

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Багрий Андрей Зуярович

Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения

Дата подписания: 21.05.2025 16:48:58

Уникальный программный ключ:

2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени
М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ — ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.12 ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
(2025 год приема)**

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	Теоретические основы электрокардиографии.
2.	Нормальная ЭКГ. Алгоритм анализа ЭКГ и формирования заключения.
3.	ЭКГ при гипертрофии и перегрузках предсердий.
4.	ЭКГ при гипертрофии и перегрузках желудочков.
5.	Блокады ножек пучка Гиса.
6.	Синоатриальные блокады. Арест синусового узла. Синдром слабости синусового узла.
7.	Атриовентрикулярные блокады. АВ-диссоциация.
8.	Наджелудочковая экстрасистолия. Желудочковая экстрасистолия.
9.	Предсердные, атриовентрикулярные и идиовентрикулярные ускоренные ритмы.
10.	Синдром предвозбуждения желудочков. Суправентрикулярные тахикардии.
11.	Фибрилляция предсердий. Трепетание предсердий.
12.	Желудочковые тахикардии.
13.	Фибрилляция и трепетание желудочков.
14.	Ишемия миокарда.
15.	ЭКГ при остром инфаркте миокарда.
16.	ЭКГ при хронической ишемической болезни сердца.
17.	ЭКГ у больных с имплантированным электрокардиостимулятором.
18.	ЭКГ при других заболеваниях сердца.
19.	ЭКГ при электролитных нарушениях.
20.	Артериальная гипертония.
21.	Острый коронарный синдром и инфаркт миокарда. Хроническая ишемическая болезнь сердца.
22.	Приобретенные пороки сердца. Инфекционный эндокардит.
23.	Воспалительные заболевания сердца (миокардиты, перикардиты).
24.	Кардиомиопатии.
25.	Хроническая сердечная недостаточность.
26.	Неотложная кардиология: кардиогенный шок, отек легких, тромбоэмболия легочной артерии, расслоение аорты. Внезапная сердечная смерть. Сердечно-легочная реанимация.
27.	Основные клинические симптомы и синдромы в пульмонологической практике.
28.	Методы исследования больных с заболеваниями органов дыхания: клинические, функциональные, рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические и торакоскопические.
29.	Заболевания органов дыхания инфекционной этиологии. Вирусные инфекции дыхательных путей: грипп, ОРВИ, COVID-19, острый бронхит. Пневмонии.
30.	Обструктивные заболевания легких. Бронхиальная астма. Хроническая обструктивная болезнь легких.
31.	Неотложные состояния в пульмонологии. Астматический статус. Острая дыхательная недостаточность. Анафилаксия.
32.	Болезни сосудистого русла легких. Отек легких и хроническое легочное сердце. Тромбоэмболия легочной артерии.
33.	Клиническая неврология. Эпилепсия. Закрытая черепно-мозговая травма. Острое нарушение мозгового кровообращения. Основные диагностические и лечебные подходы.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. О гипертрофии миокарда левого желудочка свидетельствует значение индекса Соколова-Лайона
А. >50 мм
Б. >35 мм
В. >47 мм
Г. >28 мм
Е. >40 мм
2. Верхняя граница интервала P-Q в норме составляет:
А. 0,20 сек
Б. 0,15 сек
В. 0,12 сек
Г. 0,18 сек
3. ХСН с промежуточной фракцией выброса левого желудочка соответствуют значения ФВ ЛЖ:
А. 35-44%
Б. 40-55%
В. 45-54%
Г. 40-49%
4. Электроэнцефалография - это:
А. метод анализа биопотенциалов мозга
Б. один из методов нейровизуализации
В. метод регистрации биоэлектрической активности мозга
Г. метод регистрации кожно-гальванического эффекта
5. Инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка имеет характерные изменения в отведениях:
А. I, AVL, VI - V4
Б. I, AVL, VI, V2
В. I, AVL, V2 - V6
Г. II, III, AVF
6. Для уточнения диагноза инфаркта правого желудочка целесообразно использовать отведения:
А. Высокие грудные (V2-V4 на 1-2 межреберья выше)
Б. *V3R, V4R
В. II, III, AVF, V5, V6
Г. Дополнительные отведения по Нэбу
7. Наиболее достоверными электрокардиографическими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:
А. Синдром S1-Q3 - T3
Б. Глубокий зубец Q в отведениях V4-V6
В. Депрессия сегмента ST в I, II и aVL отведениях
Г. Депрессия сегмента ST II, III aVF отведениях
8. О поражении органов-мишеней при артериальной гипертензии можно говорить при скорости клубочковой фильтрации:

- А. <50 мл/мин/1.73м²
- Б. <40 мл/мин/1.73м²
- В. <70 мл/мин/1.73м²
- Г. <60 мл/мин/1.73м²

9. Больной, страдающий ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения и артериальной гипертензией для снижения сердечно-сосудистого риска должен получать:

- А. Нитраты
- Б. Препараты калия и магния
- В. Метаболические препараты
- Г. Аспирин, статины

10. Преимущественная этиология митрального стеноза:

- А. Дегенеративная
- Б. Травматическая
- В. Поражение при склеродермии
- Г. Ревматическая

11. Выявленные при суточном мониторинге ЭКГ эпизоды регулярной тахикардии с ЧСЖ 160 в минуту с широкими морфологически однородными комплексами длительностью до 20 секунд, указывают на

- А. Неустойчивую мономорфную желудочковую тахикардию
- Б. Идиовентрикулярный ритм
- В. Неустойчивую полиморфную желудочковую тахикардию
- Г. Устойчивую мономорфную желудочковую тахикардию

12. Характерными признаками трепетания желудочков на ЭКГ являются:

- А. Неритмичные, высокоамплитудные комплексы QRS, одинаковой формы, с частотой возбуждения 60-80 в мин
- Б. Относительно ритмичные, без изоэлектрического интервала, высокие и широкие, почти одинаковой амплитуды волны, в которых нельзя различить комплекса QRS, сегмента ST и зубца T, с частотой возбуждения 150-300 в мин
- В. Ритмичные комплексы, узкие, частота 90 в минуту
- Г. Ритмичные, одинаковой амплитуды комплексы QRS, ЧСС 40-50 в мин

13. Синдром Фредерика — это сочетание

- А. Синдрома WPW и полной атриовентрикулярной блокады
- Б. Фибрилляции предсердий и внутрижелудочковой блокады
- В. АВ-блокады и блокады левой ножки пучка Гиса
- Г. Фибрилляции или трепетания предсердий и АВ-блокады III ст

14. Регулярное выпадение отдельных желудочковых сокращений при постоянном интервале P-Q 0,22 сек характерно для

- А. Атриовентрикулярной блокады II степени (тип Мобитц I)
- Б. Атриовентрикулярной блокады I степени
- В. Атриовентрикулярной блокады II степени (тип Мобитц II)
- Г. Атриовентрикулярной блокады III степени

15. Наличие у больного одиночных желудочковых полиморфных экстрасистол и эпизодов парной полиморфной желудочковой экстрасистолии по данным холтеровского мониторинга ЭКГ указывает на желудочковую экстрасистолию

- А. 3 градации по Ryan
- Б. 5 градации по Ryan
- В. 4а градации по Ryan
- Г. 4b градации по Ryan

16. О наличии синдрома тахикардии-брадикардии можно говорить в случае
- А. Наличия чередования эпизодов синусовой тахикардии и синусовой брадикардии
 - Б. Повторных чередований синусовой брадикардии с пароксизмами фибрилляции (трепетания) предсердий или предсердной тахикардии
 - В. Персистирующей формы фибрилляции (трепетания) предсердий
 - Г. Сочетания предсердной тахикардии с АВ блокадой II степени

17. К отклонению ЭОС влево на ЭКГ приводит
- А. Блокада передней ветви левой ножки п. Гиса
 - Б. Гипертрофия миокарда правого желудочка
 - В. Изменение в положении сердца от лежачего к вертикальному
 - Г. Глубокий вдох

18. Атриовентрикулярный узел генерирует импульсы с частотой (уд/мин)
- А. 40 – 60
 - Б. 120 – 150
 - В. 30 – 20
 - Г. 90 – 120

19. Признаком дисфункции синусового узла является
- А. Выраженная синусовая брадикардия
 - Б. АВ-блокада 1 степени
 - В. Предсердная экстрасистолия
 - Г. Желудочковая экстрасистолия

20. Для атриовентрикулярной блокады II степени первого типа (Мобитц 1) характерно
- А. Постоянство интервала PQ
 - Б. Атриовентрикулярная диссоциация
 - В. Наличие преждевременных комплексов
 - Г. Прогрессивное удлинение интервалов PQ перед выпадением комплекса QRS

21. Вставочная экстрасистола – это
- А. Экстрасистола, располагающаяся между двумя соседними циклами основного ритма, после которой отсутствует компенсаторная пауза
 - Б. Экстрасистолия, при которой экстрасистолы возникают регулярно после одинакового числа циклов основного ритма
 - В. Две следующие экстрасистолы подряд с коротким интервалом (менее 0,6 сек)
 - Г. Экстрасистола, предшествующая пароксизмальной наджелудочковой тахикардии

22. Для купирования пароксизма желудочковой тахикардии применяют
- А. Амiodарон
 - Б. Дигоксин
 - В. Обзидан
 - Г. Мезатон

23. Для гипертрофии ЛЖ характерен
- А. Высокий зубец R в V5-6 и глубокий зубец S в V1-2

- Б. Высокий зубец S в V1-2 и глубокий зубец R в V5-6
- В. Высокий зубец R в aVR
- Г. Высокий зубец R в III

24. Основным признаком правожелудочковой сердечной недостаточности является

- А. Венозный застой в большом круге кровообращения
- Б. Одышка
- В. Приступы сердечной астмы
- Г. Стенокардия

25. Формирование дельта- волны на ЭКГ связано с

- А. Сливным механизмом деполяризации желудочков
- Б. Петлей ре-энтри
- В. Антеградной блокадой в АВ узле
- Г. Ретроградной блокадой в АВ узле

26. Инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка имеет характерные изменения в отведениях

- А. I, AVL, VI - V4
- Б. I, AVL, VI, V2
- В. I, AVL, V2 - V6
- Г. II, III, AVF

27. Для уточнения инфаркта правого желудочка целесообразно использовать отведения:

- А. Высокие грудные (V2-V4 на 1-2 межреберья выше)
- Б. V3R, V4R
- В. II, III, AVF, V5, V6
- Г. Дополнительные отведения по Нэбу

28. Перикардит на ЭКГ можно заподозрить при:

- А. Появлении подъема ST во всех отведениях
- Б. При появлении полной блокады ЛНПГ
- В. При появлении полной блокады ПНПГ
- Г. При появлении депрессии ST до 1 мм в I, aVL, V1-V4

29. Для профилактики тромбоэмболических осложнений больным с фибрилляцией предсердий необходимо

- А. Назначение аспирина и клопидогреля
- В. Назначение аспирина
- С. Назначение клопидогреля
- Д. Назначение варфарина

30. Для диагностики гипертрофии левого желудочка по данным эхокардиографии рекомендуется использовать

- А. Относительную толщину стенок ЛЖ (ОТС)
- Б. Толщину межжелудочковой перегородки
- В. Индекс массы миокарда левого желудочка
- Г. Массу миокарда левого желудочка

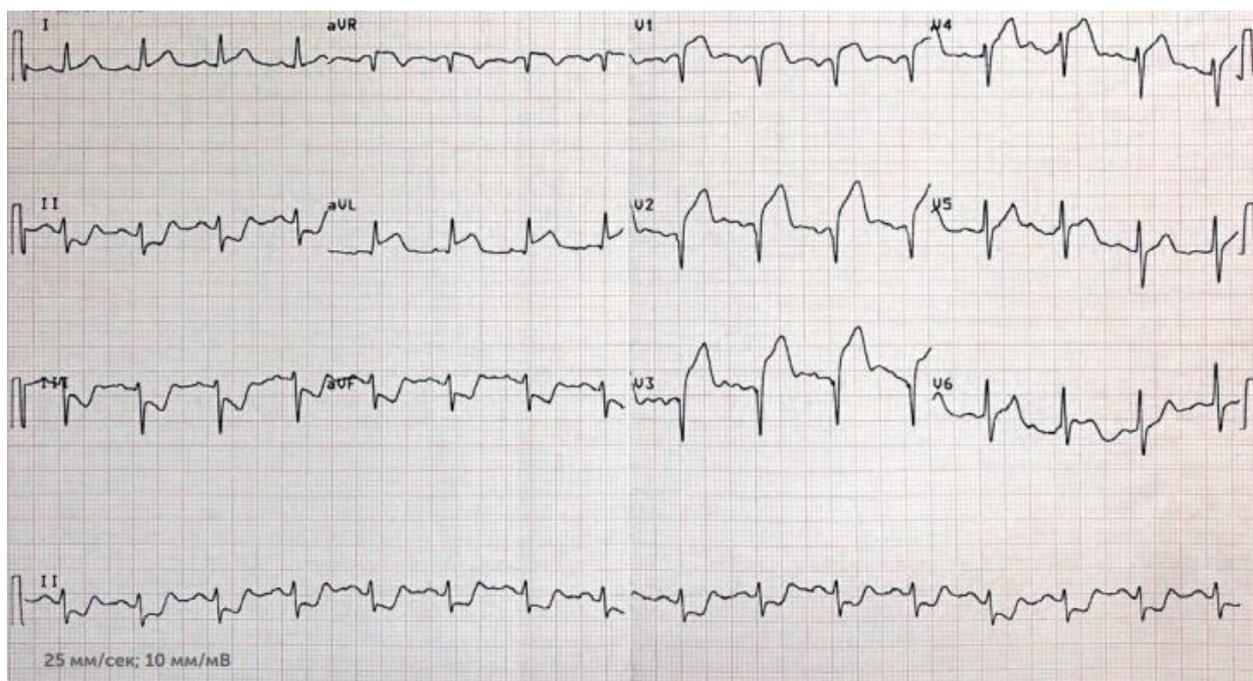
ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. У больного 45 лет ночью появились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, длительностью 15 минут, купированы после повторного приема нитроглицерина. Объективно: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 82, АД 130/80. Температура не повышалась. На ЭКГ во время болей: ритм синусовый. Подъем сегмента ST более 1 мм в отведениях aVL, V3-5. На следующий день ST на изолинии. Общий анализ крови: лейкоциты $5,8 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 10 мм/ч. Тропонин Т в норме.

Вопросы:

1. Какой вид ангинозного приступа можно предположить?
2. Возможен ли инфаркт миокарда?
3. Препарат выбора для лечения.
4. Является ли данное состояние показанием к госпитализации?
5. Как в данном случае осуществлять первичную профилактику инфаркта миокарда?

2. Представлена ЭКГ мужчины, 71 года. Жалобы на впервые возникшие интенсивные боли в левой лопатке с иррадиацией в левое плечо, длительностью более 30 минут. Госпитализирован через 3 часа от начала болей.



Вопросы:

1. Оцените ритм
2. Оцените ЧСС
3. Оцените сегмент ST
4. Чем обусловлены изменения сегмента ST в отведениях II, III, aVF?
5. Сформулируйте заключение

3. Студент 18 лет, внезапно упал, наблюдались тонико-клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: сознание утрачено, изо рта выделяется слюна с небольшим количеством крови. Судороги прекратились через 2 минуты, после чего больной уснул. Со слов матери: наркотические вещества, алкоголь не употребляет, травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. В детском возрасте наблюдались

кратковременные эпизоды выключения сознания (несколько секунд) и застывания в определенной позе. Сестра больного страдает эпилепсией с детства.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз
2. Первая помощь
3. Действия врача скорой помощи
4. Обследование
5. Лечение

Зав. кафедрой внутренних болезней №2,
д.мед.н., профессор



А.Э. Багрий