МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России
Кафедра факультетской терапии лечебного факультета

**Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц,
Н.А. Железнякова, О.Н. Семенова**

ТЕСТЫ И ЗАДАЧИ ПО КАРДИОЛОГИИ

Учебное пособие

Рекомендовано УМО РАЕ
по классическому университетскому
и техническому образованию
в качестве учебного пособия
для ординаторов, обучающихся
по специальностям:
31.08.49 – «Терапия»;
31.08.36 – «Кардиология»

Москва
2018

УДК 616-085:612.17]-004.054 (075.9)

ББК 54.10я73

Т367

Авторы:

Наумова Елизавета Александровна — доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России;

Шварц Юрий Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России;

Железнякова Наталия Александровна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской терапии лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России;

Семенова Ольга Николаевна — ассистент кафедры факультетской терапии лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Рецензенты:

Чичкова М.А. — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой кардиологии факультета последипломного образования, ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Щёкотова А.П. — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики ФДПО, профессор кафедры факультетской терапии №1, ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» МЗ России.

Тесты и задачи по кардиологии: учебное пособие / Е.А. Наумова, Т367 Ю.Г. Шварц, Н.А. Железнякова, О.Н. Семенова. — М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2018. — 90 с.

ISBN 978-5-91327-522-6

DOI 10.17513/np.300

В учебном пособии содержатся тестовые задания и задачи по основным разделам кардиологии. Учебное пособие предназначено для интернов и ординаторов, обучающихся по специальностям терапия и кардиология.

ISBN 978-5-91327-522-6

- © Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.,
Железнякова Н.А., Семенова О.Н., 2018
- © Саратовский государственный
медицинский университет, 2018
- © ИД «Академия Естествознания»
- © АНО «Академия Естествознания»

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	7
ЗАДАЧИ.....	45
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ	82
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧАМ.....	84
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	88

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертония
АД – артериальное давление
АКШ – аорто-коронарное шунтирование
АМКР – антагонисты минералокортикоидных рецепторов
АПФ – ангиотензинпревращающий фермент
БРА – блокатор рецепторов ангиотензина
БСМП – бригада скорой медицинской помощи
ГК – гипертонический криз
ДАД – диастолическое артериальное давление
ДЭхоКГ – доплерэхокардиография
иАПФ – ингибитор АПФ
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИМ – инфаркт миокарда
ИМТ – индекс массы тела
ЛЖ – левый желудочек
ЛП – левое предсердие
ЛПВП – липопротеиды высокой плотности
ЛПНП – липопротеиды низкой плотности
ЛПОНП – липопротеиды очень низкой плотности
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
НМГ – низкомолекулярный гепарин
НПВС – нестероидные противовоспалительные средства
НФГ – нефракционированный гепарин
ОАМ – общий анализ мочи
ОКС – острый коронарный синдром
ОМТ – оптимальная медикаментозная терапия
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ОПН – острая почечная недостаточность
ПБЛНПГ – полная блокада левой ножки пучка Гиса
ПД – пульсовое давление
ПЖ – правый желудочек
ПП – правое предсердие
РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система
САД – систолическое артериальное давление
СКЛ – срединно-ключичная линия

СКФ – скорость клубочковой фильтрации
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
ТАГ – триацилглицериды
ТИА – транзиторная ишемическая атака
ТЛБА – транслюминальная балонная ангиопластика
ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФВ – фракция выброса
ФК – функциональный класс
ХБП – хроническая болезнь почки
ХПН – хроническая почечная недостаточность
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЦОГ-1 – циклоксигеназа 1
ЦОГ-2 – циклоксигеназа 2
ЧКВ – чрескожные вмешательства
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭКГ – электрокардиография
ЭОС – электрическая ось сердца
BNP – натрийуретический пептид
NT-proBNP –
RW – реакция Вассермана
WPW – синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта

ВВЕДЕНИЕ

Современная кардиология на сегодняшний день представляет собой быстро развивающуюся область медицины, которая постоянно пополняется новыми данными. Это требует от обучающихся ознакомления с огромными объемами информации. Для усвоения массив знаний необходим адекватный тренинг и контроль.

Данное учебное пособие содержит тестовые задания и задачи по основным разделам кардиологии. Здесь отображены современные подходы к этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям, принципам диагностики и терапии наиболее часто встречающейся кардиологической патологии. В данном учебном пособии акцентировано внимание на наиболее важных и в дальнейшем наиболее востребованных в практической деятельности аспектах лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью пособия является акцентировать внимание обучающихся на наиболее важных вопросах кардиологии. Из большого объема разрозненной информации использование тестовых заданий позволит выделить и структурировать основные моменты, которые в дальнейшем могут быть использованы в практической медицине. Задачи, представленные в учебном пособии, помогут студентам объединить теоретические знания и попробовать их применить в конкретной клинической ситуации.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ШКАЛА SCORE ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У

- 1) пациентов с доказанным атеросклерозом любой локализации (коронарография, МСКТ и др, перенесенные ИМ, ТЛБА, АКШ, мозговой инсульт, периферический атеросклероз)
- 2) только пациентов с уровнем общего холестерина более 8 ммоль/л
- 3) пациентов с Сахарным диабетом II и I типа
- 4) пациентов, не имеющих в настоящее время отчетливых клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний
- 5) всех пациентов с любыми сердечно-сосудистыми заболеваниями

2. К ГРУППЕ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1) пациенты с доказанным атеросклерозом любой локализации (коронарография, МСКТ и др, перенесенные ИМ, ТЛБА, АКШ, мозговой инсульт, периферический атеросклероз)
- 2) пациенты с уровнем общего холестерина более 8 ммоль/л
- 3) пациенты с Сахарным диабетом II и I типа при наличии микроальбуминурии
- 4) пациенты с ХБП (СКФ < 60 мл/мин/1,732)
- 5) пациенты с артериальной гипертензией
- 6) пациенты с риском по шкале SCORE $\geq 10\%$

3. К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1) пациенты, имеющие значительно повышенные уровни отдельных факторов риска (например гипертония высокой степени тяжести или семейная дислипидемия)
- 2) все пациенты с артериальной гипертензией
- 3) пациенты с уровнем общего холестерина более 8 ммоль/л
- 4) пациенты с сахарным диабетом II и I типа при наличии микроальбуминурии
- 5) пациенты с риском по шкале SCORE $\geq 5\%$ и < 10%

4. ШКАЛА SCORE

- 1) не заменяет знаний и клинического опыта врача
- 2) может использоваться для оценки риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов любого возраста
- 3) не учитывает, что реальный риск может превышать расчетный в некоторых ситуациях (например у пациентов с наследственной отягощенностью, ожирением, неблагоприятными социальными условиями)
- 4) используется для оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда
- 5) используется для оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов с перенесенным ОНМК

5. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ КАК

- 1) ЛПНП
- 2) ЛПОНП
- 3) ЛПВП
- 4) ТАГ
- 5) индекс атерогенности

6. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ЛПНП У ПАЦИЕНТОВ С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПО ШКАЛЕ SCORE

- 1) $< 1,5$ ммоль/л и/или $\geq 50\%$ снижение от исходного уровня, когда целевой уровень не может быть достигнут
- 2) $< 1,5$ ммоль/л
- 3) < 2 ммоль/л
- 4) $< 2,5$ ммоль/л
- 5) $< 2,5$ ммоль/л и/или $\geq 50\%$ снижение от исходного уровня, когда целевой уровень не может быть достигнут
- 6) < 3 ммоль/л

7. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ЛПНП У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПО ШКАЛЕ SCORE

- 1) $< 1,5$ ммоль/л и/или $\geq 50\%$ снижение от исходного уровня, когда целевой уровень не может быть достигнут
- 2) $< 1,5$ ммоль/л
- 3) < 2 ммоль/л

- 4) < 2,5 ммоль/л
- 5) < 2,5 ммоль/л и/или $\geq 50\%$ снижение от исходного уровня, когда целевой уровень не может быть достигнут
- 6) < 3 ммоль/л

8. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ЛПНП У ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННЫМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПО ШКАЛЕ SCORE

- 1) < 1,5 ммоль/л и/или $\geq 50\%$ снижение от исходного уровня, когда целевой уровень не может быть достигнут
- 2) < 1,5 ммоль/л
- 3) < 2 ммоль/л
- 4) < 2,5 ммоль/л
- 5) < 2,5 ммоль/л и/или $\geq 50\%$ снижение от исходного уровня, когда целевой уровень не может быть достигнут
- 6) < 3 ммоль/л

9. ВТОРИЧНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- 1) гипотиреозидизм
- 2) нефротический синдром
- 3) ОКС
- 4) синдром Кушинга
- 5) дилатационная кардиомиопатия

10. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) статины
- 2) фибраты
- 3) иАПФ
- 4) никотиновая кислота
- 5) ингибиторы всасывания холестерина
- 6) n-3 жирные кислоты

11. ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА (ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ЭТО

- 1) статины
- 2) фибраты
- 3) секвестранты жирных кислот
- 4) никотиновая кислота
- 5) ингибиторы всасывания холестерина
- 6) n-3 жирные кислоты

12. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) статины + никотиновая кислота
- 2) статины + ингибиторы всасывания холестерина
- 3) статины + секвестранты жирных кислот
- 4) статины + аспирин
- 5) аспирин + клопидогрель

13. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТРИГЛИЦИДЕМИИ ПОКАЗАНА

- 1) при уровне ТАГ > 1,7 ммоль/л (> 150 мг/дл)
- 2) при уровне ТАГ > 2,3 ммоль/л (> 200 мг/дл)
- 3) при уровне ТАГ > 4,5 ммоль/л (> 400 мг/дл)
- 4) при любом уровне ТАГ
- 5) при уровне ЛПНП > 2,5 ммоль/л (100 мг/дл)

14. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРИГЛИЦИДЕМИИ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

- 1) статины
- 2) фибраты
- 3) секвестранты жирных кислот
- 4) никотиновая кислота
- 5) ингибиторы всасывания холестерина
- 6) n-3 жирные кислоты

15. СРЕДСТВА ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ТЕРАПИИ ГИПЕРТРИГЛИЦИДЕМИИ

- 1) фибраты
- 2) статины
- 3) секвестранты жирных кислот
- 4) никотиновая кислота
- 5) ингибиторы всасывания холестерина
- 6) n-3 жирные кислоты

16. СТАРТОВАЯ ДОЗА АТОРВАСТАТИНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ –

- 1) 10 мг
- 2) 20 мг
- 3) 40 мг

- 4) 80 мг
- 5) 100 мг

17. СТАРТОВАЯ ДОЗА АТОРВАСТАТИНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ –

- 1) 10 мг
- 2) 20 мг
- 3) 40 мг
- 4) 80 мг
- 5) 100 мг

18. СТАРТОВАЯ ДОЗА АТОРВАСТАТИНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОКС

- 1) 10 мг
- 2) 20 мг
- 3) 40 мг
- 4) 80 мг
- 5) 100 мг

19. СТАРТОВАЯ ДОЗА АТОРВАСТАТИНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИБС И ИСХОДНО НИЗКИМ УРОВНЕМ ЛПНП (МЕНЕЕ 1,8 ммоль/л)

- 1) 10 мг
- 2) 20 мг
- 3) 40 мг
- 4) 80 мг
- 5) 100 мг

20. ДОЗУ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ ОПРЕДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

- 1) начинают со стартовой дозы (которая определяется в зависимости от заболевания и сердечно-сосудистого риска), а далее подбирается максимально переносимая доза статина
- 2) пациент остается на стартовой дозе и при проведении длительной терапии
- 3) начинают со стартовой дозы (которая определяется в зависимости от заболевания и сердечно-сосудистого риска), а далее необходимо добиться снижения уровня ЛПНП до целевого уровня, при необходимости, с использованием комбинированной терапии

- 4) пациент принимает препарат в стартовой дозе 3 месяца, а далее терапия прекращается
- 5) пациент принимает препарат в стартовой дозе 3 месяца, а далее, при достижении целевого уровня ЛПНП терапия прекращается, при сохранении высоких значений ЛПНП – терапия продолжается

21. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) отказ от курения
- 2) снижение уровня ЛПНП оптимально до 1,8 ммоль/л (70 мг/дл) или на 50%, если оптимальный уровень не может быть достигнут
- 3) оптимальное АД менее 140/90 мм рт.ст.
- 4) антиагрегантная терапия всем пациентам
- 5) антиагрегантная терапия симптоматическим пациентам
- 6) контроль уровня HbA1c у пациентов с сахарным диабетом на уровне 6,5 %

22. ДЛЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1) дуплексного исследования сосудов
- 2) ангиографии
- 3) компьютерной томографии
- 4) магнито-резонансной томографии
- 5) сцинтиграфии

23. РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ БЕЗ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОНМК/ТИА ПОКАЗАНА В СЛУЧАЕ

- 1) стеноза > 30 %
- 2) стеноза < 60 %
- 3) стеноза 60–99 %
- 4) стеноза 60–99 % и ожидаемой продолжительности жизни > 5 лет и подходящей анатомией сонных артерий
- 5) полной окклюзии сонной артерии

24. РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ПЕРЕНЕСЕННЫМИ ОНМК/ТИА ПОКАЗАНА В СЛУЧАЕ

- 1) стеноза < 50 %
- 2) стеноза > 60 %

- 3) стеноза 50–69 %
- 4) стеноза 50–69 % (может быть рассмотрена, но не рекомендуется абсолютно)
- 5) стеноза 70–99 %

25. ОПТИМАЛЬНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) антиагреганты
- 2) антикоагулянты
- 3) статины
- 4) бета-блокаторы
- 5) все вышеперечисленное

26. ОПТИМАЛЬНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК/ТИА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) антиагреганты
- 2) антикоагулянты
- 3) статины
- 4) бета-блокаторы
- 5) все вышеперечисленное
- 6) а + с

27. ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ (АСПИРИН + КЛОПИДОГРЕЛЬ) ПОКАЗАНА

- 1) всем пациентам с атеросклерозом каротидных артерий
- 2) пациентам с атеросклерозом сонных артерий, перенесшим ОНМК/ТИА
- 3) только во время процедуры стентирования сонной артерии
- 4) все вышеперечисленное

28. РАЗВИТИЕ СТАБИЛЬНЫХ ФОРМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СВЯЗАНО

- 1) с атеромой в коронарной артерии, в покрышке которой имеется трещина, «прикрытая» тромбом, состоящим из тромбоцитов, фибрина, эритроцитов
- 2) с атеромой в коронарной артерии, в покрышке которой имеется разрыв, «прикрытый» тромбом, состоящим из тромбоцитов, фибрина, эритроцитов

- 3) с увеличившейся атеромой в коронарной артерии, постепенно суживающей просвет сосуда, покрышка которой и монослой эндотелия, покрывающего атеросклеротическую бляшку сохранены
- 4) с появлением на поверхности атеромы в коронарной артерии тромба, размеры которого могут то увеличиваться, то уменьшаться
- 5) с появлением на поверхности атеромы в коронарной артерии тромба, полностью окклюзирующего сосуд

29. К СТАБИЛЬНЫМ ФОРМАМ ИБС ОТНОСИТСЯ

- 1) нестабильная стенокардия
- 2) стенокардия напряжения любого функционального класса
- 3) стенокардия напряжения I—III функционального класса
- 4) ишемическая кардиомиопатия
- 5) перенесенный инфаркт миокарда
- 6) ранняя постинфарктная стенокардия

30. СИНДРОМ СТЕНОКАРДИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) при митральном стенозе
- 2) при митральной недостаточности
- 3) при стенозе устья легочной артерии
- 4) при стенозе устья аорты
- 5) при недостаточности аортального клапана

31. К НЕСТАБИЛЬНЫМ ФОРМАМ ИБС ОТНОСЯТСЯ

- 1) нестабильная стенокардия
- 2) инфаркт миокарда
- 3) внезапная кардиальная смерть
- 4) стенокардия напряжения IV функционального класса
- 5) перенесенный инфаркт миокарда
- 6) ранняя постинфарктная стенокардия

32. РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДОЗЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИБС ЭТО

- 1) 75 мг/сутки
- 2) 75—150 мг/сутки
- 3) 75—325 мг/сутки
- 4) 150—325 мг/сутки
- 5) 125—150 мг/сутки

33. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИБС СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 месяц
- 2) 6 месяцев
- 3) 12 месяцев
- 4) 2 года
- 5) до 5 лет
- 6) пожизненно (при отсутствии противопоказаний и побочных эффектов)

34. ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА

- 1) всем пациентам со стабильными формами ИБС
- 2) всем пациентам с нестабильными формами ИБС
- 3) всем пациентам с клинически выраженным периферическим атеросклерозом
- 4) пациентам после перенесенного ОНМК
- 5) пациентам после ЧКВ

35. АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА БЛОКИРУЕТ РЕЦЕПТОРЫ ТРОМБОЦИТОВ

- 1) ЦОГ-1 и ЦОГ-2
- 2) только ЦОГ-1
- 3) P2Y₁₂
- 4) фосфодиэстеразу
- 5) P_{2b}IIIa

36. КЛОПИДОГРЕЛЬ БЛОКИРУЕТ РЕЦЕПТОРЫ ТРОМБОЦИТОВ

- 1) ЦОГ-1 и ЦОГ-2
- 2) только ЦОГ-1
- 3) P2Y₁₂
- 4) фосфодиэстеразу
- 5) P_{2b}IIIa

37. ИЗ ВСЕХ БЛОКАТОРОВ P2Y₁₂ РЕЦЕПТОРОВ, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРО-ЛЕКАРСТВОМ, А ЯВЛЯЕТСЯ АКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВОМ ТОЛЬКО

- 1) клопидогрель
- 2) прасугрель
- 3) тикагрелор

38. СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИБС ТЕРАПИЯ НЕПРЯМЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ПОКАЗАНА

- 1) пациентам с фибрилляцией предсердий, после оценки индивидуального риска тромбо-эмболических осложнений
- 2) пациентам с протезированными клапанами сердца
- 3) пациентам после ОИМ, при непереносимости антиагрегантов
- 4) пациентам с тромбами в полостях сердца
- 5) пациентам с вазоспастической стенокардией

39. АНТИАНГИНАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭТО

- 1) бета-блокаторы
- 2) антагонисты кальция
- 3) ивабрадин
- 4) длительно-действующие нитраты
- 5) никорандил
- 6) ранолазин
- 7) триметазидин

40. АНТИАНГИНАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ВТОРОЙ ЛИНИИ ЭТО

- 1) бета-блокаторы
- 2) антагонисты кальция
- 3) ивабрадин
- 4) длительно-действующие нитраты
- 5) никорандил
- 6) ранолазин
- 7) триметазидин

41. ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ (ВЫЖИВАЕМОСТЬ) ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ТОЛЬКО СТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ НАПРЯЖЕНИЯ (И НЕ ИМЕЮЩИХ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ДИАБЕТА, СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ)

- 1) бета-блокаторы
- 2) аспирин
- 3) клопидогрель
- 4) ингибиторы АПФ
- 5) антагонисты кальция
- 6) статины

42. ОПТИМАЛЬНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) аспирин
- 2) статины
- 3) антиишемические препараты
- 4) иАПФ
- 5) иАПФ только у пациентов с гипертонией, диабетом сердечной недостаточностью

43. ВЫПОЛНЕНИЕ АНГИОГРАФИИ РЕКОМЕНДОВАНО

- 1) пациентам с подтвержденной неинвазивными тестами стабильной стенокардией напряжения III ФК (особенно без адекватного ответа на ОМТ)
- 2) пациентам с подтвержденной неинвазивными тестами стенокардией напряжения и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (особенно без адекватного ответа на ОМТ)
- 3) бессимптомным пациентам или у пациентов с симптомами стенокардии легкой и умеренной степени тяжести на фоне ОМТ, у которых при неинвазивных тестах выявлены признаки высокого риска сердечно-сосудистых осложнений
- 4) пациентам с симптомами стенокардии, у которых неинвазивные тесты показали противоречивые результаты
- 5) всем пациентам со стабильной стенокардией напряжения

44. ИНФАРКТ МИОКАРДА ЭТО

- 1) некроз миокарда вследствие длительной острой ишемии.
- 2) некроз миокарда вследствие длительной острой ишемии из-за окклюзии коронарной артерии тромбом
- 3) некроз миокарда любой этиологии
- 4) некроз миокарда, подтвержденный повышением уровня кардиоспецифических ферментов.
- 5) все вышеперечисленное

45. УНИВЕРСАЛЬНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЕГО ТИПЫ

- 1) спонтанный инфаркт миокарда (тип I)
- 2) инфаркт миокарда вследствие ишемического дисбаланса (тип II)
- 3) ИМ, приведший к смерти, когда определение биомаркеров невозможно (тип III)
- 4) ИМ, связанный с ЧКВ (тип IVa)

- 5) ИМ, связанный с тромбозом стента (тип IVб)
- 6) ИМ, ассоциированный с АКШ (тип V)
- 7) ИМ, связанный с острой респираторной вирусной инфекцией (тип VI)

46. СОГЛАСНО ТРЕТЬЕМУ УНИВЕРСАЛЬНОМУ ОПРЕДЕЛЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА, КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЕРВОГО ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) наличие симптомов ишемии и/или изменений на ЭКГ и/или повышения и/или закономерной динамики снижения кардиоспецифических ферментов (необходимо наличие 2 любых критериев из 3-х)
- 2) повышение и/или закономерная динамика снижения кардиоспецифических ферментов в сочетании с симптомами ишемии и/или изменениями на ЭКГ и/или появлением зон гипо/акинезии и/или выявлением интракоронарного тромба (при ангиографии или аутопсии).
- 3) наличие симптомов ишемии в сочетании с повышением и/или закономерной динамикой снижения кардиоспецифических ферментов и/или изменениями на ЭКГ и/или появлением зон гипо/акинезии и/или выявлением интракоронарного тромба (при ангиографии или аутопсии).
- 4) повышение кардиоспецифических ферментов, и этого достаточно
- 5) клиника инфаркта миокарда и изменения на ЭКГ

47. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ИБС

- 1) нестабильная стенокардия
- 2) инфаркт миокарда
- 3) внезапная кардиальная смерть
- 4) стенокардия напряжения I-III функционального класса
- 5) перенесенный инфаркт миокарда
- 6) ранняя постинфарктная стенокардия

48. НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНА В ОТНОШЕНИИ

- 1) развития инфаркта миокарда
- 2) развития синдрома Дресслера
- 3) развития фатальных нарушений ритма сердца

- 4) развития легочной гипертензии
- 5) развития венозной недостаточности

49. НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ IА КЛАССА ПО BRAUNWALD ЭТО

- 1) прогрессирующая стенокардия напряжения
- 2) стенокардия покоя в последние 48 часов
- 3) стенокардия покоя, но не в последние 48 часов
- 4) стенокардия развивающаяся без видимой причины
- 5) стенокардия развивающаяся на фоне экстракардиальных причин
- 6) ранняя постинфарктная стенокардия

50. НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ IIIB КЛАССА ПО BRAUNWALD ЭТО

- 1) прогрессирующая стенокардия
- 2) стенокардия покоя в последние 48 часов
- 3) стенокардия покоя, но не в последние 48 часов
- 4) стенокардия развивающаяся без видимой причины
- 5) стенокардия развивающаяся на фоне экстракардиальных причин
- 6) ранняя постинфарктная стенокардия

51. К ВОЗМОЖНЫМ НЕКОРОНАРОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ ПОВЫШЕНИЯ ТРОПОНИНОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) хроническая и острая почечная дисфункция
- 2) тахи- или брадиаритмии
- 3) ТЭЛА
- 4) инсульт
- 5) миокардит
- 6) критическое состояние пациента (например сепсис)

52. ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ ДЭХОКГ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) оценить локальную сократимость миокарда и в ряде случаев выявить зоны гипо- и/или акинезии
- 2) дифференцировать острый инфаркт миокарда и длительно существующий рубец миокарда
- 3) однозначно подтвердить или исключить наличие некроза миокарда
- 4) оценить глобальную сократимость миокарда
- 5) исключить наличие тромбов в полостях сердца

53. МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ АНГИОГРАФИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) визуализации коронарных артерий
- 2) диагностики ишемии миокарда
- 3) диагностики некроза миокарда
- 4) визуализации полостей сердца
- 5) визуализации клапанного аппарата

54. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ

- 1) отек легких
- 2) остановка кровообращения
- 3) разрыв миокарда
- 4) синдром Дресслера
- 5) хроническая аневризма левого желудочка

55. ЭФФЕКТИВНЫМ ТРОМБОЛИЗИС СЧИТАЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- 1) уменьшение АЧТВ
- 2) формирования зубца Q в двух последовательных отведениях
- 3) снижения уровня КФК через 3 часа после введения препарата
- 4) снижения сегмента ST более чем на 50 % через 3 часа после введения препарата
- 5) увеличения АЧТВ в 2 раза

56. ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА НМГ ПЕРЕД НФГ

- 1) подкожное применение — 1–2 раза в день
- 2) нет необходимости в лабораторном контроле
- 3) меньшее связывание с белками плазмы и клетками эндотелия
- 4) более предсказуемая степень антикоагуляции
- 5) реже тромбоцитопения
- 6) отсутствие влияния на пуриновый обмен

57. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ПРИМЕНЕНИИ ГЕПАРИНА КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АЧТВ, КОТОРОЕ К КОНЦУ ПЕРВЫХ СУТОК ДОЛЖНО БЫТЬ УВЕЛИЧЕНО

- 1) 2,5–3,5 раза
- 2) 1,5–2,5 раза
- 3) 3,5–4,5 раза
- 4) 0,5–1,2 раза

58. ЭКГ-ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (ПРИ ОТСУТСТВИИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПЬЛНПГ) ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) признаки AV-блокады II степени
- 2) элевация сегмента ST в двух последовательных отведениях
- 3) наличие признаков ФП
- 4) депрессия сегмента ST в двух последовательных отведениях и/или инверсия зубца Т в двух последовательных отведениях
- 5) наличие частой желудочковой экстрасистолии

59. ТЕРМИН «РЕЦИДИВ» ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИМЕНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ ЕСЛИ

- 1) острый инфаркт миокарда развивается после 28 дней, прошедших с момента первого инфаркта миокарда
- 2) острый инфаркт миокарда развивается в течение 28 дней, прошедших с момента первого инфаркта миокарда
- 3) острый инфаркт миокарда развивается после 45 дней, прошедших с момента первого инфаркта миокарда
- 4) острый инфаркт миокарда развивается после 2 месяцев, прошедших с момента первого инфаркта миокарда

60. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ИШЕМИЧЕСКИХ ИСХОДОВ В БЛИЖАЙШИЕ И СРЕДНИЕ СРОКИ ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

- 1) SCORE
- 2) CRUSADE
- 3) GRACE
- 4) CHADS2
- 5) HAS-BLED

61. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

- 1) SCORE
- 2) CRUSADE
- 3) GRACE
- 4) CHADS2
- 5) HAS-BLED

62. У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАЗНАЧЕНИЕ НИТРАТОВ ПОКАЗАНО

- 1) пациентам с установленным диагнозом инфаркт миокарда
- 2) при рецидивирующей стенокардии (внутривенно)

- 3) у пациентов с острой сердечной недостаточностью (внутривенно)
- 4) всем пациентам без исключения
- 5) для купирования стенокардии (перорально или внутривенно)

63. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО АНТИАНГИНАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ ТЕРАПИИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

- 1) триметазидин
- 2) антагонисты кальция
- 3) ивабрадин
- 4) никорандил
- 5) ранолазин
- 6) бета-блокаторы

64. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АСПИРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

- 1) 75–100 мг
- 2) 150–300 мг
- 3) 500 мг
- 4) вообще не используется

65. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ К БЛОКАТОРАМ P2Y₁₂ РЕЦЕПТОРОВ

- 1) апиксабан
- 2) аспирин
- 3) клопидогрель
- 4) прасугрель
- 5) тикагрелор
- 6) дабигатран

66. ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА

- 1) всем пациентам с ОКС без подъема сегмента ST (при отсутствии противопоказаний) пожизненно
- 2) пациентам с ОКС без подъема сегмента ST, имеющим высокий риск осложнений (при отсутствии противопоказаний) пожизненно
- 3) всем пациентам с ОКС без подъема сегмента ST (при отсутствии противопоказаний) на протяжении 12 месяцев
- 4) пациентам с ОКС без подъема сегмента ST, имеющим высокий риск осложнений (при отсутствии противопоказаний) на протяжении 12 месяцев

67. У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

- 1) для двойной антиагрегантной терапии допустимо использование любого из блокаторов P2Y₁₂ рецепторов
- 2) для двойной антиагрегантной терапии Клопидогрель является препаратом выбора
- 3) для двойной антиагрегантной терапии Клопидогрель рекомендуется назначать пациентам, которые не могут принимать прасугрель или тикагрелор
- 4) двойная антиагрегантная терапия рекомендуется на протяжении 12 месяцев
- 5) двойная антиагрегантная терапия должна включать аспирин и блокатор P2Y₁₂ рецепторов

68. АНТИКОАГУЛЯНТЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ ТЕРАПИИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

- 1) нефракционированный гепарин внутривенно
- 2) эноксапарин
- 3) фондапаринукс
- 4) бивалирудин
- 5) апиксабан
- 6) дабигатран

69. У ПАЦИЕНТОВ С ОКС ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПЕРЕХОД С НФГ НА НМГ, И НАОБОРОТ

- 1) рекомендован
- 2) не рекомендован

70. ИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ (АНГИОГРАФИЯ И ЧКВ) ПАЦИЕНТАМ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ПЕРВЫЕ 2 ЧАСА (Т.Е. ЭКСТРЕННО) ПОКАЗАНА

- 1) пациентам с рефрактерной или рецидивирующей стенокардией
- 2) пациентам с изменениями на ЭКГ (несмотря на интенсивную антиангинальную терапию)
- 3) пациентам с острой сердечной недостаточностью или нестабильной гемодинамикой
- 4) пациентам с умеренным и высоким риском по шкале GRACE > 140
- 5) пациентам с повышением уровня тропонинов
- 6) пациентам с почечной недостаточностью

71. ИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ (АНГИОГРАФИЯ И ЧКВ) ПАЦИЕНТАМ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА (Т.Е. РАННЕЕ ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ) ПОКАЗАНА

- 1) пациентам с рефрактерной или рецидивирующей стенокардией
- 2) пациентам с изменениями на ЭКГ (несмотря на интенсивную антиангинальную терапию)
- 3) пациентам с острой сердечной недостаточностью или нестабильной гемодинамикой
- 4) пациентам с повышением уровня тропонинов
- 5) пациентам с ранней постинфарктной стенокардией
- 6) пациентам с риском по шкале GRACE > 140

72. РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 1 ТИПА СВЯЗАНО С

- 1) спонтанным разрывом атеросклеротической бляшки с последующим развитием интракоронарного тромба только на фоне ИБС.
- 2) спонтанным разрывом атеросклеротической бляшки с последующим развитием интракоронарного тромба как на фоне ИБС, так и в редких случаях на фоне непораженных коронарных артерий.
- 3) развитием интракоронарного тромба и последующим повреждением миокарда после процедуры ЧКВ.
- 4) развитием тромбоза в стентированной артерии
- 5) развитием острой ишемии на фоне высокой потребности миокарда в кислороде при бради- и/или тахикардии

73. ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ИНФАРКТ МИОКАРДА 3 ТИПА) ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

- 1) у всех пациентов, умерших без свидетелей, независимо от анамнеза заболевания
- 2) у всех пациентов, умерших внезапно от симптомов, схожих с ишемией, и/или имеющих изменения на ЭКГ, характерные для ишемии, независимо от наличия/отсутствия данных об изменениях биомаркеров некроза
- 3) у всех пациентов с анамнезом ИБС, умерших внезапно, без свидетелей
- 4) у всех пациентов, умерших в послеоперационном периоде после ЧКВ
- 5) у всех пациентов, умерших в послеоперационном периоде после АКШ

74. КАКОЙ АНАЛЬГЕТИК ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

- 1) промедол
- 2) морфин
- 3) анальгин с димедролом
- 4) кеторол
- 5) любой доступный препарат из группы НПВС

75. ЭКСТРЕННОЕ ВОСТАНОВЛЕНИЕ КРОНАРНОГО КРОВОТОКА ПОКАЗАНО

- 1) всем пациентам с ОКС
- 2) всем пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST
- 3) пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST, имеющим рецидивирующие ангиальные приступы и/или острую левожелудочковую недостаточность
- 4) всем пациентам с ОКС без подъема сегмента ST
- 5) пациентам с ОКС без подъема сегмента ST, имеющим рецидивирующие ангиальные приступы и/или острую левожелудочковую недостаточность

76. ЭКСТРЕННОЕ ВОСТАНОВЛЕНИЕ КРОНАРНОГО КРОВОТОКА ВОЗМОЖНО СЛЕДУЮЩИМИ МЕТОДАМИ

- 1) тромболизисом у всех пациентов с ОКС
- 2) тромболизисом только у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST
- 3) ЧКВ у всех пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST
- 4) ЧКВ у всех пациентов с ОКС без подъема сегмента ST
- 5) ЧКВ у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, имеющим рецидивирующие ангиальные приступы и/или острую левожелудочковую недостаточность
- 6) ЧКВ у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, имеющим факторы высокого риска осложнений (изменения на ЭКГ, повышение тропонинов и т.д.)

77. ЦЕЛЬ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST – ЭТО ВОССТАНОВЛЕНИЕ КРОНАРНОГО КРОВОТОКА

- 1) в первые 120 минут после появления симптомов ишемии
- 2) в первые 6 часов после появления симптомов ишемии
- 3) в первые 12 часов после появления симптомов ишемии

- 4) в первые 24 часа после появления симптомов ишемии
- 5) в первые 24 часа после появления симптомов ишемии

78. У ПАЦИЕНТОВ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ПЕРВЫЕ 120 МИНУТ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ ИШЕМИИ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОДЧТИТЕЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) восстановление коронарного кровотока путем гепаринотерапии
- 2) восстановление коронарного кровотока путем тромболизиса
- 3) восстановление коронарного кровотока путем ЧКВ
- 4) восстановление коронарного кровотока путем АКШ
- 5) восстановление коронарного кровотока любым возможным способом

79. ПАЦИЕНТАМ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АСПИРИНА

- 1) назначается всегда (при отсутствии противопоказаний)
- 2) составляет 300 мг для всех пациентов
- 3) составляет 500 мг для всех пациентов
- 4) составляет 150–300 мг per os. или 80–150 мг внутривенно (если per os невозможно) для пациентов, которым экстренно первично будет выполняться ЧКВ
- 5) составляет 150–500 мг per os. или 350 мг внутривенно (если per os невозможно) для пациентов, которым экстренно будет выполняться тромболизис

80. АНТИКОАГУЛЯНТЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, У КОТОРЫХ ПЕРВИЧНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ ЧКВ

- 1) нефракционированный гепарин в/в
- 2) нефракционированный гепарин п/к
- 3) ривароксабан
- 4) эноксапарин
- 5) фондапаринукс
- 6) бивалирудин

81. АНТИКОАГУЛЯНТЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, У КОТОРЫХ ПЕРВИЧНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ ТРОМБОЛИЗИСА

- 1) нефракционированный гепарин в/в
- 2) нефракционированный гепарин п/к

- 3) ривароксабан
- 4) эноксапарин
- 5) фондапаринукс
- 6) бивалирудин

82. У ПАЦИЕНТОВ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИМЕНЕНИЕ НИТРАТОВ ПОКАЗАНО

- 1) перорально у всех пациентов
- 2) перорально у всех пациентов с сохраняющимися болевыми проявлениями острой ишемии
- 3) у пациентов с острой сердечной недостаточностью (внутривенно)
- 4) у пациентов с гипертонией (внутривенно)
- 5) у пациентов с сохраняющимися болевыми проявлениями острой ишемии (внутривенно)

83. АНТИАНГИНАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ ТЕРАПИИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ЭТО

- 1) бета-блокаторы
- 2) антагонисты кальция
- 3) авабрадин
- 4) никорандил
- 5) ранолозин
- 6) триметазидин

84. ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ИАПФ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ

- 1) всем пациентам в первые 24 часа
- 2) в первые 24 часа всем пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST и с признаками сердечной недостаточности, систолической дисфункцией ЛЖ, диабетом, или передним инфарктом
- 3) в первые 24 часа всем пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST и с признаками кардиогенного шока
- 4) в первые 24 часа всем пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST и с непереносимостью бета-блокаторов
- 5) в первые 24 часа всем пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST и с непереносимостью БРА

85. ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ИАПФ ПАЦИЕНТАМИ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лозартан
- 2) вальсартан

- 3) телмисартан
- 4) ирбесартан
- 5) кандесартан

86. К ТРОМБОЛИТИКАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

- 1) аликсабан
- 2) стрептокиназа
- 3) альтеплаза
- 4) ретеплаза
- 5) ренектеплаза
- 6) дабигатран

87. АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ТРОМБОЛИЗИСУ ЭТО

- 1) геморрагический инсульт любого срока давности
- 2) инсульт неизвестного характера любого срока давности
- 3) ЧМТ/другая травма/операционные вмешательства в последние 3 месяца
- 4) ЧМТ/другая травма/операционные вмешательства в последние 3 недели
- 5) желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе
- 6) желудочно-кишечное кровотечение в последний месяц

88. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ТРОМБОЛИЗИСУ ЭТО

- 1) ТИА в последние 6 месяцев
- 2) ЧМТ/другая травма/операционные вмешательства в последние 3 месяца
- 3) желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе
- 4) терапия оральными антикоагулянтами
- 5) беременность
- 6) устойчивая гипертония (СД > 180 мм и/или ДД > 110 мм)

89. В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА ОТ РАЗВИТИЯ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ТРОМБОЛИЗИСА АНГИОГРАФИЯ (С ВОЗМОЖНЫМ ЧКВ)

- 1) показана всем пациентам
- 2) показана только пациентам без признаков восстановления коронарного кровотока после тромболизиса
- 3) противопоказана всем пациентам
- 4) противопоказана пациентам с признаками восстановления коронарного кровотока

- 5) показана только пациентам с сохраняющимися проявлениями ОКС

90. С УЧЕТОМ ТЕЧЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ФП ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЕЁ ТИПЫ

- 1) впервые выявленная
- 2) пароксизмальная
- 3) персистирующая
- 4) длительная персистирующая
- 5) постоянная
- 6) повторно выявленная

91. ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА И СИСТЕМНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ С ФП БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- 1) SCORE
- 2) CRUSADE
- 3) GRACE
- 4) CHA2DS2-VASc
- 5) HAS-BLED

92. К БОЛЬШИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРИ ОЦЕНКЕ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА И СИСТЕМНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ С ФП БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ПО ШКАЛЕ CHA2DS2-VASc ОТНОСЯТСЯ

- 1) АГ
- 2) инсульт, ТИА или системная тромбоэмболия в анамнезе
- 3) возраст ≥ 75 лет
- 4) женский пол
- 5) СД

93. К НОВЫМ ПЕРОРАЛЬНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА ПРИ ФП ОТНОСЯТСЯ

- 1) дабигатран
- 2) ривароксабан
- 3) эпросартан
- 4) апиксабан
- 5) тикагрелор

94. ПРИ НАЛИЧИИ КЛАПАННОЙ ФОРМЫ ФП ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА И СИСТЕМНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) варфарин
- 2) ривароксабан
- 3) дабигатран
- 4) апиксабан

95. У ПАЦИЕНТОВ С ФП ДОЗА ВАРФАПИНА КОНТРОЛИРУЕТСЯ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1) МНО
- 2) АЧТВ
- 3) ПТИ
- 4) ПВ

96. ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ МНО ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ВАРФАРИНА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФП

- 1) 1–2
- 2) 2–3
- 3) 3–4
- 4) 1,2–2,2

97. ТЕРАПИЯ ПЕРОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ФП (ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ) ПОКАЗАНА

- 1) пациентам с количеством баллов по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 2
- 2) пациентам с количеством баллов по шкале CHA2DS2-VASc = 0 (включая женщин моложе 65 лет с изолированной ФП), что соответствует низкому риску и отсутствием других факторов риска
- 3) пациентам с количеством баллов по шкале CHA2DS2-VASc = 1
- 4) пациентам с количеством баллов по шкале CHA2DS2-VASc = 0,5
- 5) пациентам с количеством баллов по шкале CHA2DS2-VASc = 0,9

98. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ТРЕБУЮЩИХ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

- 1) SCORE
- 2) CRUSADE

- 3) GRACE
- 4) CHA2DS2-VASc
- 5) HAS-BLED

99. ШКАЛА ОЦЕНКИ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ HAS-BLED ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

- 1) АГ
- 2) нарушение функции печени и почек
- 3) инсульт
- 4) женский пол
- 5) кровотечение
- 6) возраст более 65 лет
- 7) лабильное МНО
- 8) прием алкоголя и некоторых лекарственных препаратов

100. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИСТУПА ФП МЕНЕЕ 48 ЧАСОВ И ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНСУЛЬТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) внутривенное введение нефракционированного или низкомолекулярного гепарина в дозах, применяемых для лечения венозных тромбозов, а затем длительная терапия антагонистами витамина К (варфарином) с целевым МНО 2,0–3,0
- 2) использование двойной антиагрегантной терапии
- 3) отказаться от антикоагулянтной терапии
- 4) назначение антикоагулянтной терапии в течение 2 недель до и 2 недель после кардиоверсии

101. НАЗНАЧЕНИЕ ТРОЙНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ВАРФАРИН, АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА, КЛОПИДОГРЕЛЬ) ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧКВ И ИМПЛАНТАЦИИ ГОЛОМЕТАЛЛИЧЕСКОГО СТЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С ФП ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 1 месяца с последующим переходом на двойную антитромбоцитарную терапию в которой одним из препаратов является клопидогрель
- 2) 1 месяца с последующим переходом на двойную антитромбоцитарную терапию в которой одним из препаратов является варфарин
- 3) 6 месяцев с последующим переходом на двойную антитромбоцитарную терапию в которой одним из препаратов является варфарин

- 4) 3 месяца с последующим переходом на монотерапию ацетилсалициловой кислотой
- 5) 1 месяца с последующим отказом от антитромбоцитарной терапии

102. НАЗНАЧЕНИЕ ТРОЙНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ВАРФАРИН, АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА, КЛОПИДОГРЕЛЬ) ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧКВ И ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА, ВЫДЕЛЯЮЩЕГО ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, У ПАЦИЕНТОВ С ФП ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 3–6 месяцев с последующим переходом на двойную антитромбоцитарную терапию в которой одним из препаратов является варфарин
- 2) 1 месяца с последующим переходом на двойную антитромбоцитарную терапию в которой одним из препаратов является клопидогрель
- 3) 3–6 месяцев с последующим переходом на двойную антитромбоцитарную терапию включающую только антиагреганты
- 4) 12 месяцев с последующим переходом на двойную антитромбоцитарную терапию в которой одним из препаратов является варфарин
- 5) 3 месяца с последующим переходом на монотерапию ацетилсалициловой кислотой

103. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нестабильность гемодинамики
- 2) пожелание пациента
- 3) непереносимость БАБ
- 4) наличие острой ишемии миокарда
- 5) неконтролируемая гипотензия
- 6) признаки ОН

104. ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ЧРЕСКОЖНАЯ ОККЛЮЗИЯ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РИСКОМ ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПРИ ФП ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) только в случае отсутствия возможности использования длительной терапии любыми пероральными антикоагулянтами
- 2) по желанию пациента
- 3) во всех клинических случаях

- 4) при наличии значительной дилатации левого предсердия
- 5) при наличии митрального стеноза

105. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АГ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) уменьшение веса
- 2) увеличение потребления воды
- 3) ограничение потребления поваренной соли до 5 г/сутки
- 4) увеличение потребления фруктов и овощей
- 5) повышение физической активности
- 6) ограничения алкоголя
- 7) отказ от курения
- 8) увеличение потребления белка

106. У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 50 ЛЕТ ЛУЧШИМ ПРЕДИКТОРОМ КЛИНИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) САД
- 2) ДАД
- 3) ПД
- 4) комбинация САД и ДАД
- 5) самочувствие пациента

107. К ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ КОМБИНАЦИЯМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ СОЧЕТАНИЯ

- 1) иАПФ + диуретик
- 2) иАПФ + бета-блокатор
- 3) иАПФ + антагонист кальция
- 4) БРА + диуретик
- 5) БРА + антагонист кальция
- 6) иАПФ + БРА

108. К ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ТРЕХКОМПОНЕНТНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ КОМБИНАЦИЯМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ СОЧЕТАНИЯ

- 1) иАПФ + диуретик + бета-блокатор
- 2) иАПФ + бета-блокатор + антагонист кальция
- 3) иАПФ + антагонист кальция + диуретик
- 4) БРА + диуретик + бета-блокатор
- 5) БРА + антагонист кальция + диуретик
- 6) иАПФ + БРА + диуретик

109. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЦЕЛЕВОЕ АД ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМ И ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕ ДОСТИГШИХ ЕЩЕ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) ниже чем 120/70 мм рт.ст
- 2) ниже чем 130/80 мм рт.ст
- 3) ниже чем 140/85 мм рт.ст
- 4) ниже чем 140/90 мм рт.ст
- 5) ниже чем 150/90 мм рт.ст

110. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЦЕЛЕВОЕ АД ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМ И ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДОСТИГШИХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) ниже чем 120/70 мм рт.ст
- 2) ниже чем 130/80 мм рт.ст
- 3) ниже чем 140/85 мм рт.ст
- 4) ниже чем 140/90 мм рт.ст
- 5) ниже чем 150/90 мм рт.ст

111. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЦЕЛЕВОЕ АД ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) ниже чем 120/70 мм рт.ст
- 2) ниже чем 130/80 мм рт.ст
- 3) ниже чем 140/85 мм рт.ст
- 4) ниже чем 140/90 мм рт.ст
- 5) ниже чем 150/90 мм рт.ст

112. РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ЭТО

- 1) изолированная систолическая гипертензия
- 2) АГ, резистентная к лечению
- 3) превышение целевого уровня АД у пациента, вследствие невыполнения врачебных рекомендаций
- 4) превышение целевого уровня АД несмотря на лечение тремя гипотензивными препаратами, один из которых — диуретик.
- 5) рефрактерная АГ

113. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) атеросклероз
- 2) ревматизм

- 3) врожденные изменения
- 4) инфекционный эндокардит
- 5) сифилис

114. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ТЯЖЕЛОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) площадь аортального отверстия $< 0,5 \text{ см}^2$, градиент давления $> 80 \text{ мм рт.ст.}$, максимальная скорость $> 34,0 \text{ м/с}$
- 2) площадь аортального отверстия $< 1,0 \text{ см}^2$, градиент давления $> 40 \text{ мм рт.ст.}$, максимальная скорость $> 4,0 \text{ м/с}$
- 3) площадь аортального отверстия $< 2,0 \text{ см}^2$, градиент давления $> 30 \text{ мм рт.ст.}$, максимальная скорость $> 1,0 \text{ м/с}$
- 4) площадь аортального отверстия $< 3,0 \text{ см}^2$, градиент давления $> 40 \text{ мм рт.ст.}$, максимальная скорость $> 4,0 \text{ м/с}$
- 5) площадь аортального отверстия $< 1,0 \text{ см}^2$, градиент давления $> 60 \text{ мм рт.ст.}$, максимальная скорость $> 5,0 \text{ м/с}$

115. ЗАМЕНА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА РЕКОМЕНДОВАНА

- 1) всем пациентам с аортальным стенозом
- 2) пациентам с тяжелым аортальным стенозом и любыми симптомами, связанными с данным пороком
- 3) пациентам с тяжелым аортальным стенозом, которым планируется АКШ, либо другие операции на восходящей аорте или аортальном клапане
- 4) бессимптомным пациентам с тяжелым аортальным стенозом и систолической дисфункцией ЛЖ ($\text{ФВ} < 50\%$), обусловленной данным пороком
- 5) бессимптомным пациентам с тяжелым аортальным стенозом и положительными результатами нагрузочных проб, четко связанными именно с данным пороком

116. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) атеросклероз
- 2) ревматизм
- 3) врожденные изменения
- 4) инфекционный эндокардит
- 5) сифилис

117. ЧРЕСКОЖНАЯ МИТРАЛЬНАЯ КОМИССУРОТОМИЯ РЕКОМЕНДОВАНА

- 1) всем пациентам с митральным стенозом
- 2) только в детском возрасте
- 3) пациентам с клинически значимым митральным стенозом (площадь отверстия $> 1,5 \text{ см}^2$), любыми симптомами, связанными с данным пороком и анатомическими характеристиками, позволяющими выполнить данное вмешательство
- 4) пациентам с клинически значимым митральным стенозом (площадь отверстия $> 1,5 \text{ см}^2$), любыми симптомами, связанными с данным пороком и противопоказаниями к открытому вмешательству
- 5) в качестве «терапии моста» у критических пациентов
- 6) бессимптомным пациентам с клинически значимым митральным стенозом (площадь отверстия $> 1,5 \text{ см}^2$) и высоким риском тромбоэмболических осложнений

118. ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ РЕКОМЕНДОВАНЫ

- 1) всем пациентам после операции протезирования клапана на протяжении только первых 3 месяцев
- 2) всем пациентам с механическими протезами клапанов пожизненно
- 3) всем пациентам с биопротезами клапанов, имеющими дополнительные показания к антикоагуляции пожизненно
- 4) пациентам с биопротезами клапанов на протяжении 3 месяцев после оперативного вмешательства
- 5) пожизненно только пациентам с протезированными клапанами и мерцательной аритмией

119. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ

- 1) всегда 2—3
- 2) всегда 2,5—3,5
- 3) всегда 3—4
- 4) зависит от тромбогенности механического клапана и составляет 2,5—3 — для клапанов с низкой тромбогенностью, 3—3,5 — умеренной тромбогенностью, 3,5—4 — высокой тромбогенностью
- 5) зависит от индивидуальной переносимости и развития кровотечений или тромбоэмболий

120. САМЫМ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Staphylococcus aureus
- 2) Streptococcus viridans
- 3) Pseudomonas aeruginosa
- 4) Candida albicans
- 5) Aspergillus

121. К БОЛЬШИМ КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) иммунологические феномены (узелки Ослера, пятна Рота, гломерулонефрит)
- 2) эхокардиографические признаки (свежие вегетации, абсцесс, вновь сформированная клапанная регургитация)
- 3) длительная лихорадка выше 38 °С
- 4) положительная гемокультура (возбудитель, согласующийся с инфекционным эндокардитом, выделенный при соблюдении следующих условий: два положительных результата в пробах взятых с интервалом не менее 12 часов, или три положительных результата из трех, или большинство положительных результатов из 4 проб и более с интервалом не менее часа)
- 5) любая положительная гемокультура

122. ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ КАРДИОМИОПАТИЙ

- 1) дилатационная
- 2) уремическая
- 3) рестриктивная
- 4) констриктивная
- 5) гипертрофическая

123. К БОЛЬШИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ

- 1) миокардит
- 2) мигрирующий полиартрит
- 3) ревматическую хорею
- 4) кольцевидную эритему
- 5) положительный ревматический фактор

124. ДЛИТЕЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И СФОРМИРОВАННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

- 1) должна проводиться пожизненно
- 2) должна проводиться на протяжении 5 лет после последнего обострения или до достижения возраста 24 лет (в зависимости от того, что дольше)
- 3) 10 лет после последнего обострения или до достижения возраста 24 лет (в зависимости от того, что дольше)
- 4) 25 лет после последнего обострения или до достижения возраста 70 лет (в зависимости от того, что дольше)
- 5) не должна проводиться вообще

125. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ЭХО-КГ
- 2) вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия
- 3) КТ-ангиография
- 4) спирография
- 5) рентгенография органов грудной клетки
- 6) определение D-димера

126. СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА НЕВЫСОКОГО РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ЭХО-КГ
- 2) вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия
- 3) КТ-ангиография
- 4) спирография
- 5) рентгенография органов грудной клетки
- 6) определение D-димера

127. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХСН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

- 1) ШОКС
- 2) SCORE
- 3) CRUSADE
- 4) GRACE
- 5) CHADS2

128. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХСН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

- 1) натрийуретического гормона
- 2) глюкозы

- 3) калийуретического гормона
- 4) альбумина
- 5) железа ионизированного

129. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) магнитно-резонансная томография миокарда
- 2) чрезпищеводная ЭХО-КГ
- 3) стресс-ЭХО-КГ
- 4) ЭХО-КГ
- 5) ЭКГ

130. У ПАЦИЕНТОВ С ХСН И СД ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ВЫБОРА (СРЕДИ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ) ОБЛАДАЕТ

- 1) толбутамид
- 2) метформин
- 3) глибенкламид
- 4) буформин
- 5) хлорпропамид

131. ПРИ ВЫБОРЕ КУРОРТА ПАЦИЕНТАМ С ХСН РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) пребывание в условиях высокогорья
- 2) пребывание в условиях высоких температур
- 3) пребывание в условиях высокой влажности
- 4) длительность перелета менее 2–2,5 часов
- 5) нахождение в привычной климатической зоне

132. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХСН С ФВ МЕНЕЕ 40% К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЪЗУЕМЫХ У ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) иАПФ
- 2) сердечные гликозиды
- 3) БАБ
- 4) АРА (при непереносимости иАПФ)
- 5) ивабрадин (при непереносимости БАБ и синусовом ритме)
- 6) АМКР

133. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХСН У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ССС ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ИАПФ

- 1) периндоприл
- 2) эналаприл
- 3) рамиприл
- 4) трандолаприл
- 5) каптоприл

134. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХСН У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОИМ, ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) каптоприл
- 2) рамиприл
- 3) трандолаприл
- 4) фозиноприл
- 5) эналаприл
- 6) зофинаприл

135. У ПАЦИЕНТОВ С ХС И НАРУШЕННЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПОЧЕК ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) эналаприл
- 2) каптоприл
- 3) фозиноприл
- 4) спираприл
- 5) зофинаприл

136. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХСН У ПАЦИЕНТОВ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ИАПФ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) кандесартан
- 2) эпросартан
- 3) валсартан
- 4) лозартан
- 5) ирбесартан

137. К ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ БАБ ИМЕЮЩИХ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХСН ОТНОСЯТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- 1) снижать ЧСС
- 2) увеличивают потребность миокарда в кислороде
- 3) уменьшать степень ишемии миокарда в покое и особенно при физической активности

- 4) оказывать антифибрилляторное действие, что снижает риск внезапной смерти
- 5) уменьшают дисфункцию и смерть кардиомиоцитов как путем некроза, так и апоптоз
- 6) увеличивают электрическую нестабильность миокарда

138. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХСН У ПАЦИЕНТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ БАБ

- 1) атенолол
- 2) бисопролол
- 3) метопролол сукцинат замедленного высвобождения
- 4) карведилол
- 5) небивалол
- 6) метопролол сукцинат ускоренного высвобождения

139. БАБ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХСН

- 1) как препарат экстренной помощи при декомпенсации
- 2) как препарат экстренной помощи при гипергидратации
- 3) вместе с ИАПФ у больных с достигнутой стабилизацией состояния
- 4) при непереносимости ИАПФ
- 5) только при I ф.кл. недостаточности кровообращения

140. ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕГОННЫМИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН НАЧИНАЕТСЯ С

- 1) появления клинических или инструментальных признаков застоя
- 2) верификации I ф.кл. недостаточности кровообращения
- 3) появления в лабораторных анализах гипокалиемии
- 4) появления в лабораторных анализах гипонатриемии
- 5) появления в лабораторных анализах анемии

141. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ТОРАСЕМИДА ОТ ДРУГИХ ПЕТЕЛЬНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дополнительные эффекты, связанные с одновременной мощной бета-адреноблокадой
- 2) дополнительные эффекты, связанные с одновременной блокадой РААС
- 3) назначение только в сочетании с верошпироном
- 4) не применяется у пациентов старше 60 лет
- 5) не применяется одновременно с иАПФ

142. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АМКР У ПАЦИЕНТОВ С ХСН

- 1) применяются у всех больных ХСН II–IV ФК и ФВ ЛЖ < 40 %
- 2) применяются у больных ХСН I ФК
- 3) применяются у всех больных, которые не переносят иАПФ
- 4) применяются у всех больных ХСН I–II ФК и ФВ ЛЖ > 40 %
- 5) применяются у всех больных ХСН

143. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН – ЭТО

- 1) больные ХСН II–IV ФК и ФВ ЛЖ < 40 % при ФП, с целью урежения и упорядочивания ритма
- 2) больные ХСН I ФК
- 3) больные ХСН II–IV ФК и ФВ ЛЖ < 40 %
- 4) больные ХСН II–IV ФК и ФВ ЛЖ < 40 % синусовым ритмом при недостаточной эффективности основных средств лечения декомпенсации
- 5) применяются у всех больных ХСН

144. ПОКАЗАНИЯМИ К СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНУСОВОМ РИТМОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) БЛНПГ (QRS > 120 мс), ХСН I ф.кл. (по NYHA), ФВЛЖ > 35 % на фоне адекватной терапии
- 2) БЛНПГ (QRS > 120 мс), ХСН II, III, IV (амбулаторного) ф.кл. (по NYHA), ФВЛЖ ≤ 35 % на фоне адекватной терапии
- 3) Блокада не ЛНПГ (QRS > 150 мс), ХСН II, III, IV (амбулаторного) ф.кл. (по NYHA), ФВЛЖ ≤ 35 % на фоне адекватной терапии
- 4) QRS < 120 мс, ХСН II, III, IV (амбулаторного) ф.кл. (по NYHA), ФВЛЖ ≤ 35 % на фоне адекватной терапии
- 5) БЛНПГ (QRS > 120 мс), ХСН II, III, IV (амбулаторного) ф.кл. (по NYHA), ФВЛЖ > 55 % на фоне адекватной терапии

145. ПОСТОЯННАЯ ЭКС ПОКАЗАНА ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА

- 1) АВ-блокады I степени
- 2) АВ-блокады III степени
- 3) АВ-блокады II степени тип II
- 4) патологии синусового узла при наличии четкой ассоциации симптоматики и эпизодов брадикардии
- 5) БЛНПГ

- б) синкопальных состояний без однозначной корреляции с данными ЭКГ, но с наличием внутренней патологии синусового узла и бессимптомными паузами

146. КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ВРЕМЕННОЙ ОТМЕНЫ ПЛАНОВОЙ ВНЕСЕРДЕЧНОЙ ОПЕРАЦИИ, НЕ-МЕДЛЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОБСЛЕДОВАНИЯ

- 1) нестабильность коронарного кровотока
- 2) стенокардия напряжения II ф.кл.
- 3) декомпенсированная ХСН
- 4) выраженные нарушения ритма и проводимости
- 5) длительно существующая БЛНПГ
- 6) АГ

147. КОРОНАРОГРАФИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

- 1) АВ-блокадой I степени
- 2) острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST
- 3) острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST
- 4) патологией синусового узла
- 5) тяжелой стенокардией напряжения на фоне адекватной базовой терапии

148. ПЕРЕД ПЛАНОВЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКС РЕКОМЕНДОВАНО

- 1) перевод ЭКС в асинхронный режим стимуляции
- 2) отключить функцию частотной адаптации
- 3) повысить чувствительность, амплитуду (до заводских установок)
- 4) увеличить длительность импульса (до 1,0 мс)
- 5) отключить работу ЭКС

149. У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРОВЕДЕНИЕ ПЛАНОВОГО НЕКАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВОЗМОЖНО ПРИ УСЛОВИИ, ЧТО

- 1) площадь отверстия более 1,5 см²
- 2) пациенты бессимптомны, площадь отверстия менее 1,5 см², но с систолическим давлением в легочной артерии менее 50 мм рт.ст.

- 3) пациенты бессимптомны, площадь отверстия менее $1,5 \text{ см}^2$, но с систолическим давлением в легочной артерии более 50 мм рт.ст.
- 4) пациенты имеют клинику декомпенсации кровообращения, площадь отверстия более $1,5 \text{ см}^2$ и систолическим давлением в легочной артерии более 50 мм рт.ст.
- 5) пациент согласен на оперативное вмешательство

150. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВЕРОЯТНОМУ ПОВТОРНОМУ СРЫВУ РИТМА И РЕЦИДИВИРОВАНИЮ ФП, ОТНОСЯТСЯ

- 1) выраженная гипертрофия ЛЖ
- 2) пожилой возраст (> 65 лет)
- 3) длительность ФП более 6 месяцев
- 4) женский пол
- 5) частые рецидивы ФП
- 6) переднее-задний размер левого предсердия более 4,2 см
- 7) наличие тромбов в полостях сердца
- 8) ФВ ЛЖ менее 35 %

ЗАДАЧИ

Внимательно прочитайте условие каждой задачи. Выберите один или несколько правильных ответов на представленные по каждой задаче вопросы.

Задача 1

Пациентка Ф, 68 лет 5 лет страдает артериальной гипертензией. У нее нет сахарного диабета, ИБС, но имеются проявления деформирующего остеоартроза коленных суставов и наследственная отягощенность: отец пациентки умер от инфаркта в возрасте 52 лет. Курение отрицает. Антигипертензивные препараты ранее не принимала. Обратилась в связи с частым повышением АД, максимально до 175/105 мм рт.ст., сопровождающимся головной болью. При осмотре: ИМТ 32 кг/м², офисное АД 168/102 мм рт.ст., Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультации сердца — акцент 2 тона на аорте, дополнительных шумов нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. Уровень общего холестерина — 6,7 ммоль/л, уровень креатинина 1,4 мг/дл (СКФ = 39 мл/мин/1,73 м²).

1. РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1) низкий
- 2) средний
- 3) от низкого к среднему
- 4) высокий
- 5) от среднего к высокому
- 6) очень высокий
- 7) от высокого к очень высокому

2. ЦЕЛЕВОЕ АД ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) ниже чем 120/70 мм рт.ст.
- 2) ниже чем 130/80 мм рт.ст.
- 3) ниже чем 140/85 мм рт.ст.
- 4) ниже чем 140/90 мм рт.ст.
- 5) ниже чем 150/90 мм рт.ст.

3. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ РУТИННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (ИЗ ПЕЧЕЧИСЛЕННЫХ)

- 1) ЭКГ
- 2) ДЭХОКГ
- 3) ЛПНП, ЛПВП
- 4) калий и натрий сыворотки крови
- 5) мочевая кислота сыворотки крови
- 6) гликированный гемоглобин

4. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- 1) только динамическое наблюдение за пациенткой
- 2) только изменение образа жизни
- 3) изменение образа жизни, назначение фармакотерапии
- 4) немедленное назначение фармакотерапии (на фоне изменений в образе жизни)
- 5) хирургическое вмешательство

5. В ДАННОМ СЛУЧАЕ РЕКОМЕНДОВАННОЙ НАЧАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) монотерапия тиазидными диуретиками
- 2) монотерапия любым препаратом из рекомендованных классов лекарственных средств
- 3) монотерапия любым из рекомендованных препаратов, кроме бета-блокаторов
- 4) комбинированная терапия из 2 препаратов
- 5) комбинированная терапия из 3 препаратов

6. РЕКОМЕНДОВАННЫМИ ВАРИАНТАМИ НАЧАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ АГ ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ БУДУТ

- 1) ингибитор АПФ
- 2) ингибитор АПФ в комбинации с антагонистом кальция
- 3) ингибитор АПФ в комбинации с тиазидным диуретиком
- 4) бета-блокатор в комбинации с ингибитором АПФ
- 5) антагонист кальция
- 6) тиазидный диуретик

7. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ТАКЖЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ

- 1) аспирин
- 2) аспирин + клопидогрель

- 3) статины
- 4) нитраты
- 5) петлевые диуретики
- 6) оральные контрацептивы

Задача 2

Мужчина Ш., 88 лет. В течение 5 лет страдает артериальной гипертензией. У него нет сахарного диабета. В анамнезе — перенесенный инфаркт миокарда 2 годами ранее, наследственная отягощенность: мать пациента умерла от инсульта в возрасте 52 лет. В настоящее время боли в грудной клетке не отмечает. Одышка беспокоит только при существенной физической нагрузке. Регулярно принимает аспирин 125 мг в сутки. Ранее принимал метопролол, но прекратил в связи с развитием брадикардии, и аторвастатин, прием которого прервал по финансовым соображениям. Обратился в связи с частыми подъемами АД, максимально до 180/115 мм рт.ст., сопровождающимися головной болью, слабостью, головокружением. При осмотре: ИМТ 27 кг/м², офисное АД 168/112 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 68 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультации сердца — акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. Уровень общего холестерина — 4,7 ммоль/л, СКФ = 51 мл/мин/1,73 м². На ЭКГ — синусовый ритм с ЧСС 65 в 1 минуту. Отклонение электрической оси влево. Зубец S в V1 + R в V5,6 > 35 мм. Изменений по сегменту ST нет.

1. РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1) низкий
- 2) средний
- 3) от низкого к среднему
- 4) высокий
- 5) от среднего к высокому
- 6) очень высокий
- 7) от высокого к очень высокому

2. ЦЕЛЕВОЕ АД ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) ниже чем 120/70 мм рт.ст.
- 2) ниже чем 130/80 мм рт.ст.
- 3) ниже чем 140/85 мм рт.ст.

- 4) ниже чем 140/90 мм рт.ст.
- 5) ниже чем 150/90 мм рт.ст.

3. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, С УЧЕТОМ УЖЕ ИМЕЮЩИХСЯ РЕЗУЛЬТАТОВ (ИЗ ПЕЧЕЧИСЛЕННЫХ)

- 1) ЭКГ
- 2) ДЭХОКГ
- 3) ЛПНП, ЛПВП
- 4) калий и натрий сыворотки крови
- 5) холтеровское мониторирование
- 6) определение микроальбуминурии

4. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- 1) только динамическое наблюдение за пациентом
- 2) только изменение образа жизни
- 3) изменение образа жизни, назначение фармакотерапии
- 4) немедленное назначение фармакотерапии (на фоне изменений в образе жизни)
- 5) хирургическое вмешательство

5. В ДАННОМ СЛУЧАЕ РЕКОМЕНДОВАННОЙ НАЧАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) монотерапия тиазидными диуретиками
- 2) монотерапия любым препаратом из рекомендованных классов лекарственных средств
- 3) монотерапия любым из рекомендованных препаратов, кроме бета-блокаторов
- 4) комбинированная терапия из 2 препаратов
- 5) комбинированная терапия из 3 препаратов

6. РЕКОМЕНДОВАННЫМИ ВАРИАНТАМИ НАЧАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ АГ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА БУДУТ

- 1) ингибитор АПФ
- 2) ингибитор АПФ в комбинации с антагонистом кальция
- 3) ингибитор АПФ в комбинации с тиазидным диуретиком
- 4) бета-блокатор в комбинации с ингибитором АПФ
- 5) антагонист кальция
- 6) тиазидный диуретик

7. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ТАКЖЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ

- 1) аспирин
- 2) аспирин + клопидогрель
- 3) статины
- 4) нитраты
- 5) петлевые диуретики
- 6) верошпирон

Задача 3

Пациентка А, 38 лет, наблюдается в женской консультации по поводу беременности, срок 14 недель. Первая беременность протекала без осложнений, закончилась рождением здорового ребенка. Страдает хроническим пиелонефритом в течение 15 лет. Страдает артериальной гипертонией в течение 11 лет. Максимальное АД 180/90 мм рт.ст. Лечилась регулярно. До беременности принимала престариум 10 мг в сутки. С начала беременности самостоятельно прекратила прием препарата, прочитав в инструкции к препарату о влиянии на плод. В течение первого триместра АД в пределах 130–135/80–85 мм рт.ст. В течение последних 2 недель АД 140–160/90 мм рт.ст., сопровождается сильной головной болью, сердцебиением. Других заболеваний нет. При осмотре: офисное АД 148/91 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 0,5 см кнутри от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультации сердца – без особенностей. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. СКФ = 58 мл/мин/1,73 м². На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 76 в 1 минуту. ЭОС расположена обычно. Синдром ранней реполяризации. При ДЭХОКГ – пролапс митрального клапана. Признаков гипертрофии ЛЖ нет. В ОАМ – протеинурия.

1. ЦЕЛЕВОЕ АД ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) ниже чем 120/70 мм рт.ст.
- 2) ниже чем 130/80 мм рт.ст.
- 3) ниже чем 140/85 мм рт.ст.
- 4) ниже чем 140/90 мм рт.ст.
- 5) ниже чем 150/90 мм рт.ст.

2. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- 1) только динамическое наблюдение за пациенткой
- 2) только изменение образа жизни

- 3) изменение образа жизни, назначение фармакотерапии
- 4) немедленное назначение фармакотерапии (на фоне изменений в образе жизни)
- 5) прерывание беременности

3. КАКИЕ ГИПОТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ, МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ

- 1) лабеталол
- 2) метилдопа
- 3) нифедипин
- 4) бисопролол
- 5) эналаприл
- 6) амлодипин

4. РИСК РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1) очень низкий
- 2) низкий
- 3) умеренный
- 4) высокий
- 5) очень высокий

5. ДРУГИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ЭТО

- 1) аспирин
- 2) аспирин + клопидогрель
- 3) статины
- 4) нитраты
- 5) петлевые диуретики
- 6) оральные контрацептивы

Задача 4

Пациент К, 65 лет в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией. В анамнезе — 2 перенесенных инфаркта миокарда, последний 2 года назад. У него нет сахарного диабета. В течение последних 10 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически — отеков нижних конечностей. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, кордарон 200 мг в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, верошпирон 100 мг в сутки. Сегодня вечером отметил появление интенсивной загрудинной боли в покое, длительностью около

40 минут, сопровождающейся интенсивной инспираторной одышкой. БСМП доставлен в отделение кардиологии. Боль и одышка волнообразно рецидивируют. При осмотре: Вынужденное положение с приподнятым изголовьем, АД 130/78 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых и средне-пузырчатых хрипов, занимающих 2/3 легочных полей с 2-х сторон. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм, патологический Q в II, III, AVF, депрессия ST I, AVL, V1-V6.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ

- 1) пневмония
- 2) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
- 3) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
- 4) острая почечная недостаточность
- 5) ХСН

2. ОСЛОЖНЕНИЕМ УКАЗАННОГО СОСТОЯНИЯ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ХСН НПБ IV ФК
- 2) ХСН НПП III ФК
- 3) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
- 4) отек легких
- 5) кардиогенный шок

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

- 1) RW
- 2) креатинин сыворотки крови
- 3) альбумины
- 4) БНП/NT-проБНП
- 5) КФК-МВ и/или тропонины
- 6) сатурация кислорода

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ (ПРИ НАЛИЧИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ) ЭТО

- 1) трансторакальная ДЭХОКГ
- 2) чреспищеводная ДЭХОКГ

- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) холтеровское мониторирование
- 5) коронарография
- 6) УЗИ почек

5. АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ), ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ЭТО

- 1) аспирин
- 2) тикагрелор
- 3) тканевой активатор плазминогена
- 4) нефракционированный гепарин
- 5) дабигатран
- 6) ривароксабан

6. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ТАКЖЕ ПОКАЗАНО (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

- 1) бета-блокатор
- 2) петлевой диуретик
- 3) ивабрадин
- 4) сердечные гликозиды
- 5) дофамин
- 6) нитроглицерин

7. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) ЧКВ
- 2) имплантация кардиостимулятора
- 3) искусственный левый желудочек
- 4) трансплантация сердца
- 5) интрааортальная балонная контрпульсация

Задача 5

Пациентка Ф, 68 лет 10 лет страдает артериальной гипертензией. У нее нет сахарного диабета. Никакие препараты ранее не принимала. Сегодня вечером отметила появление впервые в жизни интенсивной загрудинной боли в покое, длительностью около 40 минут, сопровождающейся интенсивной инспираторной одышкой. БСМП доставлена в отделение кардиологии. При осмотре: Заторможена, вынужденное положение с приподнятым изголовьем, кожа бледная, холодная, акроцианоз. АД 88/49 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным

толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых и средне-пузырчатых хрипов, занимающих 2/3 легочных полей с 2-х сторон. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм, патологический Q в I, II, элевация ST I, AVL, V1-V6. Какое осложнение имеется у данной пациентки?

1. У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ИМЕЕТСЯ

- 1) пневмония
- 2) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
- 3) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
- 4) острая почечная недостаточность
- 5) инфаркт миокарда
- 6) ХСН

2. ОСЛОЖНЕНИЕМ(ЯМИ) УКАЗАННОГО СОСТОЯНИЯ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ХСН НЛБ IVФК
- 2) ХСН НЛБ IIIФК
- 3) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
- 4) отек легких
- 5) кардиогенный шок

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ЭТО

- 1) RW
- 2) креатинин сыворотки крови
- 3) альбумины
- 4) БНП/NT-проБНП
- 5) КФК-МВ и/или тропонины
- 6) сатурация кислорода

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ (ПРИ НАЛИЧИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ) ЭТО

- 1) трансторакальная ДЭХОКГ
- 2) чреспищеводная ДЭХОКГ
- 3) рентгенография органов грудной клетки

- 4) холтеровское мониторирование
- 5) коронарография
- 6) УЗИ почек

5. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ КОМПОНЕНТОМ ТЕРАПИИ ДАННОЙ ПАЦИЕНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) назначение антиагрегантной и антикоагулянтной терапии
- 2) назначение бета-блокаторов
- 3) назначение блокаторов РААС
- 4) экстренное восстановление коронарного кровотока
- 5) назначение внутривенных диуретиков

6. ЕСЛИ ТАКТИКОЙ ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС, ТО АНТИТРОМБОТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПОКАЗАННЫМИ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) ЯВЛЯЮСЯ

- 1) аспирин
- 2) тикагрелор
- 3) клопидогрель
- 4) бивалирудин
- 5) дабигатран
- 6) эноксапарин

7. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ТАКЖЕ ПОКАЗАНО (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

- 1) бета-блокатор
- 2) петлевой диуретик
- 3) ивабрадин
- 4) сердечные гликозиды
- 5) дофамин
- 6) нитроглицерин

8. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ТАКЖЕ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) имплантация ресинхронизирующего устройства
- 2) имплантация кардиостимулятора
- 3) искусственный левый желудочек
- 4) трансплантация сердца
- 5) интрааортальная балонная контрпульсация

Задача 6

Мужчина Ш, 68 лет. В течение 5 лет страдает артериальной гипертензией. У него нет сахарного диабета. В анамнезе — перенесенный инфаркт миокарда 2 годами ранее, наследственная отягощенность: мать пациента умерла от инсульта в возрасте 52 лет. В течение последнего года отмечает появление одышки при умеренной нагрузке. В последние 1,5–2 месяца эпизодически отмечает появление отеков на нижних конечностях. Так же в течение 8 лет страдает аденомой предстательной железы. Ночные мочеиспускания 2–3 раза за ночь. Регулярно принимает амлодипин 5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, аторвастатин 20 мг в сутки. В течение нескольких дней отмечал уменьшение кол-ва мочи. С вечера накануне — мочеиспускания не было. Утром отметил появление интенсивной инспираторной одышки. БСМП доставлен в отделение кардиологии. При осмотре: Вынужденное положение с приподнятым изголовьем, АД 130/78 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца — акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых и средне-пузырчатых хрипов, занимающих 2/3 легочных полей с 2-х сторон. Отеков нет. Мочевой пузырь определяется на 3 см выше лобка. На ЭКГ — синусовый ритм, патологический Q в II, III, AVF, депрессия ST I, AVL, V5-V6.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) ХСН НІІБ ІVФК
- 2) ХСН НІІІ ІІІФК
- 3) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
- 4) отек легких
- 5) кардиогенный шок

2. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пневмония
- 2) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
- 3) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
- 4) острая почечная недостаточность
- 5) ХСН

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

- 1) RW
- 2) креатинин сыворотки крови
- 3) БНП/NT-проБНП
- 4) КФК-МВ и/или тропонины
- 5) сатурация кислорода

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ (ПРИ НАЛИЧИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ) ЭТО

- 1) трансторакальная ДЭХОКГ
- 2) чреспищеводная ДЭХОКГ
- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) холтеровское мониторирование
- 5) УЗИ предстательной железы
- 6) УЗИ почек

5. АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ), ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ЭТО

- 1) аспирин
- 2) тикагрелор
- 3) тканевой активатор плазминогена
- 4) нефракционированный гепарин
- 5) дабигатран
- 6) ривароксабан

6. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ТАКЖЕ ПОКАЗАНО (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

- 1) бета-блокатор
- 2) петлевой диуретик
- 3) ивабрадин
- 4) сердечные гликозиды
- 5) дофамин
- 6) нитроглицерин

7. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) ЧКВ
- 2) имплантация кардиостимулятора

- 3) искусственный левый желудочек
- 4) катетеризация мочевого пузыря
- 5) трансплантация сердца
- 6) интрааортальная баллонная контрпульсация

Задача 7

Пациент А, 68 лет В течение 10 лет персистирующей мерцательной аритмией. У него нет сахарного диабета. В анамнезе — перенесенный ишемический инсульт 2 годами ранее. В течение последних 5 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке. В последние 1,5–2 месяцев эпизодически отмечает появление отеков на нижних конечностях. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, кордарон 200 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки. Утром отметил внезапное появление сердцебиения и интенсивной инспираторной одышки. БСМП доставлен в отделение кардиологии. При осмотре: Вынужденное положение с приподнятым изголовьем, ИМТ 36 кг/м², офисное АД 120/80 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 118 в 1 минуту, мерцательная аритмия. При аускультации сердца — акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних и средних отделах легких с 2-х сторон. Отеков нет. На ЭКГ — мерцательная аритмия. Отклонение электрической оси влево.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) ХСН НІІБ ІVФК
- 2) ХСН НІІІ ІІІФК
- 3) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
- 4) отек легких
- 5) кардиогенный шок

2. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пневмония
- 2) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
- 3) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
- 4) острая почечная недостаточность
- 5) персистирующая мерцательная аритмия

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

- 1) RW
- 2) креатинин сыворотки крови
- 3) БНП/NT-проБНП
- 4) КФК-МВ и/или тропонины
- 5) сатурация кислорода

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ (ПРИ НАЛИЧИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ) ЭТО

- 1) трансторакальная ДЭХОКГ
- 2) чреспищеводная ДЭХОКГ
- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) холтеровское мониторирование
- 5) УЗИ предстательной железы
- 6) УЗИ почек

5. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ КОМПОНЕНТОМ ТЕРАПИИ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) назначение антиагрегантной и антикоагулянтной терапии
- 2) назначение бета-блокаторов
- 3) электрическая кардиоверсия
- 4) медикаментозная кардиоверсия
- 5) экстренное восстановление коронарного кровотока
- 6) назначение внутривенных диуретиков

6. АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ), ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЭТО

- 1) аспирин
- 2) тикагрелор
- 3) тканевой активатор плазминогена
- 4) нефракционированный гепарин
- 5) дабигатран
- 6) ривароксабан

7. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ТАКЖЕ ПОКАЗАНО (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

- 1) бета-блокатор
- 2) петлевой диуретик

- 3) ивабрадин
- 4) сердечные гликозиды
- 5) дофамин
- 6) нитроглицерин

Задача 8

Пациент Х, 71 год в течение 45 лет артериальной гипертензией, и в течение 25 лет — ИБС. В анамнезе — 3 перенесенных инфаркта миокарда, последний 2 года назад. У него нет сахарного диабета. В течение последних 10 лет года отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически — отеков нижних конечностей. Отмечает частые (3—4 раза в год) декомпенсации сердечной недостаточности в виде появления одышки в покое, и в горизонтальном положении, снижение толерантности к физической нагрузке, частых приступах загрудинной боли при нагрузке и в покое, появления выраженных отеков. В настоящее время — одышка при небольшой нагрузке. Регулярно принимал эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, карведилол 12,5 мг 2 раза в сутки, аспирин 125 мг в сутки, фуросемид 20 мг в сутки, верошпирон — 50 мг в сутки, однако в последнюю неделю отказался от приема мочегонных препаратов (решил «отдохнуть» от них). В течение последней недели отметил вновь появление одышки в покое, и в горизонтальном положении, снижение толерантности к физической нагрузке, появление выраженных отеков, асцита. При осмотре: ИМТ 32 кг/м², офисное АД 110/68 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца — акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких с 2-х сторон. Отеков нет. На ЭКГ — синусовый ритм, ПБЛНПГ, QRS = 125 мс. При ДЭХОКГ — клапанной патологии не выявлено, митральная и трикуспидальная регургитация тяжелой степени, зоны гипо-акинезии в передней стенке и перегородке, значительная дилатация полостей ЛЖ, ЛП, умеренная дилатация — ПЖ, ПП, ФВ 27 %, декомпенсация кровообращения по обоим кругам. Какое осложнение имеется у данного пациента?

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) ХСН IIБ IVФК
- 2) ХСН III IIIФК
- 3) острая декомпенсированная сердечная недостаточность

- 4) отек легких
- 5) кардиогенный шок

2. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) недостаточная приверженность к лечению
- 2) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
- 3) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
- 4) острая почечная недостаточность
- 5) персистирующая мерцательная аритмия

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

- 1) RW
- 2) креатинин сыворотки крови
- 3) БНП/NT-проБНП
- 4) КФК-МВ и/или тропонины
- 5) сатурация кислорода

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ (ПРИ НАЛИЧИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ) ЭТО

- 1) трансторакальная ДЭХОКГ
- 2) чреспищеводная ДЭХОКГ
- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) холтеровское мониторирование
- 5) УЗИ почек

5. АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ), ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЭТО

- 1) аспирин
- 2) клопидогрель
- 3) тканевой активатор плазминогена
- 4) нефракционированный гепарин
- 5) дабигатран
- 6) ривароксабан

6. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ТАКЖЕ ПОКАЗАНО (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

- 1) бета-блокатор
- 2) петлевой диуретик

- 3) ивабрадин
- 4) дофамин
- 5) иАПФ

7. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ МОГУТ БЫТЬ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) ЧКВ
- 2) имплантация кардиостимулятора
- 3) искусственный левый желудочек
- 4) имплантация ресинхронизирующего устройства
- 5) трансплантация сердца
- 6) интрааортальная балонная контрпульсация

Задача 9

Пациентка А, 55 лет 10 лет страдает артериальной гипертензией. Антигипертензивные препараты ранее постоянно не принимала. 20 лет страдает сахарным диабетом. Постоянно принимает метформин 500 мг 2 раза в сутки. Данных за ИБС нет. После сильного стресса на работе внезапно отметила появление сердцебиения, ощущение дрожи в теле, сильную головную боль. Обратилась в медицинскую часть завода. При осмотре: ИМТ 32 кг/м², при измерении АД 200/102 мм рт.ст., Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 98 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультации сердца — акцент 2 тона на аорте, дополнительных шумов нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ — синусовый ритм с ЧСС 90 в 1 минуту, ЭОС отклонена влево, депрессия сегмента ST I, AVL, V5-V6.

1. У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) высокое АД
- 2) неосложненный гипертонический криз
- 3) осложненный гипертонический криз
- 4) пароксизм мерцательной аритмии
- 5) нейро-циркуляторная дистония

2. ТИП ГК У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ МОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ КАК

- 1) ГК I типа
- 2) ГК II типа
- 3) адреналовый ГК

- 4) норадреналовый ГК
- 5) нейро-вегетативная форма ГК
- 6) отечная форма ГК
- 7) судорожная форма ГК

3. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только назначение плановой терапии АД
- 2) постепенное снижение АД пероральными препаратами, наблюдение в течение суток
- 3) быстрое снижение АД внутривенными препаратами на 10–15 % за 30–60 минут
- 4) максимально быстрое снижение АД до уровня САД 110–120 мм рт.ст.
- 5) АД не должно снижаться

4. ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПОКАЗАННЫМИ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1) нифедипин перорально
- 2) каптоприл перорально
- 3) лабеталол перорально
- 4) эсмолол внутривенно
- 5) фуросемид внутривенно
- 6) эналаприлат внутривенно

5. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАН СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ ПОСТОЯННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

- 1) ингибитор АПФ
- 2) ингибитор АПФ в комбинации с антагонистом кальция
- 3) ингибитор АПФ в комбинации с тиазидным диуретиком
- 4) бета-блокатор в комбинации с ингибитором АПФ
- 5) антагонист кальция
- 6) тиазидный диуретик

Задача 10

Пациентка Н, 36 лет. В течение 5 лет страдает артериальной гипертонией. У нее нет сахарного диабета. В анамнезе – хронический пиелонефрит (по данным выписки при УЗИ почек – нефроптоз, СКФ = 58 мл/мин/1,73 м²), наследственная отягощенность: мать пациентки умерла от инсульта в возрасте 52 лет. Регулярно принимает индапамид-ретард 1,5 мг в сутки. На этом фоне АД в нормотензивном

диапазоне. В течение последних двух дней отмечала появление эпизодов головной боли, нарастала слабость, снизилась работоспособность. АД было в пределах 130–140/90 мм рт.ст., несмотря на прием индапамида. Сегодня утром отметила очень интенсивную головную боль, не снимающуюся анальгетиками, отечность лица, рук. АД 160/90 мм рт.ст. Дополнительно к индапамиду приняла метопролол 50 мг. АД снизилось, но через 1,5–2 часа возобновилась головная боль и АД при измерении в поликлинике – 180/100 мм рт.ст. При осмотре: ИМТ 27 кг/м². Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнутри от левой СКЛ. ЧСС 68 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 76 в 1 минуту. ЭОС расположена обычно. Синдром ранней реполяризации.

1. У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) высокое АД
- 2) неосложненный гипертонический криз
- 3) осложненный гипертонический криз
- 4) пароксизм мерцательной аритмии
- 5) нейро-циркуляторная дистония

2. ТИП ГК У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ МОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ КАК

- 1) ГК I типа
- 2) ГК II типа
- 3) адреналовый ГК
- 4) норадреналовый ГК
- 5) нейро-вегетативная форма ГК
- 6) отечная форма ГК
- 7) судорожная форма ГК

3. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только назначение плановой терапии АГ
- 2) постепенное снижение АД пероральными препаратами, наблюдение в течение суток
- 3) быстрое снижение АД внутривенными препаратами на 10–15% за 30–60 минут
- 4) максимально быстрое снижение АД до уровня САД 110–120 мм рт.ст.
- 5) АД не должно снижаться

4. ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПОКАЗАННЫМИ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1) нифедипин перорально
- 2) каптоприл перорально
- 3) лабеталол перорально
- 4) фуросемид перорально
- 5) фуросемид внутривенно
- 6) эналаприлат внутривенно

5. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАН СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ ПОСТОЯННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

- 1) добавить к принимаемому индапамиду иАПФ (в низких дозах)
- 2) добавить к принимаемому индапамиду антагонист кальция (в низких дозах)
- 3) добавить к принимаемому индапамиду бета-блокатор (в низких дозах)
- 4) продолжить монотерапию индапамидом
- 5) заменить диуретик на бета-блокатор
- 6) заменить диуретик на иАПФ

Задача 11

Пациент А, 48 лет. Ранее ничем не болел. Во время измерения АД (решил измерить за компанию с женой) отметил повышение до 158/90 мм рт.ст. Никаких симптомов не было. Далее в течение последних 2 недель неоднократно фиксировал АД в интервале 140–170/95 мм рт.ст., которое иногда сопровождалось легкой головной болью. Обратился в поликлинику. Никаких субъективных ощущений на момент обращения не отмечал. При осмотре: офисное АД 178/101 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см каружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультация сердца — без особенностей. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ — синусовый ритм с ЧСС 76 в 1 минуту. ЭОС расположена обычно. Синдром ранней реполяризации.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

- 1) высокое АД
- 2) неосложненный гипертонический криз
- 3) осложненный гипертонический криз
- 4) пароксизм мерцательной аритмии
- 5) нейро-циркуляторная дистония

2. ТИП ГК У ДАННОГО ПАЦИЕНТА МОЖНО ОХАРКТЕРИЗОВАТЬ КАК

- 1) ГК I типа
- 2) ГК II типа
- 3) нейро-вегетативная форма ГК
- 4) отечная форма ГК
- 5) судорожная форма ГК
- 6) у пациента нет гипертонического криза

3. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только назначение плановой терапии АГ
- 2) постепенное снижение АД пероральными препаратами, наблюдение в течение суток
- 3) быстрое снижение АД внутривенными препаратами на 10–15% за 30–60 минут
- 4) максимально быстрое снижение АД до уровня САД 110–120 мм рт.ст.
- 5) АД не должно снижаться

4. ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПОКАЗАННЫМИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1) нифедипин перорально
- 2) каптоприл перорально
- 3) лабеталол перорально
- 4) фуросемид внутривенно
- 5) эналаприлат внутривенно
- 6) никакие препараты пациенту экстренно не показаны

5. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАН СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ ПОСТОЯННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

- 1) ингибитор АПФ
- 2) ингибитор АПФ в комбинации с антагонистом кальция
- 3) ингибитор АПФ в комбинации с тиазидным диуретиком
- 4) бета-блокатор в комбинации с ингибитором АПФ
- 5) антагонист кальция
- 6) тиазидный диуретик

Задача 12

Пациент Ж, 69 лет. Ранее ничем не болел. Неоднократно фиксировал АД 140–160/90 мм рт.ст., которое иногда сопровождалось легкой

головной болью. Не обследовался не лечился. Внезапно рано утром отметил онемение лица, нарушение речи. Жена пациента вызвала скорую помощь. К моменту ее приезда пациент потерял сознание. Доставлен в стационар. При осмотре: АД 220/110 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 100 в 1 минуту, мерцательная аритмия. При аускультации сердца – систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. В легких везикулярное дыхание, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. Отеков нет. На ЭКГ – мерцательная аритмия, с средней ЧСС 100–110 в 1 минуту. Изменений по ST-T нет.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

- 1) высокое АД
- 2) неосложненный гипертонический криз
- 3) осложненный гипертонический криз
- 4) пароксизм мерцательной аритмии
- 5) нейро-циркуляторная дистония

2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ДАННОМ СЛУЧАЕ БУДЕТ ВЕСТИСЯ МЕЖДУ

- 1) нестабильной стенокардией
- 2) инфарктом миокарда
- 3) геморрагическим инсультом
- 4) ишемическим инсультом
- 5) ТИА
- 6) внезапной сердечной смертью

3. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только назначение плановой терапии АГ
- 2) постепенное снижение АД пероральными препаратами, наблюдение в течение суток
- 3) быстрое снижение АД внутривенными препаратами на 10–15% за 30–60 минут
- 4) максимально быстрое снижение АД до уровня САД 110–120 мм рт.ст.
- 5) мониторинг состояния пациента, АД не должно снижаться

4. ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПОКАЗАННЫМИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1) нифедипин перорально
- 2) каптоприл перорально

- 3) лабеталол перорально
- 4) фуросемид внутривенно
- 5) эналаприлат внутривенно
- 6) никакие препараты пациенту экстренно не показаны

5. ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА БУДЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ

- 1) только уровнем АД
- 2) только степенью риска сердечно-сосудистых осложнений
- 3) динамикой неврологической симптоматики и ее ассоциацией с уровнем АД
- 4) проведением или нет тромболитической терапии
- 5) характером инсульта (ишемический/геморрагический)

Задача 13

Пациент К, 65 лет в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией и в течение 10 лет — мерцательной аритмией. Первоначально приступы аритмии чередовались с периодами синусового ритма, в последние 5 лет — ритм мерцательная аритмия. У него нет сахарного диабета, проявлений ИБС. В течение последних 2 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически — отеков нижних конечностей, в основном связанные с эпизодами сердцебиения. В настоящее время одышка беспокоит только при существенных физических нагрузках. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, верошпирон 100 мг в сутки. Обратился в поликлинику для проведения планового обследования. При осмотре: АД 140/78 мм рт. ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 89 в 1 минуту, мерцательная аритмия. При аускультации сердца — акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ — мерцательная аритмия с средней ЧСС 90 в 1 минуту, депрессия ST I, AVL, V1-V6.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

- 1) пароксизмальная
- 2) персистирующая
- 3) длительно персистирующая
- 4) постоянная
- 5) впервые выявленная

2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) трансторакальной ДЭХОКГ
- 2) чреспищеводной ДЭХОКГ
- 3) рентгенографии органов грудной клетки
- 4) холтеровского мониторирования
- 5) пробы с физической нагрузкой
- 6) коронарография

3. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО

- 1) немедленное выполнение медикаментозной кардиоверсии
- 2) немедленное выполнение электрической кардиоверсии
- 3) 4-недельная антикоагулянтная терапия с последующей кардиоверсией
- 4) контроль ЧСС
- 5) контроль ритма

4. В КАЧЕСТВЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ТЕРАПИИ

- 1) аспирин
- 2) клопидогрель
- 3) тикагрелор
- 4) варфарин
- 5) дабигатран
- 6) ривароксабан
- 7) апиксабан

5. В КАЧЕСТВЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА, У ДАННОГО ПАЦИЕНТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) дигоксин
- 2) бета-блокаторы
- 3) амиодарон
- 4) соталол
- 5) пропафенон
- 6) аллапинин

6. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

- 1) абляция атрио-вентрикулярного узла
- 2) имплантация ресинхронизирующего устройства

- 3) ЧКВ
- 4) имплантация кардиостимулятора
- 5) радиочастотная абляция левого предсердия
- 6) никакое дополнительное лечение не требуется

Задача 14

Пациентка Ф, 68 лет 10 лет страдает артериальной гипертензией. У нее нет сахарного диабета. Никакие препараты ранее не принимала. Сегодня вечером отметила появление впервые в жизни интенсивной за-грудинной боли в покое, длительностью около 40 минут, в сочетании с ин-тенсивной инспираторной одышкой и сердцебиением. БСМП доставлена в отделение кардиологии. При осмотре: лежит низко, кожа бледная. АД 88/49 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 128 в 1 минуту, мер-цательная аритмия. При аускультации сердца — акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ — мерца-тельная аритмия, депрессия сегмента ST I, AVL, V1-V6.

1. У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

- 1) пароксизмальная
- 2) персистирующая
- 3) длительно персистирующая
- 4) постоянная
- 5) впервые выявленная

2. ТАКЖЕ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ НЕОБХОДИМ ДИФФЕРЕН-ЦИАЛЬНЫ ДИАГНОЗ МЕЖДУ

- 1) ХСН НПА ПФК
- 2) ХСН НПП ПФК
- 3) острой декомпенсированной сердечной недостаточностью
- 4) кардиогенным шоком
- 5) аритмическим шоком

3. К РАЗВИТИЮ ДАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ МОГЛИ ПРИВЕСТИ

- 1) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
- 2) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
- 3) острая почечная недостаточность
- 4) ХСН
- 5) мерцательная аритмия (как основное заболевание)

4. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ НЕОБХОДИМО

- 1) выполнить ангиографию
- 2) определить тропонины и/или КФК-МВ
- 3) восстановить синусовый ритм
- 4) снизить ЧСС
- 5) провести тромболизис
- 6) начать интрааортальную балонную контрпульсацию

5. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ПОКАЗАНО

- 1) немедленное выполнение медикаментозной кардиоверсии
- 2) немедленное выполнение электрической кардиоверсии
- 3) 4-недельная антикоагулянтная терапия с последующей кардиоверсией
- 4) контроль ЧСС
- 5) контроль ритма

6. В КАЧЕСТВЕ АНТИКОАГУЛЯНТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) нефракционированный гепарин
- 2) эноксапарин
- 3) фондапаринукс
- 4) варфарин
- 5) дабигатран
- 6) ривароксабан

7. В КАЧЕСТВЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА, У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) дигоксина
- 2) бета-блокаторов
- 3) амиодарона
- 4) соталола
- 5) пропафенона
- 6) аллапинина

Задача 15

Мужчина Щ, 68 лет. В течение 5 лет страдает артериальной гипертензией. У него имеется сахарный диабет 2 типа. В анамнезе — перенесенный инфаркт миокарда 2 годами ранее, наследственная отягощенность: мать пациента умерла от инсульта в возрасте 52 лет. В течение последнего года отмечает появление одышки при умеренной нагрузке. Других

симптомов нет. В последние 1,5–2 месяца эпизодически отмечает появление отеков на нижних конечностях. Регулярно принимает амлодипин 5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, аторвастатин 20 мг в сутки. В поликлинике во время профилактического осмотра на ЭКГ выявлена мерцательная аритмия, и пациент направлен в отделение кардиологии. На ЭКГ от предыдущего осмотра (полгода назад) – синусовый ритм. При осмотре: АД 130/78 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – мерцательная аритмия, патологический Q в II, III, AVF, депрессия ST I, AVL, V5-V6.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

- 1) пароксизмальная
- 2) персистирующая
- 3) длительно персистирующая
- 4) постоянная
- 5) впервые выявленная

2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) трансторакальной ДЭХОКГ
- 2) чреспищеводной ДЭХОКГ
- 3) рентгенографии органов грудной клетки
- 4) холтеровского мониторирования
- 5) пробы с физической нагрузкой
- 6) коронарография

3. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО

- 1) немедленное выполнение медикаментозной кардиоверсии
- 2) немедленное выполнение электрической кардиоверсии
- 3) при наличии тромбов в полостях сердца: 3-недельная терапия ОАК с повторным исследованием и возможной последующей кардиоверсией
- 4) при отсутствии тромбов в полостях сердца: гепарин и кардиоверсия
- 5) контроль ЧСС

4. В КАЧЕСТВЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ТЕРАПИИ

- 1) аспирин
- 2) клопидогрель
- 3) тикагрелор
- 4) варфарин
- 5) дабигатран
- 6) ривароксабан
- 7) апиксабан

5. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

- 1) абляция атрио-вентрикулярного узла
- 2) имплантация ресинхронизирующего устройства
- 3) ЧКВ
- 4) имплантация кардиостимулятора
- 5) радиочастотная абляция левого предсердия
- 6) никакое дополнительное лечение не требуется

Задача 16

Пациент А, 25 лет в течение 2 лет отмечает эпизоды сердцебиения. При обследовании выявлена связь сердцебиения с появлением мерцательной аритмии. У него нет сахарного диабета. Физическую нагрузку переносит адекватно. Иногда принимает кордарон 200 мг (при частых приступах). Другие антиаритмики ранее не принимал. Обратился к кардиологу в связи с тем, что эпизоды сердцебиения стали частыми, до 2–3 раз в неделю, что сопровождается слабостью, снижением толерантности к физической нагрузке, а также неприятными ощущениями «переворачивания» сердца. Купируются данные эпизоды самостоятельно. При осмотре: ИМТ 26 кг/м², АД 120/80 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнутри от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, синусовый ритм. При аускультации сердца – слабый систолический шум на верхушке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 76 в 1 мин, с-м WPW.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

- 1) пароксизмальная
- 2) персистирующая

- 3) длительно персистирующая
- 4) постоянная
- 5) впервые выявленная

2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) трансторакальной ДЭХОКГ
- 2) чреспищеводной ДЭХОКГ
- 3) рентгенографии органов грудной клетки
- 4) холтеровского мониторирования
- 5) пробы с физической нагрузкой
- 6) коронарография

3. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО

- 1) тактика — контроль ЧСС
- 2) тактика — контроль ритма
- 3) подбор медикаментозной антиаритмической терапии
- 4) немедленное выполнение радиочастотной катетерной абляции
- 5) выполнение радиочастотной катетерной абляции при невозможности подобрать адекватную антиаритмическую терапию

4. В КАЧЕСТВЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ТЕРАПИИ

- 1) аспирин
- 2) клопидогрель
- 3) тикагрелор
- 4) варфарин
- 5) дабигатран
- 6) ривароксабан
- 7) апиксабан

5. В КАЧЕСТВЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА, У ДАННОГО ПАЦИЕНТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) дигоксин
- 2) бета-блокаторы
- 3) амиодарон
- 4) соталол
- 5) пропафенон
- 6) аллапинин

6. ВОЗМОЖНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

- 1) абляция атрио-вентрикулярного узла
- 2) имплантация СРТ
- 3) ЧКВ
- 4) имплантация кардиостимулятора
- 5) радиочастотная абляция левого предсердия
- 6) никакое дополнительное лечение не требуется

Задача 17

Пациентка Ф, 68 лет 10 лет страдает артериальной гипертензией. У нее нет сахарного диабета, ИБС, но имеются проявления деформирующего остеоартроза коленных суставов и наследственная отягощенность: отец пациентки умер от инфаркта в возрасте 52 лет. Никакие препараты ранее не принимала. В течение последнего года отмечает появление одышки инспираторного характера при умеренной физической нагрузке, купирующейся в покое. Других симптомов нет. При осмотре: ИМТ 32 кг/м², офисное АД 168/102 мм рт.ст., Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультации сердца — акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет.

1. У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ИМЕЕТСЯ

- 1) ХСН НИ I ФК
- 2) ХСН НИА II ФК
- 3) ХСН НИП I ФК
- 4) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
- 5) отек легких

2. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

- 1) ЭКГ
- 2) ДЭХОКГ
- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) холтеровское мониторирование
- 5) холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТАГ
- 6) БНП/NT-проБНП

3. СТАРТОВОЙ ТЕРАПИЕЙ ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ МОГУТ БЫТЬ

- 1) ингибитор АПФ
- 2) ингибитор АПФ в комбинации с антагонистом кальция
- 3) ингибитор АПФ в комбинации с тиазидным диуретиком
- 4) бета-блокатор в комбинации с ингибитором АПФ
- 5) антагонист кальция
- 6) тиазидный диуретик

Получены результаты дополнительных обследований пациентки. Наиболее значимые: на ЭКГ — синусовый ритм с ЧСС 75 в 1, ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии ЛЖ. В Холестерин — 6,8 ммоль/л, ЛПНП — 4,1 ммоль/л, ТАГ 1,3 ммоль/л, СКФ = 51 мл/мин/1,73 м², при ДЭХОКГ — клапанной патологии не выявлено, зон гипо-акинезии не выявлено, ФВ = 48 %.

4. ПАЦИЕНТКЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- 1) антагонист альдостерона
- 2) аспирин
- 3) статины
- 4) нитраты
- 5) петлевые диуретики
- 6) дигоксин

5. НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТКОЙ, И ПРИ СОХРАНЕНИИ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОДЫШКА, ПОЯВЛЕНИЕ ОТЕКОВ) ВОЗМОЖНО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) антагонист альдостерона
- 2) ингибитор АПФ
- 3) нитраты
- 4) петлевые диуретики
- 5) дигоксин
- 6) бета-блокатор

Задача 18

Пациент А, 68 лет В течение 10 лет страдает постоянной мерцательной аритмией. У него нет сахарного диабета. В анамнезе — перенесенный ишемический инсульт 2 годами ранее. В течение последних 5 лет года отмечает появление одышки при небольшой нагрузке. В последние

1,5–2 месяца эпизодически отмечает появление отеков на нижних конечностях. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки. При осмотре: ИМТ 36 кг/м², офисное АД 120/80 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 108 в 1 минуту, мерцательная аритмия. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание, небольшое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких с 2-х сторон. Отеков нет. Уровень общего холестерина – 3,2 ммоль/л, СКФ = 39 мл/мин/1,73 м². На ЭКГ – мерцательная аритмия. Отклонение электрической оси влево. При ДЭХОКГ – клапанной патологии не выявлено, зон гипо-акинезии не выявлено. ФВ 68 %. Какое осложнение имеется у данного пациента?

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ

- 1) ХСН НИ I ФК
- 2) ХСН НИА II ФК
- 3) ХСН НИВ III ФК
- 4) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
- 5) отек легких

2. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

- 1) чреспищеводной ДЭХОКГ
- 2) рентгенографии органов грудной клетки
- 3) холтеровского мониторирования
- 4) ЛПНП, ЛПВП, ТАГ
- 5) БНП/NT-проБНП

3. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО

- 1) тактика – контроль ЧСС
- 2) тактика – контроль ритма
- 3) подбор медикаментозной антиаритмической терапии
- 4) немедленное выполнение радиочастотной катетерной абляции
- 5) выполнение радиочастотной катетерной абляции при невозможности подобрать адекватную антиаритмическую терапию

4. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

- 1) амиодарон
- 2) пропафенон

- 3) метопролол
- 4) дигоксин
- 5) новокаинамид
- 6) соталол

5. ТАКЖЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ

- 1) верошпирон
- 2) фуросемид
- 3) нитросорбид
- 4) амлодипин
- 5) ивабрадин

6. В КАЧЕСТВЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ТЕРАПИИ

- 1) аспирин
- 2) клопидогрель
- 3) тикагрелор
- 4) варфарин
- 5) дабигатран
- 6) ривароксабан
- 7) апиксабан

Задача 19

Пациент К, 65 лет в течение 45 лет артериальной гипертензией, и в течение 25 лет — ИБС. В анамнезе — 3 перенесенных инфаркта миокарда, последний — 2 года назад. У него нет сахарного диабета. В течение последних 10 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически — отеков нижних конечностей. 2 месяца назад, во время госпитализации по поводу декомпенсации сердечной недостаточности имел место эпизод фибрилляции желудочков, с успешной кардиоверсией. В настоящее время — одышка при небольшой нагрузке. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, кордарон 200 мг в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, верошпирон 100 мг в сутки. При осмотре на плановом приеме: ИМТ 36 кг/м², АД 110/68 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца — акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыха-

ние, небольшое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких с 2-х сторон. Отеков нет. Уровень общего холестерина – 3,2 ммоль/л, ЛПНП – 2,1 ммоль/л, СКФ = 41 мл/мин/1,73 м². Других значимых отклонений нет. На ЭКГ – синусовый ритм, рубцовые изменения в переднее-перегородочно-верхушечно-боковой области. При ДЭХОКГ – клапанной патологии не выявлено, митральная и трикуспидальная регургитация умеренной степени, зоны гипо-акинезии в передней стенке и перегородке, умеренная дилатация полостей ЛЖ, ПЖ., ФВ 35%.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ

- 1) ХСН II I ФК
- 2) ХСН IIIA II ФК
- 3) ХСН IIIB III ФК
- 4) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
- 5) отек легких

2. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

- 1) чреспищеводной ДЭХОКГ
- 2) рентгенографии органов грудной клетки
- 3) холтеровского мониторирования
- 4) ЛПНП, ЛПВП, ТАГ
- 5) БНП/NT-проБНП

3. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАН ПРИЕМ СЛЕДУЮЩИХ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

- 1) амиодарон
- 2) пропафенон
- 3) бисопролол
- 4) дигоксин
- 5) новокаинамид
- 6) соталол

4. ТАКЖЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

- 1) верошпирон
- 2) фуросемид
- 3) нитросорбид
- 4) амлодипин

- 5) ивабрадин
- 6) аторвастатин

5. В КАЧЕСТВЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМ

- 1) аспирин
- 2) клопидогрель
- 3) аспирин + клопидогрель
- 4) тикагрелор
- 5) варфарин
- 6) дабигатран
- 7) ривароксабан

6. ВОЗМОЖНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

- 1) имплантация ресинхронизирующего устройства
- 2) имплантация дефибриллятора-кардиовертера
- 3) ЧКВ
- 4) имплантация кардиостимулятора
- 5) радиочастотная абляция левого предсердия
- 6) никакое дополнительное лечение не требуется

Задача 20

Пациент Ф, 71 год в течение 47 лет страдает артериальной гипертензией, и в течение 25 лет — ИБС. В анамнезе — 3 перенесенных инфаркта миокарда, последний 2 года назад. У него нет сахарного диабета. В течение последних 10 лет года отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически — отеков нижних конечностей. Отмечает частые (3—4 раза в год) декомпенсации сердечной недостаточности в виде появления одышки в покое, и в горизонтальном положении, снижение толерантности к физической нагрузке, появления выраженных отеков. В настоящее время — одышка при небольшой нагрузке. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, карведилол 12,5 мг 2 раза в сутки, аспирин 125 мг в сутки, фуросемид 20 мг в сутки, верошпирон — 50 мг в сутки. При осмотре на плановом приеме: ИМТ 32 кг/м², АД 110/68 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 98 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца — акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, небольшое количество влажных незвучных мелкопузырчатых

хрипов в нижних отделах легких с 2-х сторон. Отеков нет. Уровень общего холестерина – 3,8 ммоль/л, ЛПНП – 2,6 ммоль/л, СКФ = 41 мл/мин/1,73 м². Других значимых отклонений нет. На ЭКГ – синусовый ритм, ПБЛНПГ, QRS = 125 мс. При ДЭХОКГ – клапанной патологии не выявлено, митральная и трикуспидальная регургитация тяжелой степени, зоны гипо-акинезии в передней стенке и перегородке, значительная дилатация полостей ЛЖ, ЛП, умеренная дилатация – ПЖ, ПП, ФВ 27 %, декомпенсация кровообращения по обоим кругам.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ

- 1) ХСН II I ФК
- 2) ХСН IIIA II ФК
- 3) ХСН IIIB III ФК
- 4) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
- 5) отек легких

2. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

- 1) чреспищеводной ДЭХОКГ
- 2) рентгенографии органов грудной клетки
- 3) холтеровского мониторирования
- 4) ЛПНП, ЛПВП, ТАГ
- 5) БНП/NT-проБНП

3. ПРОВОДИМУЮ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ТЕРАПИЮ НЕОБХОДИМО ИЗМЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

- 1) отменить верошпирон
- 2) увеличить дозу фуросемида
- 3) назначить нитросорбид
- 4) увеличить дозу карведилола
- 5) назначить ивабрадин
- 6) назначить аторвастатин

4. В КАЧЕСТВЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМ

- 1) аспирин
- 2) клопидогрель
- 3) аспирин + клопидогрель

- 4) тикагрелор
- 5) варфарин
- 6) дабигатран
- 7) ривароксабан

5. ВОЗМОЖНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

- 1) имплантация ресинхронизирующего устройства
- 2) имплантация дефибриллятора-кардиовертера
- 3) ЧКВ
- 4) имплантация кардиостимулятора
- 5) радиочастотная абляция левого предсердия
- 6) никакое дополнительное лечение не требуется

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	4	25	1, 3	49	1, 5
2	1, 3, 4, 6	26	1, 3	50	2, 4
3	1, 5	27	3	51	1, 2, 3, 4, 5, 6
4	1, 3	28	3	52	1, 4
5	1	29	2, 3, 4, 5	53	1
6	1	30	4	54	1, 2, 3
7	4	31	1, 2, 3, 6	55	4
8	6	32	2	56	1, 2, 3, 4, 5, 6
9	1, 2, 4	33	6	57	2
10	1, 2, 4, 5, 6	34	2, 5	58	2, 4
11	1	35	1	59	2
12	1, 2, 3	36	3	60	3
13	2	37	3	61	2
14	1, 2, 4, 6	38	1, 2, 3, 4	62	2, 3, 5
15	2	39	1, 2	63	2, 6
16	2	40	3, 4, 5, 6, 7	64	2
17	3	41	2, 6	65	3, 4, 5
18	4	42	1, 2, 3, 5	66	3
19	2	43	1, 2, 3, 4	67	1, 3, 4, 5
20	3	44	1	68	1, 2, 3, 4
21	1, 2, 3, 4, 6	45	1, 2, 3, 4, 5, 6	69	2
22	1, 3, 4	46	2	70	1, 3
23	4	47	1, 2, 3, 6	71	2, 4, 5, 6
24	4, 5	48	1, 3	72	1, 2
73	2	102	1	131	4, 5
74	2	103	1, 4, 5, 6	132	1, 3, 4, 5, 6

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
75	2, 5	104	1, 4, 5	133	1, 3, 4
76	2, 3, 5, 6	105	1, 3, 4, 5, 6, 7	134	1, 2, 3, 4, 6
77	1	106	1	135	3, 4
78	3	107	1, 3, 4, 5	136	1, 3, 4
79	1, 4, 5	108	3, 5	137	1, 3, 4, 5
80	1, 4, 6	109	4	138	2, 3, 4, 5
81	1, 4, 5	110	5	139	3
82	3, 4, 5	111	3	140	1
83	1, 2	112	4	141	2
84	2	113	1	142	1
85	2	114	2	143	1, 4
86	2, 3, 4, 5	115	2, 3, 4, 5	144	2, 3
87	1, 2, 4, 6	116	2	145	2, 3, 4, 6
88	1, 4, 5, 6	117	3, 4, 5, 6	146	1, 3, 4
89	1	118	2, 3, 4	147	2, 3, 5
90	1, 2, 3, 4, 5	119	4, 5	148	1, 2, 3, 4
91	4	120	1	149	1, 2
92	2, 3	121	2, 4	150	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8
93	1, 2, 4	122	1, 3, 5		
94	1	123	2, 3, 4		
95	1	124	1		
96	2	125	3		
97	1	126	6		
98	5	127	1		
99	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8	128	1		
100	1	129	1		
101	2	130	2		

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧАМ

Задача 1

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	4	4	3	7	1, 3
2	4	5	2		
3	1, 3, 4, 5	6	2, 3		

Задача 2

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ	Номер Вопросы	Правильный ответ
1	6	4	4	7	1, 3
2	4	5	4		
3	2, 3, 4, 5, 6	6	2, 3		

Задача 3

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	4	4	4
2	4	5	1
3	1, 2, 3		

Задача 4

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ	Номер Вопросы	Правильный ответ
1	3	4	1, 3, 5	7	1
2	4	5	1, 2, 4		
3	2, 4, 5, 6	6	2, 6		

Задача 5

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ	Номер Вопросы	Правильный ответ
1	5	4	1, 3, 5	7	2, 5
2	4, 5	5	4	8	5
3	2, 4, 5, 6	6	1, 3, 6		

Задача 6

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ	Номер Вопроса	Правильный ответ
1	4	4	1, 3, 5, 6	7	4
2	4	5	1, 4		
3	2, 3, 4, 5	6	2, 6		

Задача 7

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ	Номер Вопроса	Правильный ответ
1	4	4	2	7	2, 6
2	5	5	5		
3	2, 3, 4, 5	6	4		

Задача 8

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ	Номер Вопроса	Правильный ответ
1	3	4	1, 3	7	4
2	1	5	1, 4		
3	2, 3, 4, 5	6	2, 5		

Задача 9

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	2	4	1, 2, 3
2	1, 3, 5	5	2, 3
3	2		

Задача 10

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	2	4	1, 2, 3, 4
2	2, 4, 6	5	2, 5
3	2		

Задача 11

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	1	4	6
2	6	5	2, 3
3	1		

Задача 12

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	3	4	6
2	3, 4, 5	5	3, 4
3	5		

Задача 13

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	4	4	4, 5, 6, 7
2	1, 4	5	5, 6
3	4	6	6

Задача 14

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ	Номер Вопроса	Правильный ответ
1	2	4	4	7	3
2	4, 5	5	2, 5		
3	2, 5	6	1		

Задача 15

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	2	4	4, 5, 6, 7
2	2	5	6
3	3, 4		

Задача 16

Номер Вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	1	4	1, 4, 5, 6, 7
2	1, 4	5	4, 5, 6
3	2, 3, 5		

Задача 17

Номер Вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	2	4	3
2	1, 2, 5, 6	5	1, 4, 6
3	1,3		

Задача 18

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	3	4	3
2	2, 3, 4, 5	5	1, 2
3	1, 3	6	4, 5, 6, 7

Задача 19

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	3	4	2, 6
2	2, 3, 4, 5	5	1
3	1, 3	6	2

Задача 20

Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	1	4	1
2	2, 3, 4, 5	5	1
3	2, 4		

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Внутренние болезни в 2-х томах: учебник / Под ред. Н.А. Мухина — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни: Учебник. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2005.
3. Внутренние болезни в вопросах и ответах: Учебное пособие для медицинских вузов / под ред. проф. Ю.Р. Ковалева. — СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004.

Дополнительная

1. Кардиология: Национальное руководство / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Окорочков А.Н. Руководство по лечению внутренних болезней: 3-е изд. перераб. и доп., Т. 2-3. — М.: Мед. Лит., 2008—2010.
3. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (4 пересмотр) // Сердечная недостаточность. — 2013. — Т. 14, № 7(81). — С. 379—472.
4. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации РКО, ВНОК, АССХ. Российский кардиологический журнал 2013; 4(102) приложение 3.
5. Рекомендации по лечению Артериальной Гипертонии ESH/ESC 2013 Российский кардиологический журнал 2014 № 1(105) с.7-94.
6. Рекомендации по электрокардиостимуляции и сердечной ресинхронизирующей терапии ESC 2013 Российский кардиологический журнал 2014 № 4(108) с. 5-63.
7. Третье универсальное определение инфаркта Российский кардиологический журнал 2013; 2(100) приложение 1.
8. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике Первое издание 2011. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10 (6) Приложение 2.

9. Национальные рекомендации по прогнозированию и профилактике кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств у кардиологических больных Первое издание 2011. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10 (6) Приложение 3.

10. Рекомендации по диагностике и лечению ТЭЛА Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2009 № 1 с96-111.

11. Рекомендации по лечению Острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2012 приложение № 2.

Учебное издание

Наумова Елизавета Александровна
Шварц Юрий Григорьевич
Железнякова Наталия Александровна
Семенова Ольга Никоолаевна

ТЕСТЫ И ЗАДАЧИ ПО КАРДИОЛОГИИ

Учебное пособие

Технический редактор Кулакова Г.А.

Подписано в печать 16.04.2018

Бумага офсетная.

Гарнитура NewtonС

Формат 60×84 1/16

Печать трафаретная. Печ. л. 5,63.

Тираж 500 экз. Заказ № 009-18.

Отпечатано в типографии ИД «Академия Естествознания»,
440026, г. Пенза, ул. Лермонтова, 3