

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)**

Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского  
Кафедра кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики

**Методические материалы по дисциплине:**

**Неотложная кардиология**

основная профессиональная образовательная программа высшего  
профессионального образования – программа специалитета

31.00.00 Клиническая медицина

31.05.01 Лечебное дело

## Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

- 1/1 ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПАЦИЕНТУ С
- А) симптомами, характерными для ХСН, и эхокардиографическими признаками дисфункции сердца +
  - В) симптомами, характерными для ХСН, и патологическими изменениями ЭКГ
  - С) бессимптомным снижением фракции выброса левого желудочка
  - Д) любой сердечно-сосудистой патологией
- 1/2 СИМПТОМОМ, СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
- А) трехчленный ритм «галопа» +
  - В) крепитация в легких
  - С) увеличение печени
  - Д) отек лодыжек
- 1/3 ДИАГНОЗ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ВОЗМОЖЕН ПРИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МЕНЕЕ
- А) 40% +
  - В) 50%
  - С) 45%
  - Д) 35%
- 1/4 ДИАГНОЗ ХСН С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ВОЗМОЖЕН ПРИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НЕ МЕНЕЕ
- А) 50% +
  - В) 55%
  - С) 45%
  - Д) 40%
- 1/5 ПРИ ХСН II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО НЬЮ-ЙОРКСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ УТОМЛЯЕМОСТЬЮ, ОДЫШКОЙ, СЕРДЦЕБИЕНИЕМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
- А) привычная физическая активность +
  - В) чрезмерная физическая активность
  - С) физическая активность меньшей интенсивности, чем привычная
  - Д) малейшая физическая активность
- 1/6 ПРИ ХСН III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО НЬЮ-ЙОРКСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ УТОМЛЯЕМОСТЬЮ, ОДЫШКОЙ, СЕРДЦЕБИЕНИЕМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
- А) физическая активность меньшей интенсивности, чем привычная +
  - В) чрезмерная физическая активность
  - С) привычная физическая активность
  - Д) малейшая физическая активность
- 1/7 ПРИ ХСН I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО НЬЮ-ЙОРКСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ УТОМЛЯЕМОСТЬЮ, ОДЫШКОЙ, СЕРДЦЕБИЕНИЕМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
- А) чрезмерная физическая активность +
  - В) привычная физическая активность

- C) физическая активность меньшей интенсивности, чем привычная
- D) малейшая физическая активность
- 1/8 ПРИ ХСН IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО НЬЮ-ЙОРКСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ УТОМЛЯЕМОСТЬЮ, ОДЫШКОЙ, СЕРДЦЕБИЕНИЕМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
- A) малейшая физическая активность +
- B) физическая активность меньшей интенсивности, чем привычная
- C) привычная физическая активность
- D) чрезмерная физическая активность
- 1/9 ДИАГНОЗ ХСН ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЛИЧИЕ
- A) характерных жалоб и симптомов +
- B) ишемической болезни сердца
- C) расширения границ сердца
- D) признаков застоя при рентгенографии легких
- 1/10 ДИАГНОЗ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МАЛОВЕРОЯТЕН ПРИ
- A) нормальной ЭКГ +
- B) нормальной фракции выброса левого желудочка
- C) нормальном кардиоторакальном индексе
- D) нормальной жизненной емкости легких
- 1/11 ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА СОДЕРЖАНИЕ
- A) мозгового натрийуретического пептида +
- B) сердечных тропонинов
- C) МВ-фракции КФК
- D) ангиотензина
- 1/12 СТАНДАРТНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ХСН НЕ ВКЛЮЧАЕТ
- A) суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру +
- B) рентгеновское исследование легких
- C) общий анализ мочи
- D) биохимический анализ крови
- 1/13 У ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ БЕССИМПТОМНУЮ ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ КАК
- A) состояние, предрасполагающее к ХСН +
- B) первую стадию ХСН
- C) вариант нормы
- D) признак ишемической болезни сердца
- 1/14 У ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА ОДЫШКУ ДИАГНОЗ ХСН МОЖНО СЧИТАТЬ ПОДТВЕРЖДЕННЫМ, ЕСЛИ
- A) фракция выброса левого желудочка <40% +
- B) в анамнезе – инфаркт миокарда
- C) возраст > 65 лет
- D) на ЭКГ - блокада левой ножки пучка Гиса
- 1/15 ПАЦИЕНТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМЕЗЕ ЖАЛУЕТСЯ НА ОДЫШКУ ПРИ

ХОДЬБЕ. ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ФВЛЖ) В ПОКОЕ =54%, ПРИ ПРОБЕ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ – ГИПОКИНЕЗ ТРЕХ НОВЫХ СЕГМЕНТОВ И ФВЛЖ=38% . ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A) преходящая ишемия миокарда +
  - B) сердечная недостаточность со сниженной ФВЛЖ
  - C) перенесенный инфаркт миокарда
  - D) сердечная недостаточность с сохраненной ФВЛЖ
- 1/16 У ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И ЖАЛОБАМИ НА ОДЫШКУ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ХСН
- A) требуется эхокардиография +
  - B) требуется проба с физической нагрузкой с регистрацией ЭКГ
  - C) требуется коронарография
  - D) дополнительные исследования не требуются
- 1/17 ПАЦИЕНТУ С ЖАЛОБАМИ НА ОДЫШКУ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АНАМНЕЗЕ И ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ЭКГ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ХСН
- A) показан анализ крови на натрийуретические пептиды +
  - B) показана рентгенография органов грудной полости
  - C) показана стресс-эхокардиография
  - D) дополнительные исследования не показаны
- 1/18 ПАЦИЕНТУ С ЖАЛОБАМИ НА ОДЫШКУ ПРИ НАГРУЗКЕ И ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ФВЛЖ), РАВНОЙ 47%,
- A) для постановки диагноза ХСН требуются другие эхокардиографические параметры +
  - B) можно поставить диагноз ХСН с сохраненной ФВЛЖ
  - C) можно поставить диагноз ХСН со сниженной ФВЛЖ
  - D) можно поставить диагноз ХСН с промежуточной ФВЛЖ
- 1/19 СТАНДАРТНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ХСН ВКЛЮЧАЕТ АНАЛИЗ КРОВИ НА
- A) сахар +
  - B) КФК общую
  - C) КФК-МВ
  - D) Тропонин I
- 1/20 У ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕССИМПТОМНОЕ СНИЖЕНИЕ ФВЛЖ ДО 40% СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ КАК
- A) состояние, предшествующее ХСН +
  - B) первую стадию ХСН
  - C) вариант нормы
  - D) признак ишемической болезни сердца
- 1/21 ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ АДЕКВАТНОСТИ МОЧЕГОННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ КОНТРОЛЬ
- A) массы тела +
  - B) периферических отеков
  - C) артериального давления

- 1/22 D) объема выпитой и выделенной жидкости  
БОЛЬНЫМ СО СТАБИЛЬНОЙ ХСН, ПОЛУЧАЮЩИМ ИНГИБИТОРЫ АПФ И  
ДИУРЕТИКИ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ КАЛИЯ  
A) как правило, не показан +  
B) показан  
C) показан при приеме петлевых диуретиков
- 1/23 D) показан в дни приема мочегонных  
ИНГИБИТОРЫ АПФ ПОЗВОЛЯЮТ СНИЗИТЬ СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ХСН  
A) со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) +  
B) с промежуточной ФВЛЖ  
C) с сохраненной ФВЛЖ
- 1/24 D) независимо от ФВЛЖ  
ИНГИБИТОРЫ АПФ ПАЦИЕНТАМ С ХСН ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ  
A) беременности +  
B) хронической обструктивной болезни легких  
C) хронической болезни почек  $\geq 3$  стадии  
D) бронхиальной астме
- 1/25 D) независимо от ФВЛЖ  
ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРИ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ПОКАЗАНЫ  
A) всем пациентам при отсутствии противопоказаний +  
B) только пациентам с АД не менее 110/70 мм рт.ст.  
C) только пациентам с ХСН тяжестью не менее 2 ФК NYHA  
D) только пациентам с признаками застоя жидкости
- 1/26 D) только пациентам с признаками застоя жидкости  
ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРИ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ПОКАЗАНЫ  
A) всем пациентам при отсутствии противопоказаний +  
B) только пациентам после инфаркта миокарда  
C) только пациентам с артериальной гипертонией  
D) только пациентам с сахарным диабетом
- 1/27 D) только пациентам с сахарным диабетом  
ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРИ ХСН С СОХРАНЕННОЙ ФВЛЖ ПОКАЗАНЫ  
A) пациентам с артериальной гипертонией +  
B) всем пациентам с ХСН тяжестью не менее 2 функционального класса NYHA  
C) только пациентам, перенесшим инфаркт миокарда  
D) только пациентам с признаками застоя жидкости
- 1/28 D) только пациентам с признаками застоя жидкости  
БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПРИ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ  
ПОКАЗАНЫ  
A) при непереносимости ингибиторов АПФ из-за кашля +  
B) при наличии противопоказаний к ингибиторам АПФ из-за двустороннего стеноза почечных артерий  
C) при невозможности назначения целевых доз ингибиторов АПФ в связи с почечной недостаточностью  
D) всем пациентам наравне с ингибиторами АПФ
- 1/29 D) всем пациентам наравне с ингибиторами АПФ  
ПРИ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ДОЗУ ИНГИБИТОРА АПФ ИЛИ БЛОКАТОРА  
РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА СЛЕДУЕТ ПОВЫШАТЬ ДО  
A) максимальной переносимой терапевтической дозы +

- В) достижения АД менее 140/90 мм рт.ст.
- С) половины максимальной терапевтической дозы
- Д) снижения АД до 110/70 мм рт.ст.
- 1/30 ПРИ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ТЕРАПИЮ ИНГИБИТОРОМ АПФ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
- А) с дозы не более 1/8 от максимальной терапевтической +
- В) с дозы не более 1/4 от максимальной терапевтической
- С) с дозы не более 1/2 от максимальной терапевтической
- Д) с максимальной терапевтической дозы
- 1/31 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХСН ИНГИБИТОРОМ АПФ СЛЕДУЕТ ПЕРИОДИЧЕСКИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ
- А) креатинина +
- В) мочевой кислоты
- С) гемоглобина
- Д) АПФ
- 1/32 ПРИ ВЫБОРЕ ИНГИБИТОРА АПФ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХСН
- А) предпочтений нет +
- В) предпочтительно назначение эналаприла
- С) предпочтительно назначение периндоприла
- Д) предпочтительно назначение каптоприла
- 1/33 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПОКАЗАНЫ
- А) пациентам с ХСН с ФВЛЖ <40% и тяжестью не менее 2 ФК NYHA +
- В) всем пациентам с ХСН с ФВЛЖ<40%
- С) всем пациентам с ХСН тяжестью не менее 2 ФК NYHA
- Д) всем пациентам с ХСН
- 1/34 ДОКАЗАНО, ЧТО ТЕРАПИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ ПОЗВОЛЯЕТ СНИЗИТЬ СМЕРТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХСН
- А) с ФВЛЖ <40% +
- В) с ФВЛЖ <50%
- С) с ФВЛЖ >40%
- Д) независимо от ФВЛЖ
- 1/35 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПОЗВОЛЯЮТ УЛУЧШИТЬ ПРОГНОЗ ДЛЯ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХСН
- А) со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) +
- В) с сохраненной ФВЛЖ
- С) с промежуточной ФВЛЖ
- Д) с любой ФВЛЖ
- 1/36 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПОКАЗАНЫ ПРИ ХСН С ФВЛЖ<40%
- А) всем пациентам после инфаркта миокарда +
- В) всем пациентам с дилатационной кардиомиопатией
- С) всем пациентам с синусовым ритмом
- Д) всем пациентам

- 1/37 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ПОКАЗАНЫ
- А) всем пациентам с ХСН тяжестью не менее 2 ФК NYHA +
  - В) пациентам с АД не менее 110/70 мм рт.ст.
  - С) пациентам с ЧСС не менее 70 в мин
  - Д) только пациентам после инфаркта миокарда
- 1/38 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ ХСН С ФВЛЖ >40% МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ
- А) снижения частоты сердечных сокращений +
  - В) снижения частоты госпитализаций
  - С) снижения риска внезапной смерти
  - Д) снижения риска смерти от ХСН
- 1/39 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ ХСН С ФВЛЖ >40% МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ
- А) снижения частоты сердечных сокращений +
  - В) снижения частоты госпитализаций
  - С) снижения риска внезапной смерти
  - Д) снижения риска смерти от ХСН
- 1/40 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОР, БЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ КОТОРОГО НА ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С ХСН ДОКАЗАНО, ЭТО
- А) карведилол +
  - В) метопролола тартрат
  - С) атенолол
  - Д) пропранолол
- 1/41 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОР, ВЛИЯНИЕ КОТОРОГО НА СМЕРТНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН НЕ ДОКАЗАНО, ЭТО
- А) метопролола тартрат +
  - В) метопролола сукцинат
  - С) бисопролол
  - Д) карведилол
- 1/42 ПРИ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ТЕРАПИЮ БЕТА-БЛОКАТОРОМ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
- А) с дозы не более 1/8 от максимальной терапевтической +
  - В) с дозы не более 1/4 от максимальной терапевтической
  - С) с дозы не более 1/2 от максимальной терапевтической
  - Д) с максимальной терапевтической дозы
- 1/43 ДИУРЕТИКИ ПРИ ХСН ПОКАЗАНЫ
- А) только пациентам с признаками застоя жидкости +
  - В) только пациентам с ХСН тяжестью не менее 2 ФК
  - С) только пациентам с периферическими отеками
  - Д) всем пациентам при отсутствии противопоказаний
- 1/44 ПРИМЕНЕНИЕ ДИУРЕТИКОВ ПРИ ХСН ПОЗВОЛЯЕТ
- А) уменьшить выраженность симптомов +
  - В) уменьшить риск смерти от прогрессирования ХСН
  - С) уменьшить риск смерти от сердечно-сосудистых причин

- 1/45 D) уменьшить риск смерти от всех причин  
ПРИ ХСН С ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ ЖИДКОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ  
A) рекомендуется +  
B) не рекомендуется  
C) рекомендуется лишь в комбинации с петлевыми диуретиками
- 1/46 D) рекомендуется лишь при отсутствии сахарного диабета  
ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ХСН ДИУРЕТИКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИНИМАТЬ  
A) ежедневно +  
B) 2-3 раза в неделю  
C) раз в неделю
- 1/47 D) при появлении отеков ног  
У БОЛЬНЫХ С ХСН С ЗАСТОЕМ ЖИДКОСТИ И СНИЖЕНИЕМ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ  $< 30 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$  ДИУРЕТИКИ  
A) тиазидные в монотерапии назначать не следует +  
B) следует назначать в пониженных дозах  
C) назначать в комбинациях не следует
- 1/48 D) назначать не следует  
ИВАБРАДИН ПРИ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ПОКАЗАН  
A) пациентам с синусовым ритмом, ХСН не менее 2ФК и ЧСС не менее 70 на фоне оптимальной терапии +  
B) всем пациентам с ЧСС не менее 70  
C) только пациентам с непереносимостью бета-адреноблокаторов и синусовым ритмом
- 1/49 D) всем пациентам с непереносимостью бета-адреноблокаторов  
БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ ХСН ПРОТИВОПОКАЗАНЫ, ЕСЛИ  
A) ЧСС  $< 50$  +  
B) ФЖЕЛ  $< 70$   
C) систолическое АД  $< 110 \text{ мм рт.ст.}$
- 1/50 D) скорость клубочковой фильтрации  $< 15 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$   
БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ ХСН ПРОТИВОПОКАЗАНЫ, ЕСЛИ  
A) ЧСС  $< 50$  +  
B) ЧСС  $< 60$   
C) систолическое АД  $< 110 \text{ мм рт.ст.}$
- 1/51 D) скорость клубочковой фильтрации  $< 15 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$   
ТЕРАПИЮ АНТАГОНИСТАМИ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ ПРИ  
A) концентрации калия в крови  $> 6 \text{ ммоль/л}$  +  
B) скорости клубочковой фильтрации  $< 30 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$   
C) систолическом АД  $\leq 100 \text{ мм рт.ст.}$
- 1/52 D) гинекомастии  
ДИГОКСИН У БОЛЬНЫХ С ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ  
A) АВ блокаде 2 степени +  
B) синусовом ритме



- С) бессимптомной желудочковой экстрасистолии
- 1/53 D) скорости клубочковой фильтрации  $<60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>  
ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ИЛИ УВЕЛИЧЕНИЯ ДОЗЫ ИАПФ ИЛИ БЕТА-БЛОКАТОРОВ  
НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ УРОВЕНЬ В КРОВИ  
А) креатинина +  
В) натрия  
С) глюкозы  
D) мочевой кислоты
- 1/54 ПРИ ХСН С СОХРАНЕННОЙ ФВЛЖ БЛОКАТОРЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ  
СИСТЕМЫ ПОЗВОЛЯЮТ  
А) снизить частоту госпитализаций +  
В) снизить смертность  
С) снизить сердечно-сосудистую смертность  
D) снизить внезапную смертность
- 1/55 ИМПЛАНТАЦИЯ УСТРОЙСТВА СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ  
БОЛЬНОМУ С СИМПТОМАМИ ХСН ПОКАЗАНА ПРИ  
А) ФВЛЖ  $< 35\%$  и комплексе QRS не менее 130мсек +  
В) ФВЛЖ  $< 35\%$ , независимо от ширины комплекса QRS  
С) комплексе QRS не менее 130мсек независимо от ФВЛЖ  
D) блокаде левой ножки пучка Гиса, независимо от ФВЛЖ
- 1/56 СТАТИНЫ ПОКАЗАНЫ ПРИ ХСН  
А) только ишемического генеза +  
В) только с сохраненной ФВЛЖ  
С) только со сниженной ФВЛЖ  
D) всем пациентам, независимо от этиологии и ФВЛЖ
- 1/57 ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА БОЛЬНОМУ С ХСН НА ФОНЕ  
ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНА ПРИ  
А) ФВЛЖ  $< 35\%$  +  
В) частой желудочковой экстрасистолии  
С) бессимптомной неустойчивой желудочковой тахикардии  
D) сочетании ФВЛЖ  $< 35\%$  и желудочковой эктопии
- 1/58 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ДОЗУ БИСОПРОЛОЛА  
СЛЕДУЕТ УВЕЛИЧИВАТЬ ДО  
А) 10 мг в сутки или максимально переносимой дозы +  
В) 5 мг в сутки  
С) достижения ЧСС  $< 70$  в минуту  
D) снижения систолического АД  $< 110$  мм рт.ст.
- 1/59 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ  
А) неприверженность рекомендациям по лечению и образу жизни +  
В) физическая нагрузка  
С) присоединение преходящей ишемии миокарда  
D) прогрессирование почечной недостаточности
- 1/60 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО

## ПРИМЕНЕНИЕ

- А) нестероидных противовоспалительных препаратов +
- В) противогрибковых антибиотиков
- С) ингаляционных бронхолитиков
- Д) тиазидных диуретиков
- 1/61 ПРЕДОТВРАТИТЬ ИЛИ ЗАМЕДЛИТЬ РАЗВИТИЕ ХСН У ПАЦИЕНТА СО СТАБИЛЬНОЙ ИБС ПОЗВОЛЯЕТ
- А) эффективное лечение артериальной гипертонии +
- В) снижение массы тела у лиц с избыточным весом
- С) инсулинотерапия у лиц с сахарным диабетом
- Д) коронарная реваскуляризация
- 1/62 ПРЕДОТВРАТИТЬ РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ХСН У ПАЦИЕНТА С ПОСТИНФАРКТНОЙ БЕССИМПТОМНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОЗВОЛЯЮТ
- А) бета-адреноблокаторы +
- В) аспирин
- С) омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
- Д) нитраты
- 1/63 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
- А) антиаритмические препараты +
- В) бета-адреноблокаторы
- С) ингибиторы АПФ
- Д) антагонисты минералкортикоидных рецепторов
- 1/64 АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПОКАЗАНЫ ПАЦИЕНТАМ С ХСН ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
- А) при фибрилляции предсердий +
- В) при желудочковых нарушениях ритма
- С) при аневризме левого желудочка с плотным пристеночным тромбом
- Д) при фракции выброса <30%
- 1/65 ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПАЦИЕНТУ С ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
- А) ингибиторов АПФ +
- В) аспирина
- С) амиодарона
- Д) ивабрадина
- 1/66 ПРЕДОТВРАТИТЬ ИЛИ ЗАМЕДЛИТЬ РАЗВИТИЕ ХСН ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОЗВОЛЯЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
- А) рамиприла +
- В) метформина
- С) фенофибрата
- Д) клопидогрела
- 1/67 ПАЦИЕНТАМ СО СТАБИЛЬНОЙ ХСН ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ

- A) рекомендуются умеренные: аэробные и силовые +
  - B) противопоказаны
  - C) не рекомендуются силовые
  - D) не рекомендуются аэробные
- 1/68 ДЛЯ I КЛАССА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ НЬЮ-ЙОРСКОЙ АССОЦИАЦИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО
- A) переносимость обычных физических нагрузок, обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения +
  - B) умеренное ограничение физической активности, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение
  - C) выраженное ограничение физической активности, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, одышки и сердцебиению
  - D) непереносимость минимальных физических нагрузок, в покое возникают слабость, одышка и сердцебиение
- 1/69 ДЛЯ II КЛАССА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ НЬЮ-ЙОРСКОЙ АССОЦИАЦИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО
- A) умеренное ограничение физической активности, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение +
  - B) переносимость обычных физических нагрузок, обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения
  - C) выраженное ограничение физической активности, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, одышки и сердцебиению
  - D) непереносимость минимальных физических нагрузок, в покое возникают слабость, одышка и сердцебиение
- 1/70 ДЛЯ III КЛАССА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ НЬЮ-ЙОРСКОЙ АССОЦИАЦИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО
- A) выраженное ограничение физической активности, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, одышки и сердцебиению +
  - B) переносимость обычных физических нагрузок, обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения
  - C) умеренное ограничение физической активности, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение
  - D) непереносимость минимальных физических нагрузок, в покое возникают слабость, одышка и сердцебиение
- 1/71 ДЛЯ IV КЛАССА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ НЬЮ-ЙОРСКОЙ АССОЦИАЦИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО
- A) непереносимость минимальных физических нагрузок, в покое возникают слабость, одышка и сердцебиение +
  - B) переносимость обычных физических нагрузок, обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения
  - C) умеренное ограничение физической активности, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение
  - D) выраженное ограничение физической активности, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, одышки и сердцебиению
- 1/72 ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ НАРУШЕНИЕ
- A) инотропной функции сердца +

- В) хронотропной функции сердца
- С) дромотропной функции сердца
- Д) батмотропной функции сердца
- 1/73 ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ НАРУШЕНИЕ
- А) инотропной функции сердца +
- В) хронотропной функции сердца
- С) дромотропной функции сердца
- Д) батмотропной функции сердца
- 1/74 НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ АКТИВАЦИЯ ПРИ ХСН ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- А) активацией симпатико – адреналовой системы и ренин – ангиотензин - альдостероновой системы +
- В) активацией симпатико – адреналовой системы
- С) активацией ренин – ангиотензин - альдостероновой системы
- Д) повышением уровня кортизола
- 1/75 КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДОЙ СИМПТОМОВ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ
- А) одышка, слабость и отеки ног +
- В) гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия
- С) приступы одышки в ночное время, кашель и сердцебиение
- Д) чувство тяжести за грудиной, одышка и сердцебиение
- 1/76 ПРИЗНАКАМИ ХСН I СТАДИИ ЯВЛЯЮТСЯ
- А) скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке +
- В) в покое имеются признаки недостаточности кровообращения по малому кругу
- С) в покое имеются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу
- Д) в покое имеются признаки застоя в малом и большом круге кровообращения
- 1/77 ПРИЗНАКАМИ ХСН IIA СТАДИИ ЯВЛЯЮТСЯ
- А) в покое имеются признаки недостаточности кровообращения или по малому или по большому кругу +
- В) при небольшой нагрузке имеются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу
- С) скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке
- Д) в покое имеются признаки застоя в малом и большом круге кровообращения
- 1/78 ПРИЗНАКАМИ ХСН IIB СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А) в покое имеются признаки недостаточности кровообращения по малому и по большому кругу +
- В) скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке
- С) в покое имеются признаки недостаточности кровообращения по малому и большому кругу
- Д) при небольшой нагрузке имеются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу
- 1/79 ПРИЗНАКАМИ ХСН III СТАДИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- A) дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики и необратимыми структурными изменениями в органах +
- B) скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке
- C) в покое имеются признаки недостаточности кровообращения по малому и большому кругу
- D) при небольшой нагрузке имеются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу

1/80 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХСН:

- A) ресинхронизация левого и правого желудочка, постановка электрокардиостимуляторов, кардиовертера-дефибриллятора +
- B) аорто-коронарное шунтирование
- C) трансплантация сердца
- D) абляция АВ-соединения

1/81 СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- A) фракция выброса левого желудочка более 50%, повышение уровня натрийуретического пептида, соответствующее структурное изменение (гипертрофия миокарда левого желудочка и/или расширение левого предсердия) и/или диастолическая дисфункция +
- B) фракция выброса левого желудочка 40 - 49%, повышение уровня натрийуретического пептида, соответствующее структурное изменение (гипертрофия миокарда левого желудочка и/или расширение левого предсердия) и/или диастолическая дисфункция
- C) фракция выброса левого желудочка менее 40%
- D) повышением натрийуретического пептида независимо от фракции выброса левого желудочка

1/82 СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СО СРЕДНЕЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- A) фракция выброса левого желудочка 40 - 49%, повышение уровня натрийуретического пептида, соответствующее структурное изменение (гипертрофия миокарда левого желудочка и/или расширение левого предсердия) и/или диастолическая дисфункция +
- B) фракция выброса левого желудочка более 50%, повышение уровня натрийуретического пептида, соответствующее структурное изменение (гипертрофия миокарда левого желудочка и/или расширение левого предсердия) и/или диастолическая дисфункция
- C) фракция выброса левого желудочка менее 40%
- D) повышением натрийуретического пептида независимо от фракции выброса левого желудочка

1/83 СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- A) фракция выброса левого желудочка менее 40% +
- B) фракция выброса левого желудочка более 50%, повышение уровня натрийуретического пептида, соответствующее структурное изменение (гипертрофия миокарда левого желудочка и/или расширение левого предсердия) и/или диастолическая дисфункция
- C) фракция выброса левого желудочка 40 - 49%, повышение уровня натрийуретического пептида, соответствующее структурное изменение (гипертрофия миокарда левого желудочка и/или расширение левого предсердия) и/или диастолическая дисфункция
- D) повышением натрийуретического пептида независимо от фракции выброса левого желудочка

1/84 У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО

СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЛЕКАРСТВЕННУЮ ТЕРАПИЮ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ

- А) ингибиторы АПФ и бета – адреноблокаторы от титруемых и максимально переносимых доказательных доз +
- В) бета – адреноблокаторы и диуретики от титруемых и максимально переносимых
- С) антагонисты минералкортикоидных рецепторов и бета - адреноблокаторы

1/85 ПРИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ДРУГИХ ПРИЧИН ИМПЛАНТИРУЕМЫЙ КАРДИОВЕРТЕР - ДЕФИБРИЛЛЯТОР РЕКОМЕНДОВАН ПАЦИЕНТАМ

- А) перенесшим гемодинамически значимую желудочковую аритмию, и ожидаемая продолжительность жизни которых более 1 года с хорошим функциональным статусом+
- В) с фракцией выброса левого желудочка менее 30%
- С) с сердечной недостаточностью IV ФК по NYHA, с тяжелыми рефрактерными к медикаментозной терапии симптомами
- Д) с постоянной формой фибрилляции/трепетания предсердий и сниженной фракцией выброса левого желудочка

1/86 ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ДРУГИХ ПРИЧИН ИМПЛАНТИРУЕМЫЙ КАРДИОВЕРТЕР - ДЕФИБРИЛЛЯТОР РЕКОМЕНДОВАН ПАЦИЕНТАМ

- А) с симптомами сердечной недостаточности (II-III ФК по NYHA) и фракцией выброса  $\leq 35\%$  не смотря на оптимальную медикаментозную терапию более 3 месяцев, в случае если предполагаемая продолжительность жизни с хорошим функциональным статусом составляет более одного года, и у них имеется: — ИБС (за исключением ИМ в течение 40 дней) и/или ДКМП +
- В) перенесшим гемодинамически значимую желудочковую аритмию, и ожидаемая продолжительность жизни которых более 1 года с хорошим функциональным статусом
- С) с сердечной недостаточностью IV ФК по NYHA, с тяжелыми рефрактерными к медикаментозной терапии симптомами

1/87 СРТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) симптомным пациентам с СН, синусовым ритмом, длительностью комплекса QRS  $\geq 150$  мс, с БЛНПГ и ФВ  $\leq 35\%$ , не смотря на оптимальную медикаментозную терапию, с целью уменьшения симптомов, заболеваемости и смертности +
- В) симптомным пациентам с СН, синусовым ритмом, длительностью комплекса QRS  $\geq 130$  мс, ФВ  $\leq 35\%$ , не смотря на оптимальную медикаментозную терапию, с целью уменьшения симптомов, заболеваемости и смертности
- С) бессимптомным пациентам с СН, синусовым ритмом, длительностью комплекса QRS  $\geq 150$  мс
- Д) бессимптомным пациентам с СН, синусовым ритмом, длительностью комплекса QRS  $\geq 130$  мс, с БЛНПГ и ФВ  $\leq 45\%$ , не смотря на оптимальную медикаментозную терапию, с целью уменьшения симптомов, заболеваемости и смертности

**Острый коронарный синдром (ОКС)**

2/1 НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПРИДОГРЕЛЯ ПЕРЕД ПЕРВИЧНЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ (ЧКВ) СОСТАВЛЯЕТ

- А) 600 мг +
- В) 300 мг
- С) 600 мг для больных моложе 75 лет, 300 мг для пациентов старше 75 лет

- 2/2 D) 75 мг  
ПРИМЕНЕНИЕ ТИКАГРЕЛОРА НЕ РЕКОМЕНДОВАНО У ПАЦИЕНТОВ:  
A) после системной тромболитической терапии +  
B) с острой левожелудочковой недостаточностью  
C) с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST  
D) после чрескожного коронарного вмешательства
- 2/3 РЕКОМЕНДОВАННАЯ НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА, КОТОРЫМ БЫЛА ПРОВЕДЕНА ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, СОСТАВЛЯЕТ:  
A) 300 мг +  
B) 600 мг  
C) 180 мг  
D) 150 мг
- 2/4 ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ  
A) Нитроглицерина +  
B) эналаприла  
C) метопролола  
D) фуросемида
- 2/5 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  
A) морфина гидрохлорид +  
B) нитроглицерин  
C) метопролол  
D) фентанил
- 2/6 ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОЙ РЕПЕРФУЗИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ТРОМБОЛИЗИСА ЯВЛЯЕТСЯ  
A) снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного +  
B) купирование болевого синдрома  
C) исчезновение признаков сердечной недостаточности  
D) восстановление АВ проводимости
- 2/7 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  
A) амиодарон +  
B) новокаинамид  
C) лидокаин  
D) метопролол
- 2/8 НАЗНАЧЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА  
A) снижает фибрилляторный порог +  
B) купирует болевой синдром  
C) стимулирует диурез  
D) восстанавливает ритм

- 2/9 D) обеспечивает вазодилатацию  
НАЗНАЧЕНИЕ ВЕРОШПИРОНА ПОКАЗАНО ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА  
A) передней стенки ЛЖ со снижением ФВ ниже 40% +  
B) нижней стенки  
C) в области верхушки ЛЖ
- 2/10 D) правого желудочка  
РЕКОМЕНДОВАННОЕ ВРЕМЯ ОТ ПЕРВОГО КОНТАКТА С МЕДИЦИНСКИМ  
ПЕРСОНАЛОМ ДО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОТОКА В ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ  
АРТЕРИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЧКВ СОСТАВЛЯЕТ  
A) 120 минут +  
B) 60 минут  
C) 180 минут
- 2/11 D) 30 минут  
«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ  
A) проведение первичного ЧКВ в течение 90-120 минут от первого контакта с  
медицинским персоналом +  
B) проведение системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с  
последующим проведением ЧКВ  
C) проведение системной тромболитической терапии
- 2/12 D) проведение ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов  
ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST,  
СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ПОВЫШЕНИЕМ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА,  
ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ В ТЕЧЕНИЕ  
A) 24 часов +  
B) 48 часов  
C) 72 часов
- 2/13 D) 2х недель  
ПРИ СОХРАНЯЮЩЕМСЯ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ  
ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО  
A) проведение электроимпульсной терапии +  
B) внутривенное введение новокаинамида  
C) внутривенное введение амиодарона
- 2/14 D) введение наркотических анальгетиков  
АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ  
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  
A) геморрагический инсульт в анамнезе +  
B) язвенная болезнь желудка в анамнезе  
C) прием антикоагулянтов
- 2/15 D) артериальная гипертония  
ЧЕРЕЗ 40 ДНЕЙ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ СНИЖЕНИИ ФВ ЛЖ  
НИЖЕ 35% НА ФОНЕ АДЕКВАТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И  
ПОЛНОЦЕННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНА  
A) имплантация ИКД +



- В) пересадка сердца
- С) терапия кордароном
- 2/16 D) операция аорто-коронарного шунтирования  
НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ
- А) 250-300 мг +
- В) 500 мг
- С) 150 мг
- 2/17 D) 75 мг  
ПРИ РАЗВИТИИ ПАРОКСИЗМА УСТОЙЧИВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОКАЗАНО
- А) незамедлительное проведение ЭИТ +
- В) внутривенное введение кордарона
- С) проведение инфузии лидокаина
- 2/18 D) назначение бета-адреноблокаторов  
ИНФУЗИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОКАЗАНА ПРИ
- А) сохраняющемся болевом синдроме +
- В) артериальной гипотонии
- С) кардиогенном шоке
- 2/19 D) сочетании со стенозом устья аорты  
ИНФУЗИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОКАЗАНА ПРИ
- А) отеке легких +
- В) артериальной гипотонии
- С) кардиогенном шоке
- 2/20 D) сочетании со стенозом устья аорты  
ФЕНТАНИЛ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОКС НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИЗ-ЗА
- А) короткого действия +
- В) угнетения дыхания
- С) слабого обезболивающего эффекта
- 2/21 D) дизурии при аденоме простаты  
ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫМ С ОКС ПОКАЗАНЫ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ
- А) высокоселективные без дополнительных свойств +
- В) кардиоселективные с вазодилатирующим действием
- С) обладающие внутренней симпатомиметической активностью
- 2/22 D) неселективные с вазодилатирующим действием  
НАЗНАЧЕНИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОКС ПРИВОДИТ К
- А) снижению АД +
- В) урежению ЧСС

- С) улучшению АВ проведения
- 2/23 Д) усугублению явлений недостаточности  
БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ ОКС ПОКАЗАНЫ  
А) всем больным при отсутствии противопоказаний +  
В) при наличии артериальной гипотонии  
С) при отсутствии синусовой тахикардии
- 2/24 Д) больным с брадисистолической фибрилляцией предсердий  
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ОКС  
ЯВЛЯЕТСЯ  
А) острая сердечная недостаточность +  
В) хроническая сердечная недостаточность  
С) фибрилляция предсердий
- 2/25 Д) умеренная синусовая брадикардия  
НИФЕДИПИН ПРИ ОКС  
А) в качестве монотерапии (без бета-адреноблокаторов) может увеличивать риск смерти в  
ранние сроки заболевания +  
В) показан при рецидивирующих приступах стенокардии, не контролируемых нитратами  
при наличии противопоказаний к бета-адреноблокаторам  
С) показан при ранней постинфарктной стенокардии, не контролируемой бета-  
адреноблокаторами  
Д) показан для урежения ритма у больных с фибрилляцией предсердий, имеющих  
противопоказания к бета-адреноблокаторам
- 2/26 АМЛОДИПИН У БОЛЬНЫХ ОКС МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН  
А) в сочетании с бета-адреноблокаторами при ранней постинфарктной стенокардии +  
В) при рецидивирующих приступах стенокардии, не контролируемых нитратами при  
наличии противопоказаний к бета-адреноблокаторам  
С) для урежения ритма у больных с фибрилляцией предсердий, имеющих  
противопоказания к бета-адреноблокаторам  
Д) в качестве монотерапии при артериальной гипертензии
- 2/27 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДОКАЗАНА ПРИ  
А) ОКС с подъемом сегмента ST +  
В) ОКС без подъема сегмента ST  
С) нестабильной стенокардии  
Д) повышении тропонина
- 2/28 ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОГНОЗ  
ОТСУТСТВУЕТ ПРИ  
А) ОКС без подъема сегмента ST +  
В) ОКС с подъемом сегмента ST  
С) ОИМ с зубцом Q в первые 6 часов от начала  
Д) ОКС и впервые возникшей полной блокадой ЛНПГ
- 2/29 ПОКАЗАНИЕМ К ПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ  
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- A) кардиогенный шок +
- B) альвеолярный отек легких
- C) эпистенокардитический перикардит
- D) интерстициальный отек легких
- 2/30 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИАПФ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ДОКАЗАНА ПРИ
- A) снижении фракции выброса левого желудочка менее 40% +
- B) нижней локализации инфаркта
- C) артериальной гипотонии
- D) отсутствии сахарного диабета
- 2/31 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИАПФ ПРИ ОИМ НЕ ИМЕЕТ УБЕДИТЕЛЬНЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С
- A) ОИМ с зубцом Q и нормальной фракцией выброса левого желудочка +
- B) фракцией выброса левого желудочка менее 40%
- C) выраженной дилатацией левого желудочка
- D) блокадой ЛНПГ
- 2/32 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИАПФ ПРИ ОИМ НЕ ИМЕЕТ УБЕДИТЕЛЬНЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С
- A) ОИМ без зубца Q +
- B) фракцией выброса левого желудочка менее 40%
- C) выраженной дилатацией левого желудочка
- D) блокадой ЛНПГ
- 2/33 ПРИ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ И ГИПОТОНИИ У БОЛЬНОГО ОИМ ПОКАЗАНО:
- A) дробное внутривенное введение атропина +
- B) внутривенное введение мезатона
- C) назначение норадреналина
- D) внутривенное введение нитроглицерина
- 2/34 ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) предупреждение повторного тромбоза коронарной артерии +
- B) купирование болевого синдрома
- C) ограничение зоны некроза
- D) предупреждение ремоделирования миокарда
- 2/35 ДОЗА АСПИРИНА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, СОСТАВЛЯЕТ
- A) 75-100 мг +
- B) 250-500 мг
- C) 150 мг
- D) 330 мг
- 2/36 ЕЖЕДНЕВНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОКС И ЧКВ, СОСТАВЛЯЕТ

- A) 75 мг +
- B) 600 мг
- C) 150 мг
- D) 300 мг
- 2/37 НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА ТИКАГРЕЛОРА У БОЛЬНЫХ С ОКС СОСТАВЛЯЕТ
- A) 180 мг +
- B) 90 мг
- C) 270 мг
- D) 90 мг два раза в сутки
- 2/38 РЕКОМЕНДОВАННАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЧКВ С УСТАНОВКОЙ СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ
- A) 12 месяцев +
- B) 3 месяца
- C) 1 месяц
- D) 4 месяца
- 2/39 ЦЕЛЕВОЕ ВРЕМЯ «ПЕРВЫЙ КОНТАКТ-ТРОМБОЛИЗИС» ПРИ ОКС С ПОРДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST СОСТАВЛЯЕТ
- A) < 30 мин +
- B) > 30 мин
- C) < 10 мин
- D) < 90 мин
- 2/40 АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) ишемический инсульт в предшествующие 6 мес +
- B) ТИА в предшествующие 3 мес
- C) инфекционный эндокардит
- D) серьезные заболевания печени
- 2/41 АНТИКОАГУЛЯНТОМ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ, ЛЕЧЕННЫХ СТРЕПТОКИНАЗОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
- A) фондапаринукс +
- B) эноксапарин
- C) НФГ
- D) бивалирудин
- 2/42 СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ АЛТЕПЛАЗЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА
- A) внутривенный болюс 15 мг, с последующим внутривенным капельным введением 50 мг в течение 30 минут и 35 мг в течение 60 минут +
- B) внутривенный болюс в дозе 0,5 мг/кг массы тела, но не более 50 мг
- C) 1,5 млн ЕД внутривенно капельно за 30-60 минут
- D) 2 млн МЕ болюсно + 4 млн МЕ в виде инфузии в течение 60 минут
- 2/43 СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ ТЕНЕКТЕПЛАЗЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА
- A) внутривенный болюс в дозе 0,5 мг/кг массы тела, но не более 50 мг +

- В) внутривенный болюс 15 мг, с последующим внутривенным капельным введением 50 мг в течение 30 минут и 35 мг в течение 60 минут
- С) 1,5 млн ЕД внутривенно капельно за 30-60 минут
- 2/44 Д) 2 млн МЕ болюсно + 4 млн МЕ в виде инфузии в течение 60 минут  
ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА СОСТАВЛЯЕТ
- А) 300 или 600 мг +
- В) 75 мг
- С) 180 мг
- 2/45 Д) 90 мг  
ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА ТИКАГРЕЛОРА СОСТАВЛЯЕТ
- А) 180 мг +
- В) 80 мг
- С) 180 мг
- 2/46 Д) 300 мг  
ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ СОСТАВЛЯЕТ
- А) 150 - 300 мг +
- В) 50 мг
- С) 75 мг
- 2/47 Д) 100 мг  
ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА ТИКАГРЕЛОРА СОСТАВЛЯЕТ
- А) 90 мг 2 раза в день +
- В) 90 мг 1 раз в день
- С) 180 мг 1 раз в день
- 2/48 Д) 85 мг 2 раза в день  
ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НЕ ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ
- А) блокаторов П<sub>2</sub>/У<sub>12</sub>-рецепторов тромбоцитов +
- В) ацетилсалициловой кислоты
- С) ингибиторов АПФ
- 2/49 Д) статинов  
РЕКОМЕНДОВАННОЕ ВРЕМЯ ОТ ДВЕРИ ДО БАЛЛОНА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ
- А) 60 минут +
- В) 30 минут
- С) 45 минут
- 2/50 Д) 120 минут  
ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НЕ

РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- А) Фондапаринукса +
- В) нефракционированного гепарина
- С) Эноксипарина
- Д) Бивалирудина
- 2/51 ВО ВРЕМЯ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ РУТИННО ПРИМЕНЯЕТСЯ
- А) коронарный стент +
- В) баллонная контрпульсация
- С) устройство для дистальной защиты
- Д) стент-графт
- 2/52 ИЗ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
- А) тиклопидин +
- В) тикагрелор
- С) клопидогрель
- Д) ацетилсалициловая кислота
- 2/53 ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- А) реперфузионная терапия +
- В) купирование болевого синдрома
- С) назначение ингибиторов АПФ
- Д) назначение статинов
- 2/54 ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ОСНОВНОЙ ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- А) стабилизация антитромботическими средствами +
- В) купирование болевого синдрома
- С) назначение ингибиторов АПФ
- Д) реперфузионная терапия
- 2/55 ПАЦИЕНТ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНСУЛЬТА И НИЗКИМ РИСКОМ КРОВОТЕЧЕНИЙ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ ТРОЙНУЮ АНТИТРОМБОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ (АСК+КЛОПИДОГРЕЛЬ+ПЕРОАЛЬНЫЙ АНТИКОАГУЛЯНТ) В ТЕЧЕНИЕ
- А) 6 месяцев +
- В) 8 месяцев
- С) 12 месяцев
- Д) 1 месяц
- 2/56 ПАЦИЕНТ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНСУЛЬТА И ВЫСОКИМ РИСКОМ КРОВОТЕЧЕНИЙ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ ТРОЙНУЮ АНТИТРОМБОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ (АСК+КЛОПИДОГРЕЛЬ+ПЕРОАЛЬНЫЙ АНТИКОАГУЛЯНТ) В ТЕЧЕНИЕ
- А) 1 месяца +
- В) 8 месяцев
- С) 12 месяцев

- 2/57 D) 6 месяцев  
РЕГУЛЯРНЫЙ КОНТРОЛЬ МНО НЕОБХОДИМ ПРИ ПРИЕМЕ В СОСТАВЕ ТРОЙНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
A) Варфарина +  
B) Дабигатрана  
C) Ривароксабана  
D) Апиксабана
- 2/58 ПАЦИЕНТУ С ОКС И НЕКЛАПАННОЙ ФП, ИМЕЮЩЕМУ ПО ШКАЛЕ CHA2DS2-VASc 3 БАЛЛА И НИЗКИЙ РИСК КРОВОТЕЧЕНИЙ, ТРОЙНАЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ НА  
A) 6 мес, двойная – до 12 мес и непрямой оральным антикоагулянт – пожизненно +  
B) 1 мес, двойная – до 6 мес и непрямой оральным антикоагулянт до 12 мес  
C) 6 мес, двойная – до 10 мес и непрямой оральным антикоагулянт – пожизненно  
D) 6 мес, двойная – до 10 мес и непрямой оральным антикоагулянт – пожизненно
- 2/59 ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАРФАРИНА В СОЧЕТАНИИ С АСПИРИНОМ И КЛОПИДОГРЕЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С ФП И ОКС ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МНО ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ  
A) 2,0-2,5 +  
B) 2,0-3,0  
C) 0,8-1,3  
D) 2,0-3,5
- 2/60 ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПРИЕМЕ ТРОЙНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФП И ОКС ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ  
A) ингибиторов протонного насоса +  
B) Де-Нола  
C) антацидов  
D) обволакивающих средств
- 2/61 ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РИВАРОКСАБАНА В СОСТАВЕ ТРОЙНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО С ФП И ОКС НАЗНАЧАЕТСЯ ДОЗА  
A) 15 мг 1 раз в день +  
B) 20 мг 1 раз в день  
C) 15 мг 2 раза в день  
D) 2,5 мг 2 раз в день
- 2/62 ПРОВЕДЕНИЕ ОТСРОЧЕННОГО ИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (В ТЕЧЕНИЕ 72 ЧАСОВ) ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ВОЗМОЖНО ПРИ  
A) среднем риске по шкале GRACE +  
B) закономерном повышении или снижении тропонина  
C) сохраняющемся болевом синдроме  
D) риске по шкале GRACE >140 баллов
- 2/63 ИНВАЗИВНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПОКАЗАНА ПРИ

- A) риске по шкале GRACE >140 баллов +
- B) сахарном диабете
- C) ранней постинфарктной стенокардии
- D) операции коронарного шунтирования в анамнезе
- 2/64 РЕШЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ И ЭКСТРЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КРОНАРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПРИНИМАЕТСЯ ПОСЛЕ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПО ШКАЛЕ
- A) GRACE +
- B) CRUSADE
- C) TIMI
- D) PESI
- 2/65 РАННЯЯ ИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ (В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 24 ЧАСОВ С МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР) ПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПАЦИЕНТАМ, ИМЕЮЩИМ
- A) риск по шкале GRACE >140 +
- B) положительный нагрузочный тест
- C) риск по шкале GRACE  $\leq$ 108
- D) риск по шкале GRACE 109-139
- 2/66 ИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕ РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПАЦИЕНТАМ, ИМЕЮЩИМ
- A) низкий риск по шкале GRACE  $\leq$ 108 +
- B) жизнеугрожающие желудочковые аритмии
- C) нестабильность гемодинамики
- D) изменения сегмента ST в динамике (депрессия более 1 мм или транзиторный подъем (менее 30 мин) более 1 мм от изолинии)
- 2/67 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) атриовентрикулярная блокада II степени +
- B) фибрилляция предсердий
- C) наджелудочковая экстрасистолия
- D) частая желудочковая экстрасистолия
- 2/68 ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕЕ НАИБОЛЬШИЙ РИСК С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА БЕЗ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО АНАМНЕЗА
- A) ампутация нижней конечности +
- B) плановая холецистэктомия
- C) трансуретральная резекция простаты
- D) менискэктомия
- 2/69 НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА (В/В БОЛЮСА) ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ
- A) 4000 ЕД +
- B) 3000 ЕД



- C) 8000 ЕД
- D) 10000 ЕД
- 2/70 НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ РЕКОМЕНДОВАНО
- A) с 1-х суток +
- B) со второй недели
- C) через месяц после инфаркта
- D) с 3-5 дня
- 2/71 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА ВКЛЮЧАЕТ
- A) двойную антитромбоцитарную терапию, бета-блокаторы, статины, ИАПФ +
- B) аспирин, бета-блокаторы, нитраты
- C) аспирин, дигидропиридиновые антагонисты Ca, статины
- D) двойную антитромбоцитарную терапию, витамины E и A, бета-блокаторы, статины
- 2/72 ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ДОЗУ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ПОДБИРАЮТ ПОД КОНТРОЛЕМ АЧТВ, КОТОРОЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ ВЕРХНЮЮ ГРАНИЦУ НОРМЫ (ДЛЯ ЛАБОРАТОРИИ КОНКРЕТНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ)
- A) в 1,5-2 раза +
- B) в 2-3 раза
- C) в 2,5-3,5 раза
- D) в 5 раз
- 2/73 АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ФОНДАПАРИНУКС ОТНОСИТСЯ К
- A) пентасахаридам +
- B) нефракционированным гепаринам
- C) низкомолекулярным гепаринам
- D) блокаторам P<sub>b</sub>/P<sub>a</sub> рецепторов тромбоцитов
- 2/74 АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ КЛОПИДОГРЕЛ ОТНОСИТСЯ К
- A) тиенопиридинам +
- B) низкомолекулярным гепаринам
- C) пентасахаридам
- D) блокаторам P<sub>b</sub>/P<sub>a</sub> рецепторов тромбоцитов
- 2/75 НАЗНАЧЕНИЕ НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ (ВАРФАРИНА) ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО ПРИ
- A) наличии тромбоза полости ЛЖ +
- B) желании пациента заменить аспирин на варфарин

- С) желаний лечащего врача заменить аспирин на варфарин
- 2/76 D) развитии полной поперечной блокады  
НАЗНАЧЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ  
ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО ПРИ
- A) наличии фибрилляции предсердий +
- B) наличии AV-блокады
- C) перенесенной операции АКШ
- 2/77 D) перенесенном чрескожном коронарном вмешательстве  
ВНУТРИВЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИТРАТОВ ПРИ  
ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ЦЕЛЕСООБРАЗНО
- A) у больных с сохраняющимися эпизодами ишемии  
миокарда +
- B) у всех больных
- C) у больных без признаков сердечной недостаточности
- 2/78 D) у больных со снижением ФВ ЛЖ < 40%  
ВНУТРИВЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИТРАТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ  
БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ЦЕЛЕСООБРАЗНО У
- A) больных с признаками острой левожелудочковой недостаточности +
- B) всех больных
- C) больных без сохраняющейся ишемии миокарда
- 2/79 D) больных со снижением ФВ ЛЖ < 40%  
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ  
БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST
- A) не рекомендуется +
- B) рекомендована всем больным
- C) рекомендована у больных с ишемией передней стенки левого желудочка
- 2/80 D) проводится строго по показаниям  
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ  
МИОКАРДА И ОСТАНОВКОЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ  
КЛЕТКИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ
- A) 100-120 в 1 минуту+
- B) 40-50 в 1 минуту
- C) 80-100 в 1 минуту
- 2/81 D) 120-130 в 1 минуту  
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ  
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ГЕМОДИНАМИКИ,  
РЕКОМЕНДОВАНО:
- A) проведение синхронизированной электрической кардиоверсии +
- B) наблюдение
- C) введение кордарона внутривенно
- D) назначение кордарона внутрь в дозе 600 мг в сутки

- 2/82 ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
- A) ранней реперфузионной терапии +
  - B) раннем использовании антагонистов кальция
  - C) назначении амиодарона
  - D) назначении кораксана
- 2/83 ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КУПИРОВАНИЯ УСТОЙЧИВОЙ МОНОМОРФНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ РАССТРОЙСТВАМИ, У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) амиодарон +
  - B) лидокаин
  - C) магния сульфат
  - D) калия хлорид
- 2/84 ПРИМЕНЕНИЕ ТИКАГРЕЛОРА НЕ РЕКОМЕНДОВАНО У ПАЦИЕНТОВ:
- A) получающих постоянную терапию пероральными антикоагулянтами +
  - B) с острой левожелудочковой недостаточностью
  - C) с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST
  - D) после чрескожного коронарного вмешательства
- 2/85 ПРИ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОКАЗАНО
- A) оперативное лечение +
  - B) динамическое наблюдение
  - C) медикаментозное лечение
  - D) проведение диагностической пункции
- 2/86 КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОЙ РЕПЕРFUЗИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ТРОМБОЛИЗИСА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) появление реперфузионных аритмий +
  - B) появление AV-блокады 1 степени
  - C) восстановление синусового ритма
  - D) восстановление АВ проводимости
- 2/87 АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) патология ЦНС, опухоли или сосудистые мальформации +
  - B) язвенная болезнь желудка в анамнезе
  - C) прием антикоагулянтов
  - D) артериальная гипертония
- 2/88 ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИЕМ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ДОЛЖЕН ПРОДОЛЖАТЬСЯ
- A) неопределенно долго +
  - B) не менее 12 месяцев
  - C) не менее 6 месяцев

- 2/89 D) не менее 48 месяцев  
АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  
А) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца +  
В) язвенная болезнь желудка в анамнезе  
С) прием антикоагулянтов
- 2/90 D) артериальная гипертония  
АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  
А) недавняя большая травма +  
В) язвенная болезнь желудка в анамнезе  
С) прием антикоагулянтов
- 2/91 D) артериальная гипертония  
ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  
А) прием оральных антикоагулянтов +  
В) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца  
С) недавняя большая травма
- 2/92 D) геморрагический инсульт в анамнезе  
ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  
А) транзиторная ишемическая атака в предшествующие 3 месяца +  
В) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца  
С) недавняя большая травма
- 2/93 D) геморрагический инсульт в анамнезе  
ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  
А) беременность и 1 неделя после родов +  
В) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца  
С) недавняя большая травма
- 2/94 D) геморрагический инсульт в анамнезе  
ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  
А) рефрактерная артериальная гипертония +  
В) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца  
С) недавняя большая травма
- 2/95 D) геморрагический инсульт в анамнезе  
ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  
А) язва желудка или 12-перстной кишки +  
В) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца

- С) недавняя большая травма
- 2/96 D) геморрагический инсульт в анамнезе  
ИНФУЗИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОКАЗАНА ПРИ  
А) рефрактерной артериальной гипертонии +  
В) артериальной гипотонии  
С) кардиогенном шоке
- 2/97 D) сочетании со стенозом устья аорты  
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАЕНИИ ДАБИГАТРАНА В СОСТАВЕ ТРОЙНОЙ  
АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО С ФП И ОКС НАЗНАЧАЕТСЯ ДОЗА  
А) 110 мг 2раза в день +  
В) 150 мг 2 раза в день  
С) 75 мг 2 раза в день
- 2/98 D) 150 мг 1 раз в день  
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАЕНИИ АПИКСАБАНА В СОСТАВЕ ТРОЙНОЙ  
АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО С ФП И ОКС НАЗНАЧАЕТСЯ ДОЗА  
А) 2,5 мг 2раза в день +  
В) 5 мг 2 раза в день  
С) 7,5 мг 2 раза в день
- 2/99 D) 5 мг 1 раз в день  
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ОКС  
ЯВЛЯЕТСЯ  
А) артериальная гипотония <90/60 мм рт.ст +  
В) хроническая сердечная недостаточность  
С) фибрилляция предсердий
- 2/100 D) умеренная синусовая брадикардия  
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ПРИ ОКС ЯВЛЯЕТСЯ  
А) артериальная гипотония <90 мм рт.ст +  
В) хроническая сердечная недостаточность  
С) фибрилляция предсердий
- 2/101 D) синусовая брадикардия  
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ПРИ ОКС ЯВЛЯЕТСЯ  
А) двусторонний стеноз почечных артерий +  
В) хроническая сердечная недостаточность  
С) фибрилляция предсердий
- 2/102 D) синусовая брадикардия  
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ПРИ ОКС ЯВЛЯЕТСЯ  
А) ангионевротический отек +  
В) хроническая сердечная недостаточность  
С) фибрилляция предсердий
- 2/103 D) синусовая брадикардия  
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕПЕРFUЗИОННЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА  
А) ни один препарат не доказал своей эффективности +

- В) используется лидокаин
- С) используется мексидол
- Д) назначается поляризирующая смесь
- 2/104 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕПЕРFUЗИОННЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
- А) ни один препарат не доказал своей эффективности +
- В) используется лидокаин
- С) используется амиодарон
- Д) назначается поляризирующая смесь
- 2/105 ЛИДОКАИН ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
- А) не рекомендован для профилактики первичной фибрилляции желудочков +
- В) рекомендован для профилактики первичной фибрилляции желудочков
- С) используется для купирования пароксизма фибрилляции предсердий
- Д) используется для лечения желудочковой экстрасистолии
- 2/106 ПРИ РАЗВИТИИ ПАРОКСИЗМА НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ, В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОКАЗАНО
- А) проведение ЭИТ +
- В) внутривенное введение кордарона
- С) проведение инфузии лидокаина
- Д) назначение бета-адреноблокаторов
- 2/107 ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОКАЗАНО
- А) после тромболитической терапии до реваскуляризации (если проводится) или до 8 суток пребывания в стационаре +
- В) независимо от метода реваскуляризации до 8 суток
- С) до 2 суток
- Д) только при наличии внутрисердечного тромбоза
- 2/108 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ИМЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВО
- А) внутривенное введение бивалирудина +
- В) подкожное введение фондапаринукса
- С) подкожное введение нефракционированного гепарина
- Д) внутривенное введение эноксапарина
- 2/109 СУТОЧНАЯ ДОЗА АТОРВАСТАТИНА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ
- А) 80 мг +
- В) 40 мг
- С) 20 мг
- Д) 10 мг
- 2/110 БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМО ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, ДОЛЖНО БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНО ОГРАНИЧЕНИЕ

- A) курения и контроль других факторов риска +
  - B) физической активности
  - C) потребления белков
  - D) потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
- 2/111 АЛЬТЕРНАТИВОЙ ИНГИБИТОРАМ АПФ У БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, МОГУТ БЫТЬ
- A) антагонисты ангиотензиновых рецепторов +
  - B) антагонисты альдостерона
  - C) антагонисты имидазолиновых рецепторов
  - D) ингибиторы ароматазы
- 2/112 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ОКС ЯВЛЯЕТСЯ
- A) гиперкалиемия +
  - B) хроническая сердечная недостаточность
  - C) фибрилляция предсердий
  - D) острая сердечная недостаточность
- 2/113 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ОКС ЯВЛЯЕТСЯ
- A) почечная недостаточность +
  - B) хроническая сердечная недостаточность
  - C) фибрилляция предсердий
  - D) острая сердечная недостаточность
- 2/114 НАЗНАЧЕНИЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО ПРИ
- A) сердечной недостаточности +
  - B) почечной недостаточности
  - C) гиперкалиемии
  - D) фибрилляции предсердий
- 2/115 НАЗНАЧЕНИЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО ПРИ
- A) сопутствующем сахарном диабете +
  - B) почечной недостаточности
  - C) гиперкалиемии
  - D) фибрилляции предсердий
- 2/116 ПРИ РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛИ В ГРУДИ ЭКГ ДОЛЖНА БЫТЬ СНЯТА ЧЕРЕЗ
- A) 10 минут после первого медицинского контакта +
  - B) 10 минут после начала болевого синдрома
  - C) 30 минут после первого контакта с медицинским работником
  - D) 30 минут после начала боли
- 2/117 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПОМИМО ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ТРОПОНИНА, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- A) коронароангиография (выявление острой окклюзии коронарной артерии) +
- B) мультиспиральная компьютерная томография
- C) рентгенография органов грудной клетки
- D) магнитно-резонансная томография
- 2/118 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПОМИМО ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ТРОПОНИНА, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- A) эхокардиография (выявление зон гипокинезии или акинезии) +
- B) мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки
- C) рентгенография органов грудной клетки
- D) магнитно-резонансная томография органов грудной клетки
- 2/119 ПРИ НАЛИЧИИ ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ Q-ЗУБЦА
- A) обязательно определение активности ферментов и регистрация ЭКГ в динамике +
- B) достаточно регистрации ЭКГ
- C) обязательно проведение радионуклидной вентрикулографии
- D) необходимо проведение магнитно-резонансной томографии сердца
- 2/120 БОЛЬНЫЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST ДОЛЖНЫ
- A) быть немедленно госпитализированы в специализированное отделение неотложной кардиологии +
- B) наблюдаться динамически в поликлинике
- C) активно наблюдаться участковым терапевтом
- D) получать симптоматическую терапию и планово госпитализироваться
- 2/121 ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ В КАРДИОМИОЦИТАХ РАЗВИВАЕТСЯ
- A) снижение активности К/Na-АТФ-азы, активация протеаз и нарушение функции ионных насосов +
- B) денатурация белков
- C) кавитация
- D) разрыв ДНК
- 2/122 ПРАВАЯ КОРОНАРНАЯ АРТЕРИЯ ПРИ СБАЛАНСРОВАННОМ ТИПЕ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ КРОВОСНАБЖАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
- A) синусовый узел +
- B) передне-боковую стенку ЛЖ
- C) верхушечную область
- D) преимущественно диафрагмальную стенку ЛЖ
- 2/123 ЛЕВАЯ КОРОНАРНАЯ АРТЕРИЯ ПРИ СБАЛАНСРОВАННОМ ТИПЕ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ КРОВОСНАБЖАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
- A) передне-боковую, верхушечную и диафрагмальную стенку ЛЖ +
- B) синусовый узел
- C) АВ-соединение
- D) правый желудочек



- 2/124 В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ОКС ЛЕЖИТ
- A) разрыв или эрозия атеросклеротической бляшки +
  - B) кальцификация атеросклеротической бляшки
  - C) мышечный мостик
  - D) синдром диссеминированного сосудистого свертывания
- 2/125 НЕСТАБИЛЬНАЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- A) большим липидным ядром +
  - B) маленьким липидным ядром
  - C) толстой фиброзной капсулой
  - D) высокой плотностью гладкомышечных клеток
- 2/126 НЕСТАБИЛЬНАЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- A) тонкой фиброзной капсулой +
  - B) маленьким липидным ядром
  - C) толстой фиброзной капсулой
  - D) высокой плотностью гладкомышечных клеток
- 2/127 НЕСТАБИЛЬНАЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- A) низкой плотностью гладкомышечных клеток +
  - B) маленьким липидным ядром
  - C) толстой фиброзной капсулой
  - D) высокой плотностью гладкомышечных клеток
- 2/128 РАЗРЫВ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ПРИВОДИТ К
- A) адгезии и активации и тромбоцитов +
  - B) спазму коронарной артерии
  - C) формированию красного тромба
  - D) улучшению коронарного кровотока
- 2/129 ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ФОРМИРУЕТСЯ
- A) тромб богатый тромбоцитами +
  - B) красный тромб
  - C) серый тромб
  - D) тромб богатый эритроцитами
- 2/130 РАЗВИТИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST СВЯЗАНО С
- A) окклюзией коронарной артерии тромбом богатым тромбоцитами +
  - B) неокклюзирующим тромбозом коронарной артерии
  - C) увеличением потребности миокарда в кислороде
  - D) наличием гемодинамически значимого стеноза в коронарной артерии
- 2/131 РАЗВИТИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST СВЯЗАНО С
- A) неокклюзирующим тромбозом коронарной артерии +

- В) окклюзией коронарной артерии тромбом богатым тромбоцитами
- С) увеличением потребности миокарда в кислороде
- Д) наличием гемодинамически значимого стеноза в коронарной артерии
- 2/132 БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТА, РВОТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- А) локализации инфаркта миокарда в области нижней стенки ЛЖ +
- В) расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты
- С) локализации инфаркта миокарда в области передней стенки ЛЖ
- Д) тромбоэмболии легочной артерии
- 2/133 ПРИЗНАКОМ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) стойкая гипотония +
- В) снижение темпа диуреза менее 40 мл/час
- С) боль в эпигастральной области
- Д) влажные хрипы в нижних отделах легких
- 2/134 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) боль за грудиной продолжительностью более 20 минут +
- В) боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином
- С) коллапс
- Д) внезапно развившаяся одышка
- 2/135 ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНА ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ В
- А) левую руку +
- В) поясницу
- С) левую ногу
- Д) правое плечо
- 2/136 ОСТРО ВОЗНИКШАЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТ ИНФАРКТ МИОКАРДА
- А) передней локализации +
- В) нижней локализации
- С) боковой локализации
- Д) задне-базальной локализации
- 2/137 КЛАССИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) интенсивная давящая боль за грудиной длительностью > 20 минут, непроходящая после приема нитроглицерина +
- В) одышка
- С) потливость
- Д) головокружение
- 2/138 ВОЗМОЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) быстрое нарастание признаков правожелудочковой недостаточности +

- В) нарастание признаков левожелудочковой недостаточности
- С) развитие полной блокады правой ножки пучка Гиса
- 2/139 ВОЗМОЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ
- Д) появление на ЭКГ полной блокады левой ножки пучка Гиса
- А) развитие шока при небольшом инфаркте левого желудочка +
- В) нарастание признаков левожелудочковой недостаточности
- С) развитие полной блокады правой ножки пучка Гиса
- 2/140 ВОЗМОЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ
- Д) появление на ЭКГ полной блокады левой ножки пучка Гиса
- А) резкое снижение АД (особенно при применении нитратов) +
- В) нарастание признаков левожелудочковой недостаточности
- С) развитие полной блокады правой ножки пучка Гиса
- 2/141 САМЫЙ ЧАСТЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ НАЧАЛА ИНФАРКТА МИОКАРДА-
- Д) появление на ЭКГ полной блокады левой ножки пучка Гиса
- А) болевой (status anginosus) +
- В) астматический (status asthmaticus)
- С) абдоминальный (status abdominalis)
- 2/142 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ НАЧАЛА НИЖНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА-
- Д) аритмический
- А) абдоминальный (status abdominalis) +
- В) астматический (status asthmaticus)
- С) болевой (status anginosus)
- 2/143 ВАРИАНТ ДЕБЮТА ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА, НАЗЫВАЕТСЯ
- Д) аритмический
- А) цереброваскулярный +
- В) ангинозный
- С) аритмический
- 2/144 ВАРИАНТ НАЧАЛА ИНФАРКТА МИОКАРДА С ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ
- Д) астматический
- А) астматический +
- В) ангинозный
- С) цереброваскулярный
- 2/145 К ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРОГНОЗ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОТНОСИТСЯ
- Д) абдоминальный
- А) степень дисфункции левого желудочка +

- В) возможность наблюдения в амбулаторных условиях
- С) наличие фибрилляции предсердий
- 2/146 D) профилактическая ежегодная госпитализация  
К ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРОГНОЗ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНФАРКТ  
МИОКАРДА, ОТНОСИТСЯ
- А) степень резидуальной ишемии +
- В) возможность наблюдения в амбулаторных условиях
- С) наличие фибрилляции предсердий
- 2/147 D) профилактическая ежегодная госпитализация  
К ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРОГНОЗ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНФАРКТ  
МИОКАРДА, ОТНОСИТСЯ
- А) степень электрической нестабильности миокарда +
- В) возможность наблюдения в амбулаторных условиях
- С) наличие фибрилляции предсердий
- 2/148 D) профилактическая ежегодная госпитализация  
ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ  
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЯ
- А) Killip +
- В) NYHA
- С) Стражеско-Василенко
- 2/149 D) GOLD  
IV СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО KILLIP  
СООТВЕТСТВУЕТ
- А) кардиогенному шоку +
- В) интерстициальному отеку легких
- С) остановке кровообращения
- 2/150 D) альвеолярному отеку легких  
III СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО KILLIP  
СООТВЕТСТВУЕТ
- А) альвеолярному отеку легких +
- В) интерстициальному отеку легких
- С) остановке кровообращения
- 2/151 D) кардиогенному шоку  
II СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО KILLIP  
СООТВЕТСТВУЕТ
- А) интерстициальному отеку легких +
- В) альвеолярному отеку легких
- С) остановке кровообращения
- 2/152 D) кардиогенному шоку  
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА УМИРАЕТ
- А) 25% больных, из них половина - на догоспитальном этапе +

- В) 30% больных
- С) 5% больных
- Д) 10% больных
- 2/153 РАЗРЫВ СОСОЧКОВОЙ МЫШЦЫ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ
- А) задне-нижнего инфаркта миокарда +
- В) переднего инфаркта миокарда
- С) передне-перегородочного инфаркта миокарда
- Д) передне-бокового инфаркта миокарда
- 2/154 САМЫМИ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ
- А) нарушения ритма сердца +
- В) разрывы межжелудочковой перегородки
- С) перикардиты
- Д) аневризмы левого желудочка
- 2/155 ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ, СОХРАНЯЮЩИЙСЯ БОЛЕЕ 6 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА («ЗАСТЫВШАЯ ЭКГ»), УКАЗЫВАЕТ НА
- А) хроническую аневризму левого желудочка +
- В) острую аневризму левого желудочка
- С) ложную аневризму левого желудочка
- Д) аневризму межпредсердной перегородки
- 2/156 ПОЯВЛЕНИЕ ШУМА ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ЧЕРЕЗ 1-8 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА УКАЗЫВАЕТ НА РАЗВИТИЕ
- А) синдрома Дресслера +
- В) раннего эпистенокардитического перикардита
- С) сухого плеврита
- Д) выпотного перикардита
- 2/157 ПРИСТЕНОЧНЫЙ ТРОМБОЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
- А) большом переднем инфаркте миокарда +
- В) нижнем инфаркте миокарда
- С) разрыве сосочковых мышц
- Д) синдроме Дресслера
- 2/158 ПОЯВЛЕНИЕ НОВОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- А) механических осложнений +
- В) электрических осложнений
- С) эмболических осложнений
- Д) воспалительных осложнений
- 2/159 ПОЛНАЯ АВ-БЛОКАДА, ОСЛОЖНИВШАЯ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ПРИ
- А) нижнем инфаркте миокарда +
- В) распространенном переднем инфаркте миокарда

- С) перегородочном инфаркте миокарда
- 2/160 ПРИЧИНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) электрическая неоднородность ишемизированного и нормального миокарда +
- В) наличие патологической триггерной активности
- С) наличие дополнительных проводящих путей
- 2/161 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ НИЖНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ
- А) нарушения АВ-проводимости +
- В) эпистенокардитические перикардиты
- С) обмороки
- 2/162 ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРЕДНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) сердечная недостаточность вплоть до кардиогенного шока +
- В) АВ-блокада
- С) синдром Дресслера
- 2/163 К ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ НАРУШЕНИЯМ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ
- А) фибрилляция желудочков +
- В) синусовая брадикардия
- С) желудочковая экстрасистолия
- Д) наджелудочковая экстрасистолия
- Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)**
- 3/1 ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) ПОКАЗАНО ДЛЯ:
- А) Дабигатрана +
- В) Апиксабана
- С) Аспирин
- Д) Ривароксабана
- 3/2 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АПИКСАБАНА В ДОЗЕ 10 МГ ДВА РАЗА В СУТКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВТЭ СОСТАВЛЯЕТ:
- А) 7 дней +
- В) Б. 14 дней
- С) В. 21 день
- Д) Г. 28 дней
- 3/3 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РИВАРОКСАБАНА В ДОЗЕ 10 МГ ДВА РАЗА В СУТКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВТЭ СОСТАВЛЯЕТ:
- А) 21 день +

- B) 14 дней
  - C) 7 дней
  - D) 28 дней
- 3/4 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ВТЭ СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ:
- A) 3 месяца +
  - B) 6 месяцев
  - C) 9 месяцев
  - D) 12 месяцев
- 3/5 ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ ВТЭ ПОКАЗАНО ПРИ:
- A) Кардиогенном шоке +
  - B) Повторной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)
  - C) Двусторонней ТЭЛА
  - D) Илиофemorальном тромбозе
- 3/6 СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВТЭ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:
- A) Низкомолекулярные гепарины +
  - B) Антагонисты витамина К
  - C) Антиагреганты
  - D) Прямые пероральные антикоагулянты
- 3/7 ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ВТЭ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОСТАВЛЯЕТ:
- A) 4%. +
  - B) 12%.
  - C) 20%.
  - D) 28%.
- 3/8 ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРА ДОЛЖНА БЫТЬ РАССМОТРЕНА ПРИ:
- A) Рецидивирующей ТЭЛА на фоне приема антикоагулянтов.
  - B) Массивной ТЭЛА. +
  - C) Тромбозе глубоких вен.
  - D) Планируемом оперативном вмешательстве высокого риска.
- 3/9 ДЛЯ ПРОДЛЕННОЙ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
- A) Апиксабан 2,5 мг два раза в сутки. +
  - B) Ривароксабан 15 мг два раза в сутки.
  - C) Аспирин 100 мг в сутки.
  - D) Дабигатран 110 мг два раза в сутки.
- 3/10 ПРОДЛЕННАЯ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПРИ:
- A) Повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА. +

- В) Острой ВТЭ.
- С) Вторичной легочной гипертензии.
- Д) Известной тромбофилии.

**4. Нарушения ритма сердца**

- 4/1 **ЖЕЛУДОЧКОВАЯ АРИТМИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:**
- А) Нарушения ритма из системы Гиса и миокарда желудочков +
  - В) Нарушения ритма из миокарда желудочков
  - С) Узловые нарушения ритма
  - Д) Аритмию, ассоциированную с дисфункцией синусового узла
- 4/2 **ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:**
- А) Суточное мониторирование ЭКГ +
  - В) Эхокардиографию
  - С) ЭКГ в покое и после 20 приседаний
  - Д) Чреспищеводную ЭКГ
- 4/3 **ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЭПИЗОДОВ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И АБЕРРАЦИЕЙ ПРОВЕДЕНИЯ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:**
- А) Суточное мониторирование ЭКГ +
  - В) Эхокардиографию
  - С) ЭКГ в покое и после 20 приседаний
  - Д) Чреспищеводную ЭКГ
- 4/4 **ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРДИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:**
- А) Эхокардиографию и нагрузочный ЭКГ тест +
  - В) Суточное мониторирование ЭКГ
  - С) ЭКГ в покое и после 20 приседаний
  - Д) Чреспищеводную ЭКГ
- 4/5 **УСТОЙЧИВЫМ СЧИТАЕТСЯ ПАРОКСИЗМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ИЛИ РИТМА ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ:**
- А) Более 20 секунд +
  - В) Более суток
  - С) Более 10 минут
  - Д) Более 1 минуты
- 4/6 **ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ ПАРОКСИЗМ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА С ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ:**
- А) Более 120 в минуту +
  - В) Более 100 в минуту
  - С) Более 90 в минуту



- D) Более 110 в минуту
- 4/7 УСКОРЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОВЫМ РИТМОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПАРОКСИЗМ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА С ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ:
- A) Более 90 в минуту +
  - B) Более 100 в минуту
  - C) Более 120 в минуту
  - D) Более 200 в минуту
- 4/8 БЛОКИРОВАННАЯ ЭКСТРАСИСТОЛА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:
- A) Наджелудочковая экстрасистола с блокадой на уровне атриовентрикулярного узла +
  - B) Наджелудочковая экстрасистола с аберрантным проведением по системе Гиса
  - C) Желудочковая экстрасистола с аберрантным проведением по системе Гиса
  - D) Желудочковая экстрасистола в ретроградным проведением через атриовентрикулярный узел
- 4/9 ЧАСТОЙ СЧИТАЕТСЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ, ЕСЛИ ЗА СУТКИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО:
- A) Более 750 экстрасистол +
  - B) Более 2000 экстрасистол
  - C) Более 5000 экстрасистол
  - D) Более 10000 экстрасистол
- 4/10 ОБРАТНЫЙ ВАРИАНТ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТРИГЕМИНИИ ЭТО:
- A) Последовательная регистрация желудочковых куплетов и одного синусового комплекса +
  - B) Последовательная регистрация желудочковых куплетов и двух синусовых комплексов
  - C) Последовательная регистрация желудочковых экстрасистол и двух синусовых комплексов
  - D) Поочередная регистрация одной желудочковой экстрасистолы и одного синусового комплекса
- 4/11 ЖЕЛУДОЧКОВОЙ БИГЕМИНИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ:
- A) Поочередная регистрация одной желудочковой экстрасистолы и одного синусового комплекса +
  - B) Последовательная регистрация желудочковых куплетов и одного синусового комплекса
  - C) Последовательная регистрация желудочковых куплетов и двух синусовых комплексов
  - D) Последовательная регистрация желудочковых экстрасистол и двух синусовых комплексов
- 4/12 ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТРИГЕМИНИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ:
- A) Поочередная регистрация одной желудочковой экстрасистолы и двух синусовых комплексов +
  - B) Последовательная регистрация желудочковых куплетов и одного синусового комплекса
  - C) Последовательная регистрация желудочковых куплетов и двух синусовых комплексов

- D) Последовательная регистрация желудочковых экстрасистол и двух синусовых комплексов
- 4/13 ЖЕЛУДОЧКОВОЙ КВАДРИГЕМИНИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ:
- A) Поочередная регистрация одной желудочковой экстрасистолы и трёх синусовых комплексов +
  - B) Последовательная регистрация желудочковых куплетов и одного синусового комплекса
  - C) Последовательная регистрация желудочковых куплетов и двух синусовых комплексов
  - D) Последовательная регистрация желудочковых экстрасистол и двух синусовых комплексов
- 4/14 ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЕ ИНТЕРВАЛ PQ:
- A) Сохраняется прежним +
  - B) Чаще всего укорачивается или сохраняется прежним
  - C) Укорачивается
  - D) Не меняется по длительности
- 4/15 ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЕ ИНТЕРВАЛ QRS:
- A) Удлиняется +
  - B) Остается неизменным
  - C) Чаще всего укорачивается
  - D) Изменения морфология QRS комплекса не зависят от топологии очага аритмии
- 4/16 ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ ЭТО РЕГИСТРАЦИЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО:
- A) 3 и более эктопических комплексов +
  - B) 2 и более эктопических комплексов
  - C) 10 и более эктопических комплексов
  - D) 20 и более эктопических комплексов
- 4/17 ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ И УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ:
- A) Чреспищеводную ЭКГ +
  - B) Чреспищеводную эхокардиографию
  - C) Суточное мониторирование ЭКГ
  - D) Нагрузочную ЭКГ пробу
- 4/18 НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ:
- A) Для исключения ишемического генеза аритмии +
  - B) Для определения толерантности к нагрузке
  - C) Для выявления наджелудочковой аритмии
  - D) Для выявления признаков атеросклероза нижних конечностей
- 4/19 НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ:
- A) Для определения частотозависимости аритмии +
  - B) Для определения толерантности к нагрузке

- C) Для выявления наджелудочковой аритмии
  - D) Для выявления признаков атеросклероза нижних конечностей
- 4/20 НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА:
- A) Повторные эпизоды устойчивой желудочковой тахикардии +
  - B) Частая одиночная желудочковая экстрасистолия
  - C) Парная желудочковая экстрасистолия
  - D) Все ответы верны
- 4/21 СТРЕСС-ЭХОКГ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА:
- A) Повторные эпизоды устойчивой желудочковой тахикардии +
  - B) Одиночная желудочковая экстрасистолия
  - C) Парная желудочковая экстрасистолия
  - D) Все ответы верны
- 4/22 ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА:
- A) Все ответы неверны +
  - B) Частая одиночная желудочковая экстрасистолия
  - C) Парная желудочковая экстрасистолия
  - D) Повторные эпизоды устойчивой желудочковой тахикардии
- 4/23 ВНУТРИКАРДИАЛЬНОЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ
- A) Оценить топологию желудочковой аритмии +
  - B) Оценить наличие жизнеугрожающих нарушений ритма
  - C) Определяет показания к абляции очага желудочковой эктопии
  - D) Выявляет структурные изменения миокарда как причину желудочковых нарушений ритма сердца.
- 4/24 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ:
- A) Выявить структурные изменения миокарда как причину желудочковых нарушений ритма сердца +
  - B) Оценить наличие жизнеугрожающих нарушений ритма
  - C) Определяет показания к абляции очага желудочковой эктопии
  - D) Оценить топологию желудочковой аритмии
- 4/25 МРТ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ:
- A) Выявить изменения, характерные для аритмогенной дисплазии миокарда +
  - B) Оценить наличие жизнеугрожающих нарушений ритма
  - C) Определяет показания к абляции очага желудочковой эктопии
  - D) Оценить топологию желудочковой аритмии
- 4/26 МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ СЕРДЦА С КОНТРАСТИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ:

- A) Определить ишемический генез аритмии +
  - B) Оценить наличие жизнеугрожающих нарушений ритма
  - C) Определяет показания к абляции очага желудочковой эктопии
  - D) Оценить топологию желудочковой аритмии
- 4/27 КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ:
- A) Определить ишемический генез аритмии +
  - B) Оценить наличие жизнеугрожающих нарушений ритма
  - C) Определяет показания к абляции очага желудочковой эктопии
  - D) Оценить топологию желудочковой аритмии
- 4/28 ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ТЕЧЕНИЕ:
- A) Суток +
  - B) Трёх суток
  - C) 8 часов
  - D) 12 часов
- 4/29 ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ И ЭПИЗОДАХ СИНКОПАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ТЕЧЕНИЕ
- A) Трёх суток +
  - B) 8 часов
  - C) 12 часов
  - D) Суток
- 4/30 ПАРАСИСТОЛИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- A) Наличием в сердце двух источников автоматизма – синусовый узел и эктопический очаг +
  - B) Наличием в сердце одного источника автоматизма – синусовый узел и эктопического очага в проводящей системе Гиса
  - C) Синусовый ритм с эпизодами замещающего желудочкового ритма
  - D) АВ блокада с эпизодами замещающего желудочкового ритма
- 4/31 ЖЕЛУДОЧКОВЫЙ КУПЛЕТ ЭТО:
- A) Регистрация двух последовательных желудочковых экстрасистол +
  - B) Последовательная регистрация желудочковой и наджелудочковой экстрасистолы
  - C) Последовательная регистрация желудочковых экстрасистол и двух синусовых комплексов
  - D) Поочередная регистрация одной желудочковой экстрасистолы и одного синусового комплекса
- 4/32 УСКОРЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ РИТМЫ ТРЕБУЮТ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ:
- A) Электрофизиологическое исследование и абляция очага аритмии при неэффективности +

- B) Назначение антиаритмических препаратов I или IV
  - C) Лечение не требуется даже при плохой переносимости – аритмия доброкачественная
  - D) Назначение бета-адреноблокаторов и седативных препаратов при наличии жалоб на учащенное сердцебиение
- 4/33 ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
- A) Не требуется +
  - B) Антиагреганты
  - C) Антикоагулянты
  - D) Двойная антиагрегантная терапия
- 4/34 АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГРУППОВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ
- A) Не требуется +
  - B) Назначение варфарина с целевым значением МНО до 2
  - C) Назначение варфарина с целевым значением МНО 2-3
  - D) Назначение варфарина с целевым значением МНО 3-4
- 4/35 МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ПОВТОРНО РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ МОНОФОКУСНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ:
- A) Проведение катетерной абляции источника аритмии +
  - B) Антиаритмики класса I
  - C) Антиаритмики класса II
  - D) Антиаритмики класса III
- 4/36 ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ИСТОЧНИКА ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ АРИТМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:
- A) Ограничение физических нагрузок на 1 неделю +
  - B) Ограничение физических нагрузок на 1 год
  - C) Ограничение физических нагрузок пожизненно
  - D) Ограничение физических нагрузок на 1 месяц
- 4/37 ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
- A) Лидокаин, электроимпульсная терапия +
  - B) Бета-блокаторы
  - C) Соталол
  - D) «Вагусные» пробы, при их неэффективности внутривенно применяют хинидин
- 4/38 АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОДИНОЧНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
- A) Не требуется +
  - B) Назначение варфарина с целевым значением МНО до 2
  - C) Назначение варфарина с целевым значением МНО 2-3
  - D) Назначение варфарина с целевым значением МНО 3-4
- 4/39 ВЕРОЯТНОСТЬ АРИТМОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ I КЛАССА

- ЗНАЧИТЕЛЬНО ВОЗРАСТАЕТ:
- A) После перенесенного инфаркта миокарда +
  - B) При гипертонической болезни
  - C) При патологии щитовидной железы
  - D) При тахикардической форме фибрилляции предсердий
- 4/40 ВЕРОЯТНОСТЬ АРИТМОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ СОТАЛОЛА ВОЗРАСТАЕТ:
- A) У женщин +
  - B) У мужчин
  - C) Не зависит от пола
  - D) Контроль эффективности и безопасности IC класса антиаритмиков следует
- 4/41 КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ IC КЛАССА АНТИАРИТМИКОВ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:
- A) Через 5-10 дней после назначения препарата +
  - B) Через месяц после назначения препарата
  - C) Через сутки после назначения препарата
  - D) Через год после назначения препарата
- 4/42 ПЕРВЫЙ КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КОРДАРОНА СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:
- A) Через неделю при снижении дозы препарата +
  - B) Через месяц после назначения препарата
  - C) Через сутки после назначения препарата
  - D) Через год после назначения препарата
- 4/43 ПРИ ИНДУКЦИИ ЧАСТОЙ ОДИНОЧНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ФОНЕ НАГРУЗКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ:
- A) Наблюдение и дообследование пациента +
  - B) Прием бета-адреноблокаторов
  - C) «Вагусные пробы»
  - D) Назначение кордарона при отсутствии патологии щитовидной железы
- 4/44 ПРИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ:
- A) Обычную тактику ведения пациентов с вентрикулярной аритмией +
  - B) Прием бета-адреноблокаторов предпочтителен
  - C) Назначение лидокаина предпочтительно
  - D) Предпочтительно назначение кордарона при отсутствии патологии щитовидной железы
- 4/45 ПРИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ:
- A) Обычную тактику ведения пациентов с вентрикулярной аритмией +
  - B) Прием бета-адреноблокаторов предпочтителен
  - C) Назначение лидокаина предпочтительно
  - D) Предпочтительно назначение кордарона при отсутствии патологии щитовидной железы
- 4/46 ПРИ РАЗВИТИИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ГРУППОВОЙ АРИТМИИ

- A) Воздержаться от терапии и купировать лишь устойчивую желудочковую тахикардию +
  - B) Прием бета-адреноблокаторов предпочтителен
  - C) Назначение лидокаина предпочтительно
  - D) Рекомендован кордарон при отсутствии патологии щитовидной железы
- 4/47 ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ 2–3 РАЗРЯДОВ ДЕФИБРИЛЯТОРА ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ РАЗРЯДОВ ТРЕБУЕТСЯ:
- A) Внутривенное болюсное введение амиодарона в дозе 300 мг +
  - B) Назначение лидокаина
  - C) Прием бета-адреноблокаторов
  - D) Внутривенное введение инотропов для поддержания уровня артериального давления во избежание коллапса
- 4/48 ПРИ КУПИРОВАНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ТИПА «ПИРУЭТ» СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ
- A) Сульфат магния +
  - B) Хлорид калия
  - C) Увлажненный кислород
  - D) Всё вышеперечисленное
- 4/49 УСТРАНЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА РЕКОМЕНДОВАНО:
- A) При наличии выраженной симптоматики +
  - B) При частой экстрасистолии
  - C) При индукции аритмии на фоне нагрузки
  - D) При учащении экстрасистолии в ночные часы
- 4/50 ПО ДАННЫМ ЭХОКГ ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ЧАСТОЙ ОДИНОЧНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A) Расширение камер сердца в динамике +
  - B) Гипертрофия миокарда
  - C) Признаки атеросклероза аорты
  - D) Признаки лёгочной гипертензии
- 4/51 ТЕРАПИЯ ОДИНОЧНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРАВДАНОЙ, ЕСЛИ «ВРЕМЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ» ЗА СУТКИ ПРЕВЫШАЕТ:
- A) 25% +
  - B) 15%
  - C) 10%
  - D) 5%
- 4/52 СЛЕДУЮЩИЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ НЕСОМНЕННО ТРЕБУЮТ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
- A) Эпизоды желудочковой тахикардии +
  - B) Более 2000 одиночных экстрасистол

- C) Повторные желудочковые куплеты
  - D) Желудочковая аллоритмия
- 4/53 ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ОЧАГА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) Желание пациента отказаться от дальнейшего приёма антиаритмических препаратов +
  - B) Связь желудочковой экстрасистолии с физической нагрузкой
  - C) Ишемический генез желудочковых нарушений ритма
  - D) Регистрация желудочковой эктопии после перенесенного миокардита.
- 4/54 ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ОЧАГА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) Дилатация полостей сердца при частой желудочковой эктопии на фоне попыток антиаритмической терапии +
  - B) Связь желудочковой экстрасистолии с физической нагрузкой
  - C) Ишемический генез желудочковых нарушений ритма
  - D) Регистрация желудочковой эктопии после перенесенного миокардита.
- 4/55 КОНТРОЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИЕМА АМИОДАРОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОБСЛЕДОВАНИИ:
- A) Щитовидной железы, глаз, лёгких +
  - B) Щитовидной железы, почек, печени
  - C) Щитовидной железы
  - D) Щитовидной железы, верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- 4/56 КОНТРОЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИЕМА СОТАЛОЛА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ:
- A) Суточного мониторирования ЭКГ +
  - B) УЗИ сердца
  - C) УЗИ щитовидной железы и почек
  - D) Нагрузочного ЭКГ теста
- 4/57 ПРИ ФАСЦИКУЛЯРНОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ КУПИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A) Внутривенное введение верапамила, АТФ +
  - B) Внутривенное введение бета-адреноблокаторов
  - C) Внутривенное введение лидокаина
  - D) Внутривенное введение амиодарона
- 4/58 СРЕДНЯЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ СОСТАВЛЯЕТ
- A) 60-80% +
  - B) 90-100%
  - C) 10-20%
  - D) 30-40%
- 4/59 ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АМИОДАРОНА РЕКОМЕНДОВАНО СОЧЕТАТЬ ПРЕПАРАТ С:



- A) Бета-адреноблокаторами +
  - B) Препаратами IC класса
  - C) Верапамилом
  - D) Соталолом
- 4/60 ПОВТОРНЫЕ ЭПИЗОДЫ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СИНДРОМЕ БРУГАДА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОБМОРОКАМИ ТРЕБУЮТ:
- A) Установки кардиовертера-дефибриллятора +
  - B) Терапии амиодароном
  - C) Приема соталола
  - D) Приема препаратов IC класса в сочетании с бета-адреноблокаторами под контролем частоты пульса и уровня артериального давления.
- 4/61 НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ АРИТМИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:
- A) Предсердные и узловые нарушения ритма +
  - B) Предсердные нарушения ритма
  - C) Узловые нарушения ритма
  - D) Аритмию, ассоциированную с дисфункцией синусового узла
- 4/62 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:
- A) Суточное мониторирование ЭКГ +
  - B) Эхокардиографию
  - C) ЭКГ в покое и после 20 приседаний
  - D) Чреспищеводную ЭКГ
- 4/63 ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЭПИЗОДОВ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:
- A) Суточное мониторирование ЭКГ +
  - B) Эхокардиографию
  - C) ЭКГ в покое и после 20 приседаний
  - D) Чреспищеводную ЭКГ
- 4/64 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРДИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:
- A) Эхокардиографию +
  - B) Суточное мониторирование ЭКГ
  - C) ЭКГ в покое и после 20 приседаний
  - D) Чреспищеводную ЭКГ
- 4/65 УСТОЙЧИВЫМ СЧИТАЕТСЯ ПАРОКСИЗМ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ИЛИ РИТМА ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ:
- A) Более 20 секунд +
  - B) Более суток
  - C) Более 10 минут

- D) Более 1 минуты
- 4/66 НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ ПАРОКСИЗМ НАДЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА С ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ:
- A) Более 120 в минуту +
  - B) Более 100 в минуту
  - C) Более 90 в минуту
  - D) Более 200 в минуту
- 4/67 УСКОРЕННЫМ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫМ РИТМОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПАРОКСИЗМ НАДЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА С ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ:
- A) Более 90 в минуту +
  - B) Более 100 в минуту
  - C) Более 120 в минуту
  - D) Более 200 в минуту
- 4/68 БЛОКИРОВАННАЯ ЭКСТРАСИСТОЛА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:
- A) Наджелудочковая экстрасистола с блокадой на уровне атриовентрикулярного узла +
  - B) Наджелудочковая экстрасистола с aberrантным проведением по системе Гиса
  - C) Желудочковая экстрасистола с aberrантным проведением по системе Гиса
  - D) Желудочковая экстрасистола в ретроградным проведением через атриовентрикулярный узел.
- 4/69 ЧАСТОЙ СЧИТАЕТСЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ, ЕСЛИ ЗА СУТКИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО:
- A) Более 750 экстрасистол +
  - B) Более 2000 экстрасистол
  - C) Более 5000 экстрасистол
  - D) Более 10000 экстрасистол
- 4/70 ОБРАТНЫЙ ВАРИАНТ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТРИГЕМИНИИ ЭТО:
- A) Последовательная регистрация наджелудочковых куплетов и одного синусового комплекса +
  - B) Последовательная регистрация наджелудочковых куплетов и двух синусовых комплексов
  - C) Последовательная регистрация наджелудочковых экстрасистол и двух синусовых комплексов
  - D) Поочередная регистрация одной наджелудочковой экстрасистолы и одного синусового комплекса
- 4/71 ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПРЕДСЕРДНОЙ И УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ:
- A) Чреспищеводную ЭКГ +
  - B) Чреспищеводную эхокардиографию
  - C) Суточное мониторирование ЭКГ
  - D) Нагрузочную ЭКГ пробу
- 4/72 УСКОРЕННЫЕ ПРЕДСЕРДНЫЕ РИТМЫ ТРЕБУЮТ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ:

- A) Назначение бета-адреноблокаторов и седативных препаратов при наличии жалоб на учащенное сердцебиение +
  - B) Назначение антиаритмических препаратов I или IV
  - C) Лечение не требуется даже при плохой переносимости – аритмия доброкачественная
  - D) Электрофизиологическое исследование и абляция очага аритмии
- 4/73 ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПРИ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ/ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
- A) Не требуется +
  - B) Антиагреганты
  - C) Антикоагулянты
  - D) Двойная антиагрегантная терапия
- 4/74 МИГРАЦИЯ ВОДИТЕЛЯ РИТМА ПО ПРЕДСЕРДИЯМ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА:
- A) Вариант нормы. Терапия не требуется +
  - B) Назначение малых доз антиаритмиков, контроль по суточному мониторингу ЭКГ.
  - C) Ограничение физических нагрузок.
  - D) Седативная терапия при плохой переносимости.
- 4/75 ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ИСТОЧНИКА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ АРИТМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:
- A) Ограничение физических нагрузок на 1 неделю +
  - B) Ограничение физических нагрузок на 1 год
  - C) Ограничение физических нагрузок пожизненно
  - D) Ограничение физических нагрузок на 1 месяц
- 4/76 ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИСТУПА АВ-УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
- A) «Вагусные» пробы, при их неэффективности внутривенно применяют аденозин (АТФ) или изоптин +
  - B) Амиодарон
  - C) Соталол
  - D) «Вагусные» пробы, при их неэффективности внутривенно применяют хинидин
- 4/77 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ЦИКЛИЧНОЙ СИНУСОВОЙ АРИТМИИ
- A) Лечение не требуется при отсутствии показаний к электрокардиостимуляции при суточном мониторинге +
  - B) Назначаются низкие дозы бета-адреноблокаторов для снижения вариабельности сердечного ритма
  - C) Применяются антиаритмики IC класса при отсутствии структурных изменений миокарда
  - D) Применяются антиаритмики III класса
- 4/78 МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A) Проведение катетерной абляции источника аритмии +

- B) Антиаритмики класса I
  - C) Антиаритмики класса II
  - D) Антиаритмики класса III
- 4/79 НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ ТРЕБУЕТ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ В СЛЕДУЮЩЕМ СЛУЧАЕ:
- A) Она является фактором возникновения различных форм суправентрикулярных тахикардий, а также трепетания или фибрилляции предсердий +
  - B) Наджелудочковая экстрасистолия частая
  - C) Регистрируются наджелудочковые куплеты или триплеты
  - D) Выявлены политопные наджелудочковые экстрасистолы
- 4/80 ПРИ ИНДУКЦИИ ЭПИЗОДА НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ:
- A) «Вагусные пробы» +
  - B) Прием бета-адреноблокаторов
  - C) Назначение лидокаина
  - D) Назначение кордарона при отсутствии патологии щитовидной железы
- 4/81 ПРИ ИНДУКЦИИ ЧАСТОЙ ОДИНОЧНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ:
- A) «Вагусные пробы» +
  - B) Прием бета-адреноблокаторов
  - C) Назначение лидокаина
  - D) Назначение кордарона при отсутствии патологии щитовидной железы
- 4/82 ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНУСОВОЙ И УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:
- A) «Вагусные пробы» +
  - B) Нагрузочный ЭКГ тест
  - C) ЭХОКГ с доплеровским анализом
  - D) Компьютерную томографию сердца.
- 4/83 ЛЕЧЕНИЕ СИНУСОВОЙ АРИТМИИ БЕЗ ПАУЗ БОЛЕЕ 2 СЕКУНД:
- A) Не требуется +
  - B) Прием бета-адреноблокаторов
  - C) Назначение лидокаина
  - D) Назначение кордарона при отсутствии патологии щитовидной железы
- 4/84 ЛЕЧЕНИЕ НЕЦИКЛИЧНОЙ СИНУСОВОЙ АРИТМИИ БЕЗ ПАУЗ БОЛЕЕ 2 СЕКУНД:
- A) Не требуется +
  - B) Прием бета-адреноблокаторов
  - C) Назначение лидокаина
  - D) Назначение кордарона при отсутствии патологии щитовидной железы
- 4/85 ПРИ НИЖНЕПРЕДСЕРДНОЙ АРИТМИИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ:

- A) Обычную тактику ведения пациентов с суправентрикулярной аритмией +
  - B) Прием бета-адреноблокаторов предпочтителен
  - C) Назначение лидокаина предпочтительно
  - D) Предпочтительно назначение кордарона при отсутствии патологии щитовидной железы
- 4/86 ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ (ФП) ЯВЛЯЮТСЯ:
- A) Все указанные +
  - B) Выявление пауз в работе сердца
  - C) Выявление желудочковой эктопической активности
  - D) Определение частоты сердечных сокращений и коррекция ритмурежающей терапии
- 4/87 ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ БОЛЕЕ 2 СУТОК СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ
- A) Чреспищеводной эхокардиографии +
  - B) Трансторакальная эхокардиография
  - C) МРТ головного мозга и магистральных артерий
  - D) УЗИ вен нижних конечностей
- 4/88 У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЭПИЗОДЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ
- A) ЭКГ мониторинг в течение суток +
  - B) ЭКГ в покое
  - C) УЗИ сердца с доплеровским анализом
  - D) Чреспищеводное УЗИ сердца
- 4/89 ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) Регистрация хаотичных полиморфных волн f с частотой выше 300 в минуту, нерегулярный желудочковый ритм +
  - B) Регистрация хаотичных полиморфных волн f с частотой до 200 в минуту, регулярный желудочковый ритм
  - C) Регистрация волн F с частотой 200-300 в минуту, нерегулярный желудочковый ритм
  - D) Регистрация нерегулярного желудочкового ритма из расширенных комплексов, отсутствие предсердной активности на ЭКГ
- 4/90 ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) Регистрация волн F с частотой 200-300 в минуту, желудочковый ритм с кратным проведением через АВ узел +
  - B) Регистрация нерегулярного желудочкового ритма из расширенных комплексов, отсутствие предсердной активности на ЭКГ
  - C) Регистрация хаотичных полиморфных волн f с частотой до 200 в минуту, регулярный желудочковый ритм
  - D) Регистрация хаотичных полиморфных волн f с частотой выше 300 в минуту, нерегулярный желудочковый ритм
- 4/91 ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, ЕСЛИ ЭПИЗОД ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ:

- A) Длительность более 7 дней. Самостоятельно ритм не восстанавливается +
  - B) Длительность до 7 дней. Ритм восстановился самостоятельно
  - C) Длительность несколько месяцев.
  - D) Самостоятельно ритм не восстанавливается
- 4/92 ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, ЕСЛИ ЭПИЗОД ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ:
- A) Длительность несколько месяцев +
  - B) Самостоятельно ритм не восстанавливается
  - C) Длительность более 7 дней. Самостоятельно ритм не восстанавливается
  - D) Длительность до 7 дней. Ритм восстановился самостоятельно
  - E) Длительность до 2 суток. Планируется восстановление синусового ритма после дообследования.
- 4/93 ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО ТРОМБОЗА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
- A) Мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием +
  - B) Мультиспиральная томография без контрастирования
  - C) Обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки
  - D) Трансторакальное УЗИ сердца с доплеровским анализом
- 4/94 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:
- A) УЗИ сердца, УЗИ щитовидной железы, нагрузочный ЭКГ тест, анализы крови +
  - B) Компьютерная томография сердца, УЗИ органов брюшной полости, осмотр окулиста.
  - C) МРТ сердца, ЭКГ в покое, рентгенография органов грудной полости
  - D) Суточное мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления.
- 4/95 ПРИ РАЗВИТИИ СИНКОПАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ
- A) Трёхсуточное мониторирование ЭКГ, УЗИ сердца +
  - B) Нагрузочный ЭКГ тест
  - C) Чреспищеводное УЗИ сердца
  - D) МРТ сердца
- 4/96 ТИПИЧНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
- A) Резкое начало эпизода неритмичного сердцебиения, колебание уровня артериального давления, слабость +
  - B) Постепенное начало эпизода неритмичного сердцебиения, повышение уровня артериального давления
  - C) Внезапное начало эпизода ритмичного сердцебиения чаще в утренние часы, снижение уровня артериального давления

- D) Боль в груди, слабость при физической нагрузке.
- 4/97 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПАЦИЕНТАМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СО СЛЕДУЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ:
- A) Контроль ЧСС, пауз в работе сердца, коррекция терапии +
  - B) Исключение ишемического генеза фибрилляции предсердий
  - C) Определение variability сердечного ритма
  - D) Выявление поздних потенциалов желудочков.
- 4/98 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ТРЕБУЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ:
- A) Выяснения механизма тахикардии с расширенными комплексами QRS; выявления очагов аритмии +
  - B) Выявление поздних потенциалов желудочков
  - C) Исключение ишемического генеза фибрилляции предсердий
  - D) Контроль ЧСС, пауз в работе сердца, коррекция терапии
- 4/99 ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ С ПРАВИЛЬНЫМ ИЛИ НЕПРАВИЛЬНЫМ ПРОВЕДЕНИЕМ НА ЖЕЛУДОЧКИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ИССЛЕДОВАНИИ:
- A) ЭКГ +
  - B) Эхокардиография
  - C) Чреспищеводная эхокардиография
  - D) Мультиспиральная компьютерная томография сердца
- 4/100 СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С ЦЕЛЬЮ:
- A) Снижения частоты сердечных сокращений +
  - B) Улучшения атриовентрикулярной проводимости
  - C) Ускорения процесса ремоделирования предсердий при постоянной форме аритмии
  - D) Повышения уровня артериального давления при исходной тенденции к гипотонии
- 4/101 ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РИТМУРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:
- A) ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ +
  - B) Нагрузочный ЭКГ тест, трансэзофагеальную эхокардиографию
  - C) Нагрузочный ЭКГ тест, чреспищеводную эхокардиографию
  - D) Чреспищеводную стимуляцию сердца с частотой до 140 в минуту
- 4/102 ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА С ПРИЕМА АНТАГОНИСТА ВИТАМИНА К НА ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТ СЛЕДУЕТ:
- A) Прекратить приём антагониста витамина К; когда МНО станет  $<2,0$ , начать приём дабигатрана +

- В) Прекратить приём антагониста витамина К; когда МНО станет  $<1,5$  , начать приём дабигатрана
- С) Прекратить приём антагониста витамина К; когда МНО станет  $<3,0$  , начать приём дабигатрана
- Д) Прекратить приём антагониста витамина К; начать приём дабигатрана через сутки.

4/103 ПРИ «КЛАПАННОЙ» ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (ЭТИОЛОГИЯ АРИТМИИ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО СВЯЗАНА С ПАТОЛОГИЕЙ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦЕ) ТАКТИКА АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СЛЕДУЮЩАЯ:

- А) Всем пациентам назначаются антагонисты витамина К +
- В) Необходимость в антикоагулянтной терапии оценивается по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc
- С) Назначить антагонисты витамина К только пациентам старше 65 лет
- Д) Назначить двойную антиагрегантную терапию

4/104 ПАЦИЕНТАМ С КОЛИЧЕСТВОМ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 0 (ВКЛЮЧАЯ ЖЕНЩИН МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ФП), ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ НИЗКОМУ РИСКУ, И ОТСУТСТВИЕМ ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА, СЛЕДУЕТ ПРИВЕРЖИВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ:

- А) Анти тромботическая терапия не рекомендуется +
- В) Назначение антагонистов витамина К с целевым уровнем МНО 2-3
- С) Назначение антагонистов витамина К с целевым уровнем МНО 1-2
- Д) Назначение антиагреганта, например – ацетилсалициловой кислоты

4/105 ДОЗУ АМИОДАРОНА СЛЕДУЕТ СНИЖАТЬ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ НА ЭКГ:

- А) QTc более 500 мс +
- В) QTc более 400 мс
- С) QRS более 100 мс
- Д) QRS более 120 мс

4/106 ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АВ БЛОКАДЫ 1 СТЕПЕНИ ПО ЭКГ В ПОКОЕ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

- А) Всё вышеперечисленное +
- В) Суточное мониторирование ЭКГ
- С) Эхокардиография
- Д) Консультация кардиолога, сбор анамнеза, коррекция проводимой терапии

4/107 У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЗОДАМИ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧАТЬ НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА СЛЕДУЮЩИМ МЕТОДОМ

- А) Трёхсуточное мониторирование ЭКГ +
- В) Суточное мониторирование ЭКГ
- С) Нагрузочный ЭКГ тест
- Д) Стресс-эхокардиография

## 5. Нарушение проводимости сердца

5/1 СИНОАТРИАЛЬНАЯ БЛОКАДА 1 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭКГ



- A) Ничего из вышеперечисленного +
  - B) Удлинение волны P
  - C) Удлинение интервала PQ
  - D) Укорочение интервала PQ
- 5/2 АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 1 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭКГ
- A) Удлинение интервала PQ +
  - B) Удлинение волны P
  - C) Ничего из вышеперечисленного
  - D) Укорочение интервала PQ
- 5/3 ЗАМЕДЛЕНИЕ ВНУТРИПРЕДСЕРДНОЙ ПРОВОДИМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭКГ
- A) Удлинение волны P +
  - B) Удлинение интервала PQ
  - C) Ничего из вышеперечисленного
  - D) Укорочение интервала PQ
- 5/4 СИНОАТРИАЛЬНАЯ БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭКГ
- A) Отсутствие очередного зубца P и комплекса QRS +
  - B) Удлинение волны P
  - C) Удлинение интервала PQ
  - D) Укорочение интервала PQ
- 5/5 АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 3 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭКГ:
- A) Разобщение волн P и желудочковых куплетов +
  - B) Удлинение волны P
  - C) Удлинение интервала PQ
  - D) Укорочение интервала PQ
- 5/6 ВАРИАНТОМ НОРМЫ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ТИП БЛОКАДЫ В СИСТЕМЕ ГИСА:
- A) Блокада правой ножки пучка Гиса +
  - B) Неполная блокада левой ножки пучка Гиса
  - C) Полная блокада левой ножки пучка Гиса
  - D) Сочетание блокады правой ножки и передней ветви левой ножки пучка Гиса
- 5/7 С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ТИПА БЛОКАДЫ В СИСТЕМЕ ГИСА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:
- A) ЭКГ в покое +
  - B) Эхокардиография

- C) Нагрузочный ЭКГ тест
- D) Чреспищеводная ЭКГ
- 5/8 ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА, КОТОРАЯ НЕ РЕГИСТРИРОВАЛАСЬ РАНЕЕ, НЕОБХОДИМО:
- A) Госпитализировать пациента с подозрением на острый коронарный синдром +
- B) Выполнить пациенту эхокардиографическое исследование и продолжить наблюдение
- C) Нет необходимости в дальнейших диагностических мероприятиях
- D) Выполнить нагрузочный ЭКГ тест для исключения ишемии миокарда, как причины блокады.
- 5/9 ПОЛНАЯ БЛОКАДА ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ ОТ НЕПОЛНОЙ СЛЕДУЮЩИМ КРИТЕРИЕМ:
- A) Длительность комплекса QRS более 120 мсек +
- B) Поворот электрической оси сердца вправо.
- C) Глубина зубцов S превышает  $\frac{1}{2}$  амплитуды зубцов R в левых грудных отведениях
- D) Присоединение блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса.
- 5/10 ПОЛНАЯ БЛОКАДА ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ ОТ НЕПОЛНОЙ СЛЕДУЮЩИМ КРИТЕРИЕМ:
- A) Поворот электрической оси сердца резко влево +
- B) Длительность комплекса QRS более 120 мсек
- C) Глубина зубцов S превышает  $\frac{1}{2}$  амплитуды зубцов R в левых грудных отведениях
- D) Присоединение блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса.
- 5/11 ЗАМЕДЛЕНИЕ ТОКА ИМПУЛЬСОВ ПО ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЕ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ РЕГИСТРАЦИЯ НА ЭКГ:
- A) Высоких уширенных волн P +
- B) Двугорбых уширенных волн P
- C) Признаков атриовентрикулярной блокады 1 степени
- D) Признаков синоатриальной блокады 2 степени
- 5/12 ЗАМЕДЛЕНИЕ ТОКА ИМПУЛЬСОВ ПО ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ РЕГИСТРАЦИЯ НА ЭКГ:
- A) Двугорбых уширенных волн P +
- B) Высоких уширенных волн P
- C) Признаков атриовентрикулярной блокады 1 степени
- D) Признаков синоатриальной блокады 2 степени
- 5/13 АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЙ УЗЕЛ У БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ ИЗ СИСТЕМЫ:
- A) Правой коронарной артерии +
- B) Огибающей коронарной артерии
- C) Передней нисходящей артерии
- D) Ствола левой коронарной артерии
- 5/14 СИНУСОВЫЙ УЗЕЛ У БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ ИЗ

СИСТЕМЫ:

- A) Огибающей коронарной артерии +
  - B) Правой коронарной артерии
  - C) Передней нисходящей артерии
  - D) Ствола левой коронарной артерии
- 5/15 ПРИ ПОЛНОЙ БЛОКАДЕ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НА ЭКГ ПОКОЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА:
- A) Остаётся нормальной или отклоняется вправо +
  - B) Отклоняется резко вправо
  - C) Горизонтальная
  - D) Умеренно отклоняется влево
- 5/16 СИНОАТРИАЛЬНАЯ БЛОКАДА 1 СТЕПЕНИ ТРЕБУЕТ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
- A) Кардиотропное вмешательство не требуется +
  - B) Имплантация электрокардиостимулятора при паузах более 2 секунд
  - C) Назначение седативных препаратов
  - D) Назначение симпатомиметиков
- 5/17 СИНОАТРИАЛЬНАЯ БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ ТРЕБУЕТ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
- A) Имплантация электрокардиостимулятора при паузах более 3 секунд +
  - B) Кардиотропное вмешательство не требуется
  - C) Назначение седативных препаратов
  - D) Назначение симпатомиметиков
- 5/18 АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 1 СТЕПЕНИ ТРЕБУЕТ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
- A) Суточное мониторирование для исключения эпизодов усугубления блокады +
  - B) Кардиальное обследование и лечение не требуется
  - C) Назначение седативных препаратов
  - D) Имплантация электрокардиостимулятора при паузах более 2 секунд
- 5/19 АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ 1 ТИПА ВО ВРЕМЯ СНА ТРЕБУЕТ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
- A) Суточное мониторирование для исключения эпизодов усугубления блокады +
  - B) Кардиальное обследование и лечение не требуется
  - C) Назначение седативных препаратов
  - D) Имплантация электрокардиостимулятора при паузах более 2 секунд
- 5/20 АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ 2 ТИПА ВО ВРЕМЯ СНА ТРЕБУЕТ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
- A) Имплантация электрокардиостимулятора при паузах более 3 секунд и при регистрации ЧСС ниже 35 в минуту +
  - B) Кардиальное обследование и лечение не требуется

- C) Назначение седативных препаратов
  - D) Назначение белатаминала
- 5/21 АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 3 СТЕПЕНИ ТРЕБУЕТ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
- A) Имплантация электрокардиостимулятора +
  - B) Кардиальное обследование для выявления причины, затем решение вопроса о целесообразности имплантации электрокардиостимулятора
  - C) Назначение седативных препаратов
  - D) Назначение белатаминала
- 5/22 ЭПИЗОДЫ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ 3 СТЕПЕНИ ТРЕБУЮТ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
- A) Имплантация электрокардиостимулятора +
  - B) Кардиальное обследование для выявления причины, затем решение вопроса о целесообразности имплантации электрокардиостимулятора
  - C) Назначение седативных препаратов
  - D) Назначение белатаминала
- 5/23 ПОКАЗАНИЯ К ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ БЛОКАДЫ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА:
- A) Частота пульса ниже 35 в минуту, паузы более 3 секунд +
  - B) Паузы более 2,5 секунд
  - C) Паузы более 2 секунд
  - D) Отсутствие адекватного нарастания частоты пульса на фоне физической нагрузки.
- 5/24 ПРИ РЕГИСТРАЦИИ НА ЭКГ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРЕПАРАТОВ:
- A) С отрицательным дромотропным действием +
  - B) С отрицательным хронотропным действием
  - C) С отрицательным мнотропным действием
  - D) Блокада не влияет на тактику проводимого лечения
- 5/25 ПРИ РЕГИСТРАЦИИ НА ЭКГ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРЕПАРАТОВ:
- A) Блокада не влияет на тактику проводимого лечения +
  - B) С отрицательным хронотропным действием
  - C) С отрицательным мнотропным действием
  - D) С отрицательным дромотропным действием
- 5/26 ПРИ РЕГИСТРАЦИИ НА ЭКГ СОЧЕТАНИЯ НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА И НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРЕПАРАТОВ:
- A) Блокада не влияет на тактику проводимого лечения +
  - B) С отрицательным хронотропным действием
  - C) С отрицательным мнотропным действием

- D) С отрицательным дромотропным действием
- 5/27 ЭПИЗОДЫ МИГРАЦИИ ВОДИТЕЛЯ РИТМА ПО ПРЕДСЕРДИЯМ ВО ВРЕМЯ СНА ТРЕБУЕТ СЛЕДУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
- A) Кардиальное обследование и лечение не требуется +
  - B) Имплантация электрокардиостимулятора.
  - C) Назначение седативных препаратов
  - D) Назначение белатаминала
- 5/28 ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АВ БЛОКАДЫ 2 СТЕПЕНИ, 1 ТИПА БЕЗ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПОВТОРНОЕ СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ
- A) Раз в год +
  - B) При появлении эпизодов резкой слабости, потери сознания
  - C) Раз в месяц
  - D) Динамическое наблюдение не требуется, такой вид блокады является вариантом нормы.
- 5/29 ПРИ РАЗВИТИИ АВ БЛОКАДЫ 3 СТЕПЕНИ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОГО КАРДИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ ПРЕПАРАТЫ С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДРОМОТРОПНЫМ ВЛИЯНИЕМ СЛЕДУЕТ:
- A) Немедленно отменить препарат, госпитализировать пациента +
  - B) Отменить препарат постепенно в течение 2-3 дней для минимизации эффекта отмены
  - C) Снизить дозу препарата, контроль ЭКГ через 2-3 дня
  - D) При отсутствии жалоб возможно продолжение терапии под контролем показателей ЭКГ, частоты пульса и уровня артериального давления
- 5/30 ПРИ РАЗВИТИИ ПОЛНОЙ АВ БЛОКАДЫ У ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ:
- A) Все перечисленные +
  - B) Это синдром Фредерика
  - C) Требуется экстренная госпитализация
  - D) Требуется установка электрокардиостимулятора
- 5/31 ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ПОВТОРНЫХ ЭПИЗОДОВ АВ БЛОКАДЫ 2 СТЕПЕНИ В ПЕРИОД АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ
- A) Рекомендовать имплантацию электрокардиостимулятора +
  - B) Снизить физическую активность
  - C) Назначить седативные препараты
  - D) Назначить препараты калия, продолжить динамическое наблюдение
- 5/32 ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ПОВТОРНЫХ ЭПИЗОДОВ ПРЕХОДЯЩЕЙ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА В ПЕРИОД АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ
- A) Продолжить наблюдение пациента +
  - B) Снизить физическую активность
  - C) Назначить седативные препараты

- D) Назначить препараты калия
- 5/33 ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЗОДАМИ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:
- A) Эхокардиография, трехсуточное мониторирование ЭКГ +
  - B) Эхокардиография, нагрузочный ЭКГ тест
  - C) ЭКГ в покое, чреспищеводная ЭКГ
  - D) Нагрузочный ЭКГ тест, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ
- 5/34 ПЕРЕД ПРОЦЕДУРОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА СЛЕДУЕТ НЕПРЕМЕННО ПРОВЕСТИ:
- A) Эхокардиографию +
  - B) Коронарографию
  - C) МРТ сердца
  - D) Мультиспиральную компьютерную томографию сердца
- 5/35 ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:
- A) Эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ +
  - B) Эхокардиография, нагрузочный ЭКГ тест
  - C) ЭКГ в покое, чреспищеводная ЭКГ
  - D) Нагрузочный ЭКГ тест, трёхсуточное мониторирование ЭКГ
- 5/36 ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ИБС У ПАЦИЕНТА С ИМПАНТИРОВАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСИМУЛЯТОРОМ НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНО ПРОВЕДЕНИЕ:
- A) Коронароангиографии +
  - B) Нагрузочного ЭКГ теста
  - C) Стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой
  - D) Стресс-эхокардиографии с медикаментозной нагрузкой при отсутствии противопоказаний
- 5/37 ПОКАЗАНИЯ К ИМПЛАНТАЦИИ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕГО УСТРОЙСТВА ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ:
- A) Эхокардиографии +
  - B) ЭКГ
  - C) Нагрузочному ЭКГ тесту
  - D) Коронароангиографии
- 5/38 ИМПЛАНТАЦИЯ НАРУЖНОГО ПЕТЛЕВОГО РЕГИСТРАТОРА ПОКАЗАНА ПРИ ЭПИЗОДАХ ПРЕСИНКОПАЛЬНОГО И СИНКОПАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ С ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ:
- A) Раз в месяц и реже +
  - B) Раз в неделю
  - C) Каждые 2-3 дня
  - D) Ежедневно

- 5/39 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНКОПАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ АРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДШЕСТВУЮЩИМ ИМ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ:
- A) Электрофизиологическое исследование +
  - B) ЭКГ
  - C) Нагрузочный ЭКГ тест
  - D) Коронароангиографию
- 5/40 ПРИ НАСТРОЙКЕ ЭФФЕКТИВНОГО РЕЖИМА СТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ КОНТРОЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A) Эхокардиография с оценкой VTI на выносящем тракте ЛЖ и фракции выброса +
  - B) ЭКГ с определением изменения длительности желудочкового комплекса
  - C) Суточное мониторирование ЭКГ
  - D) Нагрузочный ЭКГ тест
- 5/41 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КАРОТИДНОГО СИНУСА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ РЕЖИМОМ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A) Двухкамерная электростимуляция +
  - B) Однокамерная электростимуляция
  - C) Электростимуляция не показана
  - D) Временная электростимуляция
- 5/42 ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ПОКАЗАНА В СЛУЧАЕ:
- A) Пауз более 3 секунд несмотря на отмены ритмурежающей терапии +
  - B) Пауз более 2,5 секунд несмотря на отмены ритмурежающей терапии
  - C) Пауз более 2 секунд несмотря на отмены ритмурежающей терапии
  - D) Пауз более 1,5 секунд несмотря на отмены ритмурежающей терапии
- 5/43 ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СИСТЕМНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА:
- A) Внутривенная инфузии 1 г цефазолина непосредственно перед процедурой +
  - B) Внутривенная инфузии 1 г цефазолина в течение 3-4 дней до процедуры
  - C) Внутривенная инфузии 2 г амоксицилина непосредственно перед процедурой
  - D) Внутривенная инфузии 2 г амоксицилина в течение 3-4 дней до процедуры
- 6. Гипертоническая болезнь**
- 6/1 РЕКОМЕНДУЮТ ОГРАНИЧИВАТЬ СУТОЧНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СОЛИ У ПАЦИЕНТА С АГ ДО
- A) 5-6 г +
  - B) 1-3 г
  - C) 2-4 г
  - D) 3-5 г
- 6/2 НИЖНИЙ ПРЕДЕЛ БЕЗОПАСНОГО СНИЖЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АД:
- A) 110 и 70 мм рт.ст. +

- В) 110 и 60 мм рт.ст.  
С) 120 и 70 мм рт.ст.  
D) 90 и 60 мм рт.ст.
- 6/3 ОГРАНИЧИВАТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАТРИЯ В СУТКИ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СЛЕДУЕТ ДО:  
А) 2-3 г +  
В) 7-10 г  
С) 5-7 г  
D) 3-5 г
- 6/4 НЕБИВОЛОЛ ЯВЛЯЕТСЯ:  
А) высокоселективным бета1-адренблокатором с вазодилатирующими свойствами +  
В) неселективным бета1-блокатором с вазодилатирующими свойствами  
С) неселективным альфа- и бета-адренблокатором  
D) высокоселективным альфа- и бета-адренблокатором
- 6/5 ХАРАКТЕРНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИАПФ ЯВЛЯЕТСЯ:  
А) Кашель +  
В) Головная боль  
С) Запоры  
D) Мышечная слабость
- 6/6 ДВОЙНЫМ ПУТЕМ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ОРГАНИЗМА ОБЛАДАЕТ:  
А) Фозиноприл +  
В) эналаприл  
С) периндоприл  
D) лизиноприл
- 6/7 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИАПФ ЯВЛЯЮТСЯ:  
А) беременность +  
В) гипокалиемия  
С) обструктивные заболевания легких  
D) гипергликемия
- 6/8 НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЧИТАЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ  
А) β-адренблокатор + антагонист кальция недигидропиридинового ряда +  
В) β-адренблокатор + антагонист кальция дигидропиридинового ряда  
С) сартан + диуретик  
D) ИАПФ + диуретик
- 6/9 ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:  
А) Метилдопа +



- В) нифидипин
  - С) периндоприл
  - Д) небиволол
- 6/10 У МУЖЧИНЫ 78 ЛЕТ С АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ АГ С НАЗНАЧЕНИЯ
- А) доксазозина +
  - В) карведилола
  - С) кандесартана
  - Д) гидрохлортиазида
- 6/11 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А) подагра +
  - В) сахарный диабет
  - С) ИБС
  - Д) инсульт в анамнезе
- 6/12 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ САРТАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ
- А) беременность +
  - В) подагра
  - С) сахарный диабет
  - Д) инсульт в анамнезе
- 6/13 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ?
- А) атрио-вентрикулярная блокада 2-3 степени +
  - В) хроническая обструктивная болезнь легких
  - С) хроническая сердечная недостаточность
  - Д) сахарный диабет
- 6/14 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ:
- А) кардиогенный шок +
  - В) сердечная недостаточность.
  - С) беременность.
  - Д) брадикардия
- 6/15 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КОНА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) антагонист альдостерона +
  - В) антагонист кальция
  - С) антагонист рецепторов 1 типа к ангиотензину
  - Д) бета-адреноблокатор
- 6/16 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЮТСЯ
- А) сартаны +

- В) бета-адреноблокаторы
  - С) альфа-адреноблокаторы
  - Д) антагонисты кальция недигидропиридинового ряда
- 6/17 ПРЕПАРАТАМИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ, СНИЖАЮЩИМИ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ
- А) диуретики +
  - В) антагонисты кальция
  - С) сартаны
  - Д) бета-адреноблокаторы
- 6/18 ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ БОЛЬНОМУ СО 2-Й СТЕПЕНЬЮ АГ НУЖНО:
- А) назначить комбинированное лечение +
  - В) увеличить дозу получаемого препарата в два раза
  - С) увеличить дозу получаемого препарата до максимальной
  - Д) заменить препарат одной группы на препарат другой группы
- 6/19 С КАКИХ ГРУПП ПРЕПАРАТОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЧИНАТЬ ТЕРАПИЮ У ЛИЦ СТАРШЕ 55 ЛЕТ:
- А) антагонисты кальция или диуретики +
  - В) иАПФ или сартаны
  - С) бета-адреноблокаторы
  - Д) агонисты имидазолиновых рецепторов
- 6/20 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ
- А) бета-адреноблокаторы + ИАПФ (сартаны) + диуретики + антагонисты альдостерона +
  - В) иАПФ + диуретики+ антагонисты кальция
  - С) бета-адреноблокаторы + антагонисты кальция + антагонисты альдостерона
  - Д) бета-адреноблокаторы + агонисты имидазолиновых рецепторов + альфа-адреноблокаторы
- 6/21 ЕСЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА ОТ 98 МКМОЛЬ/Л ДО 120 МКМОЛЬ /Л, СЛЕДУЕТ
- А) продолжить терапию лизиноприлом в той же дозе с последующим контролем уровня креатинина через 1-2 недели +
  - В) отменить лизиноприл
  - С) уменьшить дозу лизиноприла в 2 раза под контролем уровня креатинина
  - Д) заменить лизиноприл на фозиноприл
- 6/22 ЕСЛИ ПРИ ТЕРАПИИ ИАПФ ЧЕРЕЗ 1 НЕДЕЛЮ ОТМЕЧЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ КРЕАТИНИНА ОТ 120 МКМОЛЬ/Л ДО 300 МКМОЛЬ/Л, СЛЕДУЕТ
- А) отменить ИАПФ и направить на консультацию к нефрологу +
  - В) оставить прежнюю терапию и повести контроль уровня креатинина через 1 неделю
  - С) продолжить терапию ИАПФ в сниженной в два раза дозе
  - Д) заменить ИАПФ на сартан

- 6/23 НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ ПРИ АГ НЕОБХОДИМО
- А) при наличии ассоциированных с АГ состояниях +
  - В) у всех больных с АГ
  - С) только при уровне общего холестерина более 5 ммоль/л
  - Д) только при уровне липопротеидов низкой плотности более 3 ммоль/л
- 6/24 НАЗНАЧЕНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ АГ ПОКАЗАНО
- А) только при хорошей коррекции АД +
  - В) всем мужчинам старше 40 лет
  - С) всем женщинам старше 60 лет
  - Д) при выявлении почечной недостаточности
- 6/25 ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ ЯВЛЯЮТСЯ
- А) сартаны +
  - В) тиазидные диуретики
  - С) прямые ингибиторы ренина
  - Д) бета-адреноблокаторы
- 6/26 ДЛЯ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА В СУТКИ У БОЛЬНЫХ С АГ ИСПОЛЬЗУЮТ
- А) метопролола сукцинат +
  - В) пропранолол
  - С) лозартан
  - Д) нифедипин
- 6/27 АГ СЧИТАЮТ РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ АД ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОМБИНАЦИИ
- А) диуретика + двух препаратов других групп в адекватных дозировках + антагониста минералокортикоидных рецепторов +
  - В) трех групп антигипертензивных препаратов
  - С) четырех групп антигипертензивных препаратов, из которых два являются тиазидным и петлевым диуретиком
  - Д) диуретика + ИАПФ в течение трех месяцев терапии
- 6/28 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫБРАТЬ ДИУРЕТИК
- А) торасемид +
  - В) фуросемид
  - С) гидрохлотиазид
  - Д) индапамид
- 6/29 СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ БОЛЬНЫМ С АГ УПОТРЕБЛЕНИЕ ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ В СУТКИ
- А) 500 г и более +
  - В) до 400 г
  - С) до 300 г

- D) до 100 г
- 6/30 СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ БОЛЬНЫМ С АГ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ
- A) аэробные, динамические +
  - B) изометрические
  - C) с натуживанием
  - D) с наклонами вперед
- 6/31 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫБРАТЬ ДИУРЕТИК
- A) торасемид +
  - B) фуросемид
  - C) гидрохлотиазид
  - D) индапамид
- 6/32 СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ БОЛЬНЫМ С АГ УПОТРЕБЛЕНИЕ ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ В СУТКИ
- A) 500 г и более +
  - B) до 400 г
  - C) до 300 г
  - D) до 100 г
- 6/33
- СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ БОЛЬНЫМ С АГ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ
- A) аэробные, динамические +
  - B) изометрические
  - C) с натуживанием
  - D) с наклонами вперед
- 6/34 НАИЛУЧШИМ МЕТОДОМ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АГ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) суточное мониторирование АД +
  - B) периодическое самостоятельное измерение АД пациентом
  - C) измерение АД врачом через 2 недели от начала терапии
  - D) измерение АД лежа и стоя
- 6/35 ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:
- A) индапамид +
  - B) эналаприл
  - C) бисопролол
  - D) верапамил
- 6/36 ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФРАКЦИИ ВЫБРОСА МЕНЕЕ 35% ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ
- A) верапамила и дилтиазема +

- B) дигидропиридиновых антагонистов кальция
  - C) бета-адреноблокаторов
  - D) тиазидных диуретиков
- 6/37 ЗОФЕНОПРИЛ ОТНОСИТСЯ К ПРЕПАРАТАМ
- A) содержащим сульфгидрильную группу +
  - B) выводящимся преимущественно через кишечник
  - C) гидрофильным
  - D) блокирующим рецепторы к ангиотензину II первого типа
- 6/38 ТЕЛМИСАРТАН ОТНОСИТСЯ К ПРЕПАРАТАМ
- A) высоколипофильным +
  - B) выводящимся преимущественно почками
  - C) с низким связыванием с белками плазмы крови
  - D) для двукратного приема
- 6/39 ПОВЫШЕНИЕ АД МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ ПРИЕМ
- A) оральных контрацептивов +
  - B) никорандила
  - C) амиодарона
  - D) триметазидина
- 6/40 АНГИОТЕНЗИН II ОКАЗЫВАЕТ КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ДЕЙСТВИИ НА РЕЦЕПТОРЫ
- A) к ангиотензину II 2 типа +
  - B) к ангиотензину II 1 типа
  - C) к брадикинину
  - D) к натрийуретическому пептиду
- 6/41 ДИУРЕТИКИ ПРИВОДЯТ К
- A) гиперальдостеронизму +
  - B) гиперкалиемии
  - C) гиперволемии
  - D) гипернатриемии
- 6/42 ПРЯМОЙ ИНГИБИТОР РЕНИНА
- A) не рекомендован при лечении пациента циклоспорином +
  - B) следует добавить к ИАПФ при недостаточном гипотензивном эффекте
  - C) являются препаратами первого выбора при высокорениновых формах АГ
  - D) увеличивает частоту отеков при приеме амлодипина
- 6/43 ЛЕРКАНИДИПИН
- A) в меньшей степени вызывает отеки, чем амлодипин +
  - B) не рекомендован при лечении сартанами

- С) не рекомендован для лечения АГ у пациентов с ИБС
- Д) в большей степени увеличивает частоту пульса, чем нифедипин
- 6/44 У БОЛЬНЫХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ УМЕРЕННОГО РИСКА, НАЗНАЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДОВАНО
- А) при отсутствии достижения целевых значений АД после соблюдения рекомендаций по изменению образа жизни в течение нескольких недель +
- В) сразу после установления диагноза
- С) при наличии поражения органов-мишеней
- Д) при наличии ассоциированных с АГ состояний или заболеваний
- 6/45 АГ, РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ СЧИТАЮТ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СООЧЕТАНИЕМ
- А) четырех групп антигипертензивных препаратов в адекватных дозах, содержащих в комбинации диуретик и антагонист минералокортикоидных рецепторов +
- В) трех групп антигипертензивных препаратов
- С) трех групп антигипертензивных препаратов, один из которых является диуретиком
- Д) трех групп антигипертензивных препаратов, один является препаратом центрального действия
- 6/46 КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ФИКСИРОВАННЫМИ ГОТОВЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ФОРМАМИ
- А) обеспечивает достижение целевых значений АД у большего числа больных и более ранние сроки +
- В) значительно увеличивает затраты на лечение
- С) снижает вероятность удержания на терапии
- Д) снижает комплаентность к лечению
- 6/47 САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ПАЦИЕНТОВ С АГ СНИЖАЕТ
- А) вероятность достижения целевых значений АД +
- В) комплаентность к лечению
- С) вероятность удержания на терапии
- Д) вероятность поражения органов -мишеней
- 6/48 ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
- А) фондапаринукса +
- В) нефракционированного гепарина
- С) эноксапарина
- Д) бивалирудина
- 6/49 ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОВТОРНО ЗНАЧЕНИЯ АД 150/80, 160/70 170/70 ММ РТ.СТ. СООТВЕТСТВУЮТ ПОНЯТИЮ Правильный ответ: А ТК-РК
- А) изолированной систолической гипертензии +
- В) изолированной диастолической гипертензии
- С) гипертензии «белого халата»

- D) систоло-диастолической гипертонии
- 6/50 У БОЛЬНЫХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД:
- A) <140/90 мм ртст +
  - B) <130/80 мм рт.ст.
  - C) <125/80 мм ртст
  - D) < 130/85 мм рт.ст.
- 6/51 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) Каптоприл +
  - B) клофелин
  - C) моксонидин
  - D) нифедипин
- 6/52 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ
- A) каптоприл +
  - B) клофелин
  - C) моксонидин
  - D) нифедипин
- 6/53 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТАКСАЛОЛА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) синдром слабости синусового узла +
  - B) сердечная недостаточность I-II ФК по NYHA
  - C) хронический бронхит
  - D) открытоугольная глаукома
- 6/54 МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БЕТАКСОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ
- A) 40 мг +
  - B) 20 мг
  - C) 10 мг
  - D) 5 мг
- 6/55 МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ТОРАСЕМИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ
- A) 10 мг +
  - B) 20 мг
  - C) 7,5 мг
  - D) 5 мг
- 6/56 ПРИ РАЗВИТИИ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ, ВСЛЕДСТВИИ ПРИЕМА БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- A) адреналин +
  - B) аминофиллин

- C) дигоксин
- D) гидрохлортиазид
- 6/57 МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХСН
- A) 10 мг +
- B) 15 мг
- C) 20 мг
- D) 40 мг
- 6/58 МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ
- A) 20 мг +
- B) 15 мг
- C) 10 мг
- D) 40 мг
- 6/59 ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ СТЕПЕНИ АЛЬБУМИНУРИИ ЯВЛЯЮТСЯ
- A) иАПФ +
- B) дигидропиридиновые антагонисты кальция
- C) диуретики
- D) бета-адреноблокаторы
- 6/60 ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ
- A) показана для лечения резистентной АГ +
- B) значительно снижает функцию почек
- C) эффективна только при симптоматической реноваскулярной гипертонии
- D) противопоказана при сопутствующей ИБС
- 6/62 НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМУСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) ангиопластика почечной артерии +
- B) нефропексия
- C) нефрэктомия
- D) протезирование с использованием сосудистого аутооттрансплантата
- 6/63 НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМУСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) ангиопластика почечной артерии +
- B) нефропексия
- C) нефрэктомия
- D) протезирование с использованием сосудистого аутооттрансплантата
- 6/64 ВЫБОР ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО АД ЗАВИСИТ ОТ
- A) наличия и характера сопутствующих заболеваний +



- В) исходного уровня АД
  - С) пола больного
  - Д) наличия неблагоприятного семейного анамнеза
- 6/65 ТАКТИКА РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ПО СРАВНЕНИЮ С МОНОТЕРАПИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ
- А) в большей степени снижает риск развития осложнений АГ +
  - В) снижает приверженность к терапии
  - С) повышает частоту нежелательных явлений
  - Д) снижает вероятность удержания на терапии
- 6/66 САРТАНЫ ОКАЗЫВАЮТ ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ЗА СЧЕТ
- А) блокады действия ангиотензина II на рецепторы 1 типа +
  - В) блокады действия ангиотензина II на рецепторы 2 типа
  - С) повышения уровня эндотелина-1
  - Д) сохранения уровня брадикинина
- 6/67 ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭФФЕКТА ГИДРОХЛОРТИАЗИДА ЗАВИСИТ ОТ
- А) полиморфизма генов АПФ +
  - В) исходного уровня калия в крови
  - С) активности симпатической нервной системы
  - Д) уровня сахара в крови
- 6/68 ДИГИДРОПИРИДИНОВЫЕ АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ СНИЖАЮТ РИСК
- А) инсульта больше, чем инфаркта миокарда +
  - В) нефропатии больше, чем инфаркта миокарда
  - С) инсульта меньше, чем иАПФ
  - Д) инфаркта больше, чем иАПФ
- 6/69 НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМУСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А) ангиопластика почечной артерии +
  - В) нефропексия
  - С) нефрэктомия
  - Д) протезирование с использованием сосудистого аутооттрансплантата
- 6/70 ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ
- А) обеспечивает достижение целевого АД у большего числа пациентов +
  - В) увеличивает риск развития новых случаев сахарного диабета
  - С) увеличивает частоту неблагоприятных событий
  - Д) снижает затраты на медикаментозное лечение
- 6/71 НАЛИЧИЕ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АГ
- А) ухудшает прогноз +
  - В) затрудняет назначение ИАПФ

- C) затрудняет назначение бета-адреноблокаторов
  - D) увеличивает риск ишемии миокарда
- 6/72 СНИЖЕНИЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АГ ПОКАЗАНО ДЛЯ
- A) периндоприла +
  - B) трандолаприла
  - C) эналаприла
  - D) лизиноприла
- 6/73 У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД:
- A) <140/85 мм рт.ст. +
  - B) <140/90 мм рт.ст.
  - C) <130/80 мм рт.ст.
  - D) < 130/85 мм рт.ст.
- 6/74 ПЕРИНДОПРИЛ ОТНОСИТСЯ К ПРЕПАРАТАМ
- A) липофильным +
  - B) гидрофильным
  - C) выводющимся преимущественно печенью
  - D) содержащим сульфгидрильную группу
- 6/75 ПРИЕМ НАТОЩАК РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ
- A) фуросемида +
  - B) торасемида
  - C) амлодипина
  - D) бисопролола
- 6/76 ТОРАСЕМИД ЯВЛЯЕТСЯ ДИУРЕТИКОМ
- A) петлевым +
  - B) осмотическим
  - C) тиазидным
  - D) ингибирующим карбонатгидразу
- 6/77 БИСОПРОЛОЛ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) высокоселективным бета<sub>1</sub>-адреноблокатором +
  - B) неселективным бета<sub>1</sub>-адреноблокатором с вазодилатирующими свойствами
  - C) высокоселективным альфа- и бета-адреноблокатором
  - D) высокоселективным бета<sub>1</sub>-адреноблокатором с вазодилатирующими свойствами
- 6/78 НЕЖЕЛАТЕЛЬНО СОЧЕТАТЬ АМЛОДИПИН С
- A) такролимусом +
  - B) варфарином
  - C) нитратами
  - D) бисопрололом

- 6/79 К ЧАСТЫМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТАМ АМЛОДИПИНА ОТНОСЯТСЯ
- А) отеки ног +
  - В) тромбоцитопеническая пурпура
  - С) запоры
  - Д) мигрени
- 6/80 МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА АМЛОДИПИНА
- А) 10 мг +
  - В) 20 мг
  - С) 30 мг
  - Д) 40 мг
- 6/81 ЭПЛЕРЕНОН
- А) препятствует связыванию минералокортикоидных рецепторов с альдостероном +
  - В) вызывает геникомастию подобно спиронолактону
  - С) может назначаться совместно с циклоспорином и такролимусом
  - Д) может приводить к гиперкалиемии аналогично спиронолактону
- 6/82 НАИБОЛЬШАЯ СТЕПЕНЬ СНИЖЕНИЯ АД ДОСТИГАЕТСЯ
- А) комбинацией антигипертензивных препаратов разных групп +
  - В) удвоением дозы ранее назначенного антигипертензивного препарата
  - С) сменой антигипертензивного препарата одной группы на препарат другой группы
  - Д) увеличением кратности приема препарата в течение дня
- 6/83 РАЦИОНАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОЗВОЛЯЕТ
- А) увеличить эффективность лечения и снизить частоту нежелательных явлений +
  - В) увеличить эффективность лечения
  - С) снизить частоту нежелательных явлений
  - Д) увеличить комплаентность к лечению
- 6/84 ПРЕДУПРЕДИТЬ ЧРЕЗМЕРНУЮ ГИПОТонию В НАЧАЛЕ ТЕРАПИИ ИАПФ МОЖНО ЗА СЧЕТ
- А) отмены диуретиков на 2-3 дня и коррекции гипонатриемии +
  - В) сочетания с доксазозином
  - С) добавления препаратов калия
  - Д) ношения компрессионных чулков
- 6/85 НАЗНАЧЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ
- А) лечения АГ у больных с ИБС или ХСН +
  - В) начальной терапии при неосложненном течении АГ
  - С) профилактики инсультов
  - Д) коррекции повышенной частоты пульса у молодых здоровых людей
- 6/86 ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТониЯ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ

- A) празозина +
  - B) валсартан
  - C) метопролола
  - D) моксонидина
- 6/87 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ
- A) фуросемид +
  - B) клофелин
  - C) моксонидин
  - D) нифедипин
- 6/88 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
- A) метопролол +
  - B) нифедипин
  - C) клофелин
  - D) пентамин
- 6/89 ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ АД
- A) следует продолжать лечение препаратами в подобранных дозировках неопределенно долгий срок +
  - B) можно отменить один из препаратов на некоторый период времени
  - C) следует продолжать лечение препаратами в подобранных дозировках не менее 3 месяцев
  - D) можно разрешить пропуск приема препаратов на 1-2 дня в неделю
- 6/90 НЕ СЛЕДУЕТ СОЧЕТАТЬ ПРИЕМ ИНГИБИТОРА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5 ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ЛЕЧЕНИЕМ АГ
- A) празозином +
  - B) эналаприлом
  - C) валсартаном
  - D) амлодипином

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 00D9618CDA5DBFCD6062289DA9541BF88C  
Владелец: Глыбочко Петр Витальевич  
Действителен: с 13.09.2022 до 07.12.2023

