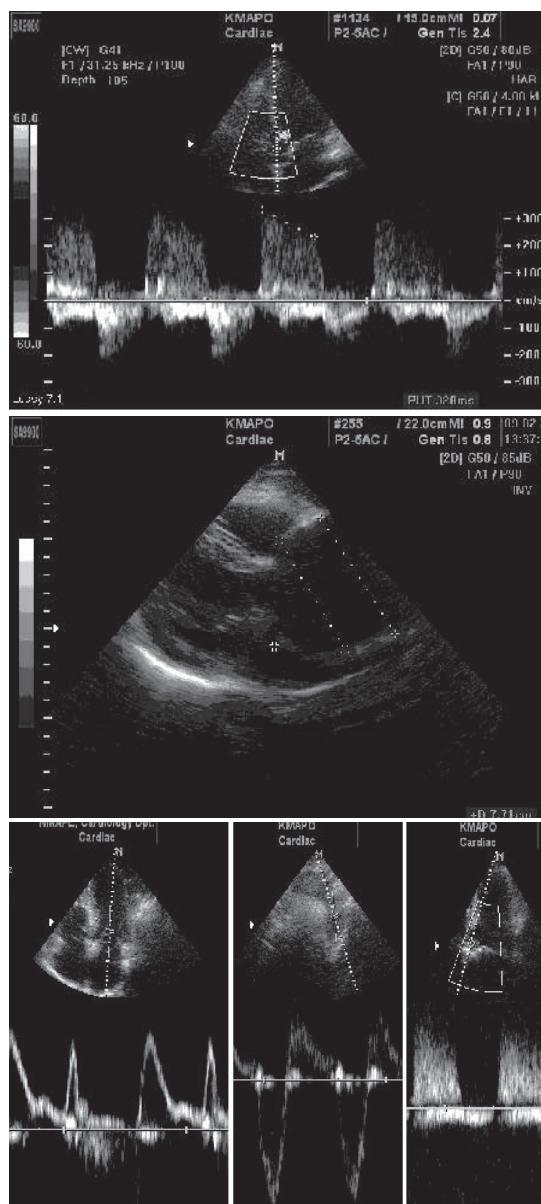
1. 0,5 см²; легка аортальна регургітація
2. 1,4 см²; важка аортальна регургітація
3. 1,0 см²; помірна аортальна регургітація
4. Визначення площи отвору ефективної регургітації неможливе

2071. (I, В) Найчастіше причиною аортальної недостатності в молодому віці є:

1. Синдром Марфана
2. Сімейна анулоаортальна ектазія
3. Ревматичне ураження аортально-го клапана
4. Інфекційний ендокардит
5. Вроджений двостулковий аортальний клапан із запушенням або без запушення кореня аорти

2072. (I, В) Непрямими критеріями важкоті аортальної недостатності є:

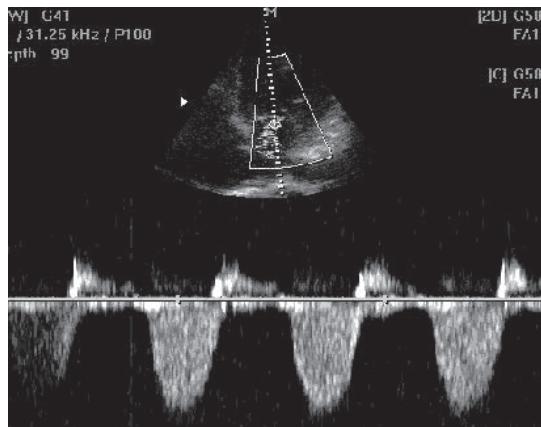
1. Голодіастолічний ретроградний потік у низхідній аорти
2. Висока щільність допплерівського спектру аортальної регургітації
3. Значна диллятація лівого шлуночка (КДР > 7,5 см)
4. Рестриктивне наповнення лівого шлуночка та супутня мітralльна регургітація
5. Прискорення швидкостей діастолічного наповнення лівого шлуночка





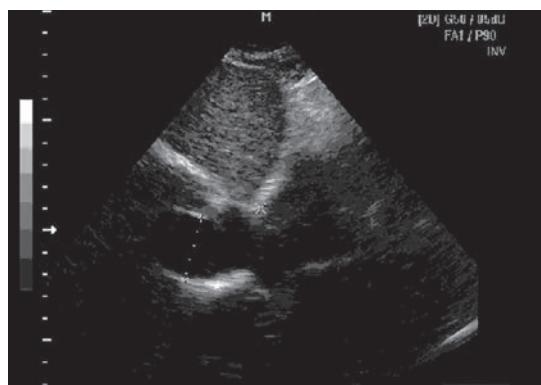
2073. (І, В) Причини мітральної регургітації після гострого ІМ:

1. Постінфарктне ремоделювання та дилатация лівого шлуночка
2. Розрив папілярного м'яза
3. Залишкова ішемія міокарда
4. Обмежений систолічний рух стулки мітрального клапана при ураженні папілярного м'яза внаслідок інфаркту
5. Розрив сухожильних хорд до стулок мітрального клапана



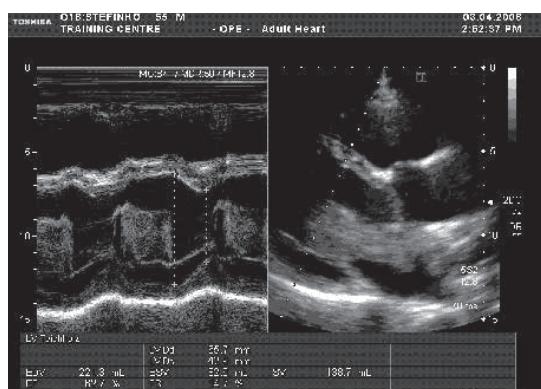
2074. (І, В) Відсутність дихальних коливань діаметра нижньої порожнистої вени може свідчити про:

1. Тампонаду серця
2. Важку легеневу гіпертензію
3. Рестрективну кардіоміопатію
4. Стеноз триkuspidального отвору
5. Значне підвищення тиску в лівих відділах серця будь-якої етіології



2075. (І, В) Міксома серця може локалізуватися в таких місцях:

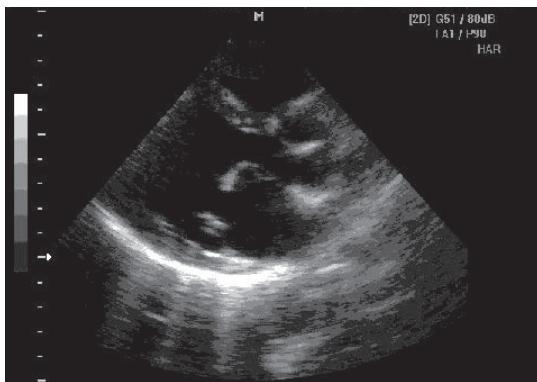
1. Ліве передсердя
2. Лівий шлуночок
3. Праве передсердя
4. Вихідний тракт правого шлуночка
5. Аортальний клапан





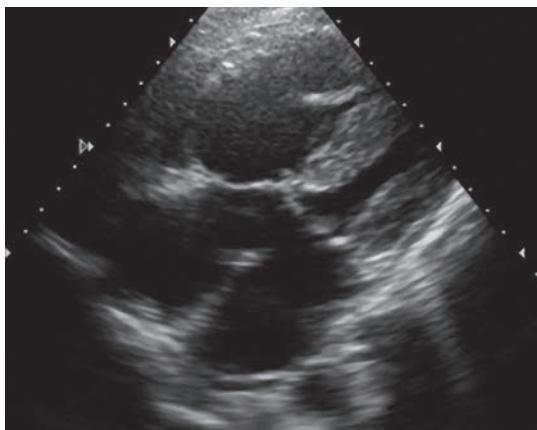
2076. (I, В) На цьому зображені видно:

1. Акінез міжшлуночкової перегородки при гострому ІМ
2. Дегенеративний кальциноз аортального клапана
3. Комбіноване перевантаження правого шлуночка
4. Важкий кальциноз стулок мітрального клапана
5. Куполоподібний діастолічний вигин передньої стулки мітрального клапана, внаслідок мітрального стенозу



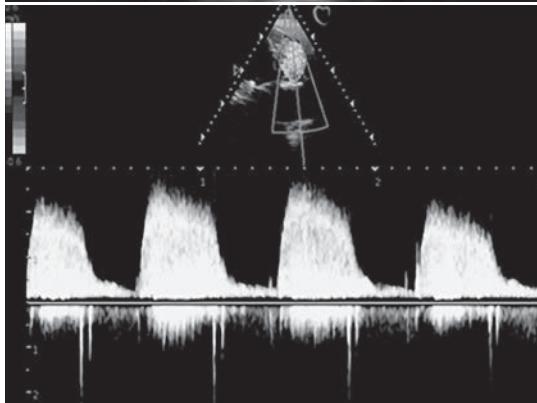
2077. (С, II) Які патологічні знахідки є на цьому ехокардіографічному субкостальному чотирикамерному зображені, зупиненому в систолічну фазу серцевого циклу?

1. Перимембранозний дефект міжшлуночкової перегородки
2. Пролапс мітрального клапана
3. Первінний дефект міжпередсердної перегородки
4. Вторинний дефект міжпередсердної перегородки



2078. (С, II) На графіку – зображення трансмітрального потоку, записане з верхівки серця методом безперервнохвильової допплерографії у пацієнтки з миготливою аритмією. Для якої хвороби характерний такий потік?

1. Аортальний стеноз
2. Мітральний стеноз
3. Мітральна недостатність
4. Гіпертрофічна обструктивна кардіоміопатія





2079. (ІІ, І) Безперервно-хвильова (CW) допплерографія потоку в низхідному відділі грудної аорти, записана із супрастернального доступу у 16-річного хлопця з артеріальною гіпертензією. Максимальна швидкість систолічного потоку – 4,5 м/с. Для якої хвороби характерний такий потік?

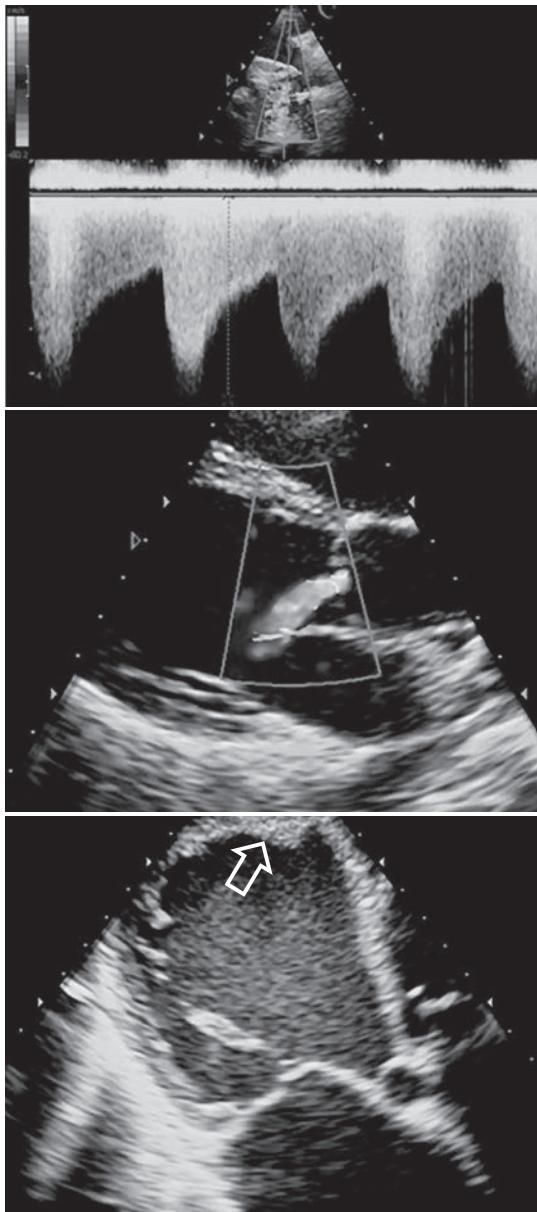
1. Двостулковий аортальний клапан
2. Аортальний стеноz, тяжкого ступеня
3. Значна недостатність аортального клапана
4. Коарктація аорти

2080. (ІІ, І) У 20-річного чоловіка, який не має скарг на здоров'я, під час ЕхоКГ-обстеження на пастернальному зображені по довгій осі лівого шлуночка зафіксовано потік методом кольоворової допплерографії. Про який патологічний стан свідчить це зображення?

1. Аортальна недостатність легкого ступеня
2. Аортальний стеноz легкого ступеня
3. Аортальна недостатність тяжкого ступеня
4. Субаортальний стеноz

2081. (ІІ, І) Ехокардіографічне кінцевосистолічне зображення з верхівки лівого шлуночка по його довгій осі. Яке утворення чи структура серця позначені стрілкою?

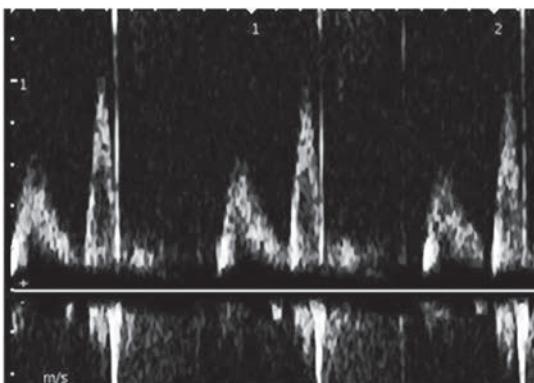
1. Міокард верхівкової частини лівого шлуночка
2. Пристінковий тромб на верхівці лівого шлуночка
3. Артефакт у порожнині лівого шлуночка
4. Тромб у порожнині перикарда





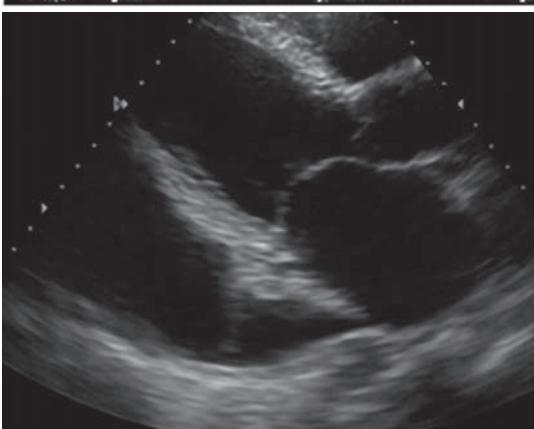
2082. (І, В) Як би Ви оцінили діастолічну функцію лівого шлуночка за трансмітральним потоком, показаним на цій допплерограмі?

1. Нормальна діастолічна функція
2. Перший тип діастолічної дисфункції
3. Другий тип діастолічної дисфункції
4. Третій тип діастолічної дисфункції



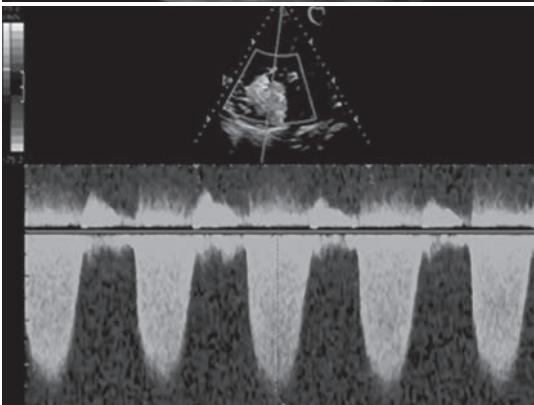
2083. (С, ІІ, І) Пациєнт надійшов у відділення невідкладної терапії в стані кардіогенного шоку. Проведено термінове ЕхоКГ-обстеження. На зображені – ехокардіограма, отримана з парастернального доступу по довгій осі лівого шлуночка. Яка причина такого стану пацієнта?

1. ІМ
2. ТЕЛА
3. Тампонада серця
4. Розшаровуюча аневризма аорти



2084. (І, В) На цій постійнохвильової допплерограмі (CW Doppler) визначено систолічну швидкість зворотного потоку на тристулковому клапані, яка становить 3,8 м/с. Як би Ви оцінили ступінь легеневої гіпертензії у цьому випадку?

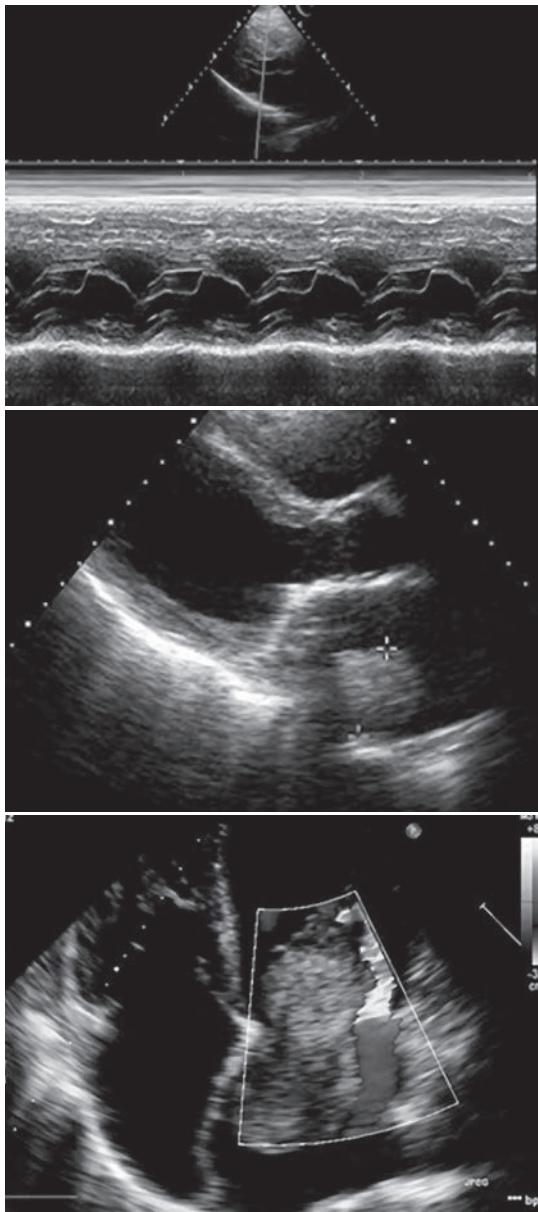
1. Висока легенева гіпертензія
2. Легеневої гіпертензії немає
3. Легенева гіпертензія легкого ступеня
4. Необхідні додаткові дані





2085. (І, В) Для якої хвороби серця характерний рух стулок мітрального клапана, зареєстрований на цій М-екокардіограмі?

1. Мітральний стеноз
2. Мітральна недостатність
3. Аортальний стеноз
4. Гіпертрофічна обструктивна кардіоміопатія



2086. (І, В) Беручи до уваги двовимірне ЕхоКГ-зображення, отримане з паракстернального доступу по довгій осі лівого шлуночка (кінець систоли), визначте найімовірнішу причину нарastaючої задухи і кволості у 50-річного чоловіка, яому 8 років тому проведено заміну мітрального клапана на механічний протез:

1. Тампонада серця
2. Тромбоз клапанного протеза і лівого передсердя
3. Аортальний стеноз
4. ТЕЛА

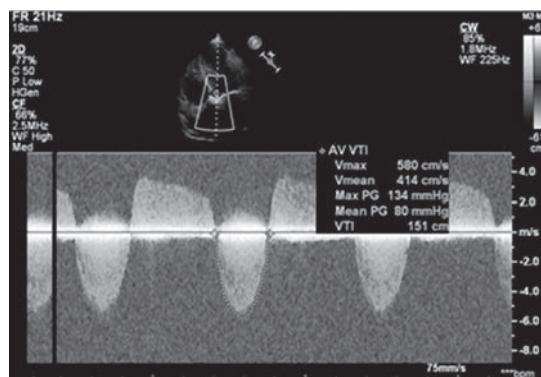
2087. (С, ІІ, І) З чотирикамерної позиції у молодої жінки в лівому передсерді візуалізується утворення, що кріпиться до міжпередсердної перегородки та частково до передньої стулки мітрального клапана. Найбільш імовірно це:

1. Міксома, що частково обтурує лівий АВ отвір
2. Міксома, що не перешкоджає кровотоку з лівого передсердя до шлуночка
3. Велика вегетація
4. Тромб у лівому передсерді
5. Стороннє тіло



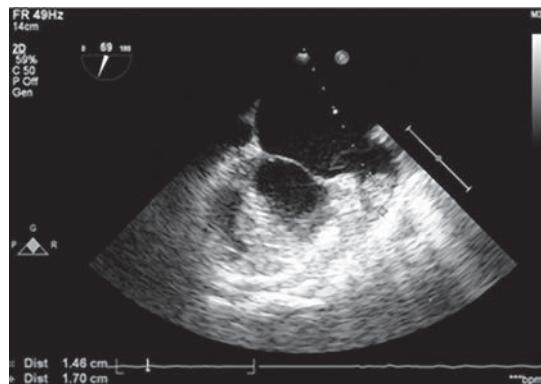
2088. (II, I, В) Верхівкова п'ятикамерна позиція. Постійнохвильова допплерографія системолічного потоку свідчить про:

1. Незначний аортальний стеноз
2. Помірний аортальний стеноз
3. Виражений аортальний стеноз
4. Обструкція витоку з лівого шлуночка при гіпертрофічній кардіоміопатії



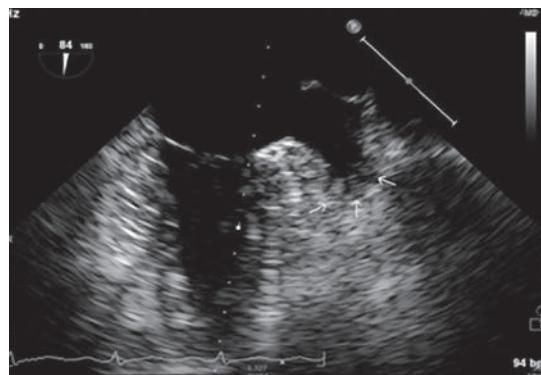
2089. (В) У пацієнта зі стенозом мітрального клапана та фібриляцією передсердь при трансезофагеальній ЕхоКГ візуалізується:

1. Тромб у лівому шлуночку
2. Тромб у вушці правого передсердя
3. Тромб у вушці лівого передсердя
4. Пухлина вушка лівого передсердя



2090. (В) При трансезофагеальній ЕхоКГ у пацієнта із синусовим ритмом та відсутністю ознак патології міокарда та клапанів серця у вушці лівого передсердя наймовірніше візуалізується (стрілки):

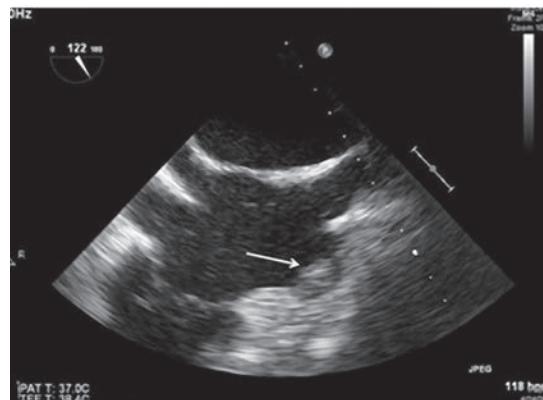
1. Тромбі
2. Пухлини
3. Вегетації
4. Гребінцеві м'язи





2091. (I, В) При трансезофагеальній ЕхоКГ у бікавальній позиції візуалізується (стрілка):

1. Тромб у вушці лівого передсердя
2. Тромб у вушці правого передсердя
3. Гребінцеві м'язи вушка правого передсердя
4. Масивна вегетація на стулках триствкового клапана



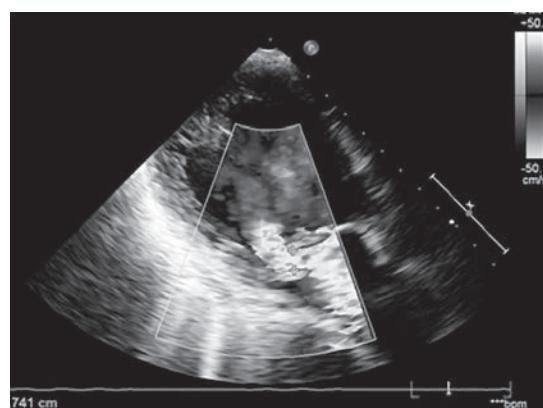
2092. (II, I, В) На зображенні серця пацієнта з модифікованою парастернальної позиції по короткій осі на рівні стулок мітрального клапана визначається:

1. Незначний стеноз мітрального клапана
2. Помірний стеноз мітрального клапана
3. Значний стеноз мітрального клапана
4. Тромб у лівому передсерді



2093. (В) З верхівкової трикамерної позиції при кольоровій допплерографії потоку на рівні стулок мітрального клапана в систолу оцінювали:

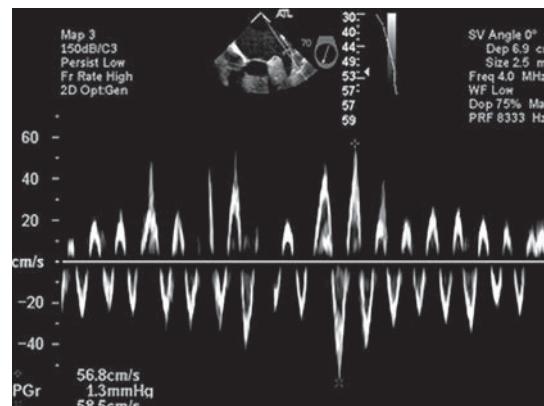
1. Діаметр *vena contracta*
2. Радіус проксимальної конвергенції
3. Ступінь стеноzu мітрального клапана
4. Ступінь пролапсу мітрального клапана





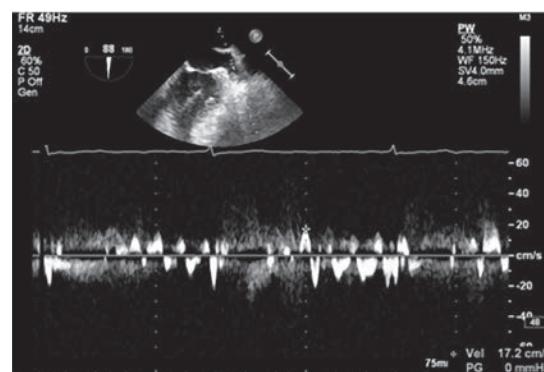
2094. (В) При оцінці скорочувальної здатності вушка лівого передсердя, визначеній за швидкістю кровоплину у ньому, виявлено:

1. Скорочувальна здатність вушка лівого передсердя незначно порушена
2. Скорочувальна здатність вушка лівого передсердя значно порушена
3. Скорочувальна здатність вушка лівого передсердя не порушена
4. Ознаки тромбозу вушка лівого передсердя



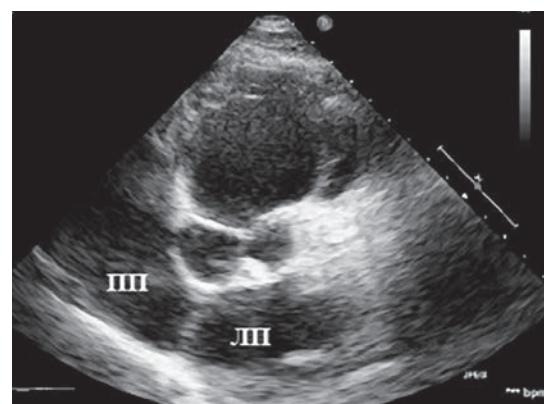
2095. (В) При оцінці скорочувальної здатності вушка лівого передсердя, визначеній за швидкістю кровоплину у ньому, виявлено:

1. Скорочувальна здатність вушка лівого передсердя не порушена
2. Скорочувальна здатність вушка лівого передсердя підвищена
3. Скорочувальна здатність вушка лівого передсердя значно порушена
4. Ознаки стенозу мітрального клапана



2096. (І, В) Парастернальний доступ, проекція короткої осі на рівні великих судин у фазу діастоли. Яка патологія на рисунку:

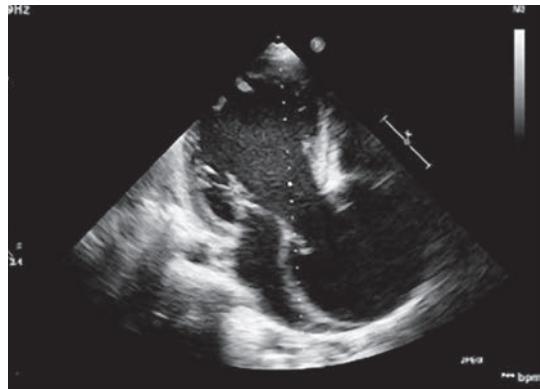
1. Двостулковий аортальний клапан
2. Ревматичний аортальний стеноуз
3. Аневризма правого коронарного синусу Вальсальви
4. Аневризма некоронарного синусу Вальсальви
5. Дилатация кореня аорти





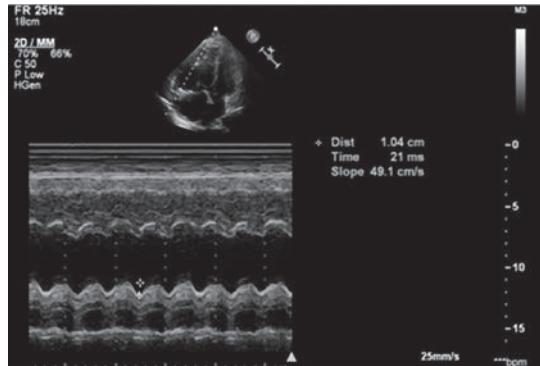
2097. (II, I, В) У пацієнта на зображені, отриманому з верхівкової трикамерної позиції у фазу систоли, візуалізується:

1. Аневризма кореня та висхідної аорти
2. Стеноз аортального клапана
3. Постстенотичне розширення кореня та висхідної аорти
4. Дилатация правих відділів серця



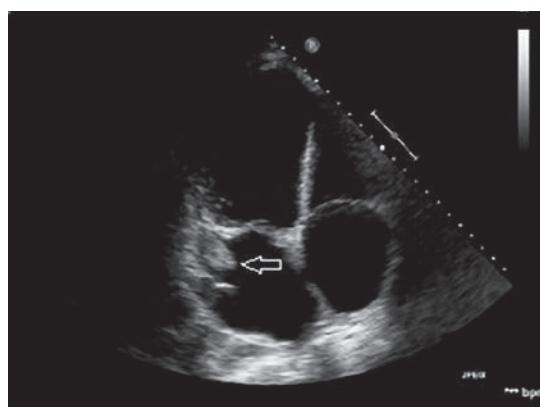
2098. (I, В) У пацієнта з дилатациєю правих відділів серця при визначені амплітуди зміщення кільця трикуспіdalного клапана в чотирикамерній позиції за допомогою М-режиму визначається:

1. Нормальна скоротливість правого шлуночка
2. Погіршення скоротливості право-го шлуночка
3. Стеноз трикуспіdalного клапана
4. Виражена легенева гіпертензія



2099. (С, II) У пацієнта з фібріляцією передсердь при скануванні серця з чотирикамерної позиції у вушці лівого передсердя (стрілка) наймовірніше візуалізується:

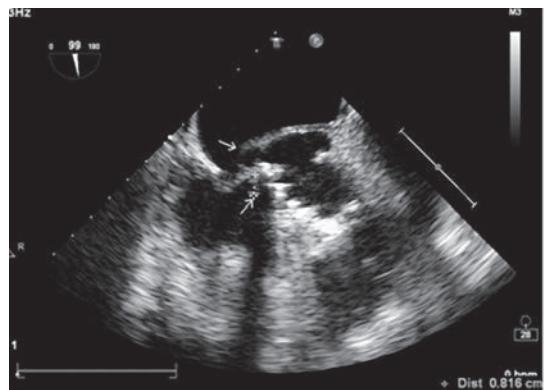
1. Тромб
2. Пухлина
3. Вегетація
4. Гребінцеві м'язи





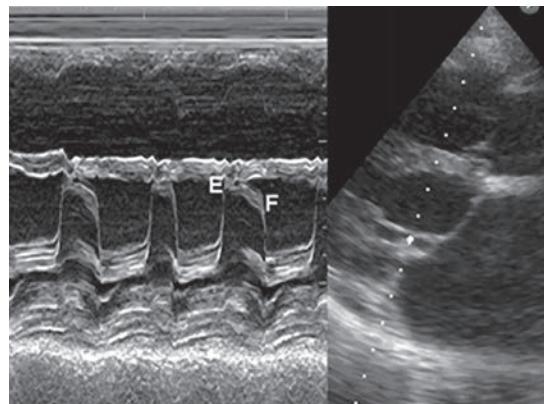
2100. (В) У хворого з протезуванням аортального клапана в анамнезі з'явилися скарги на слабкість, підвищення температури тіла, озноб. При черезстравохідній ЕхоКГ в модифікованій проекції аортального клапана по довгій осі виявлено:

1. Вегетації в ділянці протезу аортального клапана
2. Тромбоз протезу аортального клапана
3. Параклапаний абсцес



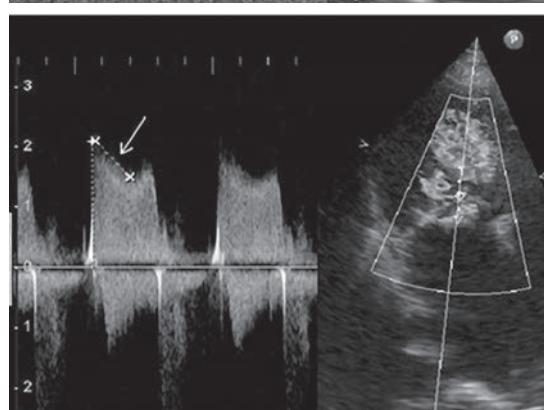
2101. (С, II) Одновимірна ЕхоКГ, площа сканування на рівні стулок мітрального клапана. Які ЕхоКГ-ознаки представлені на рисунку?

1. Односпрямований рух стулок мітрального клапана
2. Знижена швидкість ранньодіастолічного прикриття передньої стулки мітрального клапана
3. Зменшена амплітуда руху передньої стулки мітрального клапана



2102. (С, II, I) Постійнохвильова допплерографія потоку через мітральний клапан (праворуч – кольорова допплерографія потоку через мітральний клапан, діастола). Яка патологія представлена на зображені?

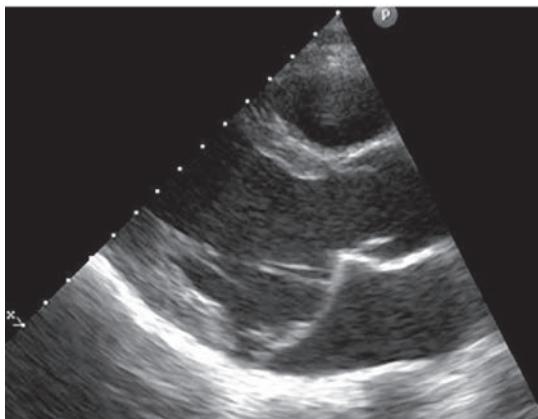
1. Мітральна вада з перевагою стенозу
2. Мітральний стеноз
3. Мітральна недостатність
4. Мітральна вада з перевагою недостатності





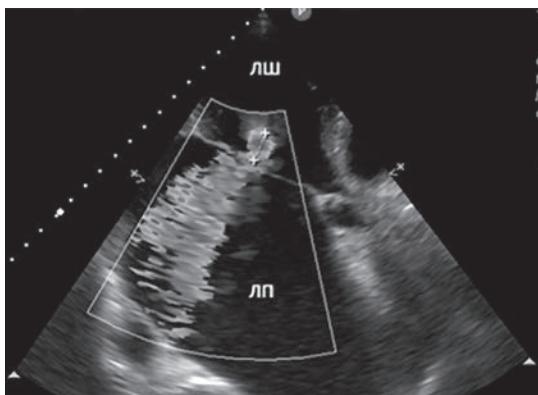
2103. (С, II) У пацієнта 20 років виявили систолічний шум на верхівці. Доввимірне зображення у парастернальній проекції довгої осі лівого шлуночка свідчить про:

1. Передній систолічний рух мітровального клапана
2. Пролапс мітровального клапана
3. Відрив хорд до стулок мітровального клапана
4. Вегетацію на мітровальному клапані



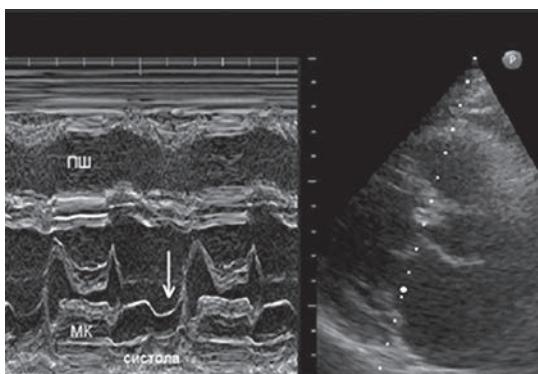
2104. (І, В) Верхівковий доступ, модифікована п'ятикамерна проекція. Що вимірювали на рисунку:

1. Діаметр *vena contracta*
2. Радіус проксимальної конвергенції
3. Площу проксимальної конвергенції
4. Площу потоку регургітації



2105. (С, II) При одновимірній ЕхоКГ у парастернальній проекції на рівні мітрового клапана виявили особливості (вказані стрілкою):

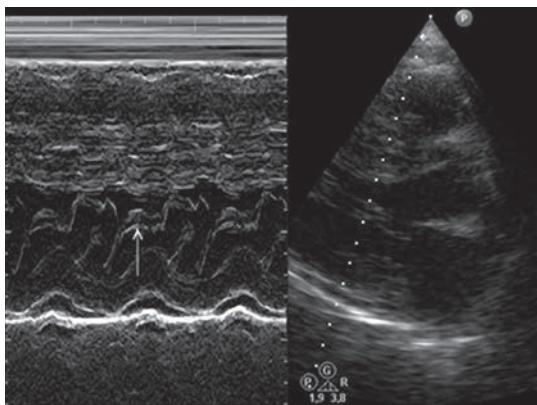
1. Передній систолічний рух стулок мітровального клапана
2. Пізньосистолічний пролапс мітровального клапана
3. Голосистолічний пролапс мітровального клапана
4. Ранньодіастолічне прикриття передньої стулки мітровального клапана





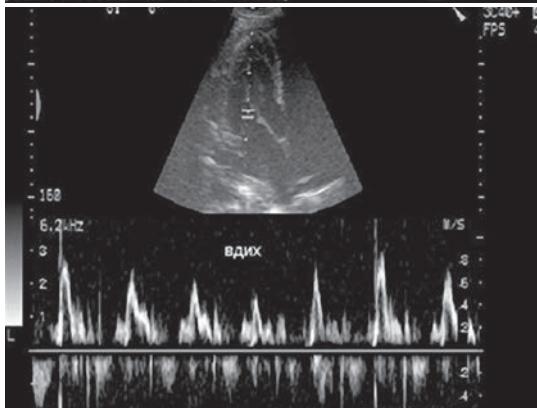
2106. (С, II) При одновимірній ЕхоКГ у парастернальній проекції на рівні мітralьного клапана виявили особливості, вказані стрілкою:

1. Передній систолічний рух стулок мітralьного клапана
2. Пізньосистолічний пролапс мітralьного клапана
3. Голосистолічний пролапс мітralьного клапана
4. Ранньодіастолічне прикриття передньої стулки мітralьного клапана



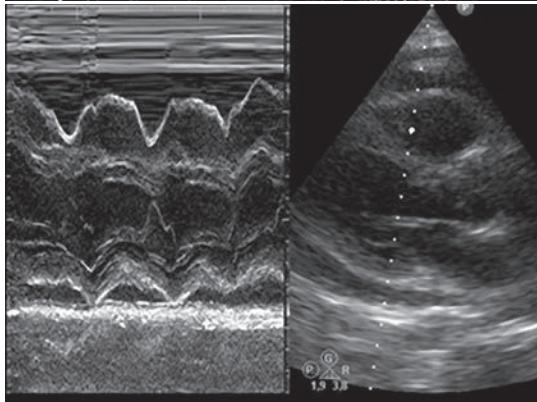
2107. (І, В) При допплерографії трансмітralального потоку (залежно від фаз дихання) виявлено ознаки:

1. Діастолічної дисфункції лівого шлуночка
2. Констриктивного перикардиту
3. Рестриктивної кардіоміопатії
4. Стенозу мітralьного клапана



2108. (С, II, І) При двовимірній та одновимірній ЕхоКГ виявлено ознаки:

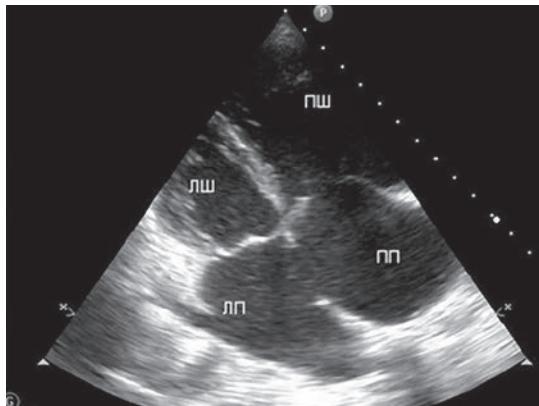
1. Легеневої гіпертензії
2. Констриктивного перикардиту
3. Ексудативного перикардиту без ознак тампонади серця
4. Ексудативного перикардиту з діастолічним колапсом правого шлуночка





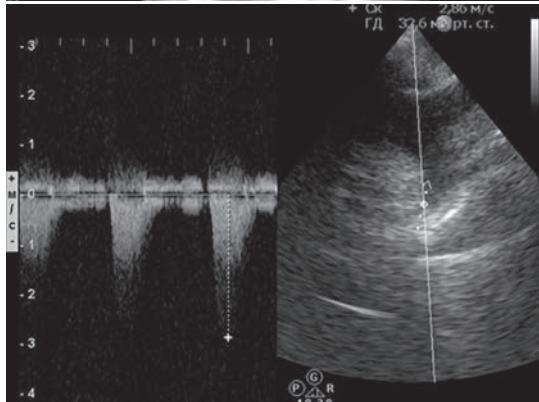
2109. (С, ІІ) Верхівкове чотирикамерне зображення. При двовимірній ЕхоКГ виявлено:

1. Відкрите овальне вікно
2. Дефект міжпередсердної перегородки, тип *ostium primum*
3. Дефект міжпередсердної перегородки, тип *ostium secundum*
4. Дефект міжпередсердної перегородки, тип *sinus venosus*



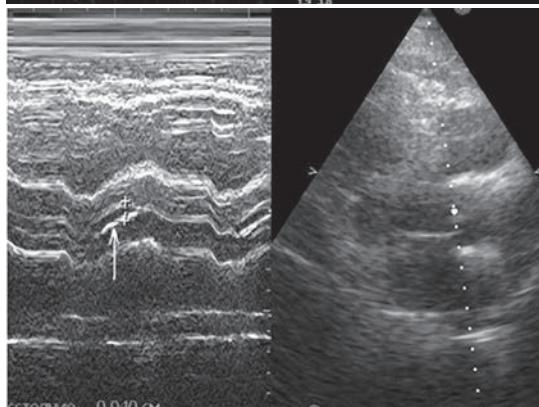
2110. (ІІ, І, В) Постійнохвильова допплерографія потоку у низхідній аорти. Про що свідчить допплерографія потоку?

1. Аортальний стено
2. Аортальну недостатність
3. Коарктацию аорти
4. Розшарування аорти



2111. (С, ІІ) Парастернальна проекція, довга вісь лівого шлуночка, одновимірна ЕхоКГ на рівні кореня аорти. Яку ЕхоКГ-ознаку позначили стрілкою на рисунку?

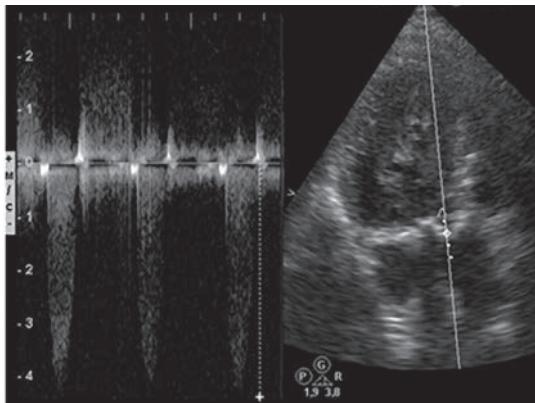
1. Зменшене відкриття стулок аортального клапана
2. Середньосистолічне прикриття стулок аортального клапана
3. Ексцентричне змикання стулок аортального клапана
4. Відшаровану інтіму при розшаруванні аорти





2112. (I, В) Верхівкова п'ятикамерна проекція. Постійнохвильова допплерографія потоку через аортальний клапан свідчить про:

1. Аортальну ваду без чіткої переваги
2. Аортальну ваду з перевагою недостатності
3. Аортальну ваду з перевагою стенозу (помірний)
4. Аортальну ваду з перевагою стенозу (важкий)



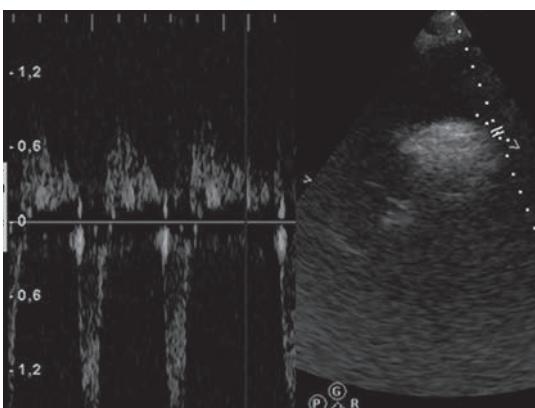
2113. (II, I, В) Параптернальний доступ, проекція короткої осі на рівні великих судин, систола. Яка патологія аортального клапана на рисунку?

1. Дегенеративний кальциноз аортального клапана
2. Ревматичний стено з аортального клапана
3. Двостулковий аортальний клапан
4. Двостулковий аортальний клапан з кальцинозом



2114. (II, I, В) Супрастернальний доступ. Допплерографія потоку в низхідній аорті свідчить про:

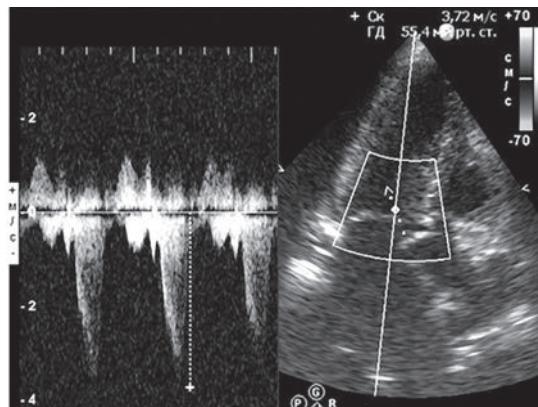
1. Важкий аортальний стено з
2. Важку аортальну недостатність
3. Коарктацію аорти
4. Розшарування аорти





2115. (ІІ, І, В) На рисунку при постійнохвильовій допплерографії виявлено:

1. Аортальний стеноz
2. Обструкцію витоку з лівого шлуночка при гіпертрофічній кардіоміопатії
3. Аортальну ваду з перевагою стеноzу
4. Аортальну недостатність



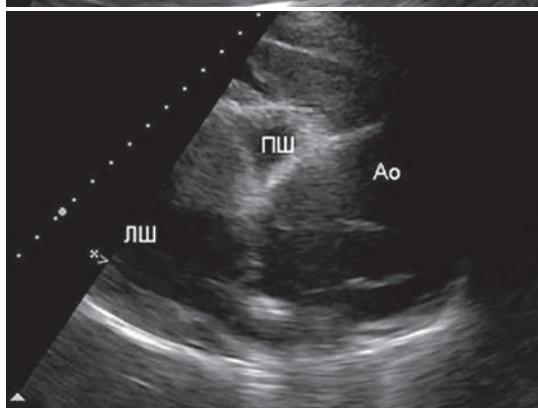
2116. (С, ІІ, І) Паастернальний доступ, проекція короткої осі на рівні великих судин, систола. Яка патологія аортального клапана на зображені?

1. Аортальний стеноz
2. Двоступковий аортальний клапан
3. Ревматичне ураження аортально-го клапана
4. Септичний ендокардит аорталь-ного клапана



2117. (І, В) У пацієнта після нападу болю в грудній клітці та епізоду синкопального стану при двовимірній ЕхоКГ у паастернальний проекції довгої осі лівого шлуночка виявили:

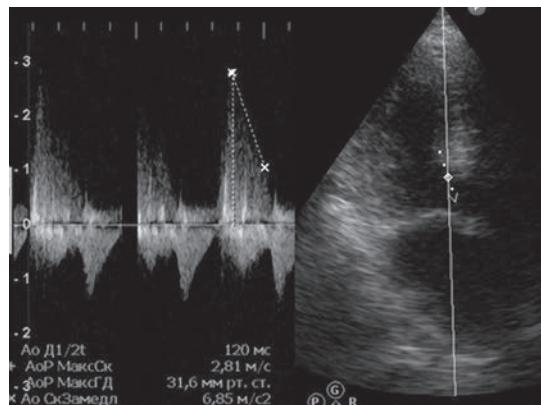
1. Хронічну аневризму аорти
2. Розшаровуючу аневризму аорти без тампонади серця
3. Тампонаду серця
4. Розшаровуючу аневризму аорти з тампонадою серця





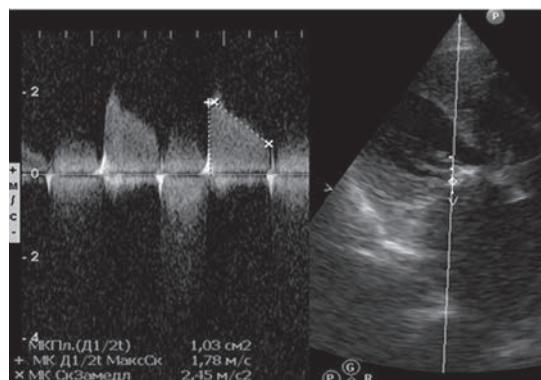
2118. (І, В) Постійнохвильова допплерографія потоку у виходному тракті лівого шлуночка ($\text{рT1/2} = 120 \text{ мс}$) свідчить про:

1. Аортальну недостатність легкого ступеня
2. Тяжку аортальну недостатність
3. Аортальну ваду з перевагою стенозу
4. Обструкцію витоку з лівого шлуночка



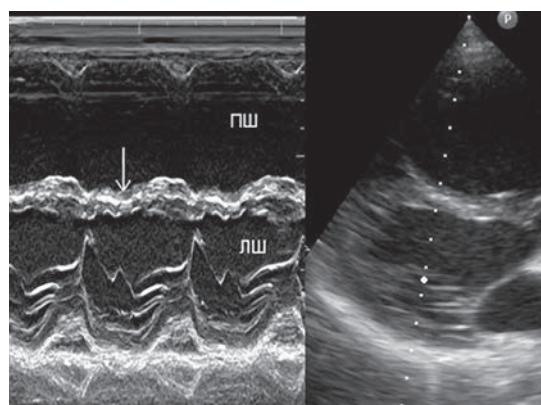
2119. (С, ІІ) Постійнохвильова допплерографія трансмітрального потоку свідчить про:

1. Міральний стеноуз
2. Міральну ваду з перевагою стенозу (тяжкий)
3. Міральну недостатність
4. Міральну ваду з перевагою недостатності



2120. (С, ІІ) Одновимірна ЕхоКГ свідчить про:

1. Парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки
2. Перевантаження правого шлуночка тиском
3. Перевантаження правого шлуночка об'ємом



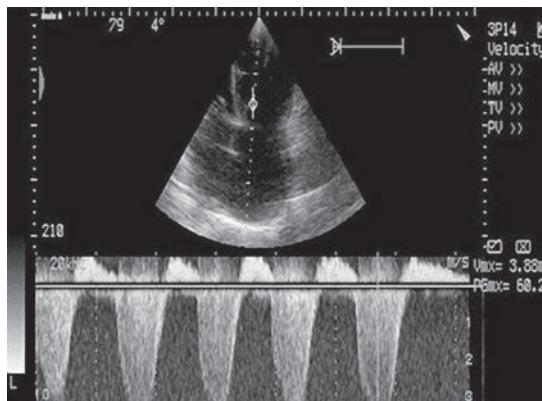


2121. (С, II) При постійнохвильовій допплерографії зворотного потоку на тристулковому клапані виявлено, що градієнт регургітації становить 60 мм рт. ст. Який систолічний тиск у легеневій артерії, якщо тиск у правому передсерді 10 мм рт. ст.:

1. 50 мм рт. ст.
2. 60 мм рт. ст.
3. 70 мм рт. ст.
4. 80 мм рт. ст.

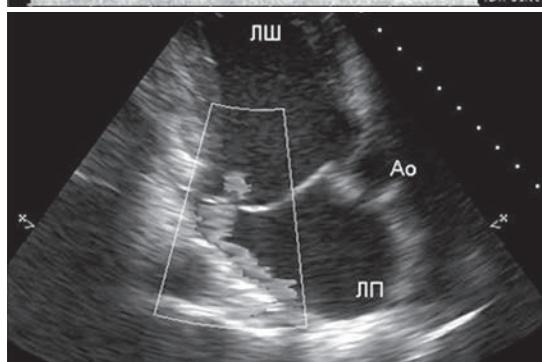
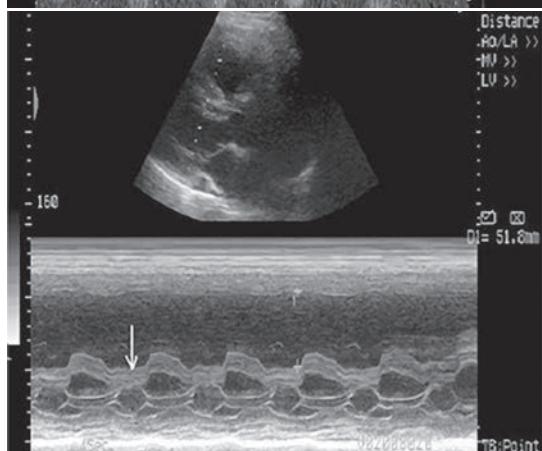
2122. (С, II, I) Параптернальний доступ, довга вісь лівого шлуночка. Одновимірна ЕхоКГ свідчить про:

1. Парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки
2. Перевантаження правого шлуночка об'ємом
3. Перевантаження правого шлуночка тиском



2123. (С, II) Верхівкова проекція довгої осі лівого шлуночка. У пацієнта із систолічним шумом при дзвовимірній та кольоровій ЕхоКГ виявили:

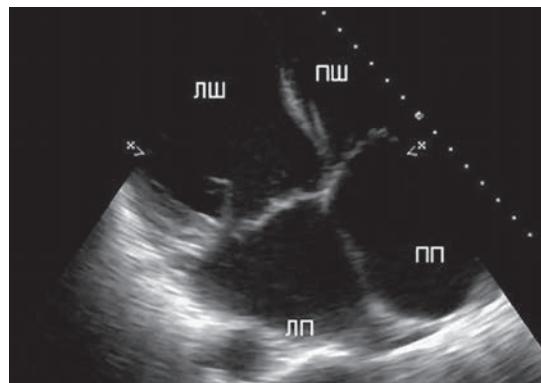
1. Ексцентричний потік регургітації на мітральному клапані
2. Пролапс передньої стулки мітрального клапана
3. Пролапс задньої стулки мітрального клапана





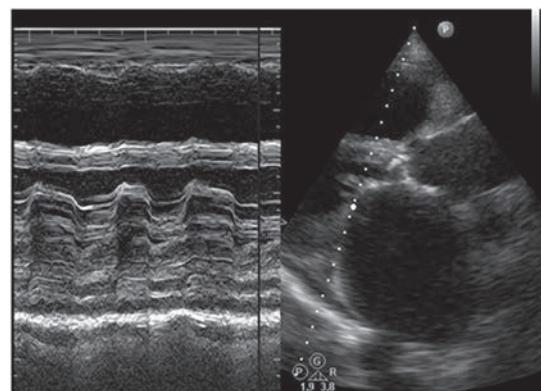
2124. (С, II, І) 4-камерна верхівкова проекція, систола. Рух стулок мітрального клапана свідчить про:

1. Пролапс передньої стулки мітрального клапана
2. Пролапс задньої стулки мітрального клапана
3. Відрив хорди до однієї із стулок мітрального клапана



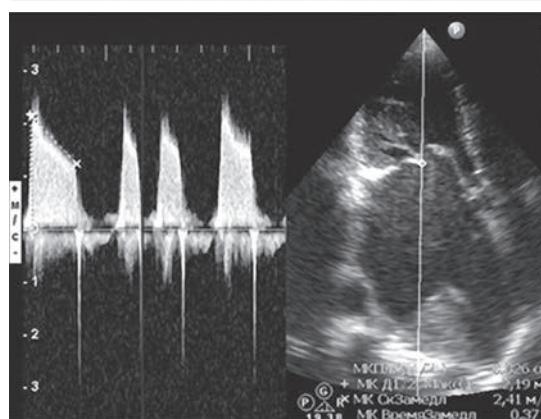
2125. (І, В) Паастернальна проекція довгої осі лівого шлуночка, одновимірна ЕхоКГ, площа сканування на рівні стулок мітрального клапана, праворуч - двовимірне зображення. Які ЕхоКГ-ознаки зареєстровані на зображеннях?

1. Односпрямований рух стулок мітрального клапана
2. М-подібний рух стулок мітрального клапана
3. Зменшена швидкість ранньодіастолічного прикриття передньої стулки мітрального клапана
4. Зменшена амплітуда відкриття стулок мітрального клапана
5. Виліт у перикардіальну порожнину



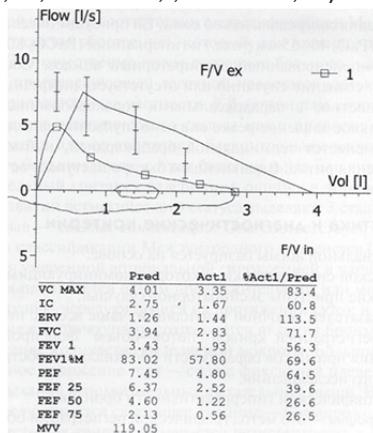
2126. (І, В) Постійнохвильова допплерографія трансмітрального потоку, праворуч - 4-камерна верхівкова проекція, двовимірне зображення у діастолу. Про що свідчать ЕхоКГ-знаходки:

1. Мітralний стеноз
2. Мітralну недостатність
3. Тромбоз лівого передсердя
4. Спонтанне контрастування лівого передсердя



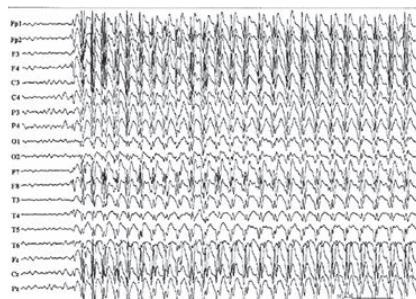


2127. (ІІ, І, В) Ознаки яких порушень переважають на наведеній спіограмі (ОФВ₁ - 56,3%; МОС 50 - 26,6; МОС 25 - 26,5%)?



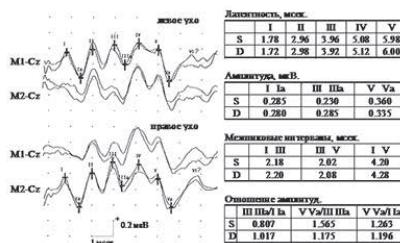
1. Ознаки бронхіальної обструкції зі значним по-рушеннем бронхіальної прохідності на рівні бронхів середнього та дрібного калібрів
2. Порушення функції зовнішнього дихання з переважанням змін за рестриктивним типом 2–3-го ступеня
3. Ознаки бронхіальної обструкції зі значним по-рушеннем бронхіальної прохідності на рівні бронхів крупного калібру

2128. (ІІ, І, В) Патерн електроенцефалограмми, наведений на рисунку:



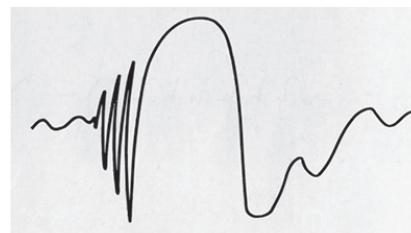
1. Grand mal
2. Petit mal
3. Гіпсаритмія типу спалах – пригнічення
4. Міоклонічний

2129. (ІІ, І, В) Викликані потенціали, наведені на рисунку:



1. Довголатентні зорові викликані потенціали
2. Довголатентні слухові викликані потенціали
3. Соматосенсорні викликані потенціали
4. Коротколатентні слухові стовбурові викликані потенціали
5. Когнітивні викликані потенціали на значущий тоновий стимул

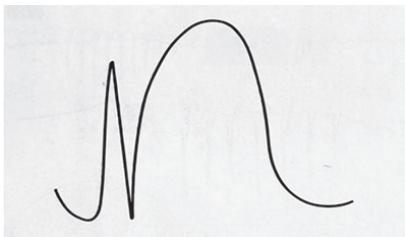
2130. (ІІ, І, В) Епілептиформний графоелемент електроенцефалограмми, наведений на рисунку:



1. Модуляція спайк – гостра хвиля
2. Комплекс спайк – повільна хвиля
3. Комплекс поліспайк – повільна хвиля
4. К-комплекс
5. Комплекс гостра хвиля – повільна хвиля
6. Вертекспотенціал



2131. (C, II, I, В) Епілептиформний графоелемент електроенцефалограмми, наведений на рисунку:



1. Модуляція спайк – гостра хвиля
2. Комплекс спайк – повільна хвиля
3. Комплекс поліспайк – повільна хвиля
4. К-комплекс
5. Комплекс гостра хвиля – повільна хвиля
6. Вертекс – потенціал