

## Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Зона периферической электрической невосприимчивости проявляется на электрокардиограмме (ЭКГ):

- а) изменениями зубца T;
- б) элевацией или депрессией сегмента ST;
- в) падением вольтажа зубца R;
- г) появлением патологического зубца Q.

2. Зона промежуточной электрической невосприимчивости проявляется на ЭКГ:

- а) инверсией зубца T;
- б) депрессией сегмента ST;
- в) появлением патологического зубца Q;
- г) признаком реципрокности.

3. Зоне центральной электрической невосприимчивости соответствует:

- а) изменение зубца T;
- б) падение вольтажа зубца R;
- в) появление патологического зубца Q;
- г) элевация сегмента ST.

4. Зубец T (-) <5 мм в III стандартном отведении:

- а) вариант нормы;
- б) признак гипертрофии левого желудочка (ЛЖ);
- в) признак ишемии задней стенки ЛЖ;
- г) критерий вертикального положения электрической оси сердца.

5. Зубец T (-) в III стандартном и aVF отведениях:

- а) следствие непроизвольной гипервентиляции в момент регистрации ЭКГ;
- б) результат регистрации ЭКГ сразу после приема пищи;
- в) возможен при пролапсе митрального клапана;
- г) все перечисленное верно.

6. Больная С., 70 лет (рис. 1). Доставлена с жалобами на головную боль, головокружение, поташивание. Ритм синусовый. Комплекс QRS не изменен, зубец  $T_{V2-6}$  глубокий, отрицательный, с широким основанием и закруленной верхушкой. Какой патологии наиболее вероятно могут соответствовать указанные изменения процессов реполяризации:

- а) обширные рубцовые поля после перенесенного инфаркта миокарда;
- б) полная атриовентрикулярная блокада;

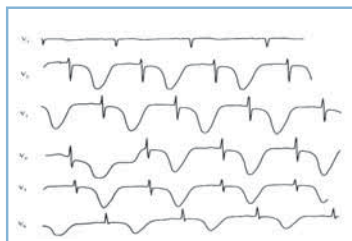


Рис. 1. ЭКГ больной С., 70 лет

- в) нарушение мозгового кровообращения;
- г) гипертрофия миокарда ЛЖ с систолической перегрузкой.

7. Больной Г., 49 лет, переведен из инфекционной больницы, где находился по поводу кишечной токсикоинфекции. В инфекционную больницу поступил с жалобами на тошноту, многократную рвоту, диарею. Каковы наиболее вероятные причины нарушения процессов реполяризации (рис. 2):

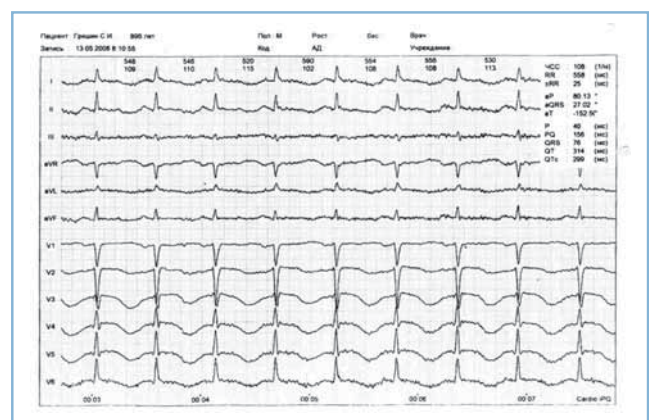


Рис. 2. ЭКГ больного Г., 49 лет

- а) синусовая тахикардия;
- б) Q-негативный инфаркт миокарда;
- в) насыщение сердечными гликозидами;
- г) гипокалиемия.

8. Больной У., 30 лет, наблюдается у кардиолога и невропатолога по поводу нейроциркуляторной дистонии. Чему соответствуют изменения процессов реполяризации (рис. 3):

- а) гиперкалиемии;
- б) перикардиту;
- в) ишемической стадии инфаркта миокарда;
- г) синдрому ранней реполяризации желудочков.

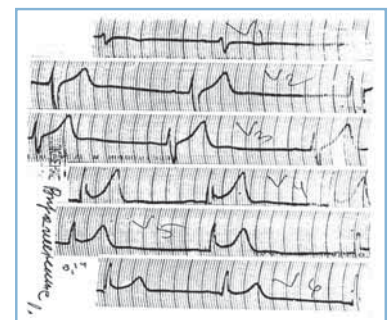


Рис. 3. ЭКГ больного У., 30 лет

9. Больная О., 61 год, клинический диагноз: атеросклеротическая окклюзия брюшной аорты на уровне отхождения почечных артерий. Вторично сморщенная почка. На ЭКГ (рис. 4):

- а) ишемия миокарда;



Рис. 4. ЭКГ больной О., 61 год

- б) синдром ранней реполяризации желудочков;
- в) гиперкалиемия;
- г) гипертрофия миокарда ЛЖ с диастолической нагрузкой.

10. Отрицательный зубец T в отведениях V<sub>4-6</sub> с пологим косонисходящим и крутым восходящим коленом. Комплекс QRS достаточного вольтажа, уширен до 0,12", деформирован, зубец Q в этих отведениях отсутствует. О чем следует думать:

- а) гипертрофия миокарда ЛЖ;
- б) блокада левой ветви пучка Гиса;
- в) Q-негативный боковой инфаркт миокарда;
- г) феномен WPW тип В.

11. Больной В. (рис. 5), 40 лет, доставлен в ОИТ с интенсивной болью в левой половине грудной клетки, возникшей после переохлаждения. УЗИ: сократимость миокарда не нарушена, фракция выброса – 61%. Имеет место полное отсутствие сепарации листков перикарда над правым желудочком. С чем может быть связана эта боль:

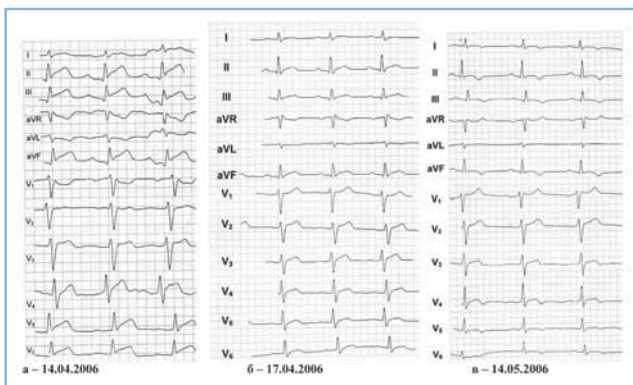


Рис. 5. ЭКГ больного В., 40 лет:

- а – синусовая тахикардия; конкордантный косовосходящий подъем сегмента ST, плохо дифференцируемый зубец T;
- б – сохраняется синусовая тахикардия; сегмент ST приближен к изолинии, зубец T слит с сегментом ST;
- в – сегмент ST куполообразно приподнят над изолинией, формируется диффузно слабо-отрицательный зубец T.

- а) острый коронарный синдром;
- б) синдром ранней реполяризации желудочков;
- в) миоперикардит;
- г) гиперкалиемия.

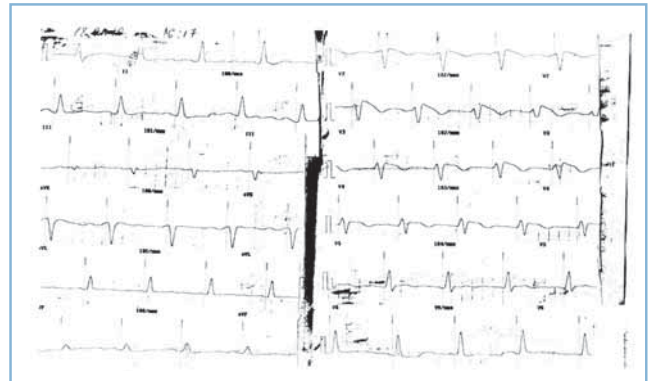


Рис. 6. Элевация сегмента ST<sub>V1-4</sub>

12. Элевация сегмента ST<sub>V1-4</sub> (рис. 6) может быть расценена как:

- а) блокада правой ветви пучка Гиса;
- б) острое нарушение коронарного кровообращения в передней перегородочной области ЛЖ;
- в) синдром Бругада;
- г) гипертрофия миокарда правого желудочка.

13. Косонисходящая элевация сегмента ST<sub>II,III,aVF,V1-6</sub>; наличие зазубрины в виде дополнительной волны в отведениях V<sub>2,4</sub> (рис. 7) – результат:

- а) синдрома ранней реполяризации желудочков;
- б) волны Осборна;
- в) повреждения в области передней стенки ЛЖ;
- г) гипертрофии миокарда ЛЖ с систолической перегрузкой.

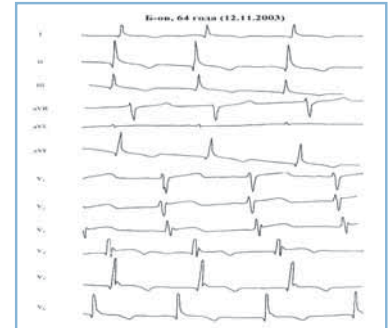


Рис. 7. ЭКГ больного Б., 64 года

14. Горизонтальная депрессия сегмента ST может быть следствием:

- а) гипертрофии миокарда ЛЖ;
- б) гипокалиемии;
- в) гипервентиляции;
- г) всего перечисленного.

15. Диффузная депрессия сегмента ST по типу феномена «провисшей нити» – следствие:

- а) хронической ишемии миокарда;
- б) синусовой тахикардии;
- в) насыщения сердечными гликозидами;
- г) ничего из перечисленного.