

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Кардиология» (II категория) для аттестации

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:

<https://medik-akkreditacia.ru/product/kardio/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Кардиология» (3100 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/kardiologiya/>

2) Тесты для аккредитации «Детская кардиология» (2700 вопросов)

https://medik-akkreditacia.ru/product/det_kardiologiya/

Что должно быть максимально полно отражено при формулировании диагноза гипертонической болезни

Наличие сердечно-сосудистых, церебро-васкулярных болезней (ЦВБ), хронической болезни почек (ХБп)

Факторы риска

Все вышеперечисленное верно

Поражение органов-мишеней

Степень артериальной гипертонии

Пациент 74-х лет обратился в поликлинику с жалобами на повышение АД до 150/94 мм рт.ст. Объективно: рост 176 см, вес 114 кг.

Из анамнеза известно, что пациент длительно страдает сахарным диабетом 2 типа. В анализах крови: холестерин 6,7 ммоль/л, ТГ 2,3 ммоль/л, креатинин 124 мкмоль/л. Микроальбуминурия 25 мг/л .

Задание: К какой группе сердечно-сосудистого риска Вы отнесете данного пациента.

Высокий риск

Низкий риск

Очень высокий риск

Средний риск

Для пациентов старше 70 лет уровень АД до 150/95 считается нормальным и,

соответственно, пациент не относится ни к какой из групп сердечно-сосудистого риска

В соответствии с какими из нижеперечисленных задач проводится обследование пациентов с артериальной гипертонией (АГ)?

Оценка общего сердечно-сосудистого риска – выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), диагностика поражения органов-мишеней, установление наличия сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), цереброваскулярных болезней (ЦВБ), хронической болезни почек (ХБп., которые влияют на прогноз и эффективность лечения)

Определение степени и стабильности повышения уровня АД, у пациентов с впервые выявленным повышением АД, диагноз АГ устанавливается на основании, по меньшей мере, двукратного измерения АД на разных визитах;

Все вышеперечисленное верно

Исключение вторичных (симптоматических) форм АГ, при наличии – установление ее формы;

Верно только А и В

Перечислите этапы диагностики и последующего обследования пациентов с артериальной гипертонией

Все вышеперечисленное верно

Повторные измерения АД;

Выяснение жалоб и сбор анамнеза;

Физикальное обследование;

Лабораторно-инструментальные методы исследования: более простые на первом этапе и сложные – на втором этапе обследования (по показаниям))

Что является основной целью лечения больных с артериальной гипертонией?

Улучшение качества жизни

Предупреждение или замедление темпа прогрессирования и/или уменьшение выраженности (регресс) поражения органов-мишеней

Достижение целевых значений артериального давления

Максимальное снижение риска развития осложнений АГ: фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), цереброваскулярной болезни (ЦВБ) и хронической болезни почек (ХБп.)

Все вышеперечисленное

Что включают в себя немедикаментозные методы терапии артериальной гипертонии (АГ)

Отказ от курения

Все вышеперечисленное

Нормализация массы тела, изменение режима питания, снижение потребления поваренной соли

Снижение потребления алкогольных напитков

Увеличение физической активности

В поликлинику обратился молодой мужчина 25 лет с кризовыми подъемами артериального давления до 180-220/100-110 мм рт.ст., сопровождающимися ощущением частого, ритмичного сердцебиения, бледностью кожных покровов, потливостью, чувством беспокойства, страха, болью в животе, учащенным мочеиспусканием.

Чаще всего подобные кризы возникают после физической нагрузки. Прием бета-блокаторов с целью урежения ЧСС приводит к ухудшению самочувствия.

Задание: Для какой формы артериальной гипертонии (АГ) характерны данные клинические проявления?)

АГ при феохромоцитоме

Гипертоническая болезнь

Вазоренальная АГ

АГ при первичном гиперальдостеронизме

АГ при поражении почек

Изменения образа жизни, рекомендуемые всем пациентам с хронической сердечной недостаточностью вне активной диуретической терапии должны включать в себя:

Снижение потребления алкогольных напитков

Отказ от курения

Все вышеперечисленное

Ограничение потребляемой жидкости до 2 л

Снижение потребления поваренной соли до 3- 5 г в сутки в зависимости от стадии заболевания

В поликлинику по месту жительства обратилась 32-х летняя беременная женщина (срок беременности 20 нед) с уровнем артериального давления 162/100 мм рт.ст. Диагноз АГ был поставлен около 5 лет назад.

До беременности пациентка находилась на антигипертензивной терапии, которая была отменена за несколько недель до наступления беременности.

Задание: Антигипертензивный препарат какой группы может быть назначен в первую очередь в данном клиническом случае?

Антагонисты кальция (нифедипин)

Назначения антигипертензивной терапии не требуется

Блокаторы рецепторов к ангиотензину II

Тиазидные диуретики

Ингибиторы АПФ

В поликлинику по месту жительства обратился мужчина с жалобами на повышение уровня АД до 150/100 мм рт.ст. 58 лет. Рост 174 см, вес 76 кг.

Диагноз АГ поставлен около 10 лет назад.

С этого времени находился на различной антигипертензивной терапии. В анамнезе - 1 год назад перенёс инфаркт миокарда передней локализации. По данным обследования: рентгенологическое исследование легких – без клинически значимых изменений. ЭХО-КГ – ФВ 45% , определяется зона гипокинеза по передней стенке ЛЖ. По данным УЗДГ экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий – до 40%.

Объективно:

Ритм сердца правильный. ЧСС 72 уд в мин. АД 150/96 мм рт.ст., ЧДД 14. Отеков нет. При пальпации органов брюшной полости, почек, щитовидной железы патологии не выявлено. Пациент находится на терапии: аспирин 100 мг 1 р/сут, аторвастатин 10 мг 1 раз/сут, гипотиазид 12,5 мг 1раз/сут, эналаприл 10 мг 2 р/сут., изосорбидамонитрат 20 мг — по 1 капс. 2 раза/сут.

Задание:

Антигипертензивный препарат какой группы должен быть добавлен пациенту ?

Блокаторы рецепторов к ангиотензину II

Антагонисты альдостерона

Любой из группы антигипертензивных препаратов

Бета-блокаторы

Антагонисты кальция

Какое определение гипертонии «белого халата» является правильным?

Вариант АГ, при котором повышение АД отмечается на приеме у врача и по данным суточного мониторирования АД

Форма АГ, при которой на приеме у врача фиксируется повышение АД более 150/90 мм рт.ст.

Форма гипертонии, особенностью которой являются нормальные показатели АД (<140/90 мм рт.ст.) при измерении медицинским персоналом и повышенные – по данным суточного мониторирования АД и/или самоконтроля АД

Форма АГ, при которой повышение АД (>140/90 мм рт.ст.) отмечается только на приеме у врача, а при измерении АД методом самоконтроля АД и/или суточного мониторирования АД показатели АД - в пределах нормальных значений

Форма АГ, при которой на приеме у врача фиксируется только повышение систолического АД (более 140/90 мм рт.ст., а по данным суточного мониторирования АД отмечается повышение (более 140/90 мм рт.ст. как систолического, так и диастолического АД)

В поликлинику по месту жительства обратилась женщина с жалобами на повышение уровня АД до 160/110 мм рт.ст. 52 года.

Рост 167 смсм, вес 76 кг. Длительно наблюдается у эндокринолога в связи с диагнозом сахарного диабета 2 типа.

По данным обследования: рентгенологическое исследование легких – без клинически значимых изменений. ЭХО-КГ – без патологии. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ: основной ритм синусовый со средней ЧСС 60 уд в мин. Нарушение ритма сердца не зарегистрировано.

Объективно: Ритм сердца правильный. ЧСС 67 уд в мин. АД 156/96 мм рт.ст., ЧДД 15. Отеков нет. При пальпации органов брюшной полости, почек, щитовидной железы патологии не выявлено.

Задание: Комбинация препаратов каких групп является наиболее рациональной для данной пациентки?

Блокатор рецепторов к ангиотензину II (БРА) или ингибитор АПФ с антагонистом кальция или тиазидным диуретиком

Любые рациональные комбинации антигипертензивных препаратов

Бета-блокатор или антагонист кальция с блокатором рецепторов к ангиотензину II (БРА) или с ингибитором АПФ

Ингибитор АПФ с блокатором рецепторов к ангиотензину II (БРА)

Блокатор рецепторов к ангиотензину II (БРА) или ингибитор АПФ с бета-блокатором и тиазидным диуретиком

Для синдрома обструктивного апноэ сна характерным симптомом не является:

Сомнамбулизм

«Неосвежающий» сон

Дневная сонливость

Громкий, прерывистый храп

Остановки дыхания во сне

Золотой стандарт диагностики синдрома обструктивного апноэ сна:

Респираторное мониторирование

Шкала сонливости Эпфорт

Полисомнографическое исследование

Кардиореспираторное мониторирование

Пульсоксиметрия

Пациент 45-ти лет, обратился в поликлинику с жалобами на громкий прерывистый храп, повышенную дневную сонливость, учащенное ночное мочеиспускание, утренние головные боли.

Постоянно принимает эналаприл 40 мг, гидрохлортиазид 12,5 мг, нифедипин-ретард 80 мг. Объективно: рост 176 см, вес 120 кг. АД 142/86 мм.рт.ст, ЧСС 64 уд в мин.

При исследовании: СМАД: ср САД(день)- 130 мм рт.ст., ср ДАД(день) – 84 мм рт.ст., ср. САД (ночь) – 140 мм рт.ст., ср ДАД (ночь) – 90 мм рт.ст.. Кардиореспираторное исследование: индекс апноэ/гипопноэ – 64/ч, индекс десатурации 56/ч.

Задание:

В дополнение к антигипертензивной терапии, какой метод лечения необходимо назначить данному пациенту?

СИПАП - терапия (режим искусственной вентиляции с созданием постоянного положительного давления воздуха в дыхательных путях)

Денервация почечных артерий

Ангиопластика почечных артерий

Адреналэктомия

Ничего из перечисленного

Пациент 74-х лет обратился в поликлинику с жалобами повышение АД до 150/94 мм рт.ст. Объективно: рост 176 см, вес 114 кг.

Из анамнеза известно, что пациент длительно страдает сахарным диабетом 2 типа. В анализах крови: холестерин 6,7 ммоль/л, ТГ 2,3 ммоль/л, креатинин 124 мкмоль/л. Микроальбуминурия 25 мг/л .

Задание:

К какой группе сердечно-сосудистого риска Вы отнесете данного пациента.

Средний риск

Высокий риск

Низкий риск

Очень высокий риск

Для пациентов старше 70 лет уровень АД до 150/95 считается нормальным и, соответственно, пациент не относится ни к какой из групп сердечно-сосудистого риска

Препараты выбора для купирования пароксизма атрио-вентрикулярной узловой реципрокной тахикардии:

Препараты I A класса

Верапамил

Препараты солей магния

Лидокаин

Ивабрадин

Препараты солей магния применяются для:

Профилактики и купирования полиморфной желудочковой тахикардии типа Torsade de pointes)

Профилактики и купирования нарушений ритма сердца при инфаркте миокарда;

Профилактики и купирования суправентрикулярных тахикардий

Коррекции нарушений атриовентрикулярной проводимости;

Понижения частоты ритма желудочков при фибрилляции предсердий;

У больных с фибрилляцией предсердий, имеющих клинические признаки

органического заболевания сердца и сердечной недостаточности, в качестве средств антиаритмической терапии могут использоваться

Верапамил

Амиодарон

Дилтиазем

Препараты I класса

Все вышеперечисленное

При проведении реанимационных мероприятий в связи с фибрилляцией желудочков или желудочковой тахикардией без пульса препаратом выбора является:

Амиодарон

Атропин

Один из блокаторов β -адренорецепторов

Верапамил

Любой из перечисленных препаратов

Препараты какой группы противопоказаны при ишемической болезни сердца (стенокардии напряжения/постинфарктного кардиосклероза) ввиду риска развития жизнеугрожающих аритмий:

Антиаритмические препараты I класса

Соталол

Верапамил

Амиодарон

Все вышеперечисленное

Показанием к холтеровскому мониторингованию ЭКГ является:

Все вышеперечисленное

Выявление проаритмических эффектов препаратов;

Оценка антиаритмического действия препаратов у пациентов с исходно высокой частотой аритмических событий и достаточно высокой их воспроизводимостью;

Контроль частоты ритма сердца при мерцательной аритмии

Выявление бессимптомных эпизодов аритмии на фоне антиаритмического лечения в амбулаторных условиях

Укажите признак, свойственный феномену Вольфа-Паркинсона-Уайта :

Удлинение интервала QTc более 440 мс

Удлинение интервала PQ более 200 мс

Укорочение интервала PQ и наличие дельта-волны при отсутствии приступов сердцебиения

Отсутствие изменений комплекса QRS

Укорочение интервала PQ и наличие дельта-волны при наличии приступов сердцебиения

Укажите признак, свойственный синдрому Вольфа-Паркинсона-Уайта:

Укорочение интервала PQ и наличие дельта-волны при наличии приступов сердцебиения

Удлинение интервала PQ более 200 мс

Отсутствие изменений комплекса QRS

Удлинение интервала QTc более 440 мс

Укорочение интервала PQ и наличие дельта-волны при отсутствии приступов сердцебиения

Какими диагностическими и лечебными возможностями обладает метод чреспищеводной электростимуляции (ЧПЭС)?

Выявление нарушений функции синусового узла

Все вышеперечисленное верно

Выявление и дифференциальная диагностика наджелудочковых тахикардий

Купирование пароксизма трепетания предсердий

Выявление нарушений атрио-вентрикулярной проводимости

Метод чреспищеводной электростимуляции (ЧПЭС) широко применяется в диагностике перечисленных ниже нарушений ритма и проводимости сердца, за исключением:

Диагностика (индукция) пароксизмальной желудочковой тахикардии

Оценка функционального состояния синусового узла и предсердно-желудочковой проводящей системы сердца

Выявление дополнительных аномальных путей проведения сердца (предсердно-желудочковых трактов- пучок Кента)

Дифференциальная диагностика синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта с нарушениями в/ж проводимости

Диагностика пароксизмальных наджелудочковых реципрокных тахикардий

Наличие антероградного проведения по пучку Кента у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта является фактором развития жизнеугрожающих аритмий при:

Хронической сердечной недостаточности

Реципрокной предсердной тахикардии

Ишемической болезни сердца

Фибрилляции и трепетания предсердий с проведением по пучку Кента

Желудочковой тахикардии

Чреспищеводная электростимуляция (ЧПЭС) применяется для купирования пароксизмов нижеперечисленных аритмий, за исключением:

Трепетания предсердий II типа (атипичного)

АВ-узловой реципрокной тахикардии

Фибрилляции предсердий

Трепетания предсердий I типа

Пароксизмальной ортодромной реципрокной тахикардии при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта

Показанием для радиочастотной катетерной аблации является все ниже перечисленное, кроме:

Атрио-вентрикулярные тахикардии при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта
Частая (более 10 тыс.) симптомная желудочковая экстрасистолия из выносящего тракта правого желудочка

Атрио-вентрикулярная узловая реципрокная тахикардия

Полиморфная желудочковая тахикардия

Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта у лиц с повышенным профессиональным риском (спортсмены, пилоты, водители)

Что из вышеперечисленного является противопоказанием для криоаблации легочных вен?

Эффективность профилактической антиаритмической терапии

Плохая переносимость холода

Выраженная аномалия легочных вен

Необходимость постоянного приема антикоагулянтов

Ничто из перечисленного

Что из перечисленного является осложнением катетерной аблации фибрилляции предсердий?

Все вышеперечисленное

Стеноз лёгочных вен

Тампонада сердца

Тромбоэмболический инсульт

Атрио-эзофагеальная фистула

Какой метод кардиоверсии следует избрать при фибрилляции предсердий длительностью более 1 недели?

Внутривенное введение Пропафенона

Внутривенное введение Амиодарона

Электрическая кардиоверсия

Прием Амиодарона в таблетках

Ничто из перечисленного

Вторичные дислипидемии наблюдаются при:

Хронической сердечной недостаточности

Пневмонии

Сахарном диабете, гипотиреозе, хронической почечной недостаточности

Клещевом энцефалите

Менопаузе

К инвазивному инструментальному методу выявления атеросклероза коронарных артерий относится

Стресс-МРТ сердца с инфузией добутамина

Коронарная ангиография

Позитронно-эмиссионная томография

Мультиспиральная компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием

Выявление высокого индекса коронарного кальция при мультиспиральной компьютерной томографии

Я заподозрю у пациента наличие семейной гиперхолестеринемии если

Повышен уровень липопротеида "а" при нормальном уровне общего холестерина

Обнаружу липомы

Обнаружу деформацию мелких суставов

Обнаружу ксантомы сухожилий

У родителей пациента инсульт в возрасте менее 55 лет

Пациент 56 лет, мужчина, с ИБС, уровнем общего холестерина 6,5 ммоль/л, нормальным уровнем АД, не курит, относится к категории:

Умеренного риска

Низкого риска

Высокого риска

Очень высокого риска

Нельзя оценить риск

К факторам риска развития атеросклероза НЕ относят:

Абдоминальное ожирение

Возраст мужчины старше 40 лет, женщины старше 50 или с ранней менопаузой

Употребление поваренной соли более 5 г/сут

Отягощённая наследственность

Хроническая болезнь почек со снижением скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин

Целевой уровень холестерина липопротеидов низкой плотности у больных низкого риска:

Менее 1,5 ммоль/л

Менее 5 ммоль/л

Менее 3,0 ммоль/л

Менее 2,0 ммоль/л

Менее 1,8 ммоль/л

Целевой уровень общего холестерина у больных очень высокого риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений:

Менее 5,2 ммоль/л

Менее 4,5 ммоль/л

Менее 4,0 ммоль/л

Менее 5,0 ммоль/л

Менее 3,8 ммоль/л

Статины следует отменить, если активность АСТ/АЛТ превышает:

- две верхние границы нормы
- три верхние границы нормы
- четыре верхние границы нормы
- не имеет значения
- при любом превышении нормального показателя

Статины следует отменить, если уровень креатинфосфокиназы превышает:

- При любом повышении
- 2 Верхние границы нормы
- 5 Верхних границ нормы
- 7 Верхних границ нормы
- Уровень КФК не имеет значения для терапии статинами

Самым частым осложнением при приёме статинов является:

- Остеопороз
- Миалгия
- Сахарный диабет
- Болезнь Крона
- Кровотечение

При начале лечения статинами уровень холестерина липопротеидов низкой плотности и АСТ/АЛТ надо проконтролировать через:

- 4-12 недель
- 3 дня
- 6 месяцев
- 7 дней
- 1 год

Наиболее опасное осложнение гипертриглицеридемии – это

- Острый колит
- Медиакальциноз артерий
- Острый панкреатит
- Острый холецистит
- Мочекаменная болезнь

Я заподозрю у пациента наличие семейной гиперхолестеринемии если

- Обнаружу тофусы
- Обнаружу липоматоз
- Обнаружу телеангиэктазии в большом количестве
- Обнаружу ксантомы сухожилий
- У родителей - инсульт в раннем возрасте (до 55 лет)

Прием статинов абсолютно противопоказан:

Беременным и кормящим женщинам
Женщинам с нарушением углеводного обмена
Больным с миастенией
Детям
Всем вышеперечисленным

К Вам на прием обратился больной 64 лет, с анамнезом ИБС, АГ и сахарным диабетом 2 типа, принимающий розувастатин 20 мг, который в течение 3 дней после возвращения из отпуска испытывает чувство тяжести в правом подреберье и тошноту.

В анализах крови АСТ до 240 Ед/л (при норме 3-34 Ед/л), АЛТ до 162 Ед/л (при норме 3-40 Ед/л), КФК 74 Ед/л (при норме 15-200 Ед/л).

Что вы предпримите ?

Отменить розувастатин и назначить диету
Повторить анализ крови
Назначить диету, контрольный визит и анализ крови через 2 недели
Отменить розувастатин, исключить другие причины гиперферментемии, назначить диету и контрольный визит
Продолжить терапию розувастатином, исключить другие причины гиперферментемии, назначить контрольный визит и анализ крови через 3 месяца

Терапию статинами после перенесенного инфаркта миокарда необходимо продолжать

Пожизненно
6 месяцев
12 месяцев
3 года
До достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности

Диагноз: «Стабильная стенокардия» устанавливается, если:

продолжительность заболевания более 2-х недель
продолжительность заболевания более 3-х недель
продолжительность заболевания более 1 недели
продолжительность заболевания более 4-х недель
продолжительность заболевания более 3-х месяцев

Диагноз: «Впервые возникшая стенокардия напряжения » устанавливается, если:

продолжительность заболевания до 6 недель с момента появления
продолжительность заболевания до 4-х недель с момента появления
продолжительность заболевания до 7 недель с момента появления
продолжительность заболевания до 8 недель с момента появления
продолжительность заболевания до 12 недель с момента появления

У больных с ИБС для верификации симптом-связанной коронарной артерии в соответствии с рекомендациями наиболее информативно:

Стресс-эхокардиография

ЭКГ покоя в 12 отведениях

Суточное мониторирование ЭКГ в 12 отведениях

Велоэргометрия

Тредмил-тест

Больные с хронической ишемической болезнью сердца и эректильной дисфункцией после консультации с врачом могут применять силденафил, но должны быть предупреждены о несовместимости силденафила с:

нитратами

бета-блокаторами

антагонистами кальция

ацетилсалициловой кислотой

статинами

У больных с ИБС терапию статинами следует начинать, если в биохимическом анализе крови:

уровень общего холестерина - более 5,2 ммоль/л

независимо от уровня общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности

уровень общего холестерина - более 4,0 ммоль/л

при уровне холестерина липопротеинов низкой плотности - более 2,5 ммоль/л

при уровне холестерина липопротеинов низкой плотности более - 1,8 ммоль/л

У больных с подозрением на вазоспастическую стенокардию наиболее информативно:

Велоэргометрия

Тредмил-тест

Съёмка ЭКГ в покое

Суточное мониторирование ЭКГ

Стресс-эхокардиография

У больных с ИБС диетотерапия проводится с целью снижения содержания общего холестерина плазмы. На каком этапе лечения следует присоединить терапию статинами:

Одновременно с диетотерапией независимо от уровня общего холестерина крови

После 6 недель диетотерапии при недостаточном снижении уровня общего холестерина крови

После 6 недель диетотерапии независимо от уровня общего холестерина крови

После 3-х месяцев диетотерапии при недостаточном снижении уровня общего холестерина крови

После 3-х месяцев диетотерапии независимо от уровня общего холестерина крови

Диагностическая задача

Условие задания: 56 летняя женщина на протяжении 2-х лет предъявляет жалобы на боли колюще-сжимающего характера в области сердца, возникающие при физических и психоэмоциональных нагрузках. Сопутствующих заболеваний не имеет. ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ без патологии.

При Холтеровском мониторировании ЭКГ нарушений ритма и проводимости нет, зарегистрирован эпизод депрессии сегмента ST горизонтального характера до 1,2 мм, сопровождающийся жалобами на давящую боль в области сердца при подъеме на 3-й этаж.

Выполнен тредмил-тест: проба на выявление ишемии миокарда положительная, на высоте нагрузки отмечается появление давящей боли в области сердца, сопровождающаяся ишемической динамикой на ЭКГ. По результатам коронароангиографии выявлены интактные коронарные артерии.

Задание определите диагноз:

- Вазоспастическая стенокардия
- Микрососудистая стенокардия
- Дисгормональная кардиомиопатия
- Постмиокардитический кардиосклероз
- Тревожно-депрессивное расстройство

Лодыжечно-плечевой индекс давления- это

- Отношение систолического АД на плече к систолическому АД на лодыжке
- Отношение систолического АД на лодыжке к систолическому АД на плече
- Отношение систолического АД на лодыжке к пульсовому АД
- Произведение систолического АД на лодыжке и систолического АД на плече
- Отношение систолического АД на лодыжке к диастолическому АД на плече

Какие результаты измерения врачом АД у беременной, страдавшей артериальной гипертонией до беременности, без поражения органов – мишеней являются показанием для назначения гипотензивной терапии?

Варианты ответа:

- ≥ 150/95 мм рт.ст.
- ≥130/90 мм)рт) ст)
- ≥160/90 мм рт.ст.
- ≥ 180/100 мм рт.ст.

Какой из нижеперечисленных препаратов НЕ рекомендован для лечения артериальной гипертонии у беременных

- Периндоприл
- Нифедипин
- Метопролола сукцинат

Метилдопа
Нитроглицерин

Укажите схему приема клопидогрела при подготовке к плановому чрескожному коронарному вмешательству у пациента с хронической ишемической болезнью сердца

150 мг дважды в день в течение месяца перед вмешательством
75 мг однократно перед вмешательством
300 мг однократно за 10-12 часов до вмешательства
150 мг в течение двух дней перед вмешательством
1000 мг однократно за 2 часа до вмешательства

Стандартная длительность двойной антитромботической терапии ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелом после чрескожного коронарного вмешательства с имплантацией стента с лекарственным покрытием пациенту без дополнительных факторов риска тромбоза или кровотечения

4 месяца
12 месяцев
18 месяцев
24 месяца
Пожизненно

Для лечения какого из ниже перечисленных заболеваний применяется чрескожное коронарное вмешательство?

Микрососудистая стенокардия
Болезнь Такоцубо
Атеросклероз коронарных артерий с субтотальным стенозом коронарной артерии
Вазоспастическая стенокардия
Расслаивающая аневризма аорты

В какой клинической ситуации предпочтительна имплантация голометаллического стента?:

При остром инфаркте миокарда
При стенозе огибающей артерии более 70%
В любой клинической ситуации предпочтительна имплантация стента с лекарственным покрытием
При реваскуляризации хронической окклюзии коронарной артерии
При эрозивном поражении желудочно-кишечного тракта

Какой уровень общего холестерина крови можно считать целевым у больных с хронической ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом

Менее 4,0 ммоль/л
Менее 3,5 ммоль/л
Менее 4,5 ммоль/л
Менее 5,0 ммоль/л

Менее 5,2 ммоль/л

В качестве дозированных физических нагрузок в рамках кардиореабилитации больным стабильной стенокардией рекомендуются нагрузки с пульсом, составляющим от пороговой ЧСС:

30 %

10 %

50-75%

20 %

40 %

Пациентам с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (отметить НЕверное):

Индивидуальная коррекция дозы мочегонного при пребывании в жарком и влажном климате

Не рекомендуется пребывание в условиях высокогорья, высоких температур, высокой влажности

Показано повышенное потребление поваренной соли

В выборе транспорта отдавать предпочтение авиаперелетам до 2-2,5 часов

Целесообразна вакцинация против ГРИППа, пневмонии и гепатита

Факторы риска развития кардиальных осложнений при выполнении внесердечных операций среднего/высокого кардиального риска (отметить правильное):

Все варианты верны

Перенесенный инфаркт миокарда

Сахарный диабет, требующий инсулинотерапии

Хроническая болезнь почек (креатинин плазмы крови более 170 мкмоль/л и/или клиренс креатинина менее 60 мл/мин)

Перенесенный ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака (ТИА)

Критерии высокого риска сердечно-сосудистых осложнений при некардиологических операциях по данным неинвазивного нагрузочного тестирования (отметить правильное):

Ишемия индуцирована при ЧСС менее 100 в минуту или менее 70% от максимальной для данного возраста при отмене бета-адреноблокаторов

Патологические изменения появляются в 5 и более отведениях ЭКГ или в 5 и более сегментах левого желудочка

Ишемия индуцирована низкой нагрузкой (менее 4 МЕТ)

Все ответы верны

Снижение систолического артериального давления (АД) более чем на 10 мм рт ст в связи с нагрузкой)

Антибиотикопрофилактика для стоматологических процедур, требующих манипуляций на деснах или периапикальной области зубов или перфорации слизистой оболочки рта показана (отметить верное):

Пациентам с цианотическими врожденными пороками сердца без хирургической

коррекции или с остаточными дефектами, паллиативными шунтами, кондуитами)
Пациентам с протезами клапанов, а также пациентам после пластики клапанов с использованием любых протезных материалов)

Все варианты верны

Пациентам, перенесшим инфекционный миокардит

Пациентам с врожденными пороками сердца после полной коррекции (хирургической либо эндоваскулярной) с использованием протезных материалов в течение 6 месяцев после коррекции

Рекомендуемый выбор препаратов с целью профилактики инфекционного эндокардита при проведении стоматологической процедуры высокого риска (отметить верное):

Амоксициллин 2 г перорально или в/в за 30-60 минут до процедуры;

Все варианты верны

Ампициллин 2 г перорально или в/в за 30-60 минут до процедуры

Цефалексин 2г в/в за 30-60 минут до процедуры

Цефазолин 1 г в/в за 30-60 минут до процедуры

После перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) назначение каких препаратов для лечения артериальной гипертонии предпочтительнее?

Антагонисты рецепторов к ангиотензину II (АРА)

Антагонисты кальция

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)

Любой гипотензивный препарат, эффективно снижающий артериальное давление

Диуретики

Применение каких препаратов допустимо при беременности?

Алискирен

Каптоприл

Метопролола сукцинат

Лозартан

Аторвастатин

До какого уровня надо снижать систолическое артериальное давление у лиц моложе 80 лет с артериальной гипертонией?

Ниже 110 мм рт.ст.

Ниже 120 мм рт.ст.

До 140-150 мм рт. ст.

Ниже 140 мм рт. ст.

Ниже 160 мм рт. ст.)

Назовите фактор, повышающий кардиоваскулярный риск:

Индекс массы тела 24

Уровень липопротеинов низкой плотности выше 5 ммоль/л

Возраст старше 40 лет

Уровень липопротеинов высокой плотности выше 2,0 ммоль/л

Уровень триглицеридов выше 3,0 ммоль/л

Назовите фактор, повышающий риск развития хронической почечной недостаточности :

артериальная гипертензия

эритроцитоз

Гипокалиемия

гиперкалиемия

гипогликемия

К пациентам очень высокого сердечно-сосудистого риска относятся:

Пациент со сниженной скоростью клубочковой фильтрации 60 -80 мл/мин

Пациент с дислипидемией

Пациент с ишемической болезнью сердца

Пациент с сахарным диабетом 2 типа без микроальбуминурии

Пациент с ожирением II степени

Назовите строку, где все перечисленные факторы являются факторами риска ишемической болезни сердца (ИБС):

повышение уровня артериального давления, снижение уровня триглицеридов, повышение уровня липопротеинов высокой плотности

Повышенная частота сердечных сокращений, снижение уровня липопротеинов высокой плотности, повышение уровня триглицеридов

Курение, гиперлипидемия, повышение уровня липопротеинов низкой плотности

повышение уровня артериального давления, повышение уровня триглицеридов, повышение уровня липопротеинов высокой плотности

Дислипидемия, женский пол, избыточная масса тела

Какую шкалу используют для определения степени риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений ближайшие 10 лет?

Шкала GRACE

Шкала Score

Шкала SYNTAX Score

Шкала CHA2DS2-VASc

Шкала HAS-BLED

Рекомендуемый объем аэробных физических нагрузок для пациентов с неосложненным инфарктом миокарда после выписки должен составлять:

По 30 минут в день не менее 4-х раз в неделю

По 20 минут в день не менее 4-х раз в неделю

По 30 минут в день не менее 2-х раз в неделю

По 30 минут в день не менее 5 раз в неделю

По 15 минут в день не менее 5 раз в неделю

При каком заболевании женщины её следует информировать об очень высоком риске фатальных материнских осложнений в случае возникновения у неё беременности

Синдром Марфана с дилатацией корня аорты более 40 мм

Пролапс митрального клапана

Гипертоническая болезнь с артериальной гипертензией 1 степени

Недостаточность митрального клапана без симптомов

Необструктивная гипертрофическая кардиомиопатия

Основным биохимическим маркёром острого инфаркта миокарда является:

Активность АЛТ

Уровень тропонина

Активность ЛДГ

Активность АСТ

Уровень фибриногена

Диагноз постинфарктного кардиосклероза устанавливается по прошествии с момента острого инфаркта миокарда

3 месяцев

6 месяцев

7 дней

28 дней

1 года

В случае развития инфаркта миокарда без подъема сегмента ST сроки проведения коронарной ангиографии зависят от:

независимо от степени риска в течение суток

возраста больного

от наличия критериев очень высокого, высокого или промежуточного риска

выраженности болевого синдрома

независимо от степени риска в течение 72 часов

Основная причина смерти больных инфарктом миокарда:

Разрыв миокарда

Отёк лёгких

Первичная фибрилляция желудочков

Кардиогенный шок

Предсердная тахикардия

Выберите изменение, которое НЕ может быть использовано как признак инфаркта миокарда:

Блокада правой ножки п.Гиса

Подъём сегмента ST

Повышение уровня МВ-КК

Повышение уровня тропонина
Блокада левой ножки п.Гиса

Пациентам с инфарктом миокарда без подъёма сегмента ST НЕ рекомендовано:

Проведение коронарографии в острейшем периоде
Приём иАПФ
Приём бета-блокаторов
Проведение тромболитической терапии
Приём антиагрегантов

Какая степень стеноза брахиоцефальных, коронарных артерий или артерий нижних конечностей является основанием для определения очень высокого риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений

80%
20%
50%
30%
95 %

Какая из упомянутых шкал используется с целью стратификации риска при инфаркте миокарда:

CHA2DS2-VASC
GRACE
SCORE
HAS-BLED
SYNTAX Score

Нагрузочная доза клопидогрела при проведении экстренной транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики в день поступления у больного с ОКС моложе 75 лет составляет:

100 мг
150 мг
75 мг
600 мг
300 мг

Противопоказанием к проведению тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда НЕ является:

Опухоль мозга
Артерио-венозная мальформация
Геморрагический инсульт
Менструация
Плохо контролируемая артериальная гипертония

Однократно болюсно во время проведения тромболитической терапии вводится:

- Б. Альтеплаза
- Г. Проурокиназа
- А. Стрептокиназа
- В. Тенектеплаза

Верхняя граница нормы систолического давления в лёгочной артерии по данным ЭХО КГ составляет:

- 30 мм рт.ст.
- 6 мм рт.ст.
- 15 мм рт.ст.
- 20 мм рт.ст.
- 40 мм рт.ст.

Выберите, что НЕ является противопоказанием к приёму ацетилсалициловой кислоты при остром коронарном синдроме:

- Активное кровотечение
- Гемофилия
- Приём клопидогреля
- Индивидуальная непереносимость ацетилсалициловой кислоты
- Язвенная болезнь желудка в стадии обострения

Найдите Неверный ответ. Уровень тропонина может повышаться при:

- Холецистите
- Травме сердца
- Миокардите
- Тромбоэмболии лёгочной артерии
- Хроническая почечная недостаточность

При необходимости приёма варфарина пациентам с острым инфарктом миокарда при подготовке к чрескожному коронарному вмешательству в качестве антитромбоцитарной терапии показано назначение

- аспирина и прасугрела
- аспирина и клопидогрела
- аспирина и тикагрелора
- только аспирин
- только клопидогрела

Какой из тромболитических препаратов НЕ рекомендуется к повторному введению?

- Альтеплаза
- Стрептокиназа
- Тенектеплаза
- Пуролаза
- Ретеплаза

Назовите наиболее частое осложнение фибрилляции предсердий

- Фибрилляция желудочков
- Тромбоэмболия почечных артерий
- Острый инфаркт миокарда
- Ишемический инсульт
- Тромбоэмболия в мезентериальные артерии

Выберите из предложенных вариантов шкалу, которая позволяет оценивать риск тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий

- GRACE
- SCORE
- HASBLEED
- CHA2DS2-VASc
- GUSTO

При каком международном нормализованном отношении (МНО) дозу варфарина можно считать подобранной при лечении больного с фибрилляцией предсердий?

- При однократной фиксации МНО от 2 до 3
- При достижении МНО 1,8
- При двух последовательных показателях МНО в диапазоне от 2 до 3
- При достижении МНО 2
- При двух последовательных показателях МНО в диапазоне от 1,8 до 3

Как часто нужно контролировать международное нормализованное отношение (МНО) при длительном лечении варфарином?

- 1 раз в месяц
- 1 раз в 2-3 дня
- 1 раз в неделю
- 1 раз в 2 месяца
- 1 раз в полгода

Выберите наиболее эффективный вариант профилактики ишемического инсульта/тромбоэмболии (ИИ/ТЭ) у больного с фибрилляцией предсердий

- Варфарин
- Ацетилсалициловая кислота
- Ацетилсалициловая кислота + клопидогрел
- Дипиридамол
- Клопидогрел

Выберите показатели гемостаза, позволяющие судить об антикоагулянтной активности варфарина

- Тромбиновое время в разведении (гемоклот)
- Тест анти Ха фактор активности
- АЧТВ
- МНО

Содержание Д –Димера

Абсолютным противопоказанием к проведению коронароангиографии является

Аллергия на йод в анамнезе

Нарушение свертывающей системы крови

Декомпенсированная сердечная недостаточность

Абсолютных противопоказаний нет

Тяжелая артериальная гипертония

Выберите правильный вариант профилактики ишемического инсульта/тромбоэмболии (ИИ/ТЭ) у больного с фибрилляцией предсердий с риском тромбоэмболических осложнений (по шкале CHA2DS2-VASc) - 2

Ацетилсалициловая кислота

Варфарин

Клопидогрел+ ацетилсалициловая кислота

Тикагрелор + ацетилсалициловая кислота

Профилактика ИИ/ТЭ не требуется

Выберите препарат, не относящийся к новым пероральным антикоагулянтам (НПАКГ)

Эдоксабан

Дабигатран

Клопидогрел

Апиксабан

Ривароксабан

Выберите преимущество, присущее всем новым пероральным антикоагулянтам по сравнению с варфарином, при профилактике ишемического инсульта/тромбоэмболии у больных с фибрилляцией предсердий

Снижают риск сердечно-сосудистой смерти

Снижают риск инфаркта миокарда

Снижают риск внутримозговых кровоизлияний

Снижают риск ишемического инсульта

Снижают риск общей смертности

Выберите препарат, который эффективнее варфарина в отношении снижения риска ишемического инсульта у больных фибрилляцией предсердий

Ривароксабан

Дабигатран 110

Дабигатран 150

Апиксабан

Клопидогрел+аспирин

Проведение плановой кардиоверсии у пациента с пароксизмом фибрилляции предсердий без тромбоза ушка левого предсердия следует проводить на фоне

терапии

Клопидогрел

Варфарин (МНО 2-3)

Ацетилсалициловая кислота

Клопидогрел плюс ацетилсалициловая кислота

Тикагрелор

У пациента пароксизм фибрилляции предсердий. Что позволит сократить длительность антикоагулянтной терапии перед кардиоверсией?

Переход с варфарина на «новые» пероральные антикоагулянты

Отсутствие тромба в левом предсердии и ушке левого предсердия при чреспищеводной ЭХОКГ

Добавление аспирина к варфарину

Использование фармакологической кардиоверсии

Наличие трепетания предсердий

Что определяет длительность антикоагулянтной терапии после успешной кардиоверсии у больного фибрилляцией предсердий?

Длительность пароксизма ФП, по поводу которого, проводилась кардиоверсия

Наличие факторов риска тромбоболоческих осложнений (шкала CHADS₂VASC)

Желание пациента

Наличие трепетания предсердий

Фармакологический способ кардиоверсии

На какой препарат следует перевести пациента, пережившего тромбоэмболию легочной артерии и получающего низкомолекулярные гепарины

Детралекс

Аспирин

Вессел Дуэ Ф

Антагонист витамина К

Клопидогрел

Рекомендуемый период наблюдения в БИТ для пациентов с неосложненным течением инфаркта миокарда и успешной реперфузией составляет

12 часов

48 часов

24 часа

72 часа

5 суток

Чаще всего возбудителем острого инфекционного эндокардита являются

Кишечная палочка

Зеленящий стрептококк

Грамотрицательные бактерии

Золотистый стафилококк

Бруцелла

На какой клинический признак в первую очередь опирается врач, оценивая эффективность антибиотикотерапии при инфекционном эндокардите?

Кожная сыпь

Одышка

Температура тела

Отечный синдром

Аритмия

На какой лабораторный признак опирается врач, оценивая эффективность антибиотикотерапии при инфекционном эндокардите?

Содержание билирубина в крови

Д-димер

Содержание креатинина в крови

С-реактивный белок

Натрийуретический пептид

Какое исследование необходимо провести перед назначением антибиотикотерапии пациенту с инфекционным эндокардитом?

Бактериологическое исследование кала

Рентгенограмма сердца

Бактериологическое исследование крови с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру

Анализ крови на HBS антиген

Профилактический прием антибиотиков широкого спектра действия показан пациентам с протезированными клапанами сердца перед следующими процедурами

Экстракция зуба

Чреспищеводная ЭХО-КГ

Колоноскопия

Рентгеноскопия желудка

Магнито-резонансная томография с контрастом

Какая процедура имеет наибольший риск в отношении развития инфекционного эндокардита протезированных клапанов сердца?

Ларингоскопия

Эзофагогастродуоденоскопия

Цистоскопия

Экстракция зуба

Коронарная ангиография

Пациенту с подозрением на инфекционный эндокардит протезированного клапана

**сердца для максимальной визуализации предпочтительно провести исследование Трансторакальную эхокардиографию (ЭХО-КГ)
Чреспищеводную ЭХО-КГ
Рентгенографию грудной клетки
Рентгеноскопию грудной клетки
Магнитно-резонансную томографию сердца**

Пациент М., 22 года, через 12 месяцев после протезирования аортального клапана механическим протезом отметил нарастание одышки при ходьбе, появление чувства нехватки воздуха в горизонтальном положении. При самостоятельных измерениях АД отметил снижение диастолического АД до 40-45 мм рт. ст.

Предположительный диагноз

Плеврит
Пневмония
Нарушения ритма сердца
Парапротезная фистула
Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

Пациент М., 22 года, через 12 месяцев после протезирования аортального клапана механическим протезом отметил нарастание одышки при ходьбе, появление чувства нехватки воздуха в горизонтальном положении. При самостоятельных измерениях АД отметил снижение диастолического АД до 40-45 мм рт. ст. Какое исследование необходимо провести в первую очередь?

Чреспищеводная эхокардиография
Рентгенография грудной клетки
Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру
Рентгеноскопия механического протеза
Анализ крови на натрийуретический пептид

Какие результаты измерения врачом АД у беременной, страдавшей артериальной гипертонией до беременности, без поражения органов-мишеней являются показанием для назначения антигипертензивной терапии?

$\geq 130/90$ мм(рт) ст)

$\geq 150/95$ мм рт.ст.

$\geq 135/100$ мм рт.ст.

$\geq 180/100$ мм рт.ст.

Независимо от уровня артериального давления при наличии диагноза гипертонической болезни

Пациентка Б. 63 лет с ревматической болезнью через 7 лет после протезирования митрального клапана механическим протезом отметила резкое ухудшение состояния после перенесенного острого респираторного заболевания. На фоне ранее эффективной терапии отметила учащение ЧСС на фоне постоянной фибрилляции предсердий, появилась одышка при минимальных нагрузках. Температура тела оставалась нормальной, в анализах крови лейкоцитоза не было.

По данным повторной трансторакальной эхокардиографии (ЭХО-КГ) – функция протеза нормальная. Для верификации диагноза необходимо проведение исследования

Рентгеноскопии протеза клапана
Магнитно-резонансной томографии сердца
Чреспищеводной ЭХО-КГ
Суточного мониторирования электрокардиограммы
Коронарной ангиографии

В какой профилактической терапии нуждаются пациенты, перенесшие ревматическую атаку с поражением клапанов сердца?

Варфарин
Ацетилсалициловая кислота
Бензатинбензилпенициллин 24 млн ЕД внутримышечно 1 раз в 3 недели
Бета-адреноблокаторы
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Пациенту с механическим протезом аортального клапана показана антибиотикотерапия для профилактики бактериального эндокардита при следующих манипуляциях

Бронхоскопия
Лечение поверхностного кариеса
Колоноскопия
Экстракция зуба с депульпацией
Гастроскопия

Для стеноза устья аорты тяжелой степени характерны следующие ЭХО-кардиографические признаки

Средний систолический градиент в устье аорты более 40 мм рт.ст., площадь эффективного отверстия аортального клапана менее 1,0 см²
Средний систолический градиент в устье аорты менее 20 мм рт. ст, площадь эффективного отверстия аортального клапана более 1.0 см²
Повышение систолического давления в легочной артерии более 50 мм рт.ст., снижение фракции выброса левого желудочка менее 50%
Средний систолический градиент в устье аорты 20-40 мм рт. ст., площадь эффективного отверстия аортального клапана – 1,0-1,5 см²
Невозможность измерения среднего систолического градиента в устье аорты вследствие выраженного кальциноза

Для стеноза левого атриовентрикулярного отверстия тяжелой степени характерно

Гипертрофия левого желудочка с нарушением его диастолической функции
Трансмитральный диастолический градиент более 10 мм рт.ст., площадь эффективного отверстия – менее 1,0 см²
Трансмитральный диастолический градиент менее 5 мм рт.ст., площадь эффективного отверстия более 1,5 см²

Трансмитральный диастолический градиент 5-10 мм рт. ст., площадь эффективного отверстия 1,0-1,5 см²

Систолическое давление в легочной артерии менее 30 мм рт. ст., нормальные размеры левого предсердия

Для митральной регургитации тяжелой степени, вызванной отрывом хорд одной из створок митрального клапана характерен эхокардиографический признак

Фракция митральной регургитации менее 30%

Систолическое давление в лёгочной артерии (СДЛА) более 60 мм рт. ст.

«Молотящая створка» митрального клапана

Фракция митральной регургитации 30-59%

Vena contracta меньше 5 мм

При миокардите со сниженной ФВ левого желудочка не рекомендуется применять

Бета-адреноблокаторы

Нестероидные противовоспалительные средства

Ингибиторы АПФ

Блокаторы минералкортикоидных рецепторов

Блокаторы рецепторов к ангиотензину II

Бета-блокаторы противопоказаны при

Аритмогенной кардиомиопатии правого желудочка

Раннем периоде молниеносного миокардита

Дилатационной кардиомиопатии

Обструктивной гипертрофической кардиомиопатии

Гранулематозном миокардите (саркоидоз)

Ведущим патогенетическим механизмом формирования и прогрессирования сердечной недостаточности является

Снижение артериального давления

Снижение пред- и постнагрузки

Гиперактивация нейрогуморальных систем организма

Нарушение чувствительности тканей к инсулину

Увеличение экскреции натрия и воды

Эффектами длительной гиперактивации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы организма являются

Выведение натрия и воды, уменьшение объема циркулирующей крови

Периферическая вазоконстрикция, задержка натрия и воды

Периферическая вазодилатация

Выведение кальция и магния

Стимуляция распада соединительной ткани (коллагена) в миокарде

Эффектом длительной гиперактивации симпато-адреналовой системы организма является

Снижение системного артериального давления
Снижение потребности миокарда в кислороде
Развитие фатальных желудочковых нарушений ритма сердца
Системная вазодилатация
Выведения натрия и воды

Имеет ли преимущество применение высоких рекомендованных доз ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) у пациентов со стабильным течением хронической сердечной недостаточности (ХСН) по сравнению с низкими дозами препаратов этого класса?

Имеет, так как позволяет снизить риск смерти и/или госпитализации
Не всегда, так как позволяет уменьшить только симптомы и существенно не влияют на риск смерти и/или госпитализации
Не имеет, в связи со способностью усугубить симптомы ХСН и не влияет на риск смерти и/или госпитализации
Не имеет, в связи с повышением риска смертности и/или госпитализации
Применение высоких доз ИАПФ противопоказано у пациентов с тяжелой ХСН

Оправдано ли применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) у пациентов с бессимптомной систолической дисфункцией левого желудочка?

Оправдано, так как способно отсрочить или предотвратить развитие симптомов ХСН
Нет, в связи с отсутствием доказательств об их эффективности у данной категории больных
Нет, в связи с влиянием ИАПФ лишь на симптомы хронической сердечной недостаточности (ХСН), и ИАПФ не влияют на прогноз
Применение возможно, но только при условии снижения фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) менее 35%
Оправдано, только в комбинации с антагонистами минералокортикоидных рецепторов

Укажите НЕ рекомендованный к применению бета-адреноблокатор для лечения пациентов с симптомами хронической сердечной недостаточности (ХСН)

Атенолол
Бисопролол
Карведилол
Метопролола сукцинат
Небивалол

Какие антигипертензивные препараты противопоказаны больной артериальной гипертонией, планирующей беременность?

Ингибиторы АПФ
Антагонисты кальция
Бета-блокаторы
Метилдопа

Гипотиазид

Показанием для назначения антагонистов минералокортикоидных рецепторов является

Наличие симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН) (II-IV ФК) и фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\leq 35\%$

Перенесенный инфаркт миокарда вне зависимости от наличия систолической дисфункции ЛЖ

Гипокалиемия у пациентов с симптомами ХСН (II-IV ФК)

Наличие симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН) в сочетании с нарушением функции почек

ХСН независимо от наличия симптомов и ФВ ЛЖ

Какое из приведенных ниже утверждений является верным

Блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА) являются препаратами выбора у больных с симптомами ХСН II-IV функционального класса (ФК)

БРА являются рекомендованными пациентам при ХСН и сниженной ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, только в случае непереносимости ИАПФ

БРА в равной степени с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) рекомендованы пациентам ХСН и сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\leq 40\%$

БРА имеет доказанные преимущества перед ИАПФ у пациентов ХСН со сниженной ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ в сочетании со снижением функции почек

Комбинация БРА с ИАПФ обладает более выраженным эффектом у пациентов с симптомами ХСН (II-IV ФК), за счет более полной блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

Укажите рекомендованный к применению блокатор рецепторов к ангиотензину II у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН)

Ирбисартан

Лозартан

Олмесартан

Телмисартан

Эпросартан

Применение ивабрадина возможно в следующем случае:

Пациенту с тахисистолической формой ФП, ФВ $\leq 35\%$, симптомами ХСН II-IV ФК находящимися на подобранной рекомендованной терапии включая дигоксин

Пациенту с тахисистолической формой ФП, ФВ $\leq 35\%$, симптомами ХСН II-IV ФК и невозможностью назначить бета-адреноблокатор из-за гипотонии

Пациенту с тахисистолической формой фибрилляции предсердий (ФП), с фракцией выброса (ФВ) $\leq 35\%$, симптомами хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-IV ФК, находящемуся на подобранной рекомендованной терапии, включая адекватную дозу бета-адреноблокатора

Пациенту с синусовым ритмом, ФВ $\leq 35\%$, симптомами ХСН II-IV ФК и уровнем ЧСС \geq

70 в 1 мин, находящемся на подобранной рекомендованной терапии

Полная отмена бета-адреноблокатора при хронической сердечной недостаточности оправдана лишь в случае

Гипотонии без значимых клинических симптомов

Появление признаков застоя жидкости по малому и/или большому кругу кровообращения

ЧСС < 60 уд / мин

Атриовентрикулярной блокады II степени

Атриовентрикулярной блокады I степени

Какая из перечисленных ниже групп препаратов НЕ является рекомендованной для лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН)

Статины

Ингибиторы АПФ

Бета-адреноблокаторы

Блокаторы рецепторов к ангиотензину II

Антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Препаратами первой линии при лечении пациентов с гипертрофической кардиомиопатией являются

Бета-блокаторы

Ингибиторы АПФ

Альфа-блокаторы

Сердечные гликозиды

Диуретики

Выберите один правильный ответ. Определите нарушение ритма

Трепетание предсердий

Синусовая тахикардия

Трепетание желудочков

Фибрилляция предсердий

Синусовая аритмия

Выберите один правильный ответ. Какому состоянию может соответствовать ЭКГ

изменения миокарда вследствие недостаточности кровоснабжения

нарушение баланса электролитов

мелкоочаговый инфаркт миокарда

тромбоэмболия легочной артерии

блокада правой ножки пучка Гиса

Выберите один правильный ответ. Какому состоянию может соответствовать ЭКГ

□

изменения миокарда вследствие недостаточности кровоснабжения
блокада левой ножки пучка Гиса
перикардит
инфаркт миокарда передней локализации
синдром ранней реполяризации желудочков

Выберите один правильный ответ. Какому состоянию может соответствовать ЭКГ

□

Гиперкалиемия
Гипокалиемия
Инфаркт миокарда передней локализации
Перикардит
Блокада правой ножки пучка Гиса

Выберите один правильный ответ. Какому состоянию может соответствовать ЭКГ

□

Изменения миокарда вследствие недостаточности кровоснабжения
Гиперкалиемия
Гипокалиемия
Гиперкальциемия
Изменения миокарда вследствие гипертрофии левого желудочка

Выберите один правильный ответ. Оценить тредмил-тест

□

Проба неинформативная
Развитие острого инфаркта миокарда
Проба положительная
Проба отрицательная
Нельзя оценить без знания клиники

Выберите один правильный ответ. Определить локализацию инфаркта миокарда

□

Нижний инфаркт
Задний и высокий боковой инфаркт
Передне-боковой инфаркт
Боковой инфаркт

Нижний с распространением на правый желудочек

Выберите один правильный ответ. Определить локализацию инфаркта миокарда

□

Боковой инфаркт

Нижний инфаркт

Нижний с распространением на правый желудочек

Нижне-боковой инфаркт

Задний и высокий боковой инфаркт

Выберите один правильный ответ. Оценить динамику процесса

□

Развитие повторного инфаркта миокарда

Нормальная эволюция ЭКГ изменений с формированием отрицательных зубцов Т к 21-м суткам инфаркта миокарда

Распространение инфаркта на передне-боковую область к 14-м суткам инфаркта миокарда

На третьи сутки исчезают отрицательные зубцы Т в отведениях III, avF, V4-V6, что предполагает улучшение течения инфаркта миокарда

Нижний инфаркт распространился на правый желудочек

Выберите один правильный ответ. Определить локализацию инфаркта миокарда

□

Боковой инфаркт

Нижний инфаркт

Нижне-задне-боковой инфаркт

Нижне-боковой инфаркт

Задний и высокий боковой инфаркт

Выберите один правильный ответ. Определить тип нарушений ритма

□

Желудочковая тригеминия

Желудочковая бигеминия

Предсердная квадригеминия

Предсердная бигеминия

Предсердная тригеминия

Выберите один правильный ответ. Определить локализацию инфаркта миокарда

□

Передне-перегородочный инфаркт
Обширный передний инфаркт
Нижний и передний инфаркт
Передний инфаркт
Боковой

Выберите один правильный ответ. Определить течение инфаркта миокарда

□

Осложнен перикардитом
Осложнен развитием нижнего инфаркта
Осложнен развитием аневризмы
Осложнен развитием передне-верхнего полублока
Осложнен развитием блокады правой ножки

Выберите один правильный ответ. Определить локализацию инфаркта миокарда

□

Обширный передний
Передне-боковой с распространением на высокие отделы боковой стенки
Передне-боковой
Боковой
Высокий боковой

Выберите один правильный ответ. Определить локализацию инфаркта миокарда и тип осложнения

□

Передне-боковой с распространением на высокие отделы боковой стенки на фоне блокады правой ножки и передне-верхнего полублока
Обширный передний и блокада левой ножки
Передне-боковой и блокада правой ножки
Боковой и передне-верхний полублок
Высокий боковой

Выберите один правильный ответ. Определите нарушение ритма:

□

Синусовая аритмия
Наджелудочковые экстрасистолы
Желудочковая экстрасистолия по типу квадригеминии
Желудочковые экстрасистолы
Желудочковая парасистолия

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между степенью артериальной гипертензии (АГ) и уровнем систолического артериального давления (АД). Степень АГ : 1. Степень АГ 1 ; 2. Степень АГ 2; 3. Степень АГ 3. Уровень АД (мм рт.ст.): А. 160 – 179; Б. 140 – 159 ; В. Систолическое АД \geq 180; Г. Систолическое АД \geq 200; Д. Систолическое АД \geq 135.

1-Б 2-А 3-Г

1-Б 2-А 3-В

1-Д 2-В 3-В

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между степенью артериальной гипертензии и уровнем артериального давления: Степень АГ : 1. Степень АГ 1 ; 2. Степень АГ 2; 3. Степень АГ 3; 4. Изолированная систолическая АГ . Уровень АД (мм рт.ст.): А. 162/94; Б. 170/112 ; В. 150/82; Г. 158/92; Д. 130/80.

1-Б 2-А 3-Д 4-В

1-В 2-А 3- Б 4-Г

1- Д 2 -А 3- Б 4-Г

1- Г 2- А 3- Б 4- В

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между степенью артериальной гипертензии (АГ) и уровнем диастолического артериального давления (АД): 1. Степень АГ 1 ; 2. Степень АГ 2; 3. Степень АГ 3. Уровень АД (мм рт.ст.): А. 90-99; Б. 100-109 ; В. \geq 85; Г. \geq 110 ; Д. $<$ 100

1-А 2-Б 3-Г

1-Б 2-А 3-В

1- Д 2 -Б 3- Г

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Для оценки степени общего сердечно-сосудистого риска у больных артериальной гипертензией учитывается комплекс факторов. Установите соответствие между факторами, влияющими на прогноз, и их проявлениями, которые учитываются при оценке степени риска: Факторы, влияющие на прогноз : 1. Фактор риска; 2. Поражение органов -мишеней; 3. Сердечно-сосудистые, цереброваскулярные или почечные заболевания. Проявления факторов, влияющих на прогноз, применяемые для стратификации риска: А. Курение; Б. Гипертрофия левого желудочка; В. Бляшка в

брахиоцефальных/почечных/подвздошно-бедренных артериях; Г. Микроальбуминурия; Д. Ишемическая болезнь сердца; Е. Дислипидемия; Ж. Цереброваскулярная болезнь: ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака.

1- А, Е 2- Б, Г 3- В, Д, Ж

1-Б,Е 2-А,Г,Ж 3- В,Д

1- Ж, Г 2- А,В 3- Б,Д 4- Е

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между антиаритмическими препаратами и изменениями параметров ЭКГ при их назначении: Назначенные препараты: 1. препараты IA класса; 2. препараты IB класса; 3. препараты IC класса; 4. препараты II и IV класса; 5. препарат III класса. Изменения параметров ЭКГ при назначении: А. Удлинение интервала PP; Б. Удлинение интервала PQ; В. Расширение комплекса QRS; Г. Удлинение интервала QT(JT); Д. Параметры ЭКГ без существенных изменений

А. 1 - В,Г; 2 - Д; 3 - Б,В; 4 - А,Б; 5 - Г)

Б. 1- Г 2-В 3- Д 4- А,Б 5-Б

В. 1-Б,Г 2-Д 3-А,В 4- А,Б 5 -Г

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Укажите характеристики различных тахикардий: Вид тахикардии: 1. Предсердная; 2. Желудочковая. Характеристики: А. Комплекс QRS широкий; Б. Комплекс QRS имеет нормальную морфологию; В. Р-зубец имеет измененную морфологию; Г. Р-зубцы не предшествуют комплексам QRS; Д. Часто сопровождается пресинкопальными/синкопальными состояниями.

1-А,Г, Д 2-Б,В

1 - Б,В, 2 - А,Г,Д

1- А,В 2- Б, Г, Д

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Укажите признаки, соответствующие каждой из нижеперечисленных тахиаритмий: Вид аритмии: 1. Фибрилляция предсердий; 2. Хаотическая (многофокусная) предсердная тахикардия; 3. Трепетание предсердий. Признаки: А. отсутствие зубцов Р; Б. наличие мономорфных пилообразных или волнообразных волн FF; В. наличие низкоамплитудных высокочастотных волн ff; Г. Абсолютная нерегулярность RR интервалов; Д. Наличие не менее 3-х различных

морфологических вариантов зубцов Р.

1- Г,Д 2-В 3-А,Б

1 – А, В, Г; 2 – Д; 3 - А, Б

1 -Б 2-А,В 3- Г

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.Сформулируйте последовательность действий при купировании гемодинамически стабильного пароксизма атриовентрикулярной тахикардии у пациента без органического заболевания сердца: 1. электроимпульсная терапия; 2. вагусные маневры; 3. верапамил или АТФ в/в; 4. чреспищеводная электростимуляция.

2; 4; 3; 1

1; 2; 3; 4

1; 3; 4; 2

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент.

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.Установите соответствие между оценкой риска сердечно-сосудистой смерти по шкале SCORE и категориями риска:

Категория риска:

1. Очень высокий;

2. Умеренный.

Оценка риска по шкале SCORE:

А. < 1%;

Б. ≥10%;

В. ≥5 и <10%;

Г. ≥1 и <5%.

1-Б; 2-В

1-Б; 2-Г

1-В; 2- Г;

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.Установите соответствие между оценкой риска сердечно-сосудистой смерти по шкале SCORE и категориями риска: Категория риска: 1. Высокий; 2. Низкий.

Оценка риска по шкале SCORE: А. < 1%; Б. ≥10%; В. ≥5 и <10%; Г. ≥1 и <5%.

1- Г; 2- А

1-Б; 2-Г

1-В ; 2-А

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между категорией риска и рекомендуемым целевым уровнем в крови холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП): Категория риска: 1. Высокий; 2. Умеренный; 3. Низкий. ХС ЛПНП : А. < 3,5 ммоль/л; Б. < 2,5 ммоль/л; В. < 3,0 ммоль/л; Г. < 1,8 ммоль/л

1-Б 2-А 3- В

1-Б; 2- В; 3- В

1-Б 2-А 3-Г

Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между типичными клиническими проявлениями и наиболее вероятным заболеванием: Клинические проявления: 1. Боль в области грудины, с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительностью 2—5 мин, возникает при физической нагрузке и исчезает после её прекращения; 2. Боль в груди не связана с физической нагрузкой, возникает при наклонах и поворотах корпуса, при глубоком дыхании на высоте вдоха; 3. Боль в левой половине груди и в боку, усиливается при вдохе и кашле. Стихает в положении на стороне боли. Температура тела субфебрильная, беспокоит озноб с появлением ночного пота, слабость. Проявление заболевания: А. Расслаивающая аневризма аорты; Б. ИБС : стенокардия напряжения; В. ИБС: вазоспастическая стенокардия; Г. Плеврит; Д. Остеохондроз позвоночника с корешковым синдромом; Е. Гипервентиляционный синдром.

1-Б 2-Д 3- Г

1-Б 2-А 3-В

1-Д 2-А 3-Г

Установить соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого пронумерованного элемента в левой колонке выберите буквенный компонент из правой колонки. Каждый буквенный компонент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Клинические проявления: 1. Боль в области грудины, с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительностью 2—5 мин, возникает при физической нагрузке и исчезает после её прекращения; 2. Боль в груди не связана с физической нагрузкой, возникает при наклонах и поворотах корпуса, при глубоком дыхании на высоте вдоха; 3. Боль в левой половине груди и в боку, усиливается при вдохе и кашле. Стихает в положении на стороне боли. Температура тела субфебрильная, беспокоит озноб с появлением ночного пота, слабость; Заболевание: А. Расслаивающая аневризма аорты ; Б. ИБС: стенокардия напряжения; В. ИБС: вазоспастическая стенокардия ; Г. Плеврит; Д. Остеохондроз позвоночника с

корешковым синдромом; Е. Гипервентиляционный синдром;

1- А, 2- В, 3 - Д

1-Б, 2-Д, 3-Г

1- В, 2- Г, 3- Е

Установить соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого пронумерованного элемента в левой колонке выберите буквенный компонент из правой колонки. Каждый буквенный компонент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Функциональный класс стенокардии: 1. ФК I; 2. ФК II; 3. ФК III; 4. ФК IV; Клиническая картина: А. Приступы стенокардии возникают при обычной нагрузке: быстрой ходьбе, подъеме в гору, по лестнице (более 1—2 пролетов), после обильной еды, сильных стрессов; Б. Неспособность к выполнению любой, даже минимальной нагрузки из-за возникновения стенокардии. Приступы возникают также в покое ; В. Приступы возникают лишь при экстремальном напряжении; Г. Приступы стенокардии резко ограничивают физическую активность — возникают при незначительной нагрузке: ходьбе в среднем темпе <500 м, при подъеме по лестнице на 1—2 пролета. Изредка приступы возникают в покое; Д. Приступы возникают только ночью или в ранние утренние часы без связи с физической нагрузкой;

1-А, 2-В, 3-Б 4- Г

1-В, 2-А, 3-Г, 4-Б

1-Д, 2-А, 3-Б 4- Г

Установить соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого пронумерованного элемента в левой колонке выберите буквенный компонент из правой колонки. Каждый буквенный компонент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Причина прекращения теста с физической нагрузкой: 1. Воспроизводится типичная для пациента боль в груди и возникают характерные для ишемии изменения на ЭКГ; 2. Достижение субмаксимальной (75% от максимальной возрастной) ЧСС не сопровождаются возникновением боли в груди и характерными для ишемии изменениями на ЭКГ; 3. Достижение ЧСС 50% от максимальной возрастной нормы и повышение АД более 250 мм рт. ст. Боль в грудной клетке не беспокоит. Ишемической динамики ЭКГ нет; Заключение по результату теста с физической нагрузкой: А. Тест отрицательный; Б. Тест сомнительный; В. Тест положительный; Г. Тест не доведен до диагностических критериев; Д. Тест не выполним;

1-В, 2-А, 3-Г

1-Д, 2-Б, 3-А

1- Б, 2- В, 3- Г

Установить соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого пронумерованного элемента в левой колонке выберите буквенный компонент из правой колонки. Каждый буквенный компонент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран

вовсе. Стадии хронической ишемии нижних конечностей: 1. IIa стадия; 2. IIб стадия; 3. III стадия; 4. IV стадия; Клиническая картина: А. Язва или гангрена; Б. Отсутствие симптомов, зябкость, похолодание конечности; В. Боли в покое или при ходьбе до 50 м; Г. перемежающаяся хромота, дистанция безболевого ходьбы менее 200 м; Д. перемежающаяся хромота, дистанция безболевого ходьбы более 200 м; Е. перемежающаяся хромота, дистанция безболевого ходьбы более 400 м; Ж. перемежающаяся хромота, дистанция безболевого ходьбы менее 400 м;

1-Д, 2-Г, 3-В, 4-А

1-Б, 2-Е, 3-Д, 4-В

1-В, 2-Е, 3-Г, 4-А

Установите соответствие. Применение петлевых диуретиков с другими классами препаратов может привести к ... Класс лекарственных препаратов: 1. Нестероидные противовоспалительные препараты; 2. Тиазидные диуретики; 3. Цефалоспорины; 4. Глюкокортикостероиды; Побочное действие при сочетании с петлевыми диуретиками: А. Усиление мочегонного действия; Б. Повышение риска развития гипокалиемии; В. Уменьшение мочегонного эффекта; Г. Повышение риска развития нефротоксического действия;

1-В, 2-А, Б, 3-Г, 4-Б

1-А, 2-Б, 3-Г, 4-В

1-Г, 2-Б, 3-А, 4-В

Для каждого пронумерованного элемента в левой колонке выберите буквенный элемент в правой колонке. Каждый буквенный компонент правой колонки может быть выбран один раз или более одного раза или не выбран вообще. Установите соответствие между препаратами – ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и их дозировками для лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН). ИАПФ: 1. Эналаприл; 2. Каптоприл; 3. Фозиноприл; 4. Периндаприл; Терапевтическая доза : А. 10-20 мг 2 раза/сутки; Б. 4 мг х 1 раз/сутки; В. 10 мг х 2 раза/сутки; Г. 25 мг х 3 раза/сутки;

1-В, 2-Б, 3-А, 4-Г

1-В, 2-Г, 3-А, 4-Б

1-А, 2-В, 3-Б, 4-Г

Для каждого пронумерованного элемента в левой колонке выберите буквенный элемент в правой колонке. Каждый буквенный компонент правой колонки может быть выбран один раз или более одного раза или не выбран вообще. Установите соответствие между классом лекарственных препаратов и его побочным эффектом. Класс препаратов: 1. Бета-адреноблокаторы; 2. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; 3. Диуретики; 4. Статины; Побочный эффект: А. Кашель; Б. Брадикардия; В. Повышение уровня печеночных трансаминаз; Г. Гипокалиемия;

1-В, 2-Г, 3-А, 4-Б

1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г

1-Б, 2-А, 3-Г, 4-В

Для каждого пронумерованного элемента в левой колонке выберите буквенный элемент в правой колонке. Каждый буквенный компонент правой колонки может быть выбран один раз или более одного раза или не выбран вообще. Установите соответствие между классами блокаторов кальциевых каналами и их представителями. Класс блокаторов кальциевых каналов: 1. Дигидропиридины; 2. Недигидропиридины; Представитель: А. Нифедипин; Б. Верапамил; В. Фелодипин; Г. Амлодипин; Д. Дилтиазем; Е. Лерканидипин;

1-Б, В, Д, 2-А, Г

1-Б, В, Г, Д, 2-А, Е

1-А, В, Г, Е, 2-Б, Д

Установить соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого пронумерованного элемента в правой колонке выберите буквенный компонент из левой колонки. Каждый пронумерованный компонент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между результатами тропонинового теста у больного с острым коронарным синдромом (ОКС) и возможными диагнозами. Результат тропонинового теста: 1. Тропониновый тест положительный; 2. Тропониновый тест отрицательный; Возможный диагноз: А. Нестабильная стенокардия; Б. ИМ без подъёма сегмента ST; В. ИМ с подъёмом сегмента ST;

1-А,Б; 2-В

1-А,3; 2-Б

1-Б,В; 2-А

Установить соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого пронумерованного элемента в правой колонке выберите буквенный компонент из левой колонки. Каждый пронумерованный компонент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между антиагрегантами и нагрузочной дозой для пациентов с острым инфарктом миокарда перед проведением эндоваскулярного вмешательства в первые сутки поступления. Антиагрегант: 1. Ацетилсалициловая кислота; 2. Клопидогрел; 3. Тикагрелор; Нагрузочная доза: А. 600 мг; Б. 180 мг; В. 250-500 мг; 4. 60 мг;

1 -В; 2-А; 3 -Б

1 -Г; 2-Б; 3 -А

1 -А; 2-В; 3 -Б

Установить соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого пронумерованного элемента в правой колонке выберите буквенный компонент из левой колонки. Каждый пронумерованный компонент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между антиагрегантами и их поддерживающей суточной дозой после перенесённого инфаркта миокарда. Антиагрегант: 1. АСК; 2. Клопидогрел; 3. Тикагрелор; Поддерживающая доза: А. 10 мг; Б. 90 мг *2 раза/сут;

В. 75-100 мг; Г. 75 мг;

1- Б; 2 – В; 3 – Г

1- В; 2 – Г; 3 – Б

1- А; 2 – Б; 3 – В

Установить соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого пронумерованного элемента в правой колонке выберите буквенный компонент из левой колонки. Каждый пронумерованный компонент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между коронарными событиями и тактикой врача. Коронарное событие: 1. Острый инфаркт миокарда, неосложненный, первые 12 часов от начала заболевания; 2. Острый инфаркт миокарда, осложнившийся развитием кардиогенного шока; Тактика врача: А. Экстренная коронароангиография, ангиопластика только инфаркт-связанной артерии; Б. Экстренная коронароангиография, ангиопластика всех значимых стенозов; В. Экстренная коронароангиография, без ангиопластики; Г. Консервативное лечение;

1 – Г, 2 – А

1 – А, 2 – Б

1 – Б, 2 – В

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Количество баллов по шкале CHA2DS2-VASc: 1. 0; 2. 2; 3. 3. Препарат для профилактики ишемического инсульта/тромбоэмболии у пациента мужского пола: А. Антагонисты витамина К; Б. «Новые» пероральные антикоагулянты; В. Антитромботическая терапия не требуется; Г. Ацетилсалициловая кислота; Д. Клопидогрел+ацетилсалициловая кислота

1-В 2-А,Б 3 –А, Б, Г

1-В 2-А,Г 3 –А, Б

1-В 2-А, Б 3 –А, Б

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Классы антитромботических препаратов: 1. Антикоагулянты; 2. Антиагреганты. Препараты: А. Аспирин; Б. Клопидогрел; В. Тикагрелор; Г. Варфарин; Д. Дабигатран; Е. Ривароксабан; Ж. Апиксабан; З. Аценокумарол

1- Г, Д, Е, Ж,З 2- А, Б, В

1- Г, Д, Е, Ж 2- А, Б, В, З

1- А, Б, В 2- Г, Д, Е, Ж,З

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Клиническая ситуация: 1. Профилактика ишемического инсульта (ИИ)/транзиторной ишемической атаки (ТИА) у больного с фибрилляцией предсердий (ФП).; 2. Профилактика ИИ/ТИА у больного с ФП, перенесшего инсульт на фоне МНО 2-3. Тактика лечения и целевой диапазон МНО: А. Монотерапия варфарином, МНО 2-3; Б. Монотерапия варфарином, МНО 3-3,5; В. Монотерапия варфарином, МНО $\geq 3,5$; Г. Терапия варфарином (МНО 2-3) + аспирин; Д. Терапия варфарином (МНО менее 2) + аспирин.

1-А 2-Г

1-А 2-Б

1-Г 2-Б

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Какие шкалы в настоящее время рекомендовано использовать у больных с фибрилляцией предсердий: 1. для оценки риска развития ишемического инсульта/тромбоэмболий; 2. для оценки риска кровотечений. Название шкалы: А. CHADS₂; Б. CHA₂DS₂VASC; В. GRACE; Г. CRUSADE; Д. HASBLED

1-А, Б 2-Д

1-Б 2-Д

1- Б 2- Г, Д

1- А, Б 2-Г, В, Д

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Поражение сердца при митральном пороке: 1. Дисплазия митрального клапана с отрывом хорд задней створки и развитием митральной недостаточности III-IV степени при сохранённой фракции выброса левого желудочка; 2. Митральная недостаточность легкой – умеренной степени при пролапсе митрального клапана признаками его миксоматозной дегенерации; 3. Митральная недостаточность III-IV степени при сниженной фракции левого желудочка менее 30 %. Показание к операции: А. Показана операция протезирования митрального клапана; Б. Показана операция пластики митрального клапана; В. Операция протезирования не показана. Динамическое наблюдение; Г. Операция протезирования клапана не показана в связи с высоким риском. Симптоматическое лечение.

1-Б 2-В 3-Г

1-Б 2-А 3-В

1-Б 2-А 3-Г

1- Б 2-В 3- В

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Больные с аортальной недостаточностью тяжелой степени: 1. Симптомные (с

клиническими признаками недостаточности кровообращения); 2. Бессимптомные, фракция выброса левого желудочка в норме, полость левого желудочка расширена (конечно-систолический размер левого желудочка больше 5,5 см); 3. Больные с аортальной недостаточностью тяжелой степени и ишемической болезнью сердца, которым планируется операция коронарного шунтирования. Выбор тактики лечения: А. Показана операция коронарного шунтирования и протезирования аортального клапана; Б. Операция не показана. Динамическое наблюдение (ЭхоКГ 1 раз в год.); В. Показана операция протезирования аортального клапана; Г. Показаны последовательно с интервалом операция коронарного шунтирования, затем (после реабилитации) – протезирование аортального клапана.

1- В 2-Б 3-А

1-В 2-В 3-А

1- В 2-В 3-Г

1- В 2-Б 3-Г

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Результат ультразвукового исследования сердца (ЭХО-КГ): 1. При наличии аортального стеноза средний систолический градиент в устье аорты более 40 мм рт. ст.; 2. При наличии аортального стеноза средний систолический градиент в устье аорты 25-40 мм рт. ст.; 3. При наличии митрального стеноза площадь эффективного левого AV отверстия более 1,5 см²; 4. При наличии митрального стеноза площадь эффективного левого AV отверстия менее 1,0 см². Порок сердца: А. Аортальный стеноз легкой степени; Б. Аортальный стеноз тяжелой степени; В. Митральный стеноз легкой степени; Г. Митральный стеноз тяжелой степени; Д. Митральный стеноз умеренной степени; Е. Аортальный стеноз умеренной степени.

1-Б 2-Е 3-В 4-Г

1-Б 2-А 3-В 4-Г

1-Е 2-А 3-В 4-Г

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Тип искусственного клапана сердца: 1. Механический протез аортального клапана; 2. Биологический протез аортального клапана. Препарат для профилактики тромбоза искусственного клапана: А. Ацетилсалициловая кислота; Б. Клопидогрел; В. Варфарин; Г. Дабигатран

1-В 2-А, В

1-В 2-А, Б

1-В 2-А, Г

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный

компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Установите соответствие между клиническим вариантом острой сердечной недостаточности (ОСН) и целью в лечении. Клинический вариант ОСН: 1. Выраженный застой/отек легких; 2. ОСН на фоне гипертонического криза; 3. Изолированная правожелудочковая недостаточность; 4. ОСН при остром коронарном синдроме; 5. Кардиогенный шок; 6. ОСН с высоким сердечным выбросом. Основная цель лечения: А. Скорейшее снижение АД; Б. Снижение давления в капиллярах легких; В. Устранение тахикардии (включая воздействие на ее причину, если это возможно); Г. Коррекция причины правожелудочковой недостаточности; Д. Поддержание достаточного сердечного выброса; Е. Скорейшее восстановление адекватного коронарного кровотока, устранение ишемии миокарда; Ж. Скорейшее установление мочевого катетера; З. Купирование нарушений ритма сердца.

1-Б 2-А 3-Г 4-Е 5- Д 6-В, З

1-Б 2-А 3-Г 4-Е 5- Д 6-В

1-Д, 2-Б,В 3-Г, 4-В,Е, 5-Д 6-Б

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Функциональный класс хронической сердечной недостаточностью (ХСН) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца: 1. I ФК; 2. II ФК; 3. III ФК; 4. IV ФК. Переносимость физической нагрузки пациента: А. Явное ограничение физической активности. Комфортное состояние в покое, но меньшая, чем обычно физическая активность вызывает чрезмерную одышку, утомляемость или сердцебиение; Б. Нет ограничений в физической активности. Обычная физическая активность не вызывает чрезмерной одышки, утомляемости или сердцебиения; В. Незначительное ограничение в физической активности. Комфортное состояние в покое, но обычная физическая активность вызывает чрезмерную одышку, утомляемость или сердцебиение; Г. Невозможность выполнять любую физическую нагрузку без дискомфорта. Симптомы могут присутствовать в покое. При любой физической активности дискомфорт усиливается; Д. Незначительное ограничение физической активности. Симптомы могут присутствовать в покое.

1-Г, 2-В, 3-А, 4-Б

1-Б 2-Д 3-А 4-Г

1-Б 2-В 3-А 4-Г

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Диагностика хронической сердечной недостаточности (ХСН): 1. Оценка анатомии и функционального состояния сердца; 2. Биологические маркеры ХСН; 3. Оценка кардиоторакального индекса, легочной гемодинамики; 4. Оценка ритма и проводимости, морфологии комплекса QRS; 5. Исключение очага воспаления, фиброза в миокарде, оценка анатомии сердца. Методы исследования: А. 12

канальная ЭКГ; Б. Магнитно-резонансная томография сердца с гадолинием; В. Определение NTproBNP или BNP; Г. Трансторакальная эхокардиография; Д. Рентгенография грудной клетки; Е. Определение высокочувствительного тропонина

1-Г 2-В 3-Д 4-А 5-Е

1-Г 2-В 3-Д 4-А 5-Б

1-Г 2-В, Е 3-Д 4-А 5-Б

Установить соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Вид сердечной недостаточности: 1. Сердечная недостаточность с сохраненной функцией левого желудочка; 2. Сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка. Признаки сердечной недостаточности: А. Относительно нормальные размеры левого желудочка и ФВ ЛЖ более 50%; Б. Расширение полостей сердца и снижение ФВ ЛЖ менее 40%; В. Перенесенный инфаркт миокарда, ДКМП, как причина ХСН; Г. Артериальная гипертония, как причина ХСН.

1-А 2-Б, В, Г

1-А, Г 2-Б, В

1-А 2-Б

Установить соответствия между изменениями ЭКГ представленными на картинках и нарушениями проводимости:

А) блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса

Б) блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса

В) очагово-рубцовое поражение миокарда нижней локализации

Г) очагово-рубцовое поражение миокарда передней локализации

□

□

1-А, 2-Г

1-А, 2-В

1-Б, 2-В

1-Г, 2-В

1-В, 2-Б

Установить соответствия между изменениями ЭКГ представленными на картинках и заключениями:

А. Синусовая тахикардия

Б. Трепетание предсердий

В. Предсердная тахикардия

Г. Желудочковая экстрасистолия

Д. Синусовая аритмия

□

□

1-Б, 2-А

1-А, 2-В

1-Д, 2-Г

1-Б, 2-В

1-В, 2-Б

Установить соответствия между изменениями ЭКГ представленными на картинках и заключениями:

А. Передний распространённый

Б. Переднеперегородочный

В. Нижний

Г. Высокий боковой

Д. Нижнебоковой

□

□

1-Г, 2-А

1-А, 2-Б

1-А, 2-Д

1-В, 2-Д

1-В, 2-Б

Установить соответствия между изменениями ЭКГ представленными на картинках и заключениями:

А. Передний распространённый

Б. Переднеперегородочный

В. Нижний

Г. Переднебоковой

Д. Высокий боковой

□

□

1-В, 2-Г

1-А, 2-Д

1-В, 2-А

1-Б, 2-Г

1-В, 2-Б

