

**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

- С) физическая активность меньшей интенсивности, чем привычная
- 1/8 Д) малейшая физическая активность
ПРИ ХСН IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО НЬЮ-ЙОРКСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ УТОМЛЯЕМОСТЬЮ, ОДЫШКОЙ, СЕРДЦЕБИЕНИЕМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
- А) малейшая физическая активность +
- В) физическая активность меньшей интенсивности, чем привычная
- С) привычная физическая активность
- 1/9 Д) чрезмерная физическая активность
ДИАГНОЗ ХСН ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЛИЧИЕ
- А) характерных жалоб и симптомов +
- В) ишемической болезни сердца
- С) расширения границ сердца
- 1/10 Д) признаков застоя при рентгенографии легких
ДИАГНОЗ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МАЛОВЕРОЯТЕН ПРИ
- А) нормальной ЭКГ +
- В) нормальной фракции выброса левого желудочка
- С) нормальном кардиоторакальном индексе
- 1/11 Д) нормальной жизненной емкости легких
ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА СОДЕРЖАНИЕ
- А) мозгового натрийуретического пептида +
- В) сердечных тропонинов
- С) МВ-фракции КФК
- 1/12 Д) ангиотензина
СТАНДАРТНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ХСН НЕ ВКЛЮЧАЕТ
- А) суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру +
- В) рентгеновское исследование легких
- С) общий анализ мочи
- 1/13 Д) биохимический анализ крови
У ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ БЕССИМПТОМНУЮ ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ КАК
- А) состояние, предрасполагающее к ХСН +
- В) первую стадию ХСН
- С) вариант нормы
- 1/14 Д) признак ишемической болезни сердца
У ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА ОДЫШКУ ДИАГНОЗ ХСН МОЖНО СЧИТАТЬ ПОДТВЕРЖДЕННЫМ, ЕСЛИ
- А) фракция выброса левого желудочка <40% +
- В) в анамнезе – инфаркт миокарда
- С) возраст > 65 лет
- 1/15 Д) на ЭКГ - блокада левой ножки пучка Гиса
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 ≥ 3 стадии
- 1/25 D) бронхиальной астме
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
- 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
- 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
- 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
- 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/1,73м²
ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ИЛИ УВЕЛИЧЕНИЯ ДОЗЫ ИАПФ ИЛИ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ УРОВЕНЬ В КРОВИ
- А) креатинина +
- В) натрия
- С) глюкозы
- 1/54 D) мочевой кислоты
ПРИ ХСН С СОХРАНЕННОЙ ФВЛЖ БЛОКАТОРЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ ПОЗВОЛЯЮТ
- А) снизить частоту госпитализаций +
- В) снизить смертность
- С) снизить сердечно-сосудистую смертность
- 1/55 D) снизить внезапную смертность
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
- 1/56 D) блокаде левой ножки пучка Гиса, независимо от ФВЛЖ
СТАТИНЫ ПОКАЗАНЫ ПРИ ХСН
- А) только ишемического генеза +
- В) только с сохраненной ФВЛЖ
- С) только со сниженной ФВЛЖ
- 1/57 D) всем пациентам, независимо от этиологии и ФВЛЖ
ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЯТОРА БОЛЬНОМУ С ХСН НА ФОНЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНА ПРИ
- А) ФВЛЖ $< 35\%$ +
- В) частой желудочковой экстрасистолии
- С) бессимптомной неустойчивой желудочковой тахикардии
- 1/58 D) сочетании ФВЛЖ $< 35\%$ и желудочковой эктопии
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ ДОЗУ БИСОПРОЛОЛА СЛЕДУЕТ УВЕЛИЧИВАТЬ ДО
- А) 10 мг в сутки или максимально переносимой дозы +
- В) 5мг в сутки
- С) достижения ЧСС < 70 в минуту
- 1/59 D) снижения систолического АД < 110 мм рт.ст.
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ
- А) неприверженность рекомендациям по лечению и образу жизни +
- В) физическая нагрузка
- С) присоединение преходящей ишемии миокарда
- 1/60 D) прогрессирование почечной недостаточности
ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО

ПРИМЕНЕНИЕ

- А) нестероидных противовоспалительных препаратов +
В) противогрибковых антибиотиков
С) ингаляционных бронхолитиков
D) тиазидных диуретиков
- 1/61 ПРЕДОТВРАТИТЬ ИЛИ ЗАМЕДЛИТЬ РАЗВИТИЕ ХСН У ПАЦИЕНТА СО СТАБИЛЬНОЙ ИБС ПОЗВОЛЯЕТ
А) эффективное лечение артериальной гипертензии +
В) снижение массы тела у лиц с избыточным весом
С) инсулинотерапия у лиц с сахарным диабетом
D) 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
D) нитраты
- 1/63 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФВЛЖ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
А) антиаритмические препараты +
В) бета-адреноблокаторы
С) ингибиторы АПФ
D) 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
D) 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
D) ивабрадина
- 1/66 ПРЕДОТВРАТИТЬ ИЛИ ЗАМЕДЛИТЬ РАЗВИТИЕ ХСН ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОЗВОЛЯЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
А) рамиприла +
В) метформина
С) фенофибрата
D) 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 ДЛ I КЛАСА СЕРДЕЧНОИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАСИФИКАЦИЕЙ 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 ДЛ II КЛАСА СЕРДЕЧНОИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАСИФИКАЦИЕЙ 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 ДЛ III КЛАСА СЕРДЕЧНОИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАСИФИКАЦИЕЙ 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 ДЛ IV КЛАСА СЕРДЕЧНОИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАСИФИКАЦИЕЙ 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 СЕРДЕЧНОИ 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 AV-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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 150 мс
- Д) бессимптомным пациентам с СН, синусовым ритмом, длительностью комплекса QRS ≥ 130 мс, с БЛНПГ и ФВ $\leq 45\%$, не смотря на оптимальную медикаментозную терапию, с целью уменьшения симптомов, заболеваемости и смертности

2/1 **Острый коронарный синдром (ОКС)
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
- 2/3 D) после чрескожного коронарного вмешательства
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
- 2/4 D) 150 мг
ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
A) Нитроглицерина +
B) эналаприла
C) метопролола
- 2/5 D) фуросемида
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
A) морфина гидрохлорид +
B) нитроглицерин
C) метопролол
- 2/6 D) фентанил
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
- 2/7 D) восстановление АВ проводимости
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
A) амиодарон +
B) новокаинамид
C) лидокаин
- 2/8 D) метопролол
НАЗНАЧЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
A) снижает фибрилляторный порог +
B) купирует болевой синдром
C) стимулирует диурез

- 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
D) проведение ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов
- 2/12 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
- D) 75 мг
- 2/17 ПРИ РАЗВИТИИ ПАРОКСИЗМА УСТОЙЧИВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОКАЗАНО
- А) незамедлительное проведение ЭИТ +
- В) внутривенное введение кордарона
- С) проведение инфузии лидокаина
- D) назначение бета-адреноблокаторов
- 2/18 ИНФУЗИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОКАЗАНА ПРИ
- А) сохраняющемся болевом синдроме +
- В) артериальной гипотонии
- С) кардиогенном шоке
- D) сочетании со стенозом устья аорты
- 2/19 ИНФУЗИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОКАЗАНА ПРИ
- А) отеке легких +
- В) артериальной гипотонии
- С) кардиогенном шоке
- D) сочетании со стенозом устья аорты
- 2/20 ФЕНТАНИЛ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОКС НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИЗ-ЗА
- А) короткого действия +
- В) угнетения дыхания
- С) слабого обезболивающего эффекта
- D) дизурии при аденоме простаты
- 2/21 ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫМ С ОКС ПОКАЗАНЫ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ
- А) высокоселективные без дополнительных свойств +
- В) кардиоселективные с вазодилатирующим действием
- С) обладающие внутренней симпатомиметической активностью
- D) неселективные с вазодилатирующим действием
- 2/22 НАЗНАЧЕНИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОКС ПРИВОДИТ К
- А) снижению АД +
- В) урежению ЧСС

- С) улучшению АВ проведения
- 2/23 D) 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 D) 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 D) 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
- 2/26 D) показан для урежения ритма у больных с фибрилляцией предсердий, имеющих
противопоказания к бета-адреноблокаторам
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
- 2/27 D) в качестве монотерапии при артериальной гипертензии
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДОКАЗАНА ПРИ
А) ОКС с подъемом сегмента ST +
В) ОКС без подъема сегмента ST
С) нестабильной стенокардии
- 2/28 D) повышении тропонина
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
- 2/29 D) ОКС и впервые возникшей полной блокадой ЛНПГ
ПОКАЗАНИЕМ К ПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ
ИНФАРКТМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кардиогенный шок +
- В) альвеолярный отек легких
- С) эпистенокардитический перикардит
- Д) интерстициальный отек легких
- 2/30 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИАПФ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ДОКАЗАНА ПРИ
- А) снижении фракции выброса левого желудочка менее 40% +
- В) нижней локализации инфаркта
- С) артериальной гипотонии
- Д) отсутствии сахарного диабета
- 2/31 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИАПФ ПРИ ОИМ НЕ ИМЕЕТ УБЕДИТЕЛЬНЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С
- А) ОИМ с зубцом Q и нормальной фракцией выброса левого желудочка +
- В) фракцией выброса левого желудочка менее 40%
- С) выраженной дилатацией левого желудочка
- Д) блокадой ЛНПГ
- 2/32 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИАПФ ПРИ ОИМ НЕ ИМЕЕТ УБЕДИТЕЛЬНЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С
- А) ОИМ без зубца Q +
- В) фракцией выброса левого желудочка менее 40%
- С) выраженной дилатацией левого желудочка
- Д) блокадой ЛНПГ
- 2/33 ПРИ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ И ГИПОТОНИИ У БОЛЬНОГО ОИМ ПОКАЗАНО:
- А) дробное внутривенное введение атропина +
- В) внутривенное введение мезатона
- С) назначение норадреналина
- Д) внутривенное введение нитроглицерина
- 2/34 ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) предупреждение повторного тромбоза коронарной артерии +
- В) купирование болевого синдрома
- С) ограничение зоны некроза
- Д) предупреждение ремоделирования миокарда
- 2/35 ДОЗА АСПИРИНА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, СОСТАВЛЯЕТ
- А) 75-100 мг +
- В) 250-500 мг
- С) 150 мг
- Д) 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
- Д) 2 млн МЕ болюсно + 4 млн МЕ в виде инфузии в течение 60 минут
- 2/44 ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА СОСТАЯЕТ
- А) 300 или 600 мг +
- В) 75 мг
- С) 180 мг
- Д) 90 мг
- 2/45 ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА ТИКАГРЕЛОРА СОСТАЯЕТ
- А) 180 мг +
- В) 80 мг
- С) 180 мг
- Д) 300 мг
- 2/46 ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ СОСТАЯЕТ
- А) 150 - 300 мг +
- В) 50 мг
- С) 75 мг
- Д) 100 мг
- 2/47 ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА ТИКАГРЕЛОРА СОСТАЯЕТ
- А) 90 мг 2 раза в день +
- В) 90 мг 1 раз в день
- С) 180 мг 1 раз в день
- Д) 85 мг 2 раза в день
- 2/48 ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НЕ ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ
- А) блокаторов П₂/У₁₂-рецепторов тромбоцитов +
- В) ацетилсалициловой кислоты
- С) ингибиторов АПФ
- Д) статинов
- 2/49 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
- Д) 120 минут
- 2/50 ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НЕ

РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- А) Фондапаринукса +
- В) нефракционированного гепарина
- С) Эноксипарина
- 2/51 D) Бивалирудина
ВО ВРЕМЯ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ РУТИННО ПРИМЕНЯЕТСЯ
- А) коронарный стент +
- В) баллонная контрпульсация
- С) устройство для дистальной защиты
- 2/52 D) стент-графт
ИЗ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
- А) тиклопидин +
- В) тикагрелор
- С) клопидогрель
- 2/53 D) ацетилсалициловая кислота
ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- А) реперфузионная терапия +
- В) купирование болевого синдрома
- С) назначение ингибиторов АПФ
- 2/54 D) назначение статинов
ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- А) стабилизация антитромботическими средствами +
- В) купирование болевого синдрома
- С) назначение ингибиторов АПФ
- 2/55 D) реперфузионная терапия
ПАЦИЕНТ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ 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
- 2/56 D) 1 месяц
ПАЦИЕНТ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ 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) Аликсабана
- 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 ≤ 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 ≤ 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

- С) 8000 ЕД
- 2/70 D) 10000 ЕД
НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
И ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ РЕКОМЕНДОВАНО
- А) с 1-х суток +
- В) со второй недели
- С) через месяц после инфаркта
- 2/71 D) с 3-5 дня
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА ВКЛЮЧАЕТ
- А) двойную антитромбоцитарную терапию, бета-блокаторы, статины, ИАПФ +
- В) аспирин, бета-блокаторы, нитраты
- С) аспирин, дигидропиридиновые антагонисты Са, статины
- 2/72 D) двойную антитромбоцитарную терапию, витамины Е и А, бета-блокаторы, статины
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)
- А) в 1,5-2 раза +
- В) в 2-3 раза
- С) в 2,5-3,5 раза
- 2/73 D) в 5 раз
АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ФОНДАПАРИНУКС
ОТНОСИТСЯ К
- А) пентасахаридам +
- В) нефракционированным гепаринам
- С) низкомолекулярным гепаринам
- 2/74 D) блокаторам Пб/Ша рецепторов тромбоцитов
АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ КЛОПИДОГРЕЛ
ОТНОСИТСЯ К
- А) тииенопиридинам +
- В) низкомолекулярным гепаринам
- С) пентасахаридам
- 2/75 D) блокаторам Пб/Ша рецепторов тромбоцитов
НАЗНАЧЕНИЕ НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ
(ВАРФАРИНА) ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА ПОКАЗАНО ПРИ
- А) наличии тромбоза полости ЛЖ +
- В) желании пациента заменить аспирин на варфарин

- С) желании 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 АВ-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 600мг 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 РЕПЕРФУЗИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ТРОМБОЛИЗИСА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) появление реперфузионных аритмий +
 - B) появление АВ-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
A) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца +
B) язвенная болезнь желудка в анамнезе
C) прием антикоагулянтов
- 2/90 D) артериальная гипертония
АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
A) недавняя большая травма +
B) язвенная болезнь желудка в анамнезе
C) прием антикоагулянтов
- 2/91 D) артериальная гипертония
ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
A) прием оральных антикоагулянтов +
B) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца
C) недавняя большая травма
- 2/92 D) геморрагический инсульт в анамнезе
ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
A) транзиторная ишемическая атака в предшествующие 3 месяца +
B) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца
C) недавняя большая травма
- 2/93 D) геморрагический инсульт в анамнезе
ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
A) беременность и 1 неделя после родов +
B) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца
C) недавняя большая травма
- 2/94 D) геморрагический инсульт в анамнезе
ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
A) рефрактерная артериальная гипертония +
B) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца
C) недавняя большая травма
- 2/95 D) геморрагический инсульт в анамнезе
ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
A) язва желудка или 12-перстной кишки +
B) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца

- С) недавняя большая травма
- 2/96 Д) геморрагический инсульт в анамнезе
ИНФУЗИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОКАЗАНА ПРИ
А) рефрактерной артериальной гипертонии +
В) артериальной гипотонии
С) кардиогенном шоке
- 2/97 Д) сочетании со стенозом устья аорты
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАЕНИИ ДАБИГАТРАНА В СОСТАВЕ ТРОЙНОЙ
АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО С ФП И ОКС НАЗНАЧАЕТСЯ ДОЗА
А) 110 мг 2 раза в день +
В) 150 мг 2 раза в день
С) 75 мг 2 раза в день
- 2/98 Д) 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 2 раза в день +
В) 5 мг 2 раза в день
С) 7,5 мг 2 раза в день
- 2/99 Д) 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 Д) 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 Д) синусовая брадикардия
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ПРИ ОКС ЯВЛЯЕТСЯ
А) двусторонний стеноз почечных артерий +
В) хроническая сердечная недостаточность
С) фибрилляция предсердий
- 2/102 Д) синусовая брадикардия
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ПРИ ОКС ЯВЛЯЕТСЯ
А) ангионевротический отек +
В) хроническая сердечная недостаточность
С) фибрилляция предсердий
- 2/103 Д) 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 поляризующая смесь
- 2/104 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕПЕРфуЗИОННЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
- А) ни один препарат не доказал своей эффективности +
- В) используется лидокаин
- С) используется амиодарон
- Д) назначается поляризующая 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 экстрасистолы
- 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, ПЕРЕНЕСШЕМУ 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 ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО ПРИ
- A) сердечной недостаточности +
- B) почечной недостаточности
- C) гиперкалиемии
- D) фибрилляции предсердий
- 2/115 НАЗНАЧЕНИЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТМ 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

- А) коронароангиография (выявление острой окклюзии коронарной артерии) +
- В) мультиспиральная компьютерная томография
- С) рентгенография органов грудной клетки
- Д) магнитно-резонансная томография
- 2/118 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПОМИМО ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ТРОПОНИНА, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- А) эхокардиография (выявление зон гипокинезии или акинезии) +
- В) мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки
- С) рентгенография органов грудной клетки
- Д) магнитно-резонансная томография органов грудной клетки
- 2/119 ПРИ НАЛИЧИИ ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ Q-ЗУБЦА
- А) обязательно определение активности ферментов и регистрация ЭКГ в динамике +
- В) достаточно регистрации ЭКГ
- С) обязательно проведение радионуклидной вентрикулографии
- Д) необходимо проведение магнитно-резонансной томографии сердца
- 2/120 БОЛЬНЫЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST ДОЛЖНЫ
- А) быть немедленно госпитализированы в специализированное отделение неотложной кардиологии +
- В) наблюдаться динамически в поликлинике
- С) активно наблюдаться участковым терапевтом
- Д) получать симптоматическую терапию и планово госпитализироваться
- 2/121 ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ В КАРДИОМИОЦИТАХ РАЗВИВАЕТСЯ
- А) снижение активности К/Na-АТФ-азы, активация протеаз и нарушение функции ионных насосов +
- В) денатурация белков
- С) кавитация
- Д) разрыв ДНК
- 2/122 ПРАВАЯ КОРОНАРНАЯ АРТЕРИЯ ПРИ СБАЛАНСРОВАННОМ ТИПЕ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
- А) синусовый узел +
- В) передне-боковую стенку ЛЖ
- С) верхушечную область
- Д) преимущественно диафрагмальную стенку ЛЖ
- 2/123 ЛЕВАЯ КОРОНАРНАЯ АРТЕРИЯ ПРИ СБАЛАНСРОВАННОМ ТИПЕ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
- А) передне-боковую, верхушечную и диафрагмальную стенку ЛЖ +
- В) синусовый узел
- С) АВ-соединение
- Д) 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
- 2/132 Д) наличием гемодинамически значимого стеноза в коронарной артерии
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
- 2/133 Д) тромбоэмболии легочной артерии
ПРИЗНАКОМ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
ЯВЛЯЕТСЯ
- А) стойкая гипотония +
- В) снижение темпа диуреза менее 40 мл/час
- С) боль в эпигастральной области
- 2/134 Д) влажные хрипы в нижних отделах легких
НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА
ЯВЛЯЕТСЯ
- А) боль за грудиной продолжительностью более 20 минут +
- В) боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином
- С) коллапс
- 2/135 Д) внезапно развившаяся одышка
ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНА ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ В
- А) левую руку +
- В) поясницу
- С) левую ногу
- 2/136 Д) правое плечо
ОСТРО ВОЗНИКШАЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИССА ЧАЩЕ ВСЕГО
СОПРОВОЖДАЕТ ИНФАРКТ МИОКАРДА
- А) передней локализации +
- В) нижней локализации
- С) боковой локализации
- 2/137 Д) задне-базальной локализации
КЛАССИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) интенсивная давящая боль за грудиной длительностью > 20 минут, непроходящая
после приема нитроглицерина +
- В) одышка
- С) потливость
- 2/138 Д) головокружение
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
- Д) профилактическая ежегодная госпитализация
- 2/146 К ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРОГНОЗ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОТНОСИТСЯ
- А) степень резидуальной ишемии +
- В) возможность наблюдения в амбулаторных условиях
- С) наличие фибрилляции предсердий
- Д) профилактическая ежегодная госпитализация
- 2/147 К ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРОГНОЗ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОТНОСИТСЯ
- А) степень электрической нестабильности миокарда +
- В) возможность наблюдения в амбулаторных условиях
- С) наличие фибрилляции предсердий
- Д) профилактическая ежегодная госпитализация
- 2/148 ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЯ
- А) Killip +
- В) NYHA
- С) Стражеско-Василенко
- Д) GOLD
- 2/149 IV СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО KILLIP СООТВЕТСТВУЕТ
- А) кардиогенному шоку +
- В) интерстициальному отеку легких
- С) остановке кровообращения
- Д) альвеолярному отеку легких
- 2/150 III СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО KILLIP СООТВЕТСТВУЕТ
- А) альвеолярному отеку легких +
- В) интерстициальному отеку легких
- С) остановке кровообращения
- Д) кардиогенному шоку
- 2/151 II СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО KILLIP СООТВЕТСТВУЕТ
- А) интерстициальному отеку легких +
- В) альвеолярному отеку легких
- С) остановке кровообращения
- Д) кардиогенному шоку
- 2/152 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
- 3/1 **Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА)**
ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) ПОКАЗАНО ДЛЯ:
- А) Дабигатрана +
- В) Апиксабана
- С) Аспирина
- 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 тромбоземболии 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 мониторингирования 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 аберрантным проведением по системе Гиса
 - C) Желудочковая экстрасистола с аберрантным 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 мониторингованию 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) Амiodарон
 - 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 мониторинговании +
 - 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 вариабельности 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, трансторакальную 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 CHA2DS2-VASc
- С) Назначить антагонисты витамина К только пациентам старше 65 лет
- Д) Назначить двойную антиагрегантную терапию

4/104 ПАЦИЕНТАМ С КОЛИЧЕСТВОМ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ CHA2DS2-VASc = 0 (ВКЛЮЧАЯ ЖЕНЩИН МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ФП), ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ НИЗКОМУ РИСКУ, И ОТСУТСТВИЕМ ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА, 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 Р
 - 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 Р
 - C) Ничего из вышеперечисленного
 - D) Укорочение интервала PQ
- 5/3 ЗАМЕДЛЕНИЕ ВНУТРИПРЕДСЕРДНОЙ ПРОВОДИМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭКГ
- A) Удлинение волны Р +
 - 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 Р и комплекса QRS +
 - B) Удлинение волны Р
 - C) Удлинение интервала PQ
 - D) Укорочение интервала PQ
- 5/5 АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 3 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭКГ:
- A) Разобщение волн Р и желудочковых куплетов +
 - B) Удлинение волны Р
 - 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 ГИССА 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.
- Д) 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
- Д) 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
- Д) высокоселективным альфа- и бета-адренблокатором
- 6/5 ХАРАКТЕРНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИАПФ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А) Кашель +
- В) Головная боль
- С) Запоры
- Д) Мышечная слабость
- 6/6 ДВОЙНЫМ ПУТЕМ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ОРГАНИЗМА ОБЛАДАЕТ:
- А) Фозиноприл +
- В) эналаприл
- С) периндоприл
- Д) лизиноприл
- 6/7 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИАПФ ЯВЛЯЮТСЯ:
- А) беременность +
- В) гипокалиемия
- С) обструктивные заболевания легких
- Д) 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
- Д) 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 гипертензии
- 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

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

- С) затрудняет назначение бета-адреноблокаторов
- Д) увеличивает риск ишемии миокарда
- 6/72 СНИЖЕНИЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТЭАГ ПОКАЗАНО ДЛЯ
- А) периндоприла +
- В) трандолаприла
- С) эналаприла
- Д) лизиноприла
- 6/73 У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД:
- А) <140/85 мм рт.ст. +
- В) <140/90 мм рт.ст.
- С) <130/80 мм рт.ст.
- Д) < 130/85 мм рт.ст.
- 6/74 ПЕРИНДОПРИЛ ОТНОСИТСЯ К ПРЕПАРАТАМ
- А) липофильным +
- В) гидрофильным
- С) выводящимся преимущественно печенью
- Д) содержащим сульфгидрильную группу
- 6/75 ПРИЕМ НАТОЩАК РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ
- А) фуросемида +
- В) торасемида
- С) амлодипина
- Д) бисопролола
- 6/76 ТОРАСЕМИД ЯВЛЯЕТСЯ ДИУРЕТИКОМ
- А) петлевым +
- В) осмотическим
- С) тиазидным
- Д) ингибирующим карбонатгидразу
- 6/77 БИСОПРОЛОЛ ЯВЛЯЕТСЯ
- А) высокоселективным бета₁-адреноблокатором +
- В) неселективным бета₁-адреноблокатором с вазодилатирующими свойствами
- С) высокоселективным альфа- и бета-адреноблокатором
- Д) высокоселективным бета₁-адреноблокатором с вазодилатирующими свойствами
- 6/78 НЕЖЕЛАТЕЛЬНО СОЧЕТАТЬ АМЛОДИПИН С
- А) такролимусом +
- В) варфарином
- С) нитратами
- Д) 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