

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

Принято решением Ученого совета
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
От «24» марта 2026г. Протокол № 3

**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ — ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.12 ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
(2026 год приема)**

Донецк 2026

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в форме **компьютерного тестирования** (далее - тестирование).

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого поступающего автоматически.

Общее количество тестовых заданий составляет - **80 штук**, время отводимое поступающему на их решение – **60 минут**.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего количества тестовых заданий.

Результат тестирования в баллах (**1 балл равен 1 проценту**) отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день завершения тестирования.

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования, составляет **70 баллов**

ФОРМИРОВАНИЕ СПИСКОВ ПОСТУПАЮЩИХ

Не позднее трех рабочих дней со дня завершения тестирования Университет формирует по каждому конкурсу списки поступающих. В списки поступающих не включаются лица, набравшие менее минимального количества баллов по результатам тестирования, и лица, отозвавшие документы, необходимые для поступления.

Списки поступающих ранжируются по следующим основаниям:

- *по убыванию суммы конкурсных баллов* (суммы экзаменационных баллов и баллов за индивидуальные достижения);
- при равенстве суммы конкурсных баллов – *по убыванию суммы экзаменационных баллов*, начисленных по результатам вступительного тестирования;
- при равенстве суммы экзаменационных баллов, начисленных по результатам вступительного испытания, – *по убыванию балла за первичную аккредитацию специалиста*.

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 тромбоза 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 мониторирования ЭКГ указывает на желудочковую экстрасистолию
 - А. 3 градации по Ryan
 - Б. 5 градации по Ryan
 - В. 4a 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 лежащего 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 I степени
 - В. Предсердная экстрасистолия
 - Г. Желудочковая экстрасистолия
- 20. Для атриовентрикулярной блокады II степени первого типа (Мобитц I) 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. Амиодарон
 - 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
 - Б. 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