|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **6. Гипертоническая болезнь** |  | ОК-1;  ПК- 1,5,6,8,  11,15,16 |
| 6/1 | РЕКОМЕНДУЮТ ОГРАНИЧИВАТЬ СУТОЧНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СОЛИ У ПАЦИЕНТА С АГ ДО   1. 5-6 г 2. 1-3 г 3. 2-4 г 4. 3-5 г | А |  |
| 6/2 | НИЖНИЙ ПРЕДЕЛ БЕЗОПАСНОГО СНИЖЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АД:   1. 110 и 70 мм.рт.ст. 2. 110 и 60 мм.рт.ст. 3. 120 и 70 мм.рт.ст. 4. 90 и 60 мм.рт.ст. | А |  |
| 6/3 | ОГРАНИЧИВАТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАТРИЯ В СУТКИ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СЛЕДУЕТ ДО:   1. 2-3 г 2. 7-10 г 3. 5-7 г 4. 3-5 г | А |  |
| 6/4 | НЕБИВОЛОЛ ЯВЛЯЕТСЯ:   1. высокоселективным бета1-адренблокатором с вазодилатирующими свойствами 2. неселективным бета1-блокатором с вазодилатирующими свойствами 3. неселективным альфа- и бета-адреноблокатором 4. высокоселективным альфа- и бета-адреноблокатором | А |  |
| 6/5 | ХАРАКТЕРНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИАПФ ЯВЛЯЕТСЯ:   1. Кашель 2. Головная боль 3. Запоры 4. Мышечная слабость | А |  |
| 6/6 | ДВОЙНЫМ ПУТЕМ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ОРГАНИЗМА ОБЛАДАЕТ:   1. фозиноприл 2. эналаприл 3. периндоприл 4. лизиноприл | А |  |
| 6/7 | ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИАПФ ЯВЛЯЮТСЯ:   1. беременность 2. гипокалиемия 3. обструктивные заболевания легких 4. гипергликемия | А |  |
| 6/8 | НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЧИТАЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ   1. β-адреноблокатор + антагонист кальция недигидропиридинового ряда 2. β-адреноблокатор + антагонист кальция дигидропиридинового ряда 3. сартан + диуретик 4. ИАПФ + диуретик | А |  |
| 6/9 | ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:   1. метилдопа 2. нифидипин 3. периндоприл 4. небиволол | А |  |
| 6/10 | У МУЖЧИНЫ 78 ЛЕТ С АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ АГ С НАЗНАЧЕНИЯ   1. доксазозина 2. карведилола 3. кандесартана 4. гидрохлортиазида | А |  |
| 6/11 | ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:   1. подагра 2. сахарный диабет 3. ИБС 4. инсульт в анамнезе | А |  |
| 6/12 | ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ САРТАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ   1. беременность 2. подагра 3. сахарный диабет 4. инсульт в анамнезе | А |  |
| 6/13 | ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ?   1. атрио-вентрикулярная блокада 2-3 степени 2. хроническая обструктивная болезнь легких 3. хроническая сердечная недостаточность 4. сахарный диабет | А |  |
| 6/14 | ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ:   1. кардиогенный шок 2. сердечная недостаточность. 3. беременность. 4. брадикардия | А |  |
| 6/15 | ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КОНА ЯВЛЯЕТСЯ   1. антагонист альдостерона 2. антагонист кальция 3. антагонист рецепторов 1 типа к ангиотензинуii 4. бета-адреноблокатор | А |  |
| 6/16 | АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЮТСЯ   1. сартаны 2. бета-адреноблокаторы 3. альфа-адреноблокаторы 4. антагонисты кальция недигидропиридинового ряда | А |  |
| 6/17 | ПРЕПАРАТАМИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ, СНИЖАЮЩИМИ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ   1. диуретики 2. антагонисты кальция 3. сартаны 4. бета-адреноблокаторы | А |  |
| 6/18 | ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ БОЛЬНОМУ СО 2-Й СТЕПЕНЬЮ АГ НУЖНО:   1. назначить комбинированное лечение 2. увеличить дозу получаемого препарата в два раза 3. увеличить дозу получаемого препарата до максимальной 4. заменить препарат одной группы на препарат другой группы | А |  |
| 6/19 | С КАКИХ ГРУПП ПРЕПАРАТОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЧИНАТЬ ТЕРАПИЮ У ЛИЦ СТАРШЕ 55 ЛЕТ:   1. антагонисты кальция или диуретики 2. иАПФ или сартаны 3. бета-адреноблокаторы 4. агонисты имидазолиновых рецепторов | А |  |
| 6/20 | ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ  А. бета-адреноблокаторы + ИАПФ (сартаны) + диуретики + антагонисты альдостерона  Б. иАПФ + диуретики+ антагонисты кальция  В. бета-адреноблокаторы + антагонисты кальция + антагонисты альдостерона  Г. бета-адреноблокаторы + агонисты имидазолиновых рецепторов + альфа-адреноблокаторы | А |  |
| 6/21 | ЕСЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА ОТ 98 МКМОЛЬ/Л ДО 120 МКМОЛЬ /Л, СЛЕДУЕТ   1. продолжить терапию лизиноприлом в той же дозе с последующим контролем уровня креатинина через 1-2 недели 2. отменить лизиноприл 3. уменьшить дозу лизиноприла в 2 раза под контролем уровня креатинина 4. заменить лизиноприл на фозиноприл | А |  |
| 6/22 | ЕСЛИ ПРИ ТЕРАПИИ ИАПФ ЧЕРЕЗ 1 НЕДЕЛЮ ОТМЕЧЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ КРЕАТИНИНА ОТ 120 МКМОЛЬ/Л ДО 300 МКМОЛЬ/Л, СЛЕДУЕТ   1. отменить ИАПФ и направить на консультацию к нефрологу 2. оставить прежнюю терапию и повести контроль уровня креатинина через 1 неделю 3. продолжить терапию ИАПФ в сниженной в два раза дозе 4. заменить ИАПФ на сартан | А |  |
| 6/23 | НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ ПРИ АГ НЕОБХОДИМО   1. при наличии ассоциированных с АГ состояниях 2. у всех больных с АГ 3. только при уровне общего холестерина более 5 ммоль/л 4. только при уровне липопротеидов низкой плотности более 3 ммоль/л | А |  |
| 6/24 | НАЗНАЧЕНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ АГ ПОКАЗАНО   1. только при хорошей коррекции АД 2. всем мужчинам старше 40 лет 3. всем женщинам старше 60 лет 4. при выявлении почечной недостаточности | А |  |
| 6/25 | ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ ЯВЛЯЮТСЯ   1. сартаны 2. тиазидные диуретики 3. прямые ингибиторы ренина 4. бета-адреноблокаторы | А |  |
| 6/26 | ДЛЯ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА В СУТКИ У БОЛЬНЫХ С АГ ИСПОЛЬЗУЮТ   1. метопролола сукцинат 2. пропранолол 3. лозартан 4. нифедипин | А |  |
| 6/27 | АГ СЧИТАЮТ РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ АД ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОМБИНАЦИИ   1. диуретика + двух препаратов других групп в адекватных дозировках + антагониста минералокортикоидных рецепторов 2. трех групп антигипертензинвых препаратов 3. четырех групп антигипертензивных препаратов, из которых два являются тиазидным и петлевым диуретиком 4. диуретика + ИАПФ в течение трех месяцев терапии | А |  |
| 6/28 | ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫБРАТЬ ДИУРЕТИК   1. торасемид 2. фуросемид 3. гидрохлотиазид 4. индапамид | А |  |
| 6/29 | СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ БОЛЬНЫМ С АГ УПОТРЕБЛЕНИЕ ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ В СУТКИ   1. 500 г и более 2. до 400 г 3. до 300 г 4. до 100 г | А |  |
| 6/30 | СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ БОЛЬНЫМ С АГ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ   1. аэробные, динамические 2. изометрические 3. с натуживанием 4. с наклонами вперед | А |  |
| 6/31 | ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫБРАТЬ ДИУРЕТИК   1. торасемид 2. фуросемид 3. гидрохлотиазид 4. индапамид | А |  |
| 6/32 | СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ БОЛЬНЫМ С АГ УПОТРЕБЛЕНИЕ ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ В СУТКИ   1. 500 г и более 2. до 400 г 3. до 300 г 4. до 100 г | А |  |
| 6/33 | СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ БОЛЬНЫМ С АГ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ   1. аэробные, динамические 2. изометрические 3. с натуживанием 4. с наклонами вперед | А |  |
| 6/34 | НАИЛУЧШИМ МЕТОДОМ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АГ ЯВЛЯЕТСЯ   1. суточное мониторирование АД 2. периодическое самостоятельное измерение АД пациентом 3. измерение АД врачом через 2 недели от начала терапии 4. измерение АД лежа и стоя | А |  |
| 6/35 | ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:   1. индапамид 2. эналаприл 3. бисопролол 4. верапамил | А |  |
| 6/36 | ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФРАКЦИИ ВЫБРОСА МЕНЕЕ 35% ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ   1. верапамила и дилтиазема 2. дигидропиридиновых антагонистов кальция 3. бета-адреноблокаторов 4. тиазидных диуретиков | А |  |
| 6/37 | ЗОФЕНОПРИЛ ОТНОСИТСЯ К ПРЕПАРАТАМ   1. содержащим сульфгидрильную группу 2. выводящимся преимущественно через кишечник 3. гидрофильным 4. блокирующим рецепторы к ангиотензину II первого типа | А |  |
| 6/38 | ТЕЛМИСАРТАН ОТНОСИТСЯ К ПРЕПАРАТАМ   1. высоколипофильным 2. выводящимся преимущественно почками 3. с низким связыванием с белками плазмы крови 4. для двухкратного приема | А |  |
| 6/39 | ПОВЫШЕНИЕ АД МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ ПРИЕМ   1. оральных контрацептивов 2. никорандила 3. амиодарона 4. триметазидина | А |  |
| 6/40 | АНГИОТЕНЗИН II ОКАЗЫВАЕТ КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ДЕЙСТВИИ НА РЕЦЕПТОРЫ   1. к ангиотензину II 2 типа 2. к ангиотензину II 1 типа 3. к брадикинину 4. к натрийутретическому пептиду | А |  |
| 6/41 | ДИУРЕТИКИ ПРИВОДЯТ К   1. гиперальдостеронизму 2. гиперкалиемии 3. гиперволемии 4. гипернатриемии | А |  |
| 6/42 | ПРЯМОЙ ИНГИБИТОР РЕНИНА   1. не рекомендован при лечении пациента циклоспорином 2. следует добавить к ИАПФ при недостаточном гипотензивном эффекте 3. являются препаратами первого выбора при высокорениновых формах АГ 4. увеличивает частоту отеков при приеме амлодипина | А |  |
| 6/43 | ЛЕРКАНИДИПИН   1. в меньшей степени вызывает отеки, чем амлодипин 2. не рекомендован при лечении сартанами 3. не рекомендован для лечения АГ у пациентов с ИБС 4. в большей степени увеличивает частоту пульса, чем нифедипин | А |  |
| 6/44 | У БОЛЬНЫХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ УМЕРЕННОГО РИСКА, НАЗНАЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДОВАНО   1. при отсутствии достижения целевых значений АД после соблюдения рекомендаций по изменению образа жизни в течение нескольких недель 2. сразу после установления диагноза 3. при наличии поражения органов-мишеней 4. при наличии ассоциированных с АГ состояний или заболеваний | А |  |
| 6/45 | АГ, РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ СЧИТАЮТ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СООЧЕТАНИЕМ   1. четырех групп антигипертензивных препаратов в адекватных дозах, содержащих в комбинации диуретик и антагонист минералокортикоидных рецепторов 2. трех групп антигипертензивных препаратов 3. трех групп антигипертензивных препаратов, один из которых является диуретиком 4. трех групп антигипертензивных препаратов, один является препаратом центрального действия | А |  |
| 6/46 | КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ФИКСИРОВАННЫМИ ГОТОВЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ФОРМАМИ   1. обеспечивает достижение целевых значений АД у большего числа больных и более ранние сроки 2. значимо увеличивает затраты на лечение 3. снижает вероятность удержания на терапии 4. снижает комплаентность к лечению | А |  |
| 6/47 | САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ПАЦИЕНТОВ С АГ СНИЖАЕТ   1. вероятность достижения целевых значений АД 2. комплаентность к лечению 3. вероятность удержания на терапии 4. вероятность поражения органов -мишений | А |  |
| 6/48 | ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ   1. фондапаринукса 2. нефракционированного гепарина 3. эноксипарина 4. бивалирудина | А |  |
| 6/49 | ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОВТОРНО ЗНАЧЕНИЯ АД 150/80, 160/70 170/70 ММ РТ.СТ. СООТВЕТСТВУЮТ ПОНЯТИЮ Правильный ответ: А ТК-РК   1. изолированной систолической гипертонии 2. изолированной диастолической гипертонии 3. гипертонии «белого халата» 4. систоло-диастолической гипертони | А |  |
| 6/50 | У БОЛЬНЫХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД:   1. <140/90 мм ртст 2. <130/80 мм рт.ст. 3. <125/80 мм ртст 4. < 130/85 мм рт.ст. | А |  |
| 6/51 | ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ЯВЛЯЕТСЯ   1. каптоприл 2. клофелин 3. моксонидин 4. нифедипин | А |  |
| 6/52 | ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ   1. каптоприл 2. клофелин 3. моксонидин 4. нифедипин | А |  |
| 6/53 | ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТАКСАЛОЛА ЯВЛЯЕТСЯ   1. синдром слабости синусового узла 2. сердечная недостаточность I-II фк по NYHA 3. хронический бронхит 4. открытоугольная глаукома | А |  |
| 6/54 | МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БЕТАКСОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ   1. 40 мг 2. 20 мг 3. 10 мг 4. 5 мг | А |  |
| 6/55 | МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ТОРАСЕМИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ   1. 10 мг 2. 20 мг 3. 7,5 мг 4. 5 мг | А |  |
| 6/56 | ПРИ РАЗВИТИИ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ, ВСЛЕДСТВИИ ПРИЕМА БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ   1. адреналин 2. аминофиллин 3. дигоксин 4. гидрохлортиазид | А |  |
| 6/57 | МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХСН   1. 10 мг 2. 15 мг 3. 20 мг 4. 40 мг | А |  |
| 6/58 | МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ   1. 20 мг 2. 15 мг 3. 10 мг 4. 40 мг | А |  |
| 6/59 | ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ СТЕПЕНИ АЛЬБУМИНУРИИ ЯВЛЯЮТСЯ   1. иАПФ 2. дигидропиридиновые антагонисты кальция 3. диуретики 4. бета-адреноблокаторы | А |  |
| 6/60 | ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ   1. показана для лечения резистентной АГ 2. значимо снижает функцию почек 3. эффективна только при симтоматической реноваскулярной гипертонии 4. противопоказана при сопутствующей ИБС | А |  |
| 6/62 | НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМУСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ   1. ангопластика почечной артерии 2. нефропексия 3. нефрэктомия 4. протезирование с использованием сосудистогоаутотрансплантанта | А |  |
| 6/63 | НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМУСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ   1. ангопластика почечной артерии 2. нефропексия 3. нефрэктомия 4. протезирование с использованием сосудистогоаутотрансплантанта | А |  |
| 6/64 | ВЫБОР ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО АД ЗАВИСИТ ОТ   1. наличия и характера сопутствующих заболеваний 2. исходного уровня АД 3. пола больного 4. наличия неблагоприятного семейного анамнеза | А |  |
| 6/65 | ТАКТИКА РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ПО СРАВНЕНИЮ С МОНОТЕРАПИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ   1. в большей степени снижает риск развития осложнений АГ 2. снижает приверженность к терапии 3. повышает частоту нежелательных явлений 4. снижает вероятность удержания на терапии | А |  |
| 6/66 | САРТАНЫ ОКАЗЫВАЮТ ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ЗА СЧЕТ   1. блокады действия ангиотензина II на рецепторы 1 типа 2. блокады действия ангиотензина II на рецепторы 2 типа 3. повышения уровня эндотелина-1 4. сохранения уровня брадикинина | А |  |
| 6/67 | ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭФФЕКТА ГИДРОХЛОРТИАЗИДА ЗАВИСИТ ОТ   1. полиморфизма генов АПФ 2. исходного уровня калия в крови 3. активности симпатической нервной системы 4. уровня сахара в крови |  |  |
| 6/68 | ДИГИДРОПИРИДИНОВЫЕ АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ СНИЖАЮТ РИСК   1. инсульта больше, чем инфаркта миокарда 2. нефропатии больше, чем инфаркта миокарда 3. инсульта меньше, чем иАПФ 4. инфаркта больше, чем иАПФ | А |  |
| 6/69 | НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМУСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ   1. ангопластика почечной артерии 2. нефропексия 3. нефрэктомия 4. протезирование с использованием сосудистогоаутотрансплантанта | А |  |
| 6/70 | ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ   1. обеспечивает достижение целевого АД у большего числа пациентов 2. увеличивает риск развития новых случаев сахарного диабета 3. увеличивает частоту неблагоприятных событий 4. снижает затраты на медикаментозное лечение | А |  |
| 6/71 | НАЛИЧИЕ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АГ   1. ухудшает прогноз 2. затрудняет назначение ИАПФ 3. затрудняет назначение бета-адреноблокаторов 4. увеличивает риск ишемии миокарда | А |  |
| 6/72 | СНИЖЕНИЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХТС АГ ПОКАЗАНО ДЛЯ   1. периндоприла 2. трандолаприла 3. эналаприла 4. лизиноприла | А |  |
| 6/73 | У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД:   1. <140/85 мм рт.ст. 2. <140/90 мм ртст 3. <130/80 мм рт.ст. 4. < 130/85 мм рт.ст. | А |  |
| 6/74 | ПЕРИНДОПРИЛ ОТНОСИТСЯ К ПРЕПАРАТАМ   1. липофильным 2. гидрофильным 3. выводящимся преимущественно печенью 4. содержащим сульфгидрильную группу | А |  |
| 6/75 | ПРИЕМ НАТОЩАК РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ   1. фуросемида 2. торасемида 3. амлодипина 4. бисопролола | А |  |
| 6/76 | ТОРАСЕМИД ЯВЛЯЕТСЯ ДИУРЕТИКОМ   1. петлевым 2. осмотическим 3. тиазидным 4. ингибирующим карбонангидразу | А |  |
| 6/77 | БИСОПРОЛОЛ ЯВЛЯЕТСЯ   1. высокоселективным бета1- адреноблокатором 2. неселективным бета1-адреноблокатором с вазодилатирующими свойствами 3. высокоселективным альфа- и бета-адреноблокатором 4. высокоселективным бета1-адреноблокатором с вазодилатирующими свойствами | А |  |
| 6/78 | НЕЖЕЛАТЕЛЬНО СОЧЕТАТЬ АМЛОДИПИН С   1. такролимусом 2. варфарином 3. нитратами 4. бисопрололом | А |  |
| 6/79 | К ЧАСТЫМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТАМ АМЛОДИПИНА ОТНОСЯТСЯ   1. отеки ног 2. тромбоцитопеническая пурпура 3. запоры 4. мигрени | А |  |
| 6/80 | МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА АМЛОДИПИНА   1. 10 мг 2. 20 мг 3. 30 мг 4. 40 мг | А |  |
| 6/81 | ЭПЛЕРЕНОН   1. препятствует связыванию минералокортикоидных рецепторов с альдостероном 2. вызывает геникомастию подобно спиронолактону 3. может назначаться совместно с циклоспорином и такролимусом 4. может приводить к гиперкалиемии аналогично спиронолактону | А |  |
| 6/82 | НАИБОЛЬШАЯ СТЕПЕНЬ СНИЖЕНИЯ АД ДОСТИГАЕТСЯ   1. комбинацией антигипертензивных препаратов разных групп 2. удвоением дозы ранее назначенного антигипертензивного препарата 3. сменой антигипертензивного препарата одной группы на препарат другой группы 4. увеличением кратности приема препарата в течение дня | А |  |
| 6/83 | РАЦИОНАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОЗВОЛЯЕТ   1. увеличить эффективность лечения и снизить частоту нежелятельных явлений 2. увеличить эффективность лечения 3. снизить частоту нежелательнх явлений 4. увеличить комплаентность к лечению | А |  |
| 6/84 | ПРЕДУПРЕДИТЬ ЧРЕЗМЕРНУЮ ГИПОТОНИЮ В НАЧАЛЕ ТЕРАПИИ ИАПФ МОЖНО ЗА СЧЕТ   1. отмены диуретиков на 2-3 дня и коррекции гипонатриемии 2. сочетания с доксазозином 3. добавления препаратов калия 4. ношения компрессионных чулков | А |  |
| 6/85 | НАЗНАЧЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ   1. лечения АГ у больных с ИБС или ХСН 2. начальной терапии при неосложненном течении АГ 3. профилактики инсультов 4. коррекции повышенной частоты пульса у молодых здоровых людей | А |  |
| 6/86 | ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ   1. празозина 2. валсартан 3. метопролола 4. моксонидина | А |  |
| 6/87 | ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ   1. фуросемид 2. клофелин 3. моксонидин 4. нифедипин | А |  |
| 6/88 | ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ , ЯВЛЯЕТСЯ   1. метопролол 2. нифедипин 3. клофелин 4. пентамин | А |  |
| 6/89 | ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ АД   1. следует продолжать лечение препаратами в подобранных дозировках неопределенно долгий срок 2. можно отменить один из препаратов на некоторый период времени 3. следует продолжать лечение препаратами в подобранных дозировках не менее 3 месяцев 4. можно разрешить пропуск приема препаратов на 1-2 дня в неделю | А |  |
| 6/90 | НЕ СЛЕДУЕТ СОЧЕТАТЬ ПРИЕМ ИНГИБИТОРА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5 ДЛЯКОРРЕКЦИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ЛЕЧЕНИЕМ АГ   1. празозином 2. эналаприлом 3. валсартаном 4. амлодипином | А |  |