

ТЕМА: «АНАТОМИЯ. ЭКГ. НАРУШЕНИЯ РИТМА»

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

ВЕНЕЧНЫЙ СИНУС ВПАДАЕТ В:

- а Левое предсердие
- б Правое предсердие
- в Левый желудочек
- г Правый желудочек

СИНУСОВЫЙ УЗЕЛ НАХОДИТСЯ В:

- а Правом предсердии рядом с местом впадения верхней полой вены
- б Базальной части межпредсердной перегородки
- в Правом предсердии субэндокардиально в месте впадения коронарного синуса
- г Левом предсердии в устье легочной вены

СИНУСЫ ВАЛЬСАЛЬВЫ - ЭТО:

- а Выпячивания луковицы аорты, соответствующие положению полулунных заслонок аортального клапана
- б Главные вены левого желудочка
- в Выпячивания в луковицах сонных артерий
- г Слепые карманы левого и правого предсердий

ВЕРХНЯЯ И НИЖНЯЯ ПОЛЫЕ ВЕНЫ ВПАДАЮТ В:

- а Левое предсердие
- б Правое предсердие
- в Коронарный синус
- г Ушко правого предсердия

ЛЕГОЧНЫЕ ВЕНЫ ВПАДАЮТ В:

- а Левое предсердие
- б Правое предсердие
- в Коронарный синус
- г Ушко правого предсердия

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПУТИ
ПРОВЕДЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ WPW
ПРОХОДЯТ МЕЖДУ:**

- а Предсердиями и желудочками
- б Двумя предсердиями
- в Двумя желудочками
- г Двумя участками миокарда в пределах одной камеры сердца

**В КАКОМ ИЗ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА
СКОРОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ
ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ИМПУЛЬСОВ
ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЬШЕЙ?**

- а Рабочий миокард предсердий
- б АВ узел
- в Пучок Гиса и его ветви
- г Рабочий миокард желудочков

**ЗУБЕЦ Р В НОРМЕ МОЖЕТ БЫТЬ
ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ В ОТВЕДЕНИИ:**

- а I
- б II
- в aVF
- г V₁

ИНТЕРВАЛ PQ ОТРАЖАЕТ ВРЕМЯ:

- а Проведения импульса по предсердиям
- б Проведения импульса по АВ-узлу
- в Проведения импульса по системе Гиса-Пуркинье
- г От начала возбуждения миокарда предсердий до начала возбуждения миокарда желудочков

ЭКГ ПРИЗНАКИ P-PULMONALE:

- а Высокие Р в грудных отведениях
- б Широкие двугорбые Р V₁-V₆
- в Высокие остrokонечные Р зубцы II, III, aVF
- г Широкие двугорбые Р зубцы I, II, V₅-V₆

**ПРИЧИНА ПОЯВЛЕНИЯ НА ЭКГ P-
PULMONALE:**

- а Перегрузка левого предсердия
- б Перегрузка правого предсердия
- в Гипертрофия левого желудочка
- г Гипертрофия правого желудочка

ЭКГ ПРИЗНАКИ P-MITRALE:

- а Высокие P в грудных отведениях
- б Широкие двугорбые P V₁-V₆
- в Высокие остроконечные P зубцы II, III, aVF
- г Широкие двугорбые P зубцы I, II, V5-V6

ПРИЧИНА ПОЯВЛЕНИЯ НА ЭКГ P-MITRALE:

- а Дилатация левого предсердия
- б Дилатация правого предсердия
- в Гипертрофия правого желудочка
- г Гипертрофия левого желудочка

ДЛЯ ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ WPW СИНДРОМЕ ХАРАКТЕРНО:

- а Широкие комплексы QRS
- б Узкие комплексы QRS
- в Длинный RP'
- г Короткий RP'

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СИНДРОМЕ WPW ОТ ТИПИЧНОЙ АВ-УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ:

- а Интервал RP[1] > 0,1 с
- б Интервал RP¹ < 0,1 с
- в Широкие комплексы QRS
- г Наличие дельта – волн

ПРИ WPW СИНДРОМЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ СОСТАВЛЯЕТ:

- а Менее 0,12 сек
- б Менее 0,2 сек
- в Более 0,2 сек
- г Более 0,25 сек

ПРИ WPW СИНДРОМЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ QRS СОСТАВЛЯЕТ:

- а Менее 0,8 сек
- б Менее 0,12 сек
- в 0,8 - 0,12 сек
- г Более 0,1 сек

**НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ОТЛИЧИЕМ
ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ОТ
СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Частота ритма > 150 в минуту
- б Уширенные комплексы QRS
- в Предсердно-желудочковая диссоциация
- г Отсутствие зубца Р перед комплексами QRS

**ПРИ ПОЛНОЙ ПОПЕРЕЧНОЙ БЛОКАДЕ
ИНТЕРВАЛЫ RR:**

- а Больше интервалов RR
- б Меньше интервалов RR
- в Равны интервалам RR
- г Кратны интервалам RR

СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА - ЭТО:

- а Неправильный ритм с широкими комплексами
- б Сочетание полной поперечной блокады с фибрилляцией предсердий
- в Идиовентрикулярный ритм
- г Вариант суправентрикулярной тахикардии

**ПРИ БЛОКАДЕ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ
НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ОТМЕЧАЕТСЯ:**

- а Резкое отклонение ЭОС влево
- б Отклонение ЭОС вправо
- в Значительное уширение комплекса QRS
- г Длительность QRS до 0,11 сек.

**ПРИ БЛОКАДЕ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ
ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА
ОТМЕЧАЕТСЯ:**

- а Резкое отклонение ЭОС влево
- б Отклонение ЭОС вправо
- в Значительное уширение комплекса QRS
- г Длительность QRS до 0,11 сек.

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ WPW
ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ
ПРИЗНАКИ:**

- а Уширение комплексов QRS $> 0,1$ сек
- б Укорочение интервала PQ $< 0,12$ сек
- в Наличие дельта-волны
- г Верно все перечисленное

**ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ
ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА ФРЕДЕРИКА
ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Фибрилляция предсердий и
атриовентрикулярная блокада 3 степени
- б Нерегулярный ритм желудочков
- в АВ блокада 2 степени 2:1
- г Верно все перечисленное

**ПРИЗНАКАМИ
АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 1
СТЕПЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Удлинение интервала PQ более $0,2$ сек
- б Постепенное нарастание интервала PQ с
выпадением одного из комплексов QRS
- в Выпадение одного из комплексов QRS
без предшествующего постепенного
нарастания интервалов PQ
- г Нерегулярный интервал PQ, регулярный
ритм в желудочках

**ПРИЗНАКАМИ
АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 2
СТЕПЕНИ 1 ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Удлинение интервала PQ более $0,2$ сек
- б Постепенное нарастание интервала PQ с
выпадением одного из комплексов QRS
- в Выпадение одного из комплексов QRS
без предшествующего постепенного
нарастания интервалов PQ
- г Нерегулярный интервал PQ, регулярный
ритм в желудочках

**ПРИЗНАКАМИ
АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 2
СТЕПЕНИ 2 ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Удлинение интервала PQ более 0,2 сек
- б Постепенное нарастание интервала PQ с выпадением одного из комплексов QRS
- в Выпадение одного из комплексов QRS без предшествующего постепенного нарастания интервалов PQ
- г Нерегулярный интервал PQ, регулярный ритм в желудочках

**ПРИЗНАКАМИ
АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 3
СТЕПЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- а Удлинение интервала PQ более 0,2 сек
- б Постепенное нарастание интервала PQ с выпадением одного из комплексов QRS
- в Выпадение одного из комплексов QRS без предшествующего постепенного нарастания интервалов PQ
- г Нерегулярный интервал PQ, регулярный ритм желудочков

**ПАЦИЕНТЫ С МАНИФЕСТНЫМ
СИНДРОМОМ WPW, КАК ПРАВИЛО,
ИМЕЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ
ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:**

- а Уширенный комплекс QRS на синусовом ритме
- б Пароксизмальную тахикардию с узкими комплексами QRS
- в Дельта-волну на синусовом ритме
- г Пароксизмальную желудочковую тахикардию

**ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ
ПРИЗНАКАМИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ЭКСТРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Полная компенсаторная пауза
- б Уширенный преждевременный комплекс QRS

- в Отсутствие зубца Р перед преждевременным комплексом QRS
- г Верно все перечисленное

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Отсутствие зубцов Р
- б Регулярные пилообразные волны F
- в Частота желудочковых сокращений более 120 в минуту
- г Укорочение интервала PQ менее 0,1 сек

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПРЕДСЕРДНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а Неполная компенсаторная пауза
- б Уширенный преждевременный комплекс QRS
- в Наличие зубца Р перед преждевременным комплексом QRS
- г Верно все перечисленное
- д Верно 1 и 3

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТИПИЧНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а Регулярные пилообразные волны F
- б Укорочение интервала PQ
- в Уширенные комплексы QRS
- г Верно все перечисленное

ДЛЯ ЗАМЕЩАЮЩИХ КОМПЛЕКСОВ ХАРАКТЕРНО:

- а Интервал сцепления больше синусового RR
- б Интервал сцепления меньше синусового RR
- в Интервал сцепления равен синусовому RR
- г Интервал сцепления кратен синусовому RR

**НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ОТЛИЧИЕМ
ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ОТ
СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Частота ритма > 150 в минуту
- б Уширение комплекса QRS
- в Предсердно-желудочковая диссоциация
- г Отсутствие зубца Р перед комплексами QRS

**ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ
ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ:**

- а На сердцебиение
- б На одышку
- в На боли в области сердца
- г Не предъявляют жалоб

**ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ РИСК
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ:**

- а Через 24 часа от начала приступа
- б Через 48 часов от начала приступа
- в Через 7-10 дней от начала приступа
- г Не зависит от давности приступа

**БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ
ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ:**

- а Аритмиях, провоцируемых повышенной адренэргической стимуляцией сердца
- б Тахикардиях из АВ узла
- в Аритмиях при гликозидной интоксикации и удлинении QT
- г АВ-блокаде 2 степени

**К ПОДГРУППЕ 1С ОТНОСИТСЯ
СЛЕДУЮЩИЙ АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ
ПРЕПАРАТ:**

- а Пропафенон
- б Кордарон
- в Хинидин
- г Лидокаин

ЛИДОКАИН ОТНОСИТСЯ К:

- а Подгруппе 1А

- б Подгруппе 1В
- в Подгруппе 1С
- г Подгруппе блокаторов Na-каналов

**САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ
ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Асистолия
- б Фибрилляция желудочков
- в Разрыв миокарда
- г Тромбоэмболия легочной артерии

**РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У
БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА УМЕНЬШАЕТСЯ
ПРИ ПРИЕМЕ:**

- а Хинидина
- б Этмозина
- в Верапамила
- г Бета-адреноблокаторов

**РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У
ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА И
ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ
ПРИЕМЕ:**

- а Пропафенона
- б Кордарона
- в Этагизина
- г Дигоксина

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА
ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ
НОРМАЛЬНОМ АРТЕРИАЛЬНОМ
ДАВЛЕНИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ
С ВВЕДЕНИЯ:**

- а Лидокаина
- б Верапамила
- в АТФ
- г Кордарона

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА АВ
УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:**

- а Лидокаин или мексилетин
- б Верапамил или АТФ
- в Кордарон или соталол

- г Пропафенон или дигоксин

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ
СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ
ТАХИКАРДИИ, ВЫЗВАВШЕЙ ПАДЕНИЕ
АД < 90 ММ РТ СТ, СЛЕДУЕТ
НЕМЕДЛЕННО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:**

- а В/в введение новокаинамида
- б В/м введение новокаинамида
- в В/в введение лидокаина
- г Электроимпульсную терапию

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ТАХИКАРДИИ, ВЫЗВАВШЕЙ ПАДЕНИЕ
АД < 90 ММ РТ СТ СЛЕДУЕТ
НЕМЕДЛЕННО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:**

- а В/в введение новокаинамида
- б В/м введение новокаинамида
- в В/в введение лидокаина
- г Электроимпульсную терапию

**МАССАЖ КАРОТИДНОГО СИНУСА
МОЖЕТ КУПИРОВАТЬ ПАРОКСИЗМ:**

- а Предсердной тахикардии
- б АВ узловой тахикардии
- в Желудочковой тахикардии
- г Фибрилляции предсердий

**ПРИ ЧАСТЫХ ПРИСТУПАХ
ТАХИАРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С
СИНДРОМОМ WPW СРЕДСТВОМ
ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Прием хинидина
- б Прием кордарона
- в Имплантация кардиовертера
- г Катетерная аблация дополнительного проводящего пути

**ПРИ ЧАСТОЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ
ЭКСТРАСИСТОЛИИ СЛЕДУЕТ:**

- а Назначить верапамил
- б Назначить амиодарон

- в Назначить хинидин
- г Обследовать пациента для выявления причины суправентрикулярной экстрасистолии

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- а Сердечных гликозидов
- б Лидокаина
- в Новокаинамида
- г Амiodарона

ИМПЛАНТАЦИЯ ОДНОКАМЕРНОГО ЖЕЛУДОЧКОВОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И НАРУШЕНИЕМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ:

- а Верно
- б Не верно

ИМПЛАНТАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОГО ЭЛЕКТРОДА ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ОБЫЧНО ВЫПОЛНЯЕТСЯ В:

- а Верхушку правого желудочка
- б Верхушку левого желудочка
- в Коронарный синус
- г Боковую стенку левого желудочка

ИМПЛАНТАЦИЯ ПРЕДСЕРДНОГО ЭЛЕКТРОДА ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ОБЫЧНО ВЫПОЛНЯЕТСЯ В:

- а Ушко правого предсердия
- б Ушко левого предсердия
- в Коронарный синус
- г Заднюю стенку левого предсердия

**ИМПЛАНТАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОГО
ЭЛЕКТРОДА ОБЫЧНО ПРОИЗВОДИТСЯ
НЕПОСРЕДСТВЕННО В
АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЙ УЗЕЛ:**

- а Верно
- б Не верно

**ПРИ АНТИДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ У
ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ WPW
ПРОИСХОДИТ СЛЕДУЮЩЕЕ:**

- а Электрический импульс проводится по АВ узлу антеградно, по дополнительному пути –ретроградно
- б Электрический импульс проводится по АВ узлу ретроградно, по дополнительному
- в пути - антеградно
- г Электрический импульс исходит из АВ узла и проводится через дополнительный путь на желудочки
- д Электрический импульс исходит из источника в миокарде предсердий и проводится через дополнительный путь на желудочки

**ПРИ ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ У
ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ WPW
ПРОИСХОДИТ СЛЕДУЮЩЕЕ:**

- а Электрический импульс проводится по АВ узлу антеградно, по дополнительному пути – ретроградно
- б Электрический импульс проводится по АВ узлу ретроградно, по дополнительному пути - антеградно
- в Электрический импульс исходит из АВ узла и проводится через дополнительный путь на желудочки
- г Электрический импульс исходит из источника в миокарде предсердий и проводится через дополнительный путь на желудочки

**РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ
ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ НИЖЕ, ЧЕМ ПРИ
ПОСТОЯННОЙ:**

- а Верно
- б Не верно

**РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРЕПЕТАНИИ
ПРЕДСЕРДИЙ НИЖЕ, ЧЕМ ПРИ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ:**

- а Верно
- б Не верно

**В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЕЕ
РАСПРОСТРАНЕННОЙ КАТЕТЕРНОЙ
МЕТОДИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Изоляция устьев легочных вен
- б Абляция кавотрикуспидального перешейка
- в Абляция атриовентрикулярного узла
- г Модификация медленного пути АВ соединения

**ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА:**

- а CHA2DS2-VASc
- б SYNTAX
- в HASBLED
- г EUROSCORE

**ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ С ТАХИСИСТОЛИЕЙ
ЖЕЛУДОЧКОВ И АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПОТОНИЕЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ
ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Электрическая кардиоверсия
- б Внутривенное введение изоптина
- в Внутривенное введение новокаинамида
- г Сублингвальный прием нитроглицерина

**ПРИ КАКИХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА
БЫВАЮТ ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ
ЭДЕМСА-СТОКСА?**

- а Желудочковая экстрасистолия
- б Фибрилляция предсердий
- в Атриовентрикулярная блокада 3 степени
- г Атриовентрикулярная 1 степени

**КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ
КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО
ПЕРЕШЕЙКА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ
ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ:**

- а Фибрилляции предсердий
- б Типичного трепетания предсердий
- в АВ узловой ре-энтри тахикардии
- г АВ блокады 3 степени
- д Частой желудочковой экстрасистолии

**МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ТИПИЧНОГО ТРЕПЕТАНИЯ
ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Катетерная аблация
кавоatriкуспидального перешейка
- б Катетерная аблация, изоляция устьев
легочных вен
- в Имплантация электрокардиостимулятора
- г Имплантация кардиовертера-
дефибриллятора
- д Катетерная аблация медленного пути АВ
соединения

**ТИПИЧНОЕ ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ
РАЗВИВАЕТСЯ ПО МЕХАНИЗМУ:**

- а Макро-реентри
- б Микро-реентри
- в Повышенный автоматизм
- г Триггерный механизм

**К КАКОЙ ГРУППЕ
АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
ОТНОСИТСЯ ЭТАЦИЗИН?**

- а 1А
- б 1В

- в 1С
- г 2
- д 3

**К КАКОЙ ГРУППЕ
АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
ОТНОСИТСЯ ПРОПАФЕНОН?**

- а 1А
- б 1В
- в 1С
- г 2
- д 3

**К КАКОЙ ГРУППЕ
АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
ОТНОСИТСЯ ХИНИДИН?**

- а 1А
- б 1В
- в 1С
- г 2
- д 3

**К КАКОЙ ГРУППЕ
АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
ОТНОСИТСЯ НОВОКАИНАМИД?**

- а 1А
- б 1В
- в 1С
- г 2
- д 3

**К КАКОЙ ГРУППЕ
АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
ОТНОСИТСЯ ФЛЕКАИНИД?**

- а 1А
- б 1В
- в 1С
- г 2
- д 3

**РЕГУЛЯРНАЯ ТАХИКАРДИЯ С УЗКИМИ
КОМПЛЕКСАМИ QRS С ИНТЕРВАЛАМИ
RR' <0,1 СЕК И ПРАКТИЧЕСКИ
ОДНОВРЕМЕННОЙ АКТИВАЦИЕЙ
ПРЕДСЕРДИЙ И ЖЕЛУДОЧКОВ.
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЭТО:**

- а Предсердная тахикардия

- б Фибрилляция предсердий
- в АВ узловая тахикардия
- г Желудочковая тахикардия
- д Фибрилляция желудочков

**АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ УЗЛОВАЯ
ТАХИКАРДИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПО
МЕХАНИЗМУ:**

- а Реентри
- б Повышенный автоматизм
- в Триггерный механизм

**ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ДЛЯ
ДЛИТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ У
ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ
ПРЕДСЕРДИЙ:**

- а Бета-адреноблокаторы
- б Блокаторы медленных кальциевых каналов
- в Сердечные гликозиды
- г Амиодарон

**ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ
ПРИЗНАКОМ АРИТМОГЕННОЙ
ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА
ЯВЛЯЮТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ЗУБЦЫ
Т В ОТВЕДЕНИЯХ:**

- а V1-V3
- б V4-V6
- в I-III
- г aVR-aVF

**ПРИ «МЯГКОМ» КОНТРОЛЕ ЧАСТОТЫ
СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИИ У
ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ
ПРЕДСЕРДИЙ ЦЕЛЕВЫЕ ЦИФРЫ ЧСЖ:**

- а До 80 в мин
- б До 110 в мин
- в До 130 в мин
- г До 60 в мин

**У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КОНТРОЛЯ
ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ
ЯВЛЯЕТСЯ ДИГОКСИН:**

- а Верно
- б Не верно

**ПОСЛЕ АБЛАЦИИ АВ СОЕДИНЕНИЯ У
ПАЦИЕНТА С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
ПОКАЗАНА ИМПЛАНТАЦИЯ ЭКС В
РЕЖИМЕ:**

- а AAI
- б VVI
- в DDD
- г Имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора

**ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ЯВЛЯЕТСЯ
ПОКАЗАНИЯМИ 1 КЛАССА ДЛЯ
ИМПЛАНТАЦИИ ПОСТОЯННОГО ЭКС,
КРОМЕ:**

- а Симптомная приобретенная АВ блокада 3 степени или далеко зашедшая АВ блокада 2 степени
- б Бессимптомная приобретенная АВ блокада 3 степени или далеко зашедшая АВ блокада 2 степени с паузами >3 сек или ЧСЖ <40 в мин
- в АВ блокада 3 степени у пациента в первые сутки острого инфаркта миокарда
- г Симптомная синусовая брадикардия (<40 в мин)
- д Симптомная синусовая брадикардия, развивающаяся только на фоне медикаментозного лечения, отменить которое не представляется возможным

НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С СИНДРОМОМ ФРЕДЕРИКА:

- а ААI
- б VVI
- в DDDR
- г VVIR

НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ РЕЖИМОМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а AAIR
- б DDDR
- в DDDR с функцией минимизации желудочковой стимуляции
- г VVIR

ПОСЛЕ АБЛАЦИИ АВ СОЕДИНЕНИЯ У ПАЦИЕНТА С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ИМПЛАНТАЦИЯ ЭКС В РЕЖИМЕ:

- а ААI
- б VVI
- в DDD
- г Имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора

ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДСЕРДНО-ПИЩЕВОДНОЙ ФИСТУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН:

- а Верно
- б Не верно

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ И СТАТИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ:

- а Верно
- б Не верно

**АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБОМ:**

- а Первичной профилактики
- б Вторичной профилактики
- в Профилактики осложнений

**ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАНО ВСЕМ
ПАЦИЕНТАМ С ВРОЖДЕННЫМ
СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО
ИНТЕРВАЛА QT:**

- а Верно
- б Не верно

**ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЛАДАЕТ БОЛЬШОЙ
ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ В
ОЦЕНКЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ
СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С
ВРОЖДЕННЫМ СИНДРОМОМ
УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT:**

- а Верно
- б Не верно

**ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАНО ВСЕМ
ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ БРУГАДА:**

- а Верно
- б Не верно

**ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЛАДАЕТ БОЛЬШОЙ
ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ В
ОЦЕНКЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ
СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С
СИНДРОМОМ БРУГАДА:**

- а Верно
- б Не верно

**ТАХИКАРДИЯ С ШИРОКИМИ
КОМПЛЕКСАМИ QRS У ПАЦИЕНТА С
ПОСТИНФАРКТНЫМ
КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С НАИБОЛЬШЕЙ
ВЕРОЯТНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Желудочковой тахикардией
- б Фибрилляцией предсердий с предвозбуждением
- в Предсердной тахикардией с аберрацией
- г Антидромной тахикардией

**НАИБОЛЕЕ СИЛЬНО ДЕЙСТВИЕ АТФ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ:**

- а В АВ соединении
- б Пучке Гиса
- в Волокнах Пуркинье
- г Миокарде желудочков

**ИМПЛАНТАЦИЯ ЭКС ПОКАЗАНА
БЕССИМПТОМНЫМ ПАЦИЕНТАМ С
НАРУШЕНИЕМ АВ ПРОВОДИМОСТИ НА
ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С
НАЛИЧИЕМ ПАУЗ БОЛЕЕ:**

- а 3 секунд
- б 5 секунд
- в 7 секунд
- г 9 секунд

**АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 3
СТЕПЕНИ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ
АБЛАЦИИ АВ УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ
ЭКС:**

- а При появлении эпизодов потери сознания
- б При появлении признаков недостаточности кровообращения
- в При частоте выскальзывающего ритма реже 40 в минуту
- г Верно 1 и 3
- д Всегда

**ИМПЛАНТАЦИЯ ДВУХКАМЕРНОГО ЭКС
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА У ПАЦИЕНТОВ С
ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, В
РАСЧЕТЕ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ
СИНУСОВОГО РИТМА:**

- а Верно
- б Не верно

**ОДНОКАМЕРНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ
ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ
СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА:**

- а Позволяет сохранить
внутрижелудочковую и
межжелудочковую синхронию
- б Показана пациентам с гипертрофической
кардиомиопатией
- в Нарушает функцию трехстворчатого
клапана
- г Позволяет стимулировать
непосредственно синусовый узел

**ДЛЯ ПЕЙСМЕКЕРНОЙ ТАХИКАРДИИ
ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ,
КРОМЕ:**

- а Провоцируется неэффективной
стимуляцией предсердий
- б Провоцируется желудочковой
экстрасистолией
- в Возможна только при наличии
ретроградного проведения с желудочков
на предсердия
- г Является нарушением в работе
однокамерного
электрокардиостимулятора

**ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ ТИПА
«ПИРУЭТ» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ:**

- а Является следствием триггерной
активности (ранних постдеполяризаций),
возникающей во время 2 и 3 фаз
потенциала действия
- б Удлинение интервала QT

- в Провоцируется брадикардией с последовательностью интервалов RR типа длинный короткий
- г Полиморфная желудочковая тахикардия
- д Часто провоцируется введением амиодарона

ПАЦИЕНТЫ С СИНДРОМОМ WPW, КАК ПРАВИЛО, ИМЕЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

- а Уширенный комплекс QRS на синусовом ритме
- б Пароксизмальную тахикардию с узкими комплексами QRS
- в Дельта-волну на синусовом ритме
- г Удлиненный интервал H-V по данным внутрисердечной записи электрической активности в области пучка Гиса

ПАЦИЕНТЫ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ АВ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ, КАК ПРАВИЛО, ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩЕЕ:

- а Два пути проведения через АВ узел
- б Скрытый дополнительный путь проведения
- в Возможность ретроградного возбуждения предсердий от свободной стенки левого предсердия к межпредсердной перегородке
- г Уширенный комплекс QRS на синусовом ритме
- д Структурную патологию сердца

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS ЯВЛЯЕТСЯ:

- а АВ узловая реципрокная тахикардия
- б Ортодромная АВ реципрокная тахикардия
- в Предсердная тахикардия

г Синусовая тахикардия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Повышенный автоматизм, связанный с повышением симпатического тонуса
- б Реентри в миокарде желудочков
- в Триггерная активность, вызванная ранними постдеполяризациями
- г Триггерная активность, вызванная ранними постдеполяризациями
- д Отражение проведенных импульсов

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНО ОБУСЛОВЛЕННОГО УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА QT И ТАХИКАРДИИ ТИПА «ПИРУЭТ» ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ:

- а Отмену вызвавшего ухудшение препарата
- б Коррекцию электролитного и кислотно-основного баланса
- в Внутривенное введение магнезии
- г Внутривенное введение изопротеренола и учащающая стимуляция
- д Внутривенное введение бета-адреноблокаторов

УСЛОВИЯМИ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:

- а Патологический субстрат для возникновения кругов реентри
- б Дисбаланс вегетативной иннервации
- в Очаги сверхчастой импульсации
- г Наличие двух путей проведения через АВ узел

К ФАКТОРАМ, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:

- а Возраст >75 лет

- б Дислипидемия
- в Артериальная гипертензия
- г Сердечная недостаточность
- д Указание на инсульт или ТИА в анамнезе

**ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ,
КАСАЮЩИЕСЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ
АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ, ВЕРНЫ, КРОМЕ:**

- а Радиочастотная абляция более эффективна при пароксизмальной фибрилляции предсердий, чем при персистирующей
- б К возможным осложнениям радиочастотной абляции относятся стеноз легочных вен, предсердно-пищеводная фистула, гемоперикард, инсульт
- в У большинства пациентов процедура позволяет восстановить синусовый ритм и повысить качество жизни
- г Антикоагулянтная терапия может быть прекращена через 3 месяца после операции

**ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ
ФАСЦИКУЛЯРНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ,
КРОМЕ:**

- а Возникает у пациентов без структурной патологии сердца
- б Проявляется по ЭКГ тахикардией с широкими комплексами QRS с морфологией блокады правой ножки пучка Гиса и отклонением электрической оси влево
- в Является показанием для имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- г С высокой эффективностью поддается лечению с помощью катетерной радиочастотной абляции
- д Частью кольца реентри является задняя ветвь левой ножки пучка Гиса

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БРУГАДА НА ИСХОДНОЙ ЭКГ ПОЗВОЛЯЮТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- а Желудочковые и наджелудочковые тахикардии
- б Левожелудочковые и правожелудочковые тахикардии
- в АВ узловую реципрокную тахикардию и ортодромную АВ реципрокную тахикардию
- г Ортодромную тахикардию с использованием левостороннего или правостороннего дополнительного проводящего пути

ТАХИКАРДИЯ С УЗКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS С ПЕРИОДИЧЕСКИМ ВЫПАДЕНИЕМ ЗУБЦОВ P ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ:

- а Предсердную тахикардию
- б АВ узловую реципрокную тахикардию
- в Ортодромную АВ реципрокную тахикардию
- г Синусовую тахикардию

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОВОДЯЩИЕ ПУТИ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИХ ТИПОВ:

- а Атриовентрикулярные
- б Нодовентрикулярные
- в Нодофасцикулярные
- г Атриофасцикулярные
- д Все выше перечисленные

АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ УЗЛОВАЯ РЕЦИПРОКНАЯ ТАХИКАРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ИЗ РЕГУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ С УЗКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS:

- а Верно
- б Не верно

**У ПАЦИЕНТА С РЕГУЛЯРНОЙ
ТАХИКАРДИЕЙ С УЗКИМИ
КОМПЛЕКСАМИ QRS С ИНТЕРВАЛАМИ
RP<PR, ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ
ИНТЕРВАЛОВ RP МЕНЕЕ 100 МС,
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:**

- а Предсердная тахикардия
- б Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
- в Атриовентрикулярная возвратная реципрокная тахикардия
Синусовая тахикардия

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ
ТАХИКАРДИИ С УЗКИМИ
КОМПЛЕКСАМИ QRS ЦЕЛЕСООБРАЗНО
ИСПОЛЬЗОВАТЬ:**

- а Вагусные приемы, введение АТФ, электрическая кардиоверсия
- б В/в введение дигоксина, в/в введение АТФ, электрическая кардиоверсия
- в В/в введение лидокаина, в/в сульфата магния, электрическая кардиоверсия
- г В/в введение бета-адреноблокатора, в/в введение кордарона, капельная инфузия кордарона
- д Пероральный прием блокатора кальциевых каналов, в/в введение кордарона, электрическая кардиоверсия

**СИНУСОВЫЙ УЗЕЛ
КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ:**

- а Из правой коронарной артерии более, чем у 55 % людей, из огибающей артерии у 40% людей, менее, чем в 5 % случаев имеет двойное кровоснабжение
- б Из передней нисходящей артерии у 55% людей, из ветви острого края у 45% людей
- в Из основного ствола левой коронарной артерии из коронарного синуса у 85 % людей

КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- а 10-50 мл
- б 80-100 мл
- в 150-300 мл
- г До 1 литра

В НОРМЕ СРЕДНЕЕ ДАВЛЕНИЕ В ПРАВОМ ПРЕДСЕРДИИ:

- а 1-5 мм.рт.ст
- б 20-40 мм рт.ст
- в Составляет 40% конечно-диастолического давления в правом желудочке
- г Выше давления в левом предсердии

ФУНКЦИИ САРКОПЛАЗМАТИЧЕСКОГО РЕТИКУЛУМА КАРДИОМИОЦИТА:

- а Выброс и обратный захват ионов кальция во время циклов сокращения – расслабления
- б Передача электрического импульса с сарколеммы к внутренним структурам клетки
- в Является источником АТФ.
- г Обеспечивает взаимодействие тяжелых и легких цепей во время сокращения

ПРЕДСЕРДНЫЙ НАТРИЙ-УРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД:

- а Содержится большей частью в правом предсердии
- б Высвобождается в ответ на повышение давления в предсердиях
- в Вызывает вазоконстрикцию
- г Вызывает задержку жидкости

СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ:

- а Повышении внутриклеточной концентрации калия
- б Повышении внутриклеточной концентрации кальция
- в Активации натриево-калиевой АТФ-азы

г При всех перечисленных состояниях

СОГЛАСНО ЗАКОНУ ФРАНКА-СТАРЛИНГА СИЛА СОКРАЩЕНИЯ МИОКАРДА ВОЗРАСТАЕТ ПРИ:

- а Снижении постнагрузки
- б Увеличении преднагрузки
- в Выбросе катехоламинов
- г Повышении ЧСС

У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА УДАРНЫЙ ОБЪЕМ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ:

- а Снижении постнагрузки
- б Повышении преднагрузки
- в Увеличении ЧСС
- г При всем вышеперечисленном

ПРИ СНИЖЕНИИ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА УРОВЕНЬ КАТЕХОЛАМИНОВ:

- а Повышается
- б Понижается
- в Существенно не меняется
- г Повышается после начального понижения

ПРИ РЕФЛЕКТОРНОМ ВЫБРОСЕ КАТЕХОЛАМИНОВ:

- а Кровоток во всех внутренних органах повышается
- б Кровоток во всех внутренних органах уменьшается
- в Кровоток повышается в почках и понижается в остальных тканях
- г Кровоток повышается в сердце и головном мозге и снижается в остальных тканях

ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМИИ ПО МЕХАНИЗМУ RE-ENTRY НЕОБХОДИМО:

- а Появление эктопических центров автоматизма
- б Развитие предсердно-желудочковой диссоциации
- в Замедление проведения импульса
- г Перегрузка кардиомиоцитов кальцием

**МЕХАНИЗМ АРИТМОГЕННОГО
ДЕЙСТВИЯ БЛОКАТОРОВ НА-
КАНАЛОВ:**

- а Подавление автоматизма клеток синусового узла
- б Подавление автоматизма клеток ав-узла
- в Замедление проведения импульса
- г Повышение триггерной активности кардиомиоцитов

**ПРЕПАРАТЫ ПОДГРУППЫ 1В
ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ:**

- а Суправентрикулярных аритмиях
- б Желудочковых аритмиях
- в Как суправентрикулярных так и желудочковых аритмиях
- г Мерцательной аритмии

**ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ
СВЯЗАНА С УВЕЛИЧЕНИЕМ РИСКА
ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ:**

- а При органическом поражении сердца
- б Только при остром инфаркте миокарда
- в При нейро-циркулярной дистонии
- г Независимо от основного заболевания

**БЛОКАТОРЫ НА-КАНАЛОВ У БОЛЬНЫХ
ИБС:**

- а Подавляют экстрасистолию и уменьшают летальность
- б Подавляют экстрасистолию и повышают летальность
- в Не влияют на экстрасистолию и на летальность
- г Уменьшают частоту приступов стенокардии

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАКОГО НАРУШЕНИЯ
РИТМА СЕРДЦА ПРИМЕНЯЕТСЯ
ОПЕРАЦИЯ “ЛАБИРИНТ”?**

- а Фибрилляция предсердий
- б Типичное трепетание предсердий

- в Желудочковая тахикардия
- г Синдром WPW

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ:

- а В области медленного пути АВ соединения
- б В области кавотрикуспидального перешейка
- в Изоляция устьев легочных вен
- г Дополнительного пути проведения между предсердиями и желудочками

ПРИ КАКОМ НАРУШЕНИИ РИТМА КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ МЕДЛЕННОГО ПУТИ АВ СОЕДИНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ?

- а Типичное трепетание предсердий
- б Фибрилляция предсердий
- в АВ узловая тахикардия
- г Синдром WPW

МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ МЕДЛЕННОГО ПУТИ АВ СОЕДИНЕНИЯ ПРИ АВ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Разрыв круга реентри
- б Уничтожение очага повышенного автоматизма
- в Уничтожение очага триггерной активности
- г Ни один из вариантов не верен

МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПЕРЕШЕЙКА ПРИ ТИПИЧНОМ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Разрыв круга реентри

- б Уничтожение очага повышенного автоматизма
- в Уничтожение очага триггерной активности
- г Ни один из вариантов не верен

В КАКОЙ КАМЕРЕ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ПО ПОВОДУ АВ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ?

- а В правом предсердии
- б В левом предсердии
- в В правом желудочке
- г Зависит от результатов эндокардиального картирования

В КАКОЙ КАМЕРЕ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ПО ПОВОДУ ТИПИЧНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ?

- а В правом предсердии
- б В левом предсердии
- в В правом желудочке
- г В левом желудочке

В КАКОЙ КАМЕРЕ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ПО ПОВОДУ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ?

- а В правом предсердии
- б В левом предсердии
- в В правом желудочке
- г Зависит от результатов эндокардиального картирования

В КАКОЙ КАМЕРЕ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ПО ПОВОДУ СИНДРОМА WPW?

- а В правом предсердии
- б В левом предсердии
- в В правом желудочке
- г Зависит от результатов эндокардиального картирования

**В КАКОЙ КАМЕРЕ СЕРДЦА
ПРОВОДИТСЯ КАТЕТЕРНАЯ
РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ПО
ПОВОДУ ОРТОДРОМНОЙ АВ РЕЕНТРИ
ТАХИКАРДИИ?**

- а В правом предсердии
- б В левом предсердии
- в В правом желудочке
- г Зависит от результатов
эндокардиального картирования

**В КАКОЙ КАМЕРЕ СЕРДЦА
ПРОВОДИТСЯ КАТЕТЕРНАЯ
РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ПО
ПОВОДУ АНТИДРОМНОЙ АВ РЕЕНТРИ
ТАХИКАРДИИ?**

- а В правом предсердии
- б В левом предсердии
- в В правом желудочке
- г Зависит от результатов
эндокардиального картирования

**ФАЗА БЫСТРОЙ ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ В
КЛЕТКАХ РАБОЧЕГО МИОКАРДА
ОБУСЛОВЛЕНА В ОСНОВНОМ:**

- а Входящим натриевым током
- б Исходящим натриевым током
- в Входящим калиевым током
- г Исходящим калиевым током

**КАКАЯ ФАЗА ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ
РАБОЧЕГО КАРДИОМИОЦИТА
ОБУСЛОВЛЕНА В ОСНОВНОМ
ВХОДЯЩИМ НАТРИЕВЫМ ТОКОМ?**

- а Фаза 0
- б Фаза 1
- в Фаза 2
- г Фаза 3

**ФАЗА 0 ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ
КАРДИОМИОЦИТА – ЭТО:**

- а Потенциал покоя
- б Быстрая деполяризация
- в Быстрая реполяризация
- г Плато
- д Медленная реполяризация

**ФАЗА 1 ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ
КАРДИОМИОЦИТА – ЭТО:**

- а Потенциал покоя
- б Быстрая деполяризация
- в Быстрая реполяризация
- г Плато

**ФАЗА 2 ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ
КАРДИОМИОЦИТА – ЭТО:**

- а Потенциал покоя
- б Плато
- в Медленная реполяризация
- г Медленная деполяризация

**ФАЗА 3 ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ
КАРДИОМИОЦИТА – ЭТО:**

- а Быстрая деполяризация
- б Быстрая реполяризация
- в Медленная реполяризация
- г Медленная деполяризация

**ФАЗА 4 ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ
РАБОЧЕГО КАРДИОМИОЦИТА – ЭТО:**

- а Потенциал покоя
- б Быстрая деполяризация
- в Медленная реполяризация
- г Плато

**ФАЗА 4 ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ
ПЕЙСМЕКЕРНЫХ КЛЕТОК – ЭТО:**

- а Медленная реполяризация
- б Плато
- в Медленная реполяризация
- г Медленная деполяризация

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО
КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а АВ блокада 3 степени
- б Синусовая брадикардия
- в Фибрилляция предсердий
- г Ортодромная АВ реэнтри тахикардия

**ВРОЖДЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ,
СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ
ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ФИБРОЗОМ И
КАЛЬЦИНОЗОМ ПРОВОДЯЩЕЙ
СИСТЕМЫ СЕРДЦА С
ПРОГРЕССИРУЮЩИМ НАРУШЕНИЕМ
АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ И
ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ПРОВОДИМОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:**

- а Болезнь Лева-Ленегра
- б Болезнь Чагаса
- в Болезнь Лайма
- г Синдром Романо-Уорда

**ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST В КАКИХ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ
ОТВЕДЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ
ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА БРУГАДА?**

- а I-III
- б aVR-aVF
- в V1-V3
- г V4-V6

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОСОНИСХОДЯЩЕЙ
ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST В
ОТВЕДЕНИЯХ V1-V3 У МОЛОДОГО
ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ СИНКОПАЛЬНОГО
СОСТОЯНИЯ БЕЗ КОРОНАРНЫХ
АНАМНЕЗА И ЖАЛОБ СЛЕДУЕТ
ЗАПОДОЗРИТЬ:**

- а Синдром удлинённого интервала QT
- б Синдром укорочённого интервала QT
- в Синдром ранней реполяризации
- г Синдром Бругада

**ПРИМЕНЕНИЕ
КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩИХ
КАРДИОВЕРТЕРОВ-
ДЕФИБРИЛЛЯТОРОВ (CRT-D)
ПОЗВОЛЯЕТ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО
СНИЖАТЬ ВЕРОЯТНОСТЬ ВНЕЗАПНОЙ
СМЕРТИ, ЧЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩИХ
СТИМУЛЯТОРОВ (CRT-P):**

- а Верно
- б Не верно
- в Исследований, посвященных прямому сравнению этих двух типов устройств, не было

ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ СО II-III ФК СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО НЕ МЕНЕЕ 40 ДНЕЙ НАЗАД ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ СНИЖЕНИИ ФВ ЛЖ МЕНЕЕ

- а 25%
- б 30%
- в 35%
- г 40%

ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С I ФК СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО НЕ МЕНЕЕ 40 ДНЕЙ НАЗАД ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ СНИЖЕНИИ ФВ ЛЖ МЕНЕЕ:

- а 25%
- б 30%
- в 35%
- г 40%

ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ПОКАЗАНА ПРИ НАЛИЧИИ:

- а Сердечной недостаточности II-III ФК со снижением ФВ ЛЖ менее 35% на фоне перенесенного не менее 40 дней назад инфаркта миокарда
- б Синкопальных состояний на фоне диагностированного синдрома Бругада
- в Сердечной недостаточности II-III ФК со снижением ФВ ЛЖ менее 35% на фоне неишемической дилатационной кардиомиопатии
- г Во всех вышеперечисленных случаях

ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ЯВЛЯЕТСЯ ТАКТИКОЙ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕПРЕРЫВНО РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПАРОКСИЗМАМИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ И/ЛИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ:

- а Верно
- б Не верно

ПЕРВАЯ ПОЗИЦИЯ В БУКВЕННОМ КОДЕ, ОБОЗНАЧАЮЩЕМ РЕЖИМ РАБОТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА, ОТРАЖАЕТ:

- а Детектируемую камеру
- б Стимулируемую камеру
- в Код производителя
- г Наличие функции частотной адаптации

ВТОРАЯ ПОЗИЦИЯ В БУКВЕННОМ КОДЕ, ОБОЗНАЧАЮЩЕМ РЕЖИМ РАБОТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА, ОТРАЖАЕТ:

- а Детектируемую камеру
- б Стимулируемую камеру
- в Код производителя
- г Наличие функции частотной адаптации

В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ПЕЙСМЕКЕРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА С СИНУСОВЫМ РИТМОМ, АВ БЛОКАДОЙ 3 СТЕПЕНИ И ИМПЛАНТИРОВАННЫМ ОДНОКАМЕРНЫМ ЭКС, ПОКАЗАНА СЛЕДУЮЩАЯ ТАКТИКА:

- а Удаление ЭКС
- б Имплантация предсердного электрода и смена ЭКС на двухкамерный
- в Имплантация предсердного и левожелудочкового электродов и смена ЭКС на кардиоресинхронизирующую систему

- г Смена ЭКС на имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор

ПАЦИЕНТУ С ТАХИСИСТОЛИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СО СНИЖЕНИЕМ ФВ ЛЖ ДО 40% ПЛАНИРУЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ АВ СОЕДИНЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ. ИМПЛАНТАЦИЯ КАКОГО УСТРОЙСТВА ЕМУ ПОКАЗАНА ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ БРАДИКАРДИИ?

- а Однокамерного желудочкового электрокардиостимулятора
- б Двухкамерного электрокардиостимулятора
- в Кардиоресинхронизирующей системы
- г Двухкамерного кардиовертера-дефибриллятора

МУЖЧИНА 65 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЖАЛУЕТСЯ НА ПРИСТУПЫ ЧАСТОГО НЕРИТМИЧНОГО СЕРДЦЕБИЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ДО 2 РАЗ В НЕДЕЛЮ, ПРОДОЛЖАЮЩИЕСЯ ДО 20 МИНУТ, КУПИРУЮЩИЕСЯ САМОСТОЯТЕЛЬНО, НО НЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПО ЭКГ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ.

- а Зарегистрировать ЭКГ во время следующего приступа
- б Оценить риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASC
- в Назначить антикоагулянтную терапию
- г Назначить антиаритмическую терапию

**МОЛОДЫМ ПАЦИЕНТАМ С
ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ
ПРЕДСЕРДИЙ С НИЗКИМ РИСКОМ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ (CHA2DS2-VASC=0)
РЕКОМЕНДУЕТСЯ
АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В
ВИДЕ:**

- а Ацетилсалициловая кислота 100 мг в сутки
- б Дабигатран 75 мг 2 раза в сутки
- в Ривароксабан 15 мг в сутки
- г Антитромботическая терапия не рекомендуется

**ПАЦИЕНТАМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ
ПРЕДСЕРДИЙ С РИСКОМ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПО ШКАЛЕ CHA2DS2-
VASC >2 ПОКАЗАНА
АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В
ВИДЕ ПРЕПАРАТА ОДНОЙ ИЗ
ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП, КРОМЕ:**

- а Блокатор ЦОГ2 и блокатор рецепторов P2Y12 тромбоцитов
- б Антагонист витамина К
- в Пероральный прямой ингибитор тромбина
- г Пероральный ингибитор фактора свертывания Ха

**ПРОФИЛАКТИКА
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТА С
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В
ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВКЛЮЧАЕТ:**

- а Интервенционную чрескожную окклюзию ушка левого предсердия
- б Хирургическое иссечение ушка левого предсердия
- в Катетерную радиочастотную изоляцию ушка левого предсердия
- г Назначение антикоагулянтной терапии

**У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМОМ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ 48 ЧАСОВ
ИЛИ НЕИЗВЕСТНОЙ ДАВНОСТИ
ВЫПОЛНЕНИЕ КАРДИОВЕРСИИ
ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ
АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В
ТЕЧЕНИЕ:**

- а Не менее 1 недели
- б Не менее 2 недель
- в Не менее 3 недель
- г Не менее 8 недель

**У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМОМ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ 48 ЧАСОВ
ИЛИ НЕИЗВЕСТНОЙ ДАВНОСТИ
ПРОДОЛЖЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ
ТЕРАПИИ ПОСЛЕ КАРДИОВЕРСИИ
НЕОБХОДИМО В ТЕЧЕНИЕ:**

- а Не менее 1 недели
- б Не менее 2 недель
- в Не менее 4 недель
- г Не менее 8 недель

**ВЫПОЛНЕНИЕ ПЛАНОВОЙ
КАРДИОВЕРСИИ У ПАЦИЕНТА С
ДЛИТЕЛЬНЫМ ИЛИ НЕИЗВЕСТНОЙ
ДАВНОСТИ ПАРОКСИЗМОМ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ
ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ
ЭХОКАРДИОГРАФИИ И:**

- а Исключения наличия тромбов в полости левого предсердия
- б Подтверждения наличия тромбов в полости левого предсердия
- в Изучения анатомии ушка левого предсердия
- г Оценки сократительной способности левого желудочка

ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТА С ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- а Дигоксин и амиодарон
- б Бета-адреноблокаторы и блокаторы медленных кальциевых каналов
- в Антиаритмические препараты I класса и амиодарон
- г Дигоксин и аденозинтрифосфат

ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а Дигоксин и амиодарон
- б Бета-адреноблокаторы и блокаторы медленных кальциевых каналов
- в Антиаритмические препараты I класса и амиодарон
- г Дигоксин и аденозинтрифосфат

ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТА БЕЗ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ И БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а Дигоксин и амиодарон
- б Бета-адреноблокаторы и блокаторы медленных кальциевых каналов
- в Антиаритмические препараты I класса и амиодарон
- г Дигоксин и аденозинтрифосфата

КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ АВ УЗЛА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ:

- а Неэффективности консервативной урежающей терапии
- б Неэффективностью консервативной антиаритмической терапии
- в Катетерная или хирургическая операция для контроля ритма не показана
- г Все перечисленное верно

КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ АВ УЗЛА ВОЗМОЖНА У ПАЦИЕНТА С ТАХИСИСТОЛИЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ИМПЛАНТИРОВАННОЙ СИСТЕМОЙ CRT ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОЦЕНТА БИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ:

- а Верно
- б Не верно

КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ АВ СОЕДИНЕНИЯ ИНОГДА МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВОГО ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОВ С ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ДО ПОПЫТОК КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ:

- а Верно
- б Не верно

ПАЦИЕНТУ С ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ТИПИЧНЫМ ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

- а Выполнить две процедуры отдельно сначала – по поводу фибрилляции предсердий.
- б Выполнить две процедуры отдельно сначала – по поводу трепетания предсердий

- в Выполнить вмешательства по поводу двух нарушений ритма во время одной процедуры

**АБЛАЦИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ ДОЛЖНА
РАССМАТРИВАТЬСЯ, КАК СПОСОБ
ПРОФИЛАКТИКИ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ:**

- а Верно
- б Не верно

**ПАЦИЕНТУ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
ПЛАНИРУЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ
КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ, ИЗОЛЯЦИИ
УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН.
ПРОФИЛАКТИКА
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРОВОДИТСЯ С
ПОМОЩЬЮ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ
ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ПОД
КОНТРОЛЕМ МНО (2-3). КАКОЙ
ТАКТИКИ СЛЕДУЕТ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ
В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ?**

- а Отмена варфарина за 5 дней, перевод на аспирин, возврат варфарина вечером после операции
- б Отмена варфарина за 5 дней, перевод на гепарин, возврат варфарина вечером после операции
- в Отмена варфарина за 5 дней до операции, возобновление вечером после операции
- г Непрерывное применение варфарина без отмены на время операции

**ПАЦИЕНТУ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ
ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ МИТРАЛЬНОГО
СТЕНОЗА АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ
ТЕРАПИЯ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ С
ПОМОЩЬЮ:**

- а Антагониста витамина К
- б Антагониста витамина К или аспирина

- в Антагониста витамина К, или прямого ингибитора тромбина
- г Антагониста витамина К, или прямого ингибитора тромбина, или перорального ингибитора фактора свертывания Ха

**ПРИ ИСТОЩЕНИИ БАТАРЕИ
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА
ВЫПОЛНЯЮТ:**

- а Телеметрическое отключение электрокардиостимулятора с имплантацией другой системы на противоположной стороне
- б Удаление старых ЭКС и электродов и имплантацию новых ЭКС и электродов
- в Смену электрокардиостимулятора без смены электродов, если при ревизии параметры электродов окажутся удовлетворительными
- г Смену старой батареи ЭКС на новую без смены электрокардиостимулятора и электродов

**ПРИЧИНАМИ НЕЭФФЕКТИВНОЙ
СТИМУЛЯЦИИ МОГУТ БЫТЬ:**

- а Дислокация электрода
- б Перелом электрода
- в Истощение батареи электрокардиостимулятора
- г Повышение порога стимуляции
- д Все выше перечисленное

**ЕДИНИЦА ИЗМЕРЕНИЯ
ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ:**

- а 1 Джоуль
- б 1 Фарад
- в 1 Вольт
- г 1 Ампер

**КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИОННЫХ
ТОКОВ ПОДДЕРЖИВАЕТ СТАБИЛЬНЫЙ
ТРАНСМЕМБРАННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
ПОКОЯ?**

- а I_{Na}

- б I_f
- в I_{to}
- г I_{K1}
- д I_{Ca}

НАЛИЧИЕ ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ В КАКУЮ ФАЗУ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ В ОСНОВНОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ СИНУСОВОГО УЗЛА?

- а 0 фаза
- б 1 фаза
- в 2 фаза
- г 3 фаза
- д 4 фаза

КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СВЯЗАНО С НАРУШЕНИЕМ ВЫСВОБОЖДЕНИЯ КАЛЬЦИЯ ИЗ САРКОПЛАЗМАТИЧЕСКОГО РЕТИКУЛУМА?

- а Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия
- б Синдром удлинённого интервала QT
- в Синдром укороченного интервала QT
- г Синдром Андерсена-Тавила
- д Синдром Романо-Уорда

ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МУТАЦИЯХ В ГЕНЕ SCN5A ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- а Синдром Бругада
- б Врожденный синдром удлинения интервала QT
- в Идиопатическая фибрилляция предсердий
- г Прогрессирующее нарушение АВ проводимости
- д Все перечисленное верно

**ПРИ РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ У БЕРЕМЕННОЙ
ПАЦИЕНТКИ С НЕСТАБИЛЬНОЙ
ГЕМОДИНАМИКОЙ И ВЫСОКИМ
РИСКОМ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА
ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ КАРДИОВЕРСИЮ
МОЖНО ПРОВЕСТИ:**

- а В 1 триместре
- б Во 2 триместре
- в В 3 триместре
- г Во всех триместрах

**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ОТКРЫТЫХ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:**

- а Аллапинина
- б Бета-адреноблокаторов
- в Пропафенона
- г Статинов

**У ПАЦИЕНТА В
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
РАЗВИЛСЯ ПАРОКСИЗМ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ НИЖЕ
90 ММ.РТ.СТ., ПО ПОВОДУ ЧЕГО
ВЫПОЛНЕНА ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ
КАРДИОВЕРСИЯ. ПОКАЗАНО
НАЗНАЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ
ТЕРАПИИ СРОКОМ НЕ МЕНЕЕ:**

- а 1 недели
- б 2 недель
- в 4 недель
- г 6 месяцев

**АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У
ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ
ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ
ГИПЕРТИРЕОЗА:**

- а Показана вне зависимости от риска
тромбоэмболических осложнений
- б Не показана
- в Показана при повышенном риске
тромбоэмболических осложнений

**ПАЦИЕНТУ С СИНДРОМОМ WPW
ПОСЛЕ ЭПИЗОДА ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ
ПОКАЗАНО:**

- а Имплантация кардиовертера дефибриллятора
- б Имплантация электрокардиостимулятора
- в Катетерная абляция дополнительного пути проведения
- г Назначение амиодарона

**ПРАВая КОРОНАРНАЯ АРТЕРИЯ
КРОВОСНАБЖАЕТ:**

- а Правый желудочек
- б Заднюю стенку левого желудочка
- в Переднюю часть межжелудочковой перегородки
- г Заднюю сосочковую мышцу

**НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ВЕТВИ ПРАВОЙ
КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ:**

- а Конусная ветвь
- б Правожелудочковая ветвь
- в Ветвь острого края
- г Артерия синусового узла
- д Артерия атриовентрикулярного узла

**КАКИЕ ОТДЕЛЫ ПРОВОДЯЩЕЙ
СИСТЕМЫ СЕРДЦА МОГУТ
КРОВОСНАБЖАЮТСЯ ИЗ ПРАВОЙ
КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ?**

- а Синусовый узел
- б Атриовентрикулярный узел
- в Проксимальный отдел пучка Гиса
- г Задняя ветвь левой ножки пучка Гиса

**КАКИЕ ОТДЕЛЫ ПРОВОДЯЩЕЙ
СИСТЕМЫ СЕРДЦА МОГУТ
КРОВОСНАБЖАТЬСЯ ИЗ ПЕРЕДНЕЙ
МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ
КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ?**

- а Синусовый узел
- б Дистальный отдел пучка Гиса
- в Правая ножка пучка Гиса
- г Передняя ветвь левой ножки пучка Гиса

КАКИЕ ОТДЕЛЫ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА МОГУТ КРОВΟΣНАБЖАЮТСЯ ИЗ ОГИБАЮЩЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ?

- а Синусовый узел
- б Атриовентрикулярный узел
- в Проксимальный отдел пучка Гиса
- г Задняя ветвь левой ножки пучка Гиса

МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН:

- а Не имеет выраженного мышечно-хордального аппарата
- б Находится между левым предсердием и левым желудочком
- в Состоит из двух створок
- г Функционирует вследствие разницы давлений в камерах сердца

К СОКРАТИТЕЛЬНЫМ БЕЛКАМ ОТНОСЯТСЯ:

- а Актин
- б Миозин
- в Титин
- г Тропонин Т

ГРУДНОЙ ОТДЕЛ АОРТЫ СОСТОИТ ИЗ:

- а Восходящей аорты
- б Нисходящей аорты
- в Дуги аорты
- г Легочного ствола

АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН:

- а Является полулунным клапаном
- б Имеет 3 створки
- в Имеет развитый мышечно-хордальный аппарат
- г Функционирует вследствие разницы давлений в полости левого желудочка и аорте

СТРУКТУРЫ СЕРДЦА, ВХОДЯЩИЕ В СОСТАВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА?

- а Передняя и задняя сосочковые мышцы

- б Передняя, задняя и перегородочная сосочковые мышцы
- в Трабекулы
- г Трикуспидальный клапан

**ГИПОКАЛИЕМИЯ НА ЭКГ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

- а Удлинением QT
- б Укорочением QT
- в Появлением U-зубца в грудных отведениях
- г Высокими остроконечными Т зубцами в грудных отведениях

**ИНТЕРВАЛ QT ОТРАЖАЕТ
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ:**

- а Возбуждения миокарда левого желудочка
- б Электрической систолы сердца
- в Абсолютного рефрактерного периода миокарда
- г Относительного рефрактерного периода миокарда

**ЭКГ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ
ТЭЛА:**

- а Тахикардия
- б Брадикардия
- в БЛНПГ
- г Электрическая ось SI QIII

**УМЕРЕННАЯ ГИПЕРКАЛИЕМИЯ НА ЭКГ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

- а Удлинением QT
- б Укорочением QT
- в Появлением U-зубца в грудных отведениях
- г Высокими остроконечными Т зубцами в грудных отведениях

**К ТАХИКАРДИЯМ С ШИРОКИМИ
КОМПЛЕКСАМИ ОТНОСЯТСЯ:**

- а Антидромная тахикардия при WPW синдроме
- б Желудочковая тахикардия
- в Ортодромная тахикардия при WPW синдроме
- г Узловая тахикардия

**ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ ПОКОЯ, НА ФОНЕ
КОТОРЫХ ПРОВЕДЕНИЕ ТРЕДМИЛ-
ТЕСТА МАЛОИНФОРМАТИВНО:**

- а Блокада левой ножки пучка Гиса
- б Блокада правой ножки пучка Гиса
- в WPW синдром
- г Депрессия ST 1,5 мм в грудных отведениях

**ПРИ ТАХИКАРДИИ С ШИРОКИМИ
КОМПЛЕКСАМИ МОЖНО
ПРЕДПОЛАГАТЬ:**

- а Антидромную тахикардию при синдроме WPW
- б Суправентрикулярную тахикардию
- в Желудочковую тахикардию
- г Суправентрикулярную тахикардию с абберантным проведением

**ТАХИКАРДИЯ С УЗКИМИ
КОМПЛЕКСАМИ МОЖЕТ БЫТЬ:**

- а Узловой тахикардией
- б Суправентрикулярной тахикардией
- в Антидромной тахикардией при WPW синдроме
- г Ускоренным идиовентрикулярным ритмом

**ДЛЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ТАХИКАРДИИ С АББЕРАЦИЕЙ ПО
ПРАВОЙ НОЖКЕ ХАРАКТЕРНЫ
СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:**

- а Трехфазный комплекс (RSR') в отведении V1
- б Ширина QRS < 0,14 сек
- в Зубцы P перед QRS
- г Высокий симметричный зубец T

**ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА
ФОНЕ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ
ПУЧКА ГИСА:**

- а Зубец Q I, aVL, V5V6
- б Глубокий зубец S V₁-V₂
- в QS V5-V6
- г Подъем ST I, aVL, V4-V6

**ДЛЯ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА
ГИСА ХАРАКТЕРНО:**

- а Комплекс QRS 0,1-0,12 сек
- б Комплекс QRS более 0,12 сек
- в Подъем ST I, aVL, V₄-V₆
- г Депрессия ST I, aVL, V₄-V₆

**ДЛЯ СИНДРОМА СЛАБОСТИ
СИНУСОВОГО УЗЛА ХАРАКТЕРНО:**

- а Синусовая брадикардия
- б Синдром тахикардии-брадикардии
- в Замена синусового ритма другими эктопическими ритмами
- г АВ-блокада 2 степени

**АВТОМАТИЗМ КЛЕТОК СИНУСОВОГО
УЗЛА ОБУСЛОВЛЕН:**

- а Входящим током кальция
- б АТФ – зависимым калиевым током ($I_{\text{катр}}$)
- в Калий-натриевым током, активируемый гиперполяризацией (I_f)
- г Электронейтральными ион-обменниками

**УМЕНЬШЕНИЕ ВЫХОДЯЩЕГО
КАЛИЕВОГО ТОКА ВЕДЕТ К:**

- а Замедлению фазы 0 потенциала действия
- б Удлинению фазы плато потенциала действия
- в Укорочению эффективного рефрактерного периода
- г Увеличению скорости проведения импульса

ИШЕМИЯ МИОКАРДА ВЫЗЫВАЕТ:

- а Подавление быстрого натриевого тока и замедление проведения импульса
- б Увеличение быстрого натриевого тока и ускорение проведения импульса
- в Увеличение медленного кальциевого тока

- г Уменьшение медленного кальциевого тока

**ФАЗЫ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ
КАРДИОМИОЦИТОВ:**

- а Быстрая деполяризация
- б Ранняя быстрая реполяризация
- в Плато
- г Заключительная реполяризация
- д Медленная деполяризация

ПРИЗНАКИ ФЕНОМЕНА WPW:

- а $PQ < 0,12$
- б $QRS < 0,10$
- в Наличие Δ -волны
- г Депрессия сегмента ST

**ПРИЗНАКИ ОРТОДРОМНОЙ АВ
РЕЕНТРИ ТАХИКАРДИИ С УЧАСТИЕМ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПУТИ:**

- а Наличие P после каждого QRS
- б $RP' > 0,1 \text{сек}$
- в RR-одинаковые
- г Широкие комплексы QRS

**ДЛЯ ПРЕДСЕРДНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ
С АБЕРРАНТНЫМ ПРОВЕДЕНИЕМ ПО
ПРАВОЙ НОЖКЕ ХАРАКТЕРНО:**

- а Трехфазный комплекс (RSR') в отведении V_1
- б Ширина QRS $< 0,14 \text{сек}$
- в Зубцы P перед QRS
- г Полная компенсаторная пауза

**К ОСЛОЖНЕНИЯМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ
КОРДАРОНОМ ОТНОСЯТСЯ:**

- а Брадикардия
- б Нарушение проводимости
- в Нарушение функции печени
- г Нарушение функции щитовидной железы

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТАХИКАРДИИ ИЗ
АВ-УЗЛА ПРИМЕНЯЕТСЯ:**

- а АТФ
- б Верапамил
- в Кардиоверсия
- г Хинидин

**ПРИ ТЕРАПИИ ТАХИАРИТМИЙ
ИСПОЛЬЗУЮТ:**

- а Медикаментозную терапию
- б Электроимпульсную терапию
- в Частую и сверхчастую стимуляцию
- г Катетерную деструкцию

ЭКГ – ПРИЗНАКИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ:

- а Удлинение PQ
- б Уширение комплекса QRS
- в Волна U
- г Отрицательный зубец T
- д Уменьшение амплитуды зубца P

**ПРИЗНАКИ ГЛИКОЗИДНОЙ
ИНТОКСИКАЦИИ НА ЭКГ:**

- а «Корытообразное» смещение ST ниже изолинии
- б Брадикардия менее 60 в минуту
- в Предсердная тахикардия с блокадой проведения 2:1
- г Удлинение интервала QT

**ПРЕПАРАТЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ
СИНДРОМ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА
QT:**

- а Хинидин
- б Эритромицин
- в Соталол
- г Кораксан

**ВАГУСНЫЕ ПРОБЫ , ПРИМЕНЯЕМЫЕ
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТАХИКАРДИИ ИЗ
АВ-УЗЛА:**

- а Проба Вальсальвы
- б Массаж каротидных синусов
- в Тилт- тест
- г Проба с физической нагрузкой

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА
ТАХИКАРДИИ ПРИ СИНДРОМЕ WPW
МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:**

- а Массаж каротидного синуса
- б Новокаинамид
- в АТФ
- г Верапамил

**ДЛЯ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА
ГИСА ХАРАКТЕРНО:**

- а $QRS > 0,12$
- б Деформированный QRS, депрессия ST и отрицательные T в I, aVL, V5-V6,
- в Комплексы типа QS или rS в III, aVF, V₁-V₂
- г $QRS < 0,12$

**ДЛЯ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА
ГИСА ХАРАКТЕРНО:**

- а $QRS > 0,12$
- б BV1-V2 -«M-образный» комплекс типа rSR'
- в Комплексы типа QS или rS в III, aVF, V₁-V₂
- г Широкий S в I, aVL, V5-V6

**ДЛЯ КАКИХ НАРУШЕНИЙ РИТМА
ХАРАКТЕРНЫ ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-
ЭДЕМСА-СТОКСА (МЭС):**

- а Сино-аурикулярная блокада 1 степени
- б Желудочковая экстрасистолия
- в Атрио-вентрикулярная блокада 3 степени
- г Остановка синусового узла

**ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ:**

- а Острый инфаркт миокарда
- б Тяжелая дисфункция левого желудочка со снижением ФВ <30-40%
- в Сердечная недостаточность
- г Тиреотоксикоз

**КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА:**

- а Синхронная с массажными толчками пульсация сонных артерий

- б Порозовение кожных покровов
- в Сужение зрачков
- г Идиовентрикулярный ритм на ЭКГ

**ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ
МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ:**

- а Фибрилляции предсердий
- б Пароксизмальной желудочковой тахикардии
- в Асистолии
- г Трепетании предсердий 11

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К
ПРОВЕДЕНИЮ МАССАЖА
КАРОТИДНОГО СИНУСА:**

- а Суправентрикулярные тахиаритмии
- б Возраст старше 70 лет
- в Инсульты в анамнезе
- г Полная БЛНПГ

**ЭКГ ПРИЗНАКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ:**

- а Отсутствие зубца Р
- б Разные интервалы RR
- в Наличие волн мерцания
- г Частота сокращения предсердий до 120 в мин.

**ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ДЛЯ
КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ
НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У
БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА И СОХРАНЕННОЙ
ГЕМОДИНАМИКОЙ:**

- а Амиодарон
- б Лидокаин
- в Верапамил
- г Хинидин
- д Дилтиазем

НАЗОВИТЕ ЛИСТКИ ПЕРИКАРДА:

- а Париетальный
- б Висцеральный
- в Легочный
- г Левожелудочковый
- д Аортальный

**ИЗ КАКИХ СЛОЕВ СОСТОИТ СТЕНКА
СЕРДЦА?**

- а Эндокард
- б Эпикард
- в Интима
- г Миокард

**ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРЫ
БЫВАЮТ СЛЕДУЮЩИХ ТИПОВ:**

- а Однокамерные
- б Двухкамерные
- в Трехкамерные
- г Четырехкамерные

**ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ КАРДИОВЕРТЕРЫ-
ДЕФИБРИЛЯТОРЫ БЫВАЮТ
СЛЕДУЮЩИХ ТИПОВ:**

- а Однокамерные
- б Двухкамерные
- в Трехкамерные
- г Четырехкамерные

**ПРИЗНАКАМИ
АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 2
СТЕПЕНИ 1 ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Регулярный ритм в предсердиях
- б Постепенное укорочение интервала R-R с последующим выпадением одного из комплексов QRS
- в Постепенное удлинение интервала P-Q с последующим выпадением одного из комплексов QRS
- г Регулярный ритм в желудочках

**КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ
ПРИЗНАКОВ ВСТРЕЧАЮТСЯ СКОРЕЕ
ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ, ЧЕМ ПРИ
НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ:**

- а АВ диссоциация
- б Сливные и захваченные комплексы
- в Положительная или отрицательная конкордантность в прекардиальных отведениях
- г Узкие комплексы QRS

ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА:

- а Частая желудочковая экстрасистолия
- б АВ блокада 3 степени
- в Синдром Фредерика
- г Синусовая брадикардия 50 ударов в минуту
- д Атриовентрикулярная блокада 2 степени 1 типа

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПРИМЕНЯЮТ:

- а Ацетилсалициловая кислота
- б Апиксабан
- в Прасугрель
- г Ривароксабан
- д Дабигатрана этексилат

ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ?

- а Митральный стеноз
- б Острый инфаркт миокарда
- в Тиреотоксикоз
- г Феохромоцитома

ПРИ КАКИХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА ПО ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ДИССОЦИАЦИЯ?

- а Атриовентрикулярная блокада 3 степени
- б Синдром Фредерика
- в Фибрилляция предсердий
- г Желудочковая тахикардия
- д Желудочковая экстрасистолия

ПРИЗНАКАМИ АВ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а Нерегулярные интервалы RR
- б Интервал $RP' < 0,1$ сек
- в Короткий интервал RP'

- г Узкие комплексы QRS
- д Хаотическая активация предсердий

**ВЫБОР АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСНОВАН
НА:**

- а Наличии нарушения ритма в настоящее время
- б Риске кровотечения
- в Риске тромбоэмболических осложнений
- г Форме фибрилляции предсердий

**ИМПЛАНТАЦИЯ ЭКС ПОКАЗАНА ВО
ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ,
КРОМЕ:**

- а Дисфункции синусового узла клинически проявляющейся хронотропной некомпетентностью
- б Дисфункции синусового узла с паузами, сопровождающимися симптоматикой
- в Симптомной дисфункции синусового узла на фоне медикаментозной терапии, от которой можно отказаться
- г Бессимптомной дисфункции синусового узла, в том числе с частотой менее 40 в минуту

**ИМПЛАНТАЦИЯ ЭКС ПРИ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ПОКАЗАНА ПРИ:**

- а АВ блокаде 3 степени
- б Дисфункции синусового узла, сопровождающейся симптоматикой
- в АВ блокаде 1 степени в сочетании с блокадой левой ножки пучка Гиса
- г АВ блокаде 2 степени с проведением 21
- д АВ блокаде 2 степени 1 типа с узкими комплексами QRS

**ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-
ДЕФИБРИЛЯТОРА ПОКАЗАНА ПРИ
НАЛИЧИИ:**

- а Сердечной недостаточности II-III ФК со снижением ФВ ЛЖ менее 35% на фоне перенесенного не менее 40 дней назад инфаркта миокарда
- б Синкопальных состояний на фоне диагностированного синдрома Бругада
- в Сердечной недостаточности II-III ФК со снижением ФВ ЛЖ менее 35% на фоне неишемической дилатационной кардиомиопатии
- г Синдрома WPW с частыми приступами фибрилляции предсердий с проведением через дополнительный путь, запускающими фибрилляцию желудочков или желудочковую тахикардию
- д Синкопальных состояний, связанных с пароксизмами фибрилляции желудочков на фоне тяжелого гипотиреоза

**ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ
ДЛИТЕЛЬНОГО ПОДКОЖНОГО
МОНИТОРА ЭКГ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Синкопальные состояния, генез которых неясен после полного неинвазивного обследования
- б Синкопальные состояния, генез которых наиболее вероятно носит аритмогенный характер на основании данных анамнеза и ЭКГ
- в Синусовая брадикардия менее 40 в минуту без клинической симптоматики
- г Атриовентрикулярная блокада 1 степени в сочетании с полной блокадой левой ножки пучка Гиса без клинической симптоматики

**ПРИ НАГНОЕНИИ ЛОЖА
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА
ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО:**

- а Местное лечение антисептическими мазями
- б Парентеральная антибактериальная терапия
- в Полное удаление системы электрокардиостимуляции
- г Смена электрокардиостимулятора с оставлением прежних электродов

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
(ОПЕРАЦИЯ “ЛАБИРИНТ”) В
НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:**

- а При наличии показаний к открытой кардиохирургической операции по поводу клапанного порока
- б При наличии показаний к открытой кардиохирургической операции по поводу ишемической болезни сердца
- в У всех пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий при отсутствии эффекта от 3 и более антиаритмических препаратов
- г Только у молодых пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий до начала антиаритмической терапии

**ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ КОНКОРДАНТНОСТЬ
В ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ ВО ВРЕМЯ
ТАХИКАРДИИ С ШИРОКИМИ
КОМПЛЕКСАМИ QRS:**

- а Позволяет диагностировать желудочковую тахикардию
- б Говорит о возбуждении желудочков от верхушки к базальным отделам
- в Позволяет диагностировать АВ узловую тахикардию
- г Верно 1 и 2

**ПОЧЕМУ КУПИРОВАНИЕ
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ
РЕГУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМИ
КОМПЛЕКСАМИ QRS НЕ ЖЕЛАТЕЛЬНО
ВЫПОЛНЯТЬ С ПОМОЩЬЮ БЕТА-
АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И БЛОКАТОРОВ
КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ:**

- а Снижение артериального давления
- б Купирование тахикардии с развитием брадикардии
- в Увеличение частоты сердечных сокращений
- г Увеличение степени предвозбуждения желудочков, если у пациента имеется манифестный синдром WPW
- д Запуск фибрилляции предсердий
- е Запуск желудочковой тахикардии

**В ЧЕМ СОСТОИТ РИСК КУПИРОВАНИЯ
ОРТОДРОМНОЙ АВ РЕЦИПРОКНОЙ
ТАХИКАРДИИ У ПАЦИЕНТА С
МАНИФЕСТНЫМ СИНДРОМОМ WPW С
ПОМОЩЬЮ АТФ?**

- а Купирование тахикардии с восстановлением синусового ритма с устойчивой АВ блокадой 3 степени
- б Купирование тахикардии с запуском фибрилляции предсердий с частым проведением на желудочки через дополнительный проводящий путь
- в Увеличение частоты тахикардии
- г Снижение артериального давления

**ПАЦИЕНТЫ, ПОЛУЧАЮЩИЕ
ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПО
ПОВОДУ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ,
ПЕРЕД ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ
ДОЛЖНЫ ПЕРЕВОДИТЬСЯ НА
ТЕРАПИЮ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫМИ
ГЕПАРИНАМИ:**

- а Верно
- б Не верно

КАКАЯ ИЗ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПОКАЗАЛА НАИБОЛЬШУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ?

- а “Коридор”
- б “Лабиринт”
- в Изоляция левого предсердия
- г Перевязка ушка левого предсердия

РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О НАЗНАЧЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОИЗВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- а Данных чреспищеводной эхокардиографии
- б Клинической формы фибрилляции предсердий (пароксизмальная или персистирующая)
- в Наличия сопутствующей патологии щитовидной железы
- г Риска тромбоемболических осложнений, оцененного по шкале CHA₂DS₂-VASc

ТИПИЧНОЕ ИСТМУС-ЗАВИСИМОЕ ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПО ЭКГ:

- а Отрицательными волнами F в отведениях II, III, aVF
- б Положительными волнами F в отведениях I, aVL
- в Отсутствием волн F в отведении V1
- г Отрицательными волнами F в отведении V1

**ТИПИЧНОЕ ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ
С ВЫСОКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ
ЛЕЧИТСЯ С ПОМОЩЬЮ
РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ
ПЕРЕШЕЙКА МЕЖДУ УШКОМ ЛЕВОГО
ПРЕДСЕРДИЯ И НИЖНЕЙ ЛЕВОЙ
ЛЕГОЧНОЙ ВЕНОЙ:**

- а Верно
- б Не верно

**ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ УСЛОВИЯМИ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ
КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО
ПЕРЕШЕЙКА ПРИ ТИПИЧНОМ
ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Неэффективность двух и более антиаритмических препаратов
- б Нормальная фракция выброса левого желудочка
- в Длительность пароксизмов не более 7 дней
- г Абляция кавотрикуспидального перешейка показана всем пациентам с трепетанием предсердий

**АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ
ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ ПЕРЕД
КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ
АБЛАЦИЕЙ МЕДЛЕННОГО ПУТИ АВ
СОЕДИНЕНИЯ ПО ПОВОДУ АВ
УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ:**

- а Всем пациентам
- б Пациентам с риском тромбоэмболических осложнений CHA₂DS₂-VASc >2
- в Пациентам с риском тромбоэмболических осложнений CHA₂DS₂-VASc >1
- г Не показана
- д Абляция медленного пути АВ соединения не используется при лечении АВ узловой тахикардии

**БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ
ОТМЕНЯЮТСЯ ПЕРЕД КАТЕТЕРНОЙ
РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИЕЙ ПО
ПОВОДУ АВ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ:**

- а За 5 периодов полувыведения
- б За 2 дня
- в За 4 недели
- г Не отменяются

**КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ
АБЛАЦИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ
ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У
ПАЦИЕНТА С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ
КАРДИОВЕРТЕРОМ
ДЕФИБРИЛЯТОРОМ ПОКАЗАНА ПРИ:**

- а Частых устойчивых пароксизмах, требующих нанесения разряда
- б Частых неустойчивых пароксизмах
- в Редких пароксизмах, купируемых антитахикардийной стимуляцией
- г Во всех случаях

**ПАЦИЕНТАМ С ПРЕХОДЯЩИМ
СИНДРОМОМ WPW БЕЗ ПРИСТУПОВ
УЧАЩЕННОГО СЕРДЦЕБИЕНИЯ
КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ
АБЛАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПУТИ
ПРОВЕДЕНИЯ:**

- а Показана
- б Не показана

**ПОЛИМОРФНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ
ТАХИКАРДИЯ У ПАЦИЕНТА С
ВРОЖДЕННЫМ СИНДРОМОМ
УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT
ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ
КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ
АБЛАЦИИ:**

- а Верно
- б Не верно

ТЕМА: «ПОРОКИ СЕРДЦА»

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ В ТОЧКЕ БОТКИНА И НАД ПРОЕКЦИЕЙ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, ПРОВОДЯЩИЙСЯ НА СОСУДЫ ШЕИ И СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ДРОЖАНИЕМ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- а Митрального стеноза
- б Аортального стеноза
- в Аортальной недостаточности
- г Митральной недостаточности

ТЯЖЕЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ, ЕСЛИ СРЕДНЕ –СИСТОЛИЧЕСКИЙ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ ПРЕВЫШАЕТ:

- а 20 мм.рт.ст.
- б 30 мм.рт.ст.
- в 40 мм.рт.ст.
- г 50 мм.рт.ст.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОБМОРОКОВ НА ВЫСОТЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- а Тяжелой аортальной недостаточности
- б Тяжелого аортального стеноза
- в Тяжелой трикуспидальной недостаточности
- г Тяжелого стеноза легочной артерии

ПРОВЕДЕНИЕ СТРЕСС-ТЕСТА У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И НАЛИЧИЕМ СИМПТОМАТИКИ:

- а Не показано
- б Показано при сохраненной фракцией выброса левого желудочка
- в Не показано только при наличии обмороков
- г Показано при площади открытия 0,8-1 см²

ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА:

- а Появление симптоматики у пациента с тяжелым аортальным стенозом

- б Площадь открытия аортального клапана менее 0,8 см² вне зависимости от симптоматики
- в Толщина межжелудочковой перегородки более 12 мм у пациента со стенкардией и обмороками.
- г Пиковый градиент давления более 40 мм.рт.ст. при прогрессировании симптоматики в течении года.

ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ГРАДИЕНТЕ ДАВЛЕНИЯ В ПОКОЕ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О:

- а Динамической обструкции выносящего тракта левого желудочка
- б Появлении систолической дисфункции левого желудочка
- в Появлении диастолической дисфункции левого желудочка
- г Легочной гипертензии

В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРИЧИНОЙ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а Ревматизм
- б Бактериальный эндокардит
- в Атеросклероз
- г Синдром Марфана

ОВАЛЬНОЕ ОКНО - ЭТО:

- а Отверстие в межпредсердной перегородке
- б Отверстие в межжелудочковой перегородке
- в Артерио-венозная фистула
- г Синус Вальсальвы

ПРИ ОТКРЫТОМ БОТАЛЛОВОМ ПРОТОКЕ ПОВЫШАЕТСЯ РИСК:

- а Инфекционного эндокардита
- б инсульта
- в Инфаркта миокарда
- г Желудочковой тахикардии

**ПРИ МИТРАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ
СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ С ВЕРХУШКИ
ПРОВОДИТСЯ:**

- а На сосуды шеи
- б На аорту
- в В подмышечную впадину
- г в межлопаточную область

**ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРЕН:**

- а Диастолический шум на верхушке
- б Систолический шум на верхушке
- в Систолический шум у основания мечевидного отростка
- г Щелчок открытия митрального клапана

**ПРИ ВРОЖДЕННОМ СТЕНОЗЕ
ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВОЗНИКАЕТ:**

- а Гипертрофия правого желудочка
- б Гипертрофия левого желудочка
- в Расширение левых отделов сердца
- г Легочная гипертензия

**ПРИ ТЯЖЕЛОМ МИТРАЛЬНОМ
СТЕНОЗЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИИ:**

- а Уменьшается
- б Увеличивается
- в Не меняется
- г Увеличивается при наличии мерцательной аритмии

**ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА МОЖЕТ
ПРИВОДИТЬ К ДИСФУНКЦИИ:**

- а Аортального клапана
- б Митрального клапана
- в Клапана легочной артерии
- г Клапанов легочных вен

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА
ТЯЖЕЛОЙ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а Узелковый периартериит
- б Легочная гипертензия
- в Острый инфаркт миокарда

г Аномалия Эбштейна

**ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ С ОБСТРУКЦИЕЙ
ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЖИЗНИ ПО СРАВНЕНИЮ С ОБЩЕЙ В
ПОПУЛЯЦИИ:**

- а Уменьшается
- б Не меняется
- в Увеличивается
- г Зависит от наличия митральной регургитации

**СУЩЕСТВЕННАЯ РАЗНИЦА
СИСТОЛИЧЕСКОГО И
ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ
УКАЗЫВАЕТ НА СЛЕДУЮЩИЙ ПОРОКА
СЕРДЦА:**

- а Аортальный стеноз
- б Аортальная недостаточность
- в Митральная недостаточность
- г Митральный стеноз

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ВЫБОРА
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МИТРАЛЬНУЮ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ
ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА:**

- а ЭКГ
- б Эхокардиография
- в МРТ
- г КТ

**АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО
ЭНДОКАРДИТА ПРИ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБА
ПОКАЗАНА ПРИ НАЛИЧИИ У
ПАЦИЕНТА:**

- а Пролапса митрального клапана без регургитации
- б Пролапса митрального клапана с регургитацией
- в Открытого овального окна
- г ГКМП без гемодинамической значимости

- д Пациентам, перечисленным выше не показана

**ТЕРАПИЯ НЕПРЯМЫМИ
АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ
МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПОКАЗАНА В
СЛУЧАЯХ:**

- а Всем пациентам
- б Мерцательной аритмии
- в Легочной гипертензии
- г Ревматического генеза стеноза

**ВНУТРИОРТАЛЬНАЯ БАЛЛОННАЯ
КОНТРАПУЛЬСАЦИЯ ОПРАВДАНА В
СЛУЧАЕ ШОКА ПРИ:**

- а Тяжелой аортальной недостаточности
- б Тяжелой митральной недостаточности
- в Тяжелом аортальном стенозе
- г Расслаивающей аневризме аорты

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ
БЕССИМПТОМНОГО ПАЦИЕНТА СО
СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННЫМ ПРИ
ОСМОТРЕ ТЯЖЕЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ
СТЕНОЗОМ:**

- а Протезирование с использованием механического протеза
- б Протезирование с использованием биологического протеза
- в Баллонная вальвулопластика
- г Медикаментозная терапия

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПОКАЗАНО
ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКОЙ
КАРТИНЫ И:**

- а При площади открытия менее 1,5 см²
- б При площади открытия менее 4 см²
- в Площади открытия менее 6 см²
- г Не показано

**ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ
ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПЕРВИЧНОЙ
МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Наличие симптоматики
- б Грубый систолический шум на верхушке
- в Желание пациента
- г Мерцательная аритмия
- д Все вышеперечисленное верно

**ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНА
МЕХАНИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ
ПОКАЗАНА ПЕРОРАЛЬНАЯ
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ:**

- а Первые 6 месяцев
- б При высоком риске тромбоэмболических событий 12 месяцев
- в Пожизненно
- г Первые 3-6 месяцев

**ПРОВЕДЕНИЕ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА
МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ
НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО:**

- а При наличии синдрома Эйзенменгера
- б При отсутствии синдрома Эйзенменгера
- в В любом случае проведение пластики дефекта такого рода нецелесообразно
- г До возникновения синдрома Эйзенменгера

**МОЛОДЫМ ЖЕНЩИНАМ,
ПЛАНИРУЮЩИМ БЕРЕМЕННОСТЬ, В
СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНА
ПРЕДПОЧТЕЛЬНОЕ:**

- а Имплантация биологического протеза
- б Имплантация механического протеза и длительная антикоагулянтная терапия
- в Имплантация биологического протеза и длительная антикоагулянтная терапия
- г Имплантация механического протеза без антикоагулянтной терапии

**ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ
КЛАПАНА ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Гемолиз
- б Парапротезная фистула
- в Тромбоз протеза
- г Все вышеперечисленное верно

**ОТКРЫТОЕ ОВАЛЬНОЕ ОКНО
ИМЕЕТСЯ:**

- а У 100% населения
- б У 25% населения
- в 0% населения
- г Такой структуры нет

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ
АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Аневризма аорты
- б Кальциноз клапана
- в Ревматизм
- г Инфекционный эндокардит

**ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ
ИРРАДИИРУЕТ:**

- а На сосуды шеи
- б В левую подмышечную область
- в В область мечевидного отростка
грудины
- г Иррадиация нехарактерна

**ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ
СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АОРТАЛЬНОГО
СТЕНОЗА ПРИ ЕГО ВЫРАЖЕННОМ
КАЛЬЦИНОЗЕ:**

- а Рентгенография
- б Эхокардиография
- в Магнитно-резонансная томография
- г Спиральная компьютерная томография

**ТЯЖЕЛЫМ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ
ЯВЛЯЕТСЯ, ЕСЛИ ПЛОЩАДЬ
ОТКРЫТИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
МЕНЕЕ:**

- а 1,5 см²
- б 1,0 см²

- в 1,1 см²
- г 1,2 см²

ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ ТЯЖЕЛОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:

- а Признаки гипертрофии левого желудочка
- б Блокада правой ножки пучка гиса
- в Депрессии сегмента ST в отведениях III, aVF
- г Элевация сегмента ST в V1-V3 до 2 мм

ОБМОРОК ПРИ ТЯЖЕЛОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ:

- а Нитраты
- б Статины
- в Бета-блокаторы
- г Ингибиторы АПФ

У ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЕЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 60% СРЕДНИЙ ГРАДИЕНТ НА АОРТАЛЬНОМ КЛАПАНАХ МОЖЕТ БЫТЬ МЕНЬШЕ 40 ММ РТ.СТ. ПРИ:

- а Тяжелой митральной недостаточности
- б Тяжелой интоксикации
- в Нарушении функции трикуспидального клапана
- г Легочной гипертензии

УМЕРЕННОМУ АОРТАЛЬНОМУ СТЕНОЗУ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ:

- а Площадь открытия более 6 см²
- б Площадь открытия менее 1 см²
- в Площадь открытия 1-1,5 см²
- г Площадь открытия менее 1 мм

ПРИ АНОМАЛИИ ЭБШТЕЙНА ВОЗНИКАЕТ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ:

- а Клапана легочной артерии
- б Митрального клапана

- в Трикуспидального клапана
- г Аортального клапана

**РАСШИРЕНИЕ ПОЛОСТИ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ:**

- а Аортальной недостаточности
- б Митральной недостаточности
- в Митральному стенозу
- г Расширение полостей сердца на функцию клапанов не влияет

**ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ПРИЗНАК
МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПО ЭХО-КГ:**

- а Однонаправленное движение передней и задней створок митрального клапана в диастолу
- б Диастолическая дисфункция
- в Митральная недостаточность
- г Легочная гипертензия

**КЛАССИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ
МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Трикуспидальный стеноз
- б Мерцательная аритмия
- в Инфаркт миокарда
- г Отрыв сосочковой мышцы

**ПРИ ОТРЫВЕ ХОРДЫ МИТРАЛЬНОГО
КЛАПАНА АУСКУЛЬТАТИВНО:**

- а Диастолический шум
- б Систолический шум на верхушке
- в Грубый систолический шум над всей областью сердца и над сосудами шеи
- г Щелчок открытия митрального клапана

**РАЗВИТИЕ ТЯЖЕЛОЙ
ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
ДЛЯ:**

- а Бактериального эндокардита у наркоманов
- б Диссекции правой коронарной артерии

- в Перикардита
- г Тромбоза ушка левого предсердия

**НЕОБРАТИМАЯ ТЯЖЕЛАЯ ЛЕГОЧНАЯ
ГИПЕРТЕНЗИЯ С ДВУНАПРАВЛЕННЫМ
СБРОСОМ КРОВИ СПРАВА НАЛЕВО
НАЗЫВАЕТСЯ:**

- а Синдром Марфана
- б Дисмезенхимоз
- в Синдром Эйзенменгера
- г Тромбофилия

**ПРОВЕДЕНИЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ
АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПОКАЗАНО:**

- а Пациентам с тяжелым аортальным стенозом при наличии симптоматики
- б Пациентам с тяжелым аортальным стенозом вне зависимости от наличия симптоматики
- в Пациентам с умеренным аортальным стенозом при отсутствии симптоматики
- г Всем пациентам с аортальным стенозом, не зависимо от тяжести стеноза

**ПРОВЕДЕНИЕ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО
КЛАПАНА ПОКАЗАНО:**

- а Всем пациентам с тяжелым аортальным стенозом
- б Пациентам с умеренным аортальным стенозом при ожидаемой продолжительности жизни более 1 года
- в Пациентам с тяжелым аортальном стенозом, которым противопоказано проведение операции по протезированию аортального клапана, с ожидаемой продолжительностью жизни более 1 года

- г Пациентам с тяжелым аортальным стенозом и аортальной недостаточностью

**БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА
АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ
РАССМАТРИВАТЬСЯ:**

У пациентов с тяжелым аортальным стенозом и нестабильной гемодинамикой

У пациентов с умеренным аортальным стенозом

У пациентов с острой аортальной недостаточностью

У пациентов с аневризмой аорты

**ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ МИТРАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО:**

- а При тяжелой степени недостаточности и ФВ > 40%
- б При легкой степени недостаточности
- в При тяжелой степени недостаточности, необходимости проведения АКШ и ФВ ЛЖ более 30%
- г При умеренной митральной недостаточности и отсутствии противопоказаний

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ТРИКУСПИДАЛЬНОГО СТЕНОЗА
ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПРОВОДИТСЯ:**

- а При наличии симптоматики
- б При отсутствии противопоказаний всем пациентам
- в Никогда не проводится
- г В случае перенесенного инсульта

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ
ИЛИ ВТОРИЧНОЙ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТЯЖЕЛОЙ
СТЕПЕНИ ПОКАЗАНО:**

- а При желании пациента

- б При наличии симптоматики и отсутствии тяжелой дисфункции правого желудочка
- в При тяжелой дисфункции правого желудочка
- г Не показано

ИМПЛАНТАЦИЯ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА В АОРТАЛЬНУЮ ИЛИ МИТРАЛЬНУЮ ПОЗИЦИЮ ПОКАЗАНО:

- а При наличии противопоказаний к длительной антикоагулянтной терапии
- б Пациентам, у которых имеется высокий риск быстрого развития дисфункции биологического клапана и отсутствии противопоказаний к длительной антикоагулянтной терапии
- в Механические протезы митрального и аортального клапанов в настоящее время не имплантируются
- г Все варианты неверны

ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПАЦИЕНТАМ С БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ НАЗНАЧАЮТСЯ ПОЖИЗЕННО:

- а Всегда
- б Только при наличии дополнительных показаний к антикоагулянтной терапии
- в Никогда
- г На усмотрении врача

ПРИЕМ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА В МИТРАЛЬНУЮ ИЛИ ТРИКУСПИДАЛЬНУЮ ПОЗИЦИЮ РЕКОМЕНДОВАН:

- а В течение первых 3 месяцев
- б В течение года
- в Пожизненно
- г Никогда не назначаются

**ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ
АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ
РЕКОМЕНДОВАНО:**

- а Тикагрелор в двойной дозе пожизненно
- б Ацетилсалициловая кислота в низких дозах первые 3 месяца
- в Ацетилсалициловая кислота в низких дозах пожизненно
- г Клопидогрел в двойной дозе в течение 6-12 месяцев

**С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА
МЕХАНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА КЛАПАНА
ПРОВОДИТСЯ ТЕРАПИЯ:**

- а Варфарином
- б Назначается тикагрелором
- в Ацетилсалициловой кислотой
- г При непереносимости аспирина возможно назначение клопидогреля.

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТА
МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРЕГОРОДКИ
ПРОВОДИТСЯ ПРИ:**

- а Наличие тяжелой легочной гипертензии
- б Наличии симптоматики, обусловленной шунтированием крови слева направо, и отсутствии тяжелого поражения легочного сосудистого русла
- в Наличии симптоматики, обусловленной шунтированием крови справа налево
- г Показаний к оперативному лечению нет

**ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ТРОМБОЗА
МЕХАНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА КЛАПАНА
СЕРДЦА НЕОБХОДИМ ПОСТОЯННЫЙ
ПРИЕМ:**

- а Варфарина
- б Апиксабана
- в Низкомолекулярного гепарина
- г Нефракционированного гепарина

У ПАЦИЕНТКИ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST НА 3 ДЕНЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ВОЗНИК ОТЕК ЛЕГКИХ, ГИПОТОНΙΑ, ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ. ВОЗМОЖНЫЙ ДИАГНОЗ И ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ:

- а У пациентки возникла ТЭЛА. Необходим тромболитис
- б Отрыв сосочковой мышцы. Необходима эхокардиография
- в Рецидив инфаркта миокарда. Необходима незамедлительная коронарография
- г Возник разрыв межжелудочковой перегородки. Необходима вентрикулография

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ТЯЖЕЛОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Стенокардия
- б Обмороки
- в Высокое пульсовое давление
- г Низкое пульсовое давление

ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:

- а Увеличивается пиковый трансортальный градиент давления
- б Уменьшается пиковый трансортальный градиент давления
- в Уменьшается средний трансортальный градиент давления
- г Увеличивается средний трансортальный градиент давления

ОВАЛЬНОЕ ОКНО В НОРМЕ:

- а Персистирует у всех людей старше 40 лет
- б Закрывается в первые дни-недели после рождения
- в Является осложнением инфекционного эндокардита
- г Является осложнением инфаркта миокарда

**ДИАГНОЗ ПАРАПРОТЕЗНОЙ ФИСТУЛЫ
СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:**

- а УЗИ брюшной полости
- б Рентгенографии органов грудной клетки
- в Данных чреспищеводной эхокардиографии
- г Интраоперационно

**НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ
ДИАГНОСТИКИ ОТКРЫТОГО
ОВАЛЬНОГО ОКНА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Эхокардиография с контрастированием
- б Рентгенография органов грудной клетки
- в Эхокардиография без контрастирования
- г УЗИ брюшной аорты

**КЛИНИЧЕСКИ ТЯЖЕЛАЯ
ТРИКУСПИДАЛЬНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Обмороками
- б Рецидивирующими отеками легких
- в Периферическими отеками
- г Увеличением печени

**ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ
ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ КОАРКТАЦИИ
АОРТЫ:**

- а Гипертрофия левого желудочка
- б Уменьшение полости левого предсердия
- в Увеличение полости левого предсердия
- г Стеноз митрального клапана

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРО
ВОЗНИКШЕЙ ТЯЖЕЛОЙ АОРТАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а Отек легких
- б Гипертонический криз
- в Гипотония
- г Диастолический шум над аортой

**ПРИЧИНАМИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ
АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
МОГУТ БЫТЬ:**

- а Острый инфаркт миокарда
- б Расслаивающая аневризма аорты
- в Инфекционный эндокардит
- г Тромбоэмболия легочной артерии

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
СЕРДЦА ПРИ ТЯЖЕЛОМ МИТРАЛЬНОМ
СТЕНОЗЕ:**

- а Расширение левого предсердия
- б Расширение левого желудочка
- в Гипертрофия миокарда левого желудочка
- г Уменьшение полости левого предсердия

**ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ
КЛАПАНОВ СЕРДЦА ПРИ
ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ:**

- а Недостаточность клапана
- б Абсцесс кольца клапана
- в Вегетации на створках клапана
- г Парапротезная фистула

**ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА
КЛАПАНА ПО ДАННЫМ
ЭХОКАРДИОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:**

- а Степень регургитации
- б Средний градиент давления
- в Площадь открытия клапана
- г Площадь фиброзного кольца клапана

**ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ
АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а Ревматизм
- б Инфекционный эндокардит
- в Дегенеративные изменения
- г Краснуха

**У ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЕЛЫМ
АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ СРЕДНИЙ
ГРАДИЕНТ НА АОРТАЛЬНОМ КЛАПАНЕ
МОЖЕТ БЫТЬ МЕНЬШЕ 40 ММ РТ.СТ.
ПРИ:**

- а При сниженной фракции выброса левого желудочка
- б При нормальной фракции выброса и тяжелой митральной недостаточности
- в При нормальной фракции выброса и тяжелой трикуспидальной недостаточности
- г При высокой фракции выброса

**ТЯЖЕЛЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

- а Площадь открытия менее 1 см²
- б Средний градиент на аортальном клапане более 40 мм рт.ст при нормальной фракции выброса левого желудочка
- в Площадь открытия более 1,1 см²
- г Площадь открытия менее 1,5 см²

**ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА
ХАРАКТЕРНО:**

- а Тонкие черты лица с румянцем на щеках (facies mitralis)
- б Низкотембровый раскатистый диастолический шум на верхушке
- в Щелчок открытия митрального клапана
- г Грубый систолический шум, выслушиваемый над всей областью сердца

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ
ПЕРВИЧНОЙ ТЯЖЕЛОЙ МИТРАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОВОДИТСЯ:**

- а При ФВ левого желудочка ниже 30% и отсутствии симптоматики
- б При ФВ левого желудочка выше 30% и наличии симптоматики
- в При ФВ левого желудочка более 60%
- г ФВ левого желудочка не влияет на решение вопроса о проведении операции

**ПРИ УМЕРЕННОЙ МИТРАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СОХРАНЕННОЙ
ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:**

- а Не показано
- б Показано всем пациентам
- в Показано при наличии мерцательной аритмии
- г На усмотрение врача
- д Показаны в случае перенесенного инсульта

**В СЛУЧАЕ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО
ПОВОДУ ТРОМБОЗА МЕХАНИЧЕСКОГО
КЛАПАНА НА ФОНЕ АДЕКВАТНОЙ
АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ
РЕКОМЕНДОВАНО:**

- а Проведение сопутствующей тромболитической терапии
- б Протезирование биологическим протезом
- в Переход на антиагрегантную терапию
- г Прекращение антикоагулянтной терапии

**ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ
ЛЕЧЕНИЮ АОРТАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а Наличие симптоматики
- б Дисфункция левого желудочка (фракция выброса менее 50%) или расширение левого желудочка более 70 мм в диастолу
- в Тяжелая аортальная недостаточность по данным эхокардиографии
- г Систолическое давление в легочной артерии более 40 мм.рт.ст.

**ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ
ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛОЙ
ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а Оперативное лечение клапанов левых отделов сердца
- б Наличие симптомов недостаточности кровообращения

- в Появление пульсации шейных вен
- г Гипертрофия правого желудочка

**НА ТРОМБОЗ МЕХАНИЧЕСКОГО
ПРОТЕЗА КЛАПАНА УКАЗЫВАЮТ:**

- а Увеличение пикового градиента давления
- б Ограничение подвижности запирающего элемента
- в Уменьшение пикового градиента давления
- г Уменьшение среднего градиента давления

**ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ
МЕХАНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА В
МИТРАЛЬНОЙ ПРОЕКЦИИ,
СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ШОКОМ И
ОТЕКОМ ЛЕГКИХ:**

- а Инфузия НФГ
- б Тромболитическая терапия
- в Варфарин
- г Эндокардиальная электрокардиостимуляция

**ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПО
ПОВОДУ ОБСТРУКТИВНОГО ТРОМБОЗА
ПРОТЕЗИРОВАННОГО КЛАПАНА
ПРОВОДИТСЯ:**

- а Всегда
- б Если оперативное лечение несет очень высокий риск для пациента
- в Если оперативное лечение не может быть выполнено сразу
- г Строго противопоказано

**ПРОТЕЗИРОВАНИЕ АОРТАЛЬНОГО
КЛАПАНА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ
АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ПОКАЗАНО:**

- а Всем пациентам при наличии симптоматики
- б Не показано ни у кого
- в Пациентам, которым показано АКШ, или хирургическое лечение по поводу заболеваний аорты или какого-либо клапана сердца

- г Всем пациентам с аортальной недостаточностью любой степени

У ПАЦИЕНТКИ ЧЕРЕЗ 2 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МЕХАНИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ, ПОЯВИЛАСЬ ОДЫШКА ПРИ НЕБОЛЬШОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ЩЕЛЧКОВ ПРОТЕЗА. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ:

- а Больная просто привыкла к щелчкам клапана и перестала обращать на них внимание, а одышка связана с детренированностью после операции. Рекомендовать пациентке больше ходить
- б Тромбоз протеза. Показано проведение ЭХОКГ и госпитализация в кардиохирургический стационар
- в ТЭЛА. Показано проведение МСКТ грудной клетки с контрастированием
- г Парапротезная фистула. Необходима немедленная госпитализация для проведения вентрикулографии с стационар с круглосуточно доступной рентгеноперационной

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ:

- а Стоматологических процедурах, требующих манипуляций на десневой ткани
- б Колоноскопии
- в Установке съемных протезов
- г Бронхоскопии

ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ:

- а Трансторакальной ЭХОКГ

- б Чреписпищеводной ЭХОКГ
- в Компьютерной томографии сердца
- г МРТ сердца

ТЕМА: «АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ»

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

**СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ
ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ ПОКАЗАНО:**

- а При повторных измерениях АД врачом показатели значительно отличаются
- б При нормальном офисном АД у лиц с бессимптомным поражением органов-мишеней и у лиц с высоким общим сердечно-сосудистым риском
- в Если имеется разница между измерениями цифр АД врачом и самостоятельным измерением.
- г Все вышеперечисленное верно

**ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТА С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ, КАКИЕ
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ОН
ПРИНИМАЕТ, ПОТОМУ ЧТО:**

- а Некоторые лекарственные препараты вызывают повышение АД
- б Предшествующий опыт гипотензивной терапии следует учитывать
- в Некоторые лекарственные препараты могут уменьшать действие гипотензивных препаратов
- г Все вышеперечисленное верно

ПРИ ВЫСОКОМ НОРМАЛЬНОМ АД:

- а Систолическое артериальное давление 130-139 мм.рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление 85-89 мм.рт.ст

- б Систолическое артериальное давление < 150 мм.рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление < 100 мм.рт.ст.
- в Систолическое артериальное давление 140-149 мм.рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление 80-89 мм.рт.ст.
- г Систолическое артериальное давление < 120 мм.рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление < 80 мм.рт.ст.

ПОВЫШЕНИЕ ЦИФР АД ДО 165/105 ММ.РТ.СТ., СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

- а Высокому нормальному АД
- б Артериальная гипертензия 1 ст
- в Артериальная гипертензия 2 ст
- г Третьей степени артериальной гипертензии

ПРИ ПОВТОРНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ АД ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫ ВРАЧОМ СЛЕДУЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЯ 150/70 , 140/70, 150/70, 145/75. КАК СЛЕДУЕТ ТРАКТОВАТЬ ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ:

- а Изолированная систолическая артериальная гипертензия
- б Артериальная гипертензия 1 ст.
- в Артериальная гипертензия 2 ст.
- г Артериальная гипертензия 3 ст.

ПАЦИЕНТ С ЦИФРАМИ АД 150/95 ММ.РТ.СТ. И СКФ 28 МЛ/МИН/1,73 М2. ОЦЕНИТЕ СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- а Артериальная гипертензия 1ст и очень высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний
- б Артериальная гипертензия 1ст и умеренный риск сердечно-сосудистых заболеваний

- в Артериальная гипертензия 2ст и очень высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний
- г Артериальная гипертензия 2ст и умеренный риск сердечно-сосудистых заболеваний

**ДЛЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ
ХАРАКТЕРНО:**

- а Снижение САД ≥ 20 мм.рт.ст. и ДАД ≥ 10 мм.рт.ст. через 3 минуты пребывания в положении стоя
- б Появление головокружения и слабости при изменении положения тела
- в Чаще отмечается у пожилых и пациентов с сахарным диабетом
- г Все вышеперечисленное верно

**ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-
МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ:**

- а Перенесенный инсульт в анамнезе
- б Снижение СКФ мене 30 мл/мин/1,73 м²
- в Микроальбуминурия
- г Все вышеперечисленное верно

**ПАЦИЕНТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АД 145/90 ММ.РТ.СТ.),
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И
ДЛИТЕЛЬНЫМ СТАЖЕМ КУРЕНИЯ,
ИМЕЕТ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ:**

- а Очень высокий риск
- б Умеренный риск
- в Низкий риск
- г Высокий риск

**НА ВТОРИЧНЫЙ ХАРАКТЕР
ГИПЕРТЕНЗИИ УКАЗЫВАЕТ:**

- а Внезапная смерть близкого родственника
- б Беспокойный сон
- в Сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке
- г Ничего из вышеперечисленного

У ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, СТРАДАЮЩЕГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД ПУПКОМ, ИРРАДИИРУЩИЙ ЛАТЕРАЛЬНО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

- а Феохромоцитома
- б Поликистоз почек
- в Коарктация аорты
- г Стеноз почечных артерий

ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- а Гипокортицизм
- б Гипопаратиреоз
- в Альдостеронизм
- г Болезнь Аддисона

ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО АЛЬДОСТЕРОНИЗМА ХАРАКТЕРНО:

- а Низкая активность ренина
- б Повышенный уровень альдостерона
- в Гипокалиемия
- г Все перечисленное

ДЛЯ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРНО:

- а Гипокалиемия
- б Различие продольных размеров почек более чем в 1,5 раза
- в Внезапное появление или быстрое утяжеление артериальной гипертензии
- г Ухудшение функции почек на фоне приема иАПФ
- д Все вышеперечисленное верно

ПАЦИЕНТ 80 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АД 150/85 ММ.РТ.СТ), ПОКАЗАНО ЛИ НАЗНАЧЕНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ:

- а Показано во всех случаях

- б Не показано, при хорошей субъективной переносимости
- в Показано курсовое лечение метаболическими препаратами (триметазидин, мексидол)
- г Показана гипотензивная терапия, в сочетании с курсами метаболических препаратов

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1
СТЕПЕНИ И СРЕДНИМ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ РИСКОМ:**

- а Начать медикаментозную терапию
- б Принять меры по нормализации образа жизни без начала медикаментозной терапии
- в Коррекция образа жизни. Динамическое наблюдение в течение нескольких недель, с дальнейшим решением вопроса о начале медикаментозной терапии
- г Мониторирование АД без начала медикаментозной терапии

**АБСОЛЮТНЫМ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К
ПРИМЕНЕНИЮ БЕТА-БЛОКАТОРОВ У
ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Атриовентрикулярная блокада 2 степени
- б Атриовентрикулярная блокада 1 степени
- в ХОБЛ
- г Все вышеперечисленное верно

**НАЗНАЧЕНИЕ иАПФ ПРИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ,
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО У СЛЕДУЮЩИХ
ГРУПП ПАЦИЕНТОВ:**

- а Пациенты с острым инфарктом миокарда
- б Пациенты с хронической сердечной недостаточностью
- в Пациенты с сахарным диабетом
- г Все вышеперечисленное верно

**НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ:**

- а Тиазидные диуретики
- б Антагонисты кальция
- в Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- г Все перечисленные препараты одинаково эффективны

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИИ БЕРЕМЕННЫХ
РЕКОМЕНДОВАН ПРИЕМ:**

- а Метилдопы
- б Диуретиков
- в Ингибиторов АПФ
- г Альфа-адреноблокаторов

**ГИПОТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ,
НАРУШАЮЩИЕ ЗАКЛАДКУ ПОЧЕК
ПЛОДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ:**

- а Бета-адреноблокаторы
- б Блокаторы кальциевых каналов
- в Ингибиторы АПФ
- г Агонисты I-имидазолиновых рецепторов

**ПРИ НИЗКОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА
ПРОТИВОПОКАЗАНА СЛЕДУЮЩАЯ
ГРУППА ГИПОТЕНЗИВНЫХ
ПРЕПАРАТОВ:**

- а Блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда
- б Верапамил, дилтиазем
- в Бета-адреноблокаторы
- г Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

ДЕНЕРВАЦИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ:

- а Может рассматриваться как метод лечения всех пациентов с артериальной гипертензией
- б Безопасна и высокоэффективная процедура

- в Может рассматриваться при неэффективности гипотензивной терапии у пациентов с тяжелой артериальной гипертензией
- г Все вышеперечисленное верно

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА КОМБИНАЦИЯ ИНДАПАМИДА С:

- а иАПФ
- б Нифедипином пролонгированного действия
- в Бета – адреноблокаторами
- г Все вышеперечисленное верно

ПОВЫШЕНИЕ ЦИФР АД ДО 145/95 ММ.РТ.СТ., СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

- а Высокому нормальному АД
- б Артериальная гипертензия 1 ст
- в Артериальная гипертензия 2 ст
- г Артериальная гипертензия 3 ст

НОРМАЛЬНЫЕ ЦИФРЫ АД:

- а Систолическое артериальное давление <120 мм.рт.ст. и диастолическое артериальной давление <80 мм.рт.ст.
- б Систолическое артериальное давление <130 мм.рт.ст. и диастолическое артериальной давление <105 мм.рт.ст.
- в Систолическое артериальное давление <135 мм.рт.ст. и диастолическое артериальной давление <80 мм.рт.ст.
- г Систолическое артериальное давление <140 мм.рт.ст. и диастолическое артериальной давление <85 мм.рт.ст.

ПРИ ПОВТОРНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ АД ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫ ВРАЧОМ СЛЕДУЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЯ 160/100 , 158/105, 150/100, 165/105. КАК СЛЕДУЕТ ТРАКТОВАТЬ ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ:

- а Изолированная систолическая артериальная гипертензия
- б Артериальная гипертензия 1 ст
- в Артериальная гипертензия 2 ст
- г Артериальная гипертензия 3 ст

НА ПРИЕМЕ ВРАЧОМ ПРИ ПОВТОРНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ АД БЫЛИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЯ 130/90, 138/92, 135/95, 120/94. ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ СЛЕДУЕТ ТРАКТОВАТЬ КАК:

- а Нормальное АД
- б Повышенное нормальное АД
- в Гипертензия 1 ст.
- г Гипертензия 2 ст.

ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА:

- а SCORE
- б CHA2DS2-VASc
- в HAS-BLED
- г Стратификация риска не показана

ВЫЯВЛЕНИЕ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ ИМЕЕТ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ТАК КАК:

- а Увеличивает общую смертность и увеличивает частоту сердечно-сосудистых событий
- б Не влияет на прогноз, ухудшает качество жизни
- в Увеличивает риск инфаркта миокарда
- г Увеличивает частоту внезапной смерти

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ «ГИПЕРТЕНЗИИ БЕЛОГО ХАЛАТА» И МАСКИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ:

- а Суточного мониторирования АД
- б Проведение стресс-теста по протоколу Брюса

- в Измерение активности в крови ренина и кортизола
- г Все вышеперечисленное верно

ПАЦИЕНТ 60 ЛЕТ С ЦИФРАМИ АД 170/105 ММ.РТ.СТ., ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ИМЕЕТ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ:

- а Умеренный риск
- б Высокий риск
- в Очень высокий риск
- г Низкий риск

НА ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ –МИШЕНЕЙ УКАЗЫВАЕТ:

- а Индекс Соколова-Лайона $>3,5$ мВ, $RaVL >1,1$ мВ
- б Комплекс интима-медиа = $1,1$
- в Лодыжечно-плечевой индекс $<0,9$
- г Все вышеперечисленное верно

НА ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ –МИШЕНЕЙ УКАЗЫВАЕТ:

- а Толщина межжелудочковой перегородки 13 мм
- б Скорость клубочковой фильтрации 30-60 мл/мин/1,73м²
- в Наличие атеросклеротической бляшки в луковице сонной артерии
- г Все вышеперечисленное верно

НА ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ –МИШЕНЕЙ УКАЗЫВАЕТ:

- а Толщина межжелудочковой перегородки 15 мм
- б Давящие боли за грудиной при ходьбе
- в Скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73м²
- г Все вышеперечисленное верно

В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ПОКАЗАНО ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ:

- а Определение уровня креатинина и уровня липидов крови

- б ЭКГ
- в Общий анализ мочи
- г МРТ-головного мозга

ПАЦИЕНТ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ГОЛОВНОЙ БОЛЮ, ПОТЛИВОСТЬЮ, СЕРДЦЕБИЕНИЕМ. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- а Определение фракция метанефринов в моче или свободных метанефринов в плазме.
- б КТ или МРТ брюшной полости и таза.
- в УЗИ органов брюшной полости
- г Все вышеперечисленное верно

У ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, СТРАДАЮЩЕГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД ПУПКОМ, ИРРАДИИРУЩИЙ ЛАТЕРАЛЬНО. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

- а Дуплексная доплероультрасонография почек.
- б Магнитнорезонансная ангиография почечных артерий
- в Мультиспиральная компьютерная томография почек и почечных артерий
- г Все вышеперечисленное верно

У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЛУНООБРАЗНОЕ ЛИЦО, ОЖИРЕНИЕ ИМТ, СТРИИ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

- а Синдром Кушинга
- б Поликистоз почек
- в Коарктация аорты

г Гипокортицизм

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУТОЧНОЙ
ЭКСКРЕЦИИ КОРТИЗОЛА С МОЧОЙ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:**

- а Феохромоцитомы
- б Синдрома Кушинга
- в Первичного альдостеронизма
- г Реноваскулярной гипертензии

**ПАЦИЕНТ С АД 150/80 ММ.РТ.СТ.,
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И
ДЛИТЕЛЬНЫМ СТАЖЕМ КУРЕНИЯ.
КАКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НЕОБХОДИМО
ДАТЬ ПАЦИЕНТУ:**

- а Модификация образа жизни, отказ от курения, показана медикаментозная гипотензивная терапия
- б Динамическое наблюдение, показана только модификация образа жизни и отказ от курения
- в Показана медикаментозная терапия, модификация образа жизни мало эффективна у данной группы пациентов
- г Курение и модификация образа жизни не влияют на прогноз, при данной степени артериальной гипертензии медикаментозная терапия не показана.

**ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА
ЛПНП У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ
ССО:**

- а ХС-ЛПНП <2,5 ммоль/л
- б ХС-ЛПНП <4,5 ммоль/л
- в ХС-ЛПНП \leq 3,5 ммоль/л

**ПАЦИЕНТКАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕНОПАУЗОЙ:**

- а Показана заместительная гормональная терапия
- б Показана терапия селективными модуляторами эстрогеновых рецепторов
- в Показан прием высоких доз витамина Е

- г Заместительная гормональная терапия, терапия селективными модуляторами эстрогеновых рецепторов и витамином Е не рекомендована.

ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ЦИФР АД У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ:

- а <140/85 мм.рт.ст.
- б <150/90 мм.рт.ст.
- в <120/80 мм.рт.ст.
- г <160/90 мм.рт.ст.

ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА НОЧНОГО АПНОЭ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а СРАР-терапия
- б Пластика язычка и небных дужек
- в Лазерная пластика мягкого неба
- г Все вышеперечисленное верно

ПАЦИЕНТАМ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО:

- а Отказ от курения
- б Снижение массы тела
- в Применение ингибиторов фосфодиэстеразы-5
- г Все вышеперечисленное верно

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТЕПЕНИ И ВЫСОКИМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ РИСКОМ:

- а Коррекция образа жизни, назначение гипотензивной терапии
- б Принять меры по нормализации образа жизни без начала медикаментозной терапии
- в Динамическое наблюдение в течение нескольких недель, с дальнейшим решением вопроса о начале медикаментозной терапии, коррекция образа жизни

- г Мониторирование АД без начала медикаментозной терапии

ПРИ ВЫБОРЕ ПРЕПАРАТА ДЛЯ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ:

- а Аллергологический анамнез
- б Наличие сопутствующих заболеваний
- в Предыдущий опыт пациента по применению гипотензивных средств
- г Все вышеперечисленное верно

ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Лизиноприл
- б Спиринолактон
- в Аликсирен
- г Валсартан

ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК ТЕРАПИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ С:

- а Ингибиторов АПФ
- б Бета-адреноблокаторов
- в Мочегонных
- г Антагонистов кальция

ТЕРАПИЯ «ПЕТЛЕВЫМИ» ДИУРЕТИКАМИ:

- а Противопоказана при наличии сопутствующей почечной недостаточности
- б Показана для купирования гипертонического криза осложненного левожелудочковой недостаточностью
- в Вызывает гиперкалиемию
- г Не рекомендована в комбинации с антагонистами альдостерона

**ДЛЯ ПАЦИЕНТА СО СТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В
КАЧЕСТВЕ МОНОТЕРАПИИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЛУЧШЕ
ИСПОЛЬЗОВАТЬ:**

- а Альфа-адреноблокаторы
- б Бета-адреноблокаторы
- в Молсидомин
- г Нитраты

**ПОДАГРА ЯВЛЯЕТСЯ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ
НАЗНАЧЕНИЯ:**

- а Бета-адреноблокаторов
- б Ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- в Блокаторов кальциевых каналов
- г Тиазидных диуретиков

**МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА,
ОСЛОЖНЕННОГО РАЗВИТИЕМ
ИНФАРКТА МИОКАРДА ИЛИ
РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ
АОРТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Сублингвальный прием дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов короткого действия
- б Внутримышечное введение пентамина
- в Внутривенное введение нитропрусида натрия
- г Внутривенное введение диазоксида

**СНИЖЕНИЕ АД В ТЕЧЕНИЕ 24-48 ЧАСОВ
РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ:**

- а Гипертоническом кризе, осложненном развитием острой неврологической симптоматики
- б Гипертоническом кризе, осложненном развитием ангинозного приступа
- в Гипертоническом кризе, осложненном развитием расслаивающей аневризмы аорты
- г Неосложненном гипертоническом кризе

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ
РЕКОМЕНДОВАНО:**

- а Хирургическое удаление опухоли
- б Бета -адреноблокаторы
- в Агонисты I-имидазолиновых рецепторов
- г Блокаторы кальциевых каналов

**БОЛЬНЫМ С ПОВЫШЕННЫМ
НОРМАЛЬНЫМ АД СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ
ГИПОТЕНЗИВНУЮ
МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ:**

- а Если они относятся к категории низкого дополнительного риска
- б Гипотензивная терапия не требуется
- в При любом дополнительном риске
- г Если они относятся к категории среднего дополнительного риска

**ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ РЕКОМЕНДОВАНО:**

- а Добавить к терапии спиронолактон или доксазозин при отсутствии противопоказаний
- б Добавить к терапии моксонидин
- в Уменьшить количество потребляемой жидкости
- г Все вышеперечисленное верно

**ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННЫМ
С ГИПОТЕНЗИВНОЙ ЦЕЛЬЮ
ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:**

- а Лазикс в/в
- б Нитропруссид в/в
- в Эналаприл в/в
- г Каптоприл сублингвально

**ПРИ ВЫБОРЕ ПРЕПАРАТА ДЛЯ
ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ:**

- а Аллергологический анамнез
- б Наличие поражения органов-мишеней
- в Наличие сопутствующих заболеваний

- г Предыдущий опыт пациента по применению гипотензивных средств

НА ВТОРИЧНЫЙ ХАРАКТЕР ГИПЕРТЕНЗИИ УКАЗЫВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

- а Наличие в анамнезе болезни почек
- б Периодическая мышечная слабость и судороги
- в Тремор рук, повышенная потливость, учащенное сердцебиение, повышенная возбудимость
- г Полиурия, полидипсия

КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА МОГУТ ПОВЫШАТЬ АД?

- а Пероральные контрацептивы
- б Циклоспорин
- в НПВС
- г Эритропоэтин

НА ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ –МИШЕНЕЙ УКАЗЫВАЕТ:

- а Индекс Соколова-Лайона $>3,5$ мВ, $RaVL >1,1$ мВ
- б Комплекс интима-медиа = $0,5$
- в Лодыжечно-плечевой индекс $<0,9$
- г Толщина межжелудочковой перегородки 10 мм

К ПОРАЖЕНИЯМ ОРГАНОВ –МИШЕНЕЙ ОТНОСИТСЯ:

- а Микроальбуминурия
- б Скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73м²
- в Лодыжечно-плечевой индекс $<0,9$
- г Толщина межжелудочковой перегородки 15 мм

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

- а ЭКГ
- б Определение микроальбуминурии
- в УЗИ сонных артерий

г КТ головного мозга

**ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Утолщение стенки сонных артерий-интима-медиа $>1,1$
- б Лодыжечно-плечевой индекс < 0.9
- в Микроальбуминурия
- г Мелена

**ФАКТОРЫ, ОТРИЦАТЕЛЬНО
ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ ПРИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:**

- а Нарушение толерантности к глюкозе
- б Высокий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности
- в Толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 9 мм
- г Микроальбуминурия

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ, НЕОБХОДИМЫ
ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩЕЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА:**

- а Определение уровня креатинина, уровня липидов и мочевой кислоты в крови
- б Общий анализ мочи и определение микроальбуминурии
- в ЭКГ в 12 отведениях
- г МСКТ-коронарографию

**У ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА
ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, СТРАДАЮЩЕГО
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ПРИ
АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ
СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ
НАД ПУПКОМ, ИРРАДИИРУЮЩИЙ
ЛАТЕРАЛЬНО. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ
СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

- а Определение уровня калия и креатинина крови
- б Проведение теста с иАПФ

- в Дуплексная доплеровская ультразвусонография почек
- г Определение фракция метанефринов в моче или свободных метанефринов в плазме

**НА СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ МОЖЕТ
УКАЗЫВАТЬ:**

- а Пальмарная эритема
- б Усиление верхушечного толчка
- в Шум при аускультации брюшной полости латеральнее пупка
- г Лунообразное лицо

**ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ
ПЕРВИЧНОГО АЛЬДОСТЕРОНИЗМА:**

- а Гипокалиемия
- б Визуализированная опухоль надпочечников
- в Повышенная экскреция катехоламинов с мочой
- г Повышенная экскреция кортизола с мочой

**ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СИНДРОМА
КУШИНГА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ:**

- а Ангиографию сосудов почек
- б Сканирование с метилиодобензилгуанидином
- в Определение суточной экскреции кортизола с мочой
- г Измерение АД на артериях рук и ног

**ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:**

- а Определение катехоламинов и их метаболитов в анализах суточной мочи
- б Определение экскреции кортизола с мочой
- в Определение уровня калия в сыворотке крови
- г Тест с клонидином

**ФИБРОМЫШЕЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ
МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ:**

- а Ортостатической гипотензии
- б Реноваскулярной гипертензии
- в Инфаркта почки
- г Полиурии

**К ПРИЗНАКАМ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ОТНОСЯТСЯ:**

- а Быстрое прогрессивное снижение зрения
- б Возраст младше 30 лет
- в Мышечная слабость, судороги
- г Частые головные боли

**ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ
РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:**

- а Атеросклероз
- б Гломерулонефрит
- в Фибромышечная дисплазия
- г Мочекаменная болезнь

**ДЛЯ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА ИЛИ
ГИПОКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНО:**

- а Ортостатическая гипотензия
- б Гиперпигментация кожи
- в Мышечная слабость, усталость
- г Снижение уровня кортизола в крови

**ШКАЛА СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА
SCORE ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ:**

- а Возраст
- б Курение
- в Пол
- г Уровень холестерина липопротеинов
высокой плотности

**АБСОЛЮТНЫМ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К
ПРИМЕНЕНИЮ иАПФ У ПАЦИЕНТОВ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Двусторонний стеноз почечных артерий
- б Гиперкалиемия
- в Беременность
- г Хроническая болезнь почек

**НАЗНАЧЕНИЕ иАПФ ПРИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ,
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО:**

- а Пациентам с острым инфарктом миокарда
- б Пациентам с хронической сердечной недостаточностью
- в Пациентам с сахарным диабетом
- г Молодым женщинам, планируемым беременность

**ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННЫМ
С ГИПОТЕНЗИВНОЙ ЦЕЛЬЮ
ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:**

- а Лазикс в/в
- б Нитропруссид в/в
- в Нитроглицерин в/в
- г Эналаприл в/в

**ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВИЧНЫМ
ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Лизиноприл
- б Спиринолактон
- в Эплеренон
- г Валсартан

**ПРЕПАРАТЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ
ЛЕКАРСТВЕННУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ
ГИПЕРТЕЗИЮ:**

- а Индометацин
- б Цефалоспорины
- в Ацетилцистеин
- г Эритропоэтин

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 2
СТЕПЕНИ И УМЕРЕННЫМ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ РИСКОМ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

- а Начать медикаментозную терапию
- б Принять меры по нормализации образа жизни без начала медикаментозной терапии

- в Динамическое наблюдение в течение нескольких недель, с дальнейшим решением вопроса о начале медикаментозной терапии, коррекция образа жизни
- г Мониторирование АД без начала медикаментозной терапии

КОРРЕКЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРЫ:

- а Уменьшение потребления поваренной соли
- б Занятия тяжелой атлетикой
- в Уменьшение потребления насыщенных жиров
- г Отказ от курения

К ОСНОВНЫМ РЕКОМЕНДОВАННЫМ КЛАССАМ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ:

- а Альфа-адреноблокаторы
- б Ингибиторы АПФ
- в Блокаторы кальциевых каналов
- г Пролонгированные нитраты

РЕКОМЕНДОВАННЫЕ КОМБИНАЦИИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ:

- а Дилтиазем и бета-адреноблокатор
- б иАПФ и индапамид
- в иАПФ и блокаторы рецепторов к ангиотензину II
- г Блокатор кальциевых каналов и ингибитор АПФ

НЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ КОМБИНАЦИИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ:

- а Дилтиазем и бета-адреноблокатор
- б иАПФ и тиазидный диуретик
- в иАПФ и блокаторы рецепторов к ангиотензину II
- г Блокатор кальциевых каналов и ингибитор АПФ

ПРИЕМ иАПФ:

- а Рекомендовано при сопутствующем хроническом заболевании почек
- б При терапии необходим тщательный контроль за уровнем креатинина и калия
- в Препараты выбора для лечения артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом
- г Может приводить к гипокалиемии

ПРИ НАЛИЧИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а Дилтиазем
- б Бета-адреноблокаторы
- в Диуретики
- г Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ:

- а Перемежающаяся хромота
- б Бронхиальная астма
- в Атриовентрикулярная блокада I степени
- г Сахарный диабет

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ:

- а Тиазидных диуретиков
- б Блокаторов кальциевых каналов
- в Ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- г Бета-блокаторов

К ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫМ ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТСЯ:

- а Эндотелин
- б Простациклин
- в Тромбоксан
- г NO

У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИСХОДНЫМ УРОВНЕМ КРЕАТИНИНА 98 МКМОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ТЕРАПИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА ДО 120 МКМОЛЬ /Л . СЛЕДУЕТ:

- а Продолжить терапию лизиноприлом в той же дозе под контролем уровня креатинина
- б Отменить лизиноприл
- в Уменьшить дозу лизиноприла в 2 раза под контролем уровня креатинина
- г Добавить фуросемид

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРА К АНГИОТЕНЗИНУ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Уровень калия крови выше 5.5 ммоль/л
- б Скорость клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/73 м3
- в Стеноз одной из почечных артерий
- г Беременность

КОМБИНАЦИЯ АМЛОДИПИНА С ИНГИБИТОРОМ АПФ ИЛИ БЛОКАТОРОМ РЕЦЕПТОРА К АНГИОТЕНЗИНУ:

- а Является метаболически нейтральной, не оказывает негативного влияния на углеводный и липидный обмен
- б Не показана при хронической болезни почек
- в Рекомендована женщинам детородного возраста
- г Эффективно снижает артериальное давление

**ПРИЧИНЫ ПОВЫШЕНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ
ОЖИРЕНИИ:**

- а Повышенная выработка контринсулярных гормонов и симпатическая активация вследствие гиперинсулинемии
- б Снижение влияния инсулина на синтез NO и вазодилатацию вследствие инсулинорезистентности
- в Повышенная выработка альдостерона и задержка жидкости
- г Снижение скорости клубочковой фильтрации

**ПРИЗНАКИ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА
ВОЗМОЖНЫЙ ВТОРИЧНЫЙ ХАРАКТЕР
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:**

- а Абдоминальное ожирение
- б Кожные проявления нейрофиброматоза
- в Увеличенные почки при пальпации
- г Шум при аускультации сонных артерий

**ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ПРИЕМ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ
КИСЛОТЫ В МАЛЫХ ДОЗАХ:**

- а Рекомендован всем пациентам
- б Не рекомендован пациентам с низким и умеренным риском сердечно-сосудистых осложнений
- в Рекомендован пациентам старше 65 лет
- г Рекомендован женщинам в менопаузе

АЛЬФА 1 АДРЕНОБЛОКАТОРЫ:

- а Могут быть использованы в малых дозах для лечения симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы
- б Могут быть использованы в комбинации с основными гипотензивными препаратами при лечении резистентной артериальной гипертензии

- в Могут быть использованы в качестве монотерапии артериальной гипертензии у пожилых мужчин
- г По данным рандомизированных исследований снижают сердечно-сосудистый риск при лечении артериальной гипертензии, так же, как диуретики и блокаторы кальциевых каналов

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ
ВЕРАПАМИЛА И ДИЛТИАЗЕМА ПРИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:**

- а Выраженная гипертрофия левого желудочка
- б Снижение фракции выброса левого желудочка
- в АВ- блокада 2 и 3 степени
- г Гипопаратиреоз

**ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И
ФРАКЦИИ ВЫБРОСА МЕНЕ 35%
ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ**

- а Верапамила и дилтиазема
- б Моксонидина
- в Бета-адреноблокаторов
- г Тиазидных диуретиков

ТЕМА: «ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА»

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

**ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА
СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ И
УТОЧНЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКИ
ПАЦИЕНТУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
ПРОВЕСТИ:**

- а Суточное мониторирование ЭКГ
- б Электрофизиологическое исследование миокарда
- в Стресс-тест с визуализацией миокарда или регистрацией ЭКГ
- г Эхокардиографическое исследование

**ТИПИЧНОЙ КЛИНИКОЙ СТЕНОКАРДИИ
НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Появление неприятных ощущений за грудиной при быстрой ходьбе, прекращение приступа в покое
- б Появление неприятных ощущений за грудиной после еды, уменьшающихся в положении сидя
- в Неприятные ощущения за грудиной при эмоциональной нагрузке, уменьшаются при ходьбе
- г Одышка, уменьшающаяся в положении ортопноэ

**ДЛЯ КОРОНАРНОГО СИНДРОМА X
ХАРАКТЕРНО:**

- а Боли в грудной клетки при физической нагрузке + отсутствие стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии + депрессия сегмента ST при проведении стресс-теста
- б Боли в грудной клетки без связи с физической нагрузкой + отсутствие стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии независимо от результатов стресс-теста
- в Боли в грудной клетки при физической нагрузке+ возникновение депрессий на стресс-тесте+ стенотическое поражение коронарных артерий при коронарографии
- г Боли в грудной клетки при физической нагрузке+ стенотическое поражение коронарных артерий+ отсутствие депрессий сегмента ST при проведении стресс-теста

**ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ НЕ
ХАРАКТЕРНО:**

- а Возникновение боли при резких движениях, поворотах туловища

- б Локализация боли на ограниченном пространстве в области верхушки сердца
- в Ощущение «неполноты вдоха»
- г Все из вышеперечисленного

У ПАЦИЕНТА АНГИНОЗНЫЕ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ХОДЬБЕ В УМЕРЕННОМ ТЕМПЕ В ПЕРВЫЕ ДВА ЧАСА ПОСЛЕ ПРОБУЖДЕНИЯ. В ОСТАЛЬНОЕ ВРЕМЯ ПРИ УМЕРЕННЫХ НАГРУЗКАХ АНГИНОЗНЫЕ БОЛИ НЕ РЕЦИДИВИРОВАЛИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС СТЕНОКАРДИИ:

- а Стенокардия напряжения I ф.к.
- б Стенокардия напряжения II ф.к.
- в Стенокардия напряжения III ф.к.
- г Стенокардия напряжения IV ф.к.

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МСКТ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Исключение ИБС у пациентов с низкой претестовой вероятностью
- б Решение вопроса о необходимости проведении ЧКВ
- в Определение степени стенотического поражения коронарных артерий
- г Повышение уровня тропонина

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА У БОЛЬНЫХ ИБС ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а Холестирамин
- б Фибраты
- в Статины
- г Никотиновую кислоту

ПРЕПАРАТЫ, УВЕЛИЧИВАЮЩИЕ РИСК РАБДОМИОЛИЗА ПРИ СОВМЕСТНОМ ПРИЕМЕ СО СТАТИНАМИ:

- а Циклоспорин, такролимус
- б Макролиды
- в Фибраты

г Все вышеперечисленное верно

**ПРИЕМ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ
НИТРАТОВ ПОКАЗАН:**

- а Всем больным с ИБС
- б Больным, перенесшим острый инфаркт миокарда
- в Больным, перенесшим инфаркт миокарда с формированием аневризмы левого желудочка
- г Больным с повторяющимися ангинозными болями при невозможности реваскуляризации миокарда

**ПРИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ
СТЕНОКАРДИИ ПРЕПАРАТАМИ
ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Блокаторы кальциевых каналов
- б Нитраты
- в Бета- адреноблокаторы
- г Ранолазин

**ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС
РЕКОМЕНДОВАН ПРИЕМ
АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ:**

- а 300-500 мг
- б 80-100 мг
- в Предпочтительно использовать кишечнорастворимые формы
- г Прием ацетилсалициловой кислоты рекомендован в течение 1 года после перенесенного инфаркта миокарда

**ПРЕПАРАТЫ,ИНГИБИРУЮЩИЕ ГМГ-
КоА РЕДУКТАЗУ:**

- а Фибраты
- б Статины
- в Эзетимиб
- г Никотиновая кислота

**ПРИЕМ СТАТИНОВ ПОКАЗАН
ПАЦИЕНТАМ С:**

- а ИБС
- б Атеросклеротическим поражением сонных артерий

- в Артериальной гипертензией и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений
- г Всем перечисленным группам пациентов

АКТИВАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДАВЛЕНА:

- а Ацетилсалициловой кислотой
- б Клопидогрелем
- в Ингибиторами P2b/P3a рецепторов
- г Всеми вышеперечисленными препаратами

ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП ДЛЯ ЛИЦ С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- а Ниже 8 ммоль/л
- б Ниже 2.5 ммоль/л
- в Ниже ммоль/л
- г Ниже 3.0 ммоль/л

ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП ДЛЯ ЛИЦ С УМЕРЕННЫМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- а Ниже 8 ммоль/л
- б Ниже 2.5 ммоль/л
- в Ниже 2.0 ммоль/л у мужчин и 3.0 у женщин
- г Ниже 3.0 ммоль/л

ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ИМПЛАНТАЦИЕЙ СТЕНТА БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ «ДВОЙНАЯ» АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ:

- а Не менее 1 месяца
- б Не менее 1 года
- в Не менее 6 месяцев
- г У пациентов с низким риском кровотечения в течение 6 месяцев, с высоким риском кровотечения в течение 1 месяца

**ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ
АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ
ПАЦИЕНТАМ СО СТАБИЛЬНЫМИ
ФОРМАМИ ИБС РЕКОМЕНДОВАН
ПОСТОЯННЫЙ ПРИЕМ:**

- а Клопидогреля
- б Тикагрелора
- в Дипиридамола
- г Ривароксабана

**РОСТУ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ
БЛЯШКИ СПОСОБСТВУЕТ
УВЕЛИЧЕНИЕ:**

- а Холестерина липопротеидов низкой плотности
- б Холестерина липопротеидов высокой плотности
- в Уровня кальция в крови
- г Хиломикронов

**ПРИ ИНДЕКСЕ ДЬЮКА -11 ПАЦИЕНТ
ВХОДИТ В ГРУППУ:**

- а ИБС среднего риска
- б ИБС низкого риска
- в ИБС высокого риска
- г ИБС сомнительная

**НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
КОРОНАРОГРАФИЮ У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС, ЕСЛИ ПО
РЕЗУЛЬТАТАМ СТРЕСС-ТЕСТА:**

- а Индуцированная зона ишемии миокарда левого желудочка > 10%
- б Индекс Дьюка = -11
- в Произошло снижение цифр АД во время нагрузки ≥ 20 мм рт.ст.
- г Во всех вышеуказанных случаях

**КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ НА СЧЕТ
ПРЕТЕСТОВОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ИБС
ВЕРНЫ:**

- а Претестовая вероятность- это вероятность ИБС у конкретного пациента в % , оцененная по клиническим данным до проведения диагностических тестов

- б При определении претестовой вероятности учитывается пол и возраст пациента
- в У мужчины старше 70 лет с болями за грудиной при небольших физических нагрузках претестовая вероятность ИБС превышает 85%
- г Все вышеперечисленное верно

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЭКГ- ПРОБ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ (ТРЕДМИЛ-ТЕСТ ИЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЯ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО 70%. ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО:

- а У 70% пациентов с ИБС стресс- тест положительный
- б У 70% лиц без ИБС стресс – тест положительный
- в У 70% пациентов с ИБС стресс- тест отрицательный
- г У 70% лиц без ИБС стресс – тест отрицательный

СПЕЦИФИЧНОСТЬ ЭКГ- ПРОБ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ (ТРЕДМИЛ-ТЕСТ ИЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЯ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО 85 %. ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО:

- а У 85% пациентов с ИБС стресс- тест положительный
- б У 85% лиц без ИБС стресс – тест положительный
- в У 85 % пациентов с ИБС стресс- тест отрицательный
- г У 85 % лиц без ИБС стресс – тест отрицательный

КОМПЬЮТЕРНАЯ КОРОНАРОГРАФИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА:

- а Для исключения ИБС у пациентов с частой симптомной желудочковой экстрасистолией

- б Для исключения ИБС при невысокой вероятности и сомнительном стресс-тесте
- в Как скриннинговый метод у асимптомных пациентов
- г Все вышеперечисленное верно

У ПАЦИЕНТА АНГИНОЗНЫЕ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ХОДЬБЕ НА 400М В ОБЫЧНОМ ТЕМПЕ. ОПРЕДЕЛИТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС СТЕНОКАРДИИ:

- а Стенокардия напряжения I ф.к.
- б Стенокардия напряжения II ф.к.
- в Стенокардия напряжения III ф.к.
- г Стенокардия напряжения IV ф.к.

АНГИНОЗНЫЙ ХАРАКТЕР ДИСКОМФОРТА В ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ВЫСОКОВЕРОЯТЕН, ЕСЛИ:

- а Дискомфорт проходит после приема нитроглицерина сублингвально в течение 2-3 минут
- б Дискомфорт усиливается при ходьбе в холодную, ветренную погоду.
- в Дискомфорт не изменяется при глубоком вдохе
- г Все вышеперечисленное верно

ПРИ ОТСУТСТВИИ ИБС, ПРИЕМ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОКАЗАН:

- а Всем пациентам с артериальной гипертензией
- б Пациентам со стенотическими поражениями сонных артерий
- в Всем пациентам с сахарным диабетом
- г Всем пациентам с почечной недостаточностью

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ КРОВОТОКА (FFR) - ЭТО:

- а Соотношение между давлением в дистальном отделе коронарной артерии и давлением в аорте в условиях максимальной гиперемии

- б Соотношение между скоростью кровотока в условиях максимальной гиперемии и базальной скоростью кровотока в коронарной артерии
- в Соотношение престенотического и постстенотического диаметра артерии
- г Разница между систолическим и диастолическим давлением в коронарной артерии

**ПРИ СТЕНОЗЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ
КОРОНАРНОЙ АРТТЕРИИ И SYNTAX
SCORE МЕНЕЕ 22 ЦЕЛЕСООБРАЗНО:**

- а Реваскуляризация не показана
- б Показано чрескожное коронарное вмешательство, аорто- коронарное шунтирование нецелесообразно
- в Показано аорто- коронарное шунтирование, чрескожное коронарное вмешательство противопоказано
- г Возможно проведение как АКШ, так и чрескожного коронарного вмешательства

**ПРИ ТРЕХСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ
КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И SYNTAX
SCORE 23-32:**

- а Реваскуляризация не показана
- б Показано аорто- коронарное шунтирование
- в Показано чрескожное коронарное вмешательство
- г Возможно проведение как АКШ, так и чрескожного коронарного вмешательства

**ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ АОРТО-
КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ПРИ:**

- а Наличии поражения ствола левой коронарной артерии с SYNTAX Score>32

- б Наличии трехсосудистого поражения коронарных артерий с SYNTAX Score в диапазоне 23-32
- в Наличии одно- или двухсосудистого поражения коронарных артерий без вовлечения проксимального отдела передней межжелудочковой артерии
- г Во всех перечисленных случаях

**ВНУТРИВЕННАЯ ИНФУЗИЯ
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА В
ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ
ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
ДЛЯ:**

- а Коррекции скрытой гиповолемии
- б Улучшения реологических свойств крови
- в Профилактики контраст-индуцированной нефропатии
- г Коррекции интраоперационной кровопотери

**ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ДЛЯ
ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА
АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У
ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧКВ:**

- а Показано всем пациентам
- б Показано при развитии ИБС в молодом возрасте
- в Рекомендовано пациентам с тромбозом стента
- г Показано в случае применения клопидогреля

**ИМПЛАНТАЦИЯ СТЕНТА С
ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ПАЦИЕНТАМ:**

- а С высоким риском кровотечения
- б С сахарным диабетом
- в При планируемом хирургическом вмешательстве
- г С мерцательной аритмией

**КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ
ОТНОСИТЕЛЬНО ПАЦИЕНТОВ С
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕ ВЕРНЫ:**

- а Целевой уровень HbA1c для снижения сердечно-сосудистого риска- менее 7%
- б Прием статинов рекомендован всем пациентам для снижения сердечно-сосудистого риска
- в Целевой уровень АД <140/80 мм рт.ст.
- г Прием ацетилсалициловой кислоты рекомендован всем пациентам вне зависимости от клинических проявлений атеросклероза

У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ 3 Ф.К. ПРИ КОРОНАРОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО МНОГОСОСУДИСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ. НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНО ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА:

- а Аортокоронарное шунтирование
- б Чрескожное коронарное вмешательство с установкой покрытых стентов нового поколения
- в Чрескожное коронарное вмешательство с установкой голометаллических стентов
- г Оптимальная медикаментозная терапия

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП НА 1 ММОЛЬ/Л УМЕНЬШАЕТ ЛЕТАЛЬНОСТЬ НА:

- а 10%
- б 50%
- в 90%
- г Снижение уровня холестерина ЛПНП не влияет на прогноз у пациентов с ИБС

РАЗВИТИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ МОЖНО ПРЕОДОЛЕТЬ:

- а Совместным применением с ацетилцистеином
- б Совместным применением с ингибиторами АПФ

- в Прерывистым применением с периодом, свободным от нитратов 8-12 часов
- г Преимущественным применением мононитратов

У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ 1 ЛИНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а Метформин
- б Производные сульфаниламидов
- в Ингибиторы альфа-глюкозидаз
- г Тиазолидиндионы

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТФОРМИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ:

- а Не показано из-за риска лактацидоза
- б Сопряжено с повышенным риском гипогликемии
- в Снижает риск сердечно-сосудистых осложнений
- г Не имеет преимуществ перед применением препаратов сульфаниламидов

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИЕМУ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИБС:

- а Фракция выброса менее 35%
- б Бронхиальная астма
- в Микроваскулярная стенокардия (кардиальный синдром Х)
- г Хроническая болезнь почек со скоростью клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/73м³

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИИ У ПАЦИЕНТА С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ:

- а ЭКГ-пробу с физической нагрузкой
- б Стресс – эхокардиографию

- в Холтеровское мониторирование ЭКГ
- г Сцинтиграфию миокарда с физической нагрузкой.

ПРИЧИНОЙ СТЕНОКАРДИИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА БЕЗ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ МОЖЕТ БЫТЬ:

- а Болезнь Такаясу
- б Болезнь Kawasaki
- в Фибромышечная дистрофия
- г Наследственный дефицит антитромбина III

СТРЕСС – ЭХОКГ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ЭКГ-ПРОБОЙ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ:

- а Позволяет оценить объём ишемизированного миокарда
- б Позволяет определить локализацию ишемии
- в Не показано пациентам после аорто-коронарного шунтирования из-за сложностей визуализации
- г Сопровождается меньшим риском для пациента во время процедуры

АНГИНОЗНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ В ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ МАЛОВЕРОЯТЕН, ЕСЛИ:

- а Боли носят колющий характер
- б Боли ноющего характера проходят после прием нитроглицерина через 15-20 минут
- в Боли иррадиируют в нижнюю челюсть
- г Боли иррадиируют в обе руки

ПРИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ:

- а Регистрируется преходящий подъем сегмента ST во время ангинозного приступа
- б Ангинозные боли чаще возникают в покое

- в Риск сердечно-сосудистой смерти не увеличивается
- г Могут возникать жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости

**МЕРОПРИЯТИЯ, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИЕ
ВЛИЯНИЯ НА УВЕЛИЧЕНИЕ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС:**

- а Снижение количества выкуриваемых сигарет
- б Прием витамина Е в больших дозах
- в Гормональная заместительная терапия в менопаузе у женщин
- г Уменьшение уровня холестерина низкой плотности на 50% от исходного

**ПРИЧИНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИ
НЕИЗМЕННЫХ КОРОНАРНЫХ
АРТЕРИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ:**

- а Вазоспазм
- б Проплап митрального клапана
- в Перикардит
- г Тяжелая анемия

**КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ О РОЛИ
КУРЕНИЯ И РИСКЕ ИБС ВЕРНЫ:**

- а По оценкам от SCORE, 10-летний риск фатальных сердечно-сосудистых событий примерно в два раза выше у курильщиков, чем у некурящих
- б Существует дозозависимый эффект между количеством консультаций по прекращению курения и устойчивым воздержанием
- в Не влияет на риск развития ИБС при количестве сигарет менее 3 в день
- г Риск развития ИБС меньше у курильщиков, употребляющих «легкие» сигареты

**КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ
ОТНОСИТЕЛЬНО ПРИНЦИПОВ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО
ПИТАНИЯ ВЕРНЫ:**

- а Содержание соли в рационе не должно превышать 5 г/сут
- б Применение витаминов, содержащих витамины А и Е ввиду их антиоксидантных свойств приводит к снижению риска развития ИБС
- в Употребление витаминов В6, В12 и фолиевой кислоты достоверно понижает содержание гомоцистеина в крови и приводит к снижению риска развития ИБС
- г Употребление 1-2 порций рыбы (предпочтительно жирных сортов) в неделю снижает смертность от ИБС на 36% и смертность от всех причин на 17%

**ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ
ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНО С-
РЕАКТИВНОГО БЕЛКА:**

- а Ухудшает прогноз у пациентов с ИБС
- б Не влияет на прогноз
- в Отражает наличие воспаления
- г Применяется для диагностики острого инфаркта миокарда

**ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ХОЛЕСТЕРИНА
ЛПВП ПОКАЗАНО:**

- а Отказ от курения
- б Увеличение физических нагрузок
- в Прием n -3 жирных кислот
- г Диета с повышенным содержанием фитостеролов

**УПОТРЕБЛЕНИЕ В ПИЩУ ЙОГУРТОВ,
ОБОГАЩЕННЫХ ФИТОСТЕРОЛАМИ:**

- а Способствует снижению уровня триглицеридов
- б Повышает уровень холестерина ЛПВП
- в Безопасность длительного употребления продуктов, обогащенных фитостеролами не доказана

г Рекомендовано всем пациентам для вторичной профилактики ИБС

КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ВЛИЯЮТ НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ИБС:

- а Ацетилсалициловая кислота
- б Триметазидин
- в Пролонгированные нитраты
- г Статины

ПОКАЗАНИЯ К РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ИБС:

- а Стенокардия напряжения , ухудшающая качество жизни пациента, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию
- б Зона ишемии более 10% миокарда левого желудочка при стресс – тесте с визуализацией
- в Бессимптомная окклюзия коронарной артерии при отсутствии коллатералей
- г Стеноз передней межжелудочковой артерии 60% и функциональный резерв кровотока (FFR)= 0.9

ЦЕЛИ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ:

- а Улучшение прогноза в случае выявления факторов, указывающих на высокий риск
- б Улучшение качества жизни при симптомной стенокардии напряжения , несмотря на оптимальную медикаментозную терапию
- в Уменьшение количества пароксизмов мерцательной аритмии
- г Снижение риска сердечно-сосудистых осложнений при плановой офтальмологической операции

**СТЕНОЗ ПЕРЕДНЕЙ
МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ 60%
ЯВЛЯЕТСЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ
ЗНАЧИМЫМ В СЛУЧАЕ ЕСЛИ:**

- а Функциональный резерв кровотока равен 0
- б Функциональный резерв кровотока >0.8
- в Функциональный резерв кровотока <0.8
- г При стресс – тесте выявлены зоны стресс – индуцированной ишемии в передней стенке левого желудочка

**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
КОНТРАСТИНДУЦИРОВАННОЙ
НЕФРОПАТИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТА С
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
ЦЕЛЕСООБРАЗНО:**

- а Провести гидратацию физиологических раствором
- б Использовать большие дозы статинов
- в Использовать высокоосмолярное контрастное вещество
- г Провести инфузию бикарбоната натрия

ШКАЛА SYNTAX:

- а Используется для оценки анатомической сложности поражения коронарного русла при трехсосудистом поражении или стенозе ствола левой коронарной артерии
- б Помогает оценить риск отдаленных больших кардиальных и цереброваскулярных событий в группе пациентов, подвергшихся ЧКВ, но не коронарному шунтированию.
- в Выявляет пациентов с высоким риском неблагоприятных событий после возможного аортокоронарного шунтирования

- г Оценивает риск операционной и госпитальной смертности при обеих тактиках реваскуляризации

ПАЦИЕНТУ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ И ГИПОТИРЕОЗОМ СЛЕДУЕТ:

- а Назначить фибраты
- б Подобрать заместительную гормональную терапию
- в При наличии ИБС или высокого риска ИБС назначить статины
- г Назначить препараты йода

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА:

- а Блокирует АДФ – зависимую агрегацию тромбоцитов
- б Подавляет синтез тромбоксана А2
- в В больших дозах подавляет синтез простаглицлина
- г Является селективным ингибитором циклооксигеназы 1 типа

КЛОПИДОГРЕЛ:

- а Является блокатором P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов
- б Подавляет тромбин-индуцированную агрегацию тромбоцитов
- в Является пролекарством
- г Необратимо блокирует ПВ/ША рецепторы тромбоцитов

БЕТА- АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИБС:

- а Улучшают прогноз у всех категорий больных
- б Уменьшают смертность у пациентов с низкой фракцией выброса
- в Увеличивают толерантность к физической нагрузке и снижают частоту ангинозных приступов
- г Не показаны

ВЕРАПАМИЛ И ДИЛТИАЗЕМ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИБС:

- а Могут быть использованы для снижения частоты ангинозных приступов

- б Противопоказаны пациентам с низкой фракцией выброса
- в Потенцируют действие бета-адреноблокаторов
- г Препараты выбора при вазоспастической стенокардии

ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИБС:

- а Показана всем пациентам при отсутствии противопоказаний
- б Увеличивает риск кровотечения
- в Может проводиться неопределенно долго у отдельных пациентов с высоким риском
- г Проводится в течение 2-3 лет после стентирования коронарных артерий

ПРЕПАРАТЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИБС И ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МЕНЕЕ 35%:

- а Карведилол
- б Небиволол
- в Рамиприл
- г Дигоксин

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИИ:

- а Наружняя контрпульсация
- б Чрескожная нейростимуляция
- в Трансмиокардиальная лазерная ревазуляризация
- г Стимуляция спинного мозга

«ГИБЕРНИРУЮЩИЙ» МИОКАРД:

- а Возникает после кратковременной ишемии миокарда
- б Возникает после длительно существующей ишемии миокарда
- в Кардиомициты погибают
- г Кардиомициты сохраняют свою жизнеспособность

**МЕТОДАМИ ВЫЯВЛЕНИЯ
«ГИБЕРНИРУЮЩЕГО» МИОКАРДА
ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Стресс - ЭХОКГ с добутамином
- б ЭКГ- проба с дипиридамолом
- в Позитронная эмиссионная томография
- г МРТ сердца с физической нагрузкой

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ КРОВОТОКА В
ЗОНЕ «ГИБЕРНИРУЮЩЕГО»
МИОКАРДА ПРИВОДИТ К:**

- а Увеличению фракции выброса левого желудочка
- б Снижению риска инфаркта миокарда
- в Уменьшению симптомов сердечной недостаточности
- г Гибели кардиомиоцитов

**УВЕЛИЧЕНИЕ ЕЖЕДНЕВНОЙ ДОЗЫ
АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ДО
500 МГ В СУТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ИБС:**

- а Целесообразно, при тромбозе стента в анамнезе
- б Целесообразно при увеличении количества тромбоцитов свыше $600 \times 10^9/\text{л}$
- в Увеличивает риск язвы желудка
- г Не приводит к увеличению антиагрегантного эффекта

ТЕМА: «ИБС. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ»

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

**РОСТУ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ
БЛЯШКИ СПОСОБСТВУЕТ
УВЕЛИЧЕНИЕ:**

- а Холестерина липопротеидов низкой плотности
- б Холестерина липопротеидов высокой плотности
- в Изолированное повышение холестерина липопротеинов очень низкой плотности

г Хиломикронов

**ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО
КОРОНАРНОГО СИНДРОМА, КАК
ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Атеросклеротическая бляшка, суживающая просвет артерии более чем на 90%
- б Атеросклеротическая бляшка, суживающая просвет артерии более чем на 50%
- в Осложненная атеросклеротическая бляшка
- г Желудочковая экстрасистолия

**СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА,
ВЫДЕЛЯЮТ:**

- а Крупноочаговый и мелкоочаговый инфаркт миокарда
- б Q и не- Q инфаркт миокарда
- в Инфаркт миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST
- г Все вышеперечисленное верно

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ
АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ
МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ:**

- а Агрегации тромбоцитов
- б Активированного частичного тромбопластинового время
- в Тромбопластинового время
- г Протромбинового время

**АДЕКВАТНОСТЬ ВНУТРИВЕННОЙ
ИНФУЗИИ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО
ГЕПАРИНА ЦЕЛЕСООБРАЗНО
КОНТРОЛИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ:**

- а Тромбинового времени
- б Протромбинового времени
- в Активированного частичного тромбопластинового времени
- г Времени кровотечения

**ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ
СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА
ST ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ:**

- а Улучшает прогноз
- б Ухудшает прогноз
- в Не влияет на прогноз
- г Улучшает прогноз при исходной депрессии сегмента ST > чем на 4 мм в 2 и более отведениях

**АБСОЛЮТНЫМ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Ишемический инсульт 1 год назад
- б Геморрагический инсульт в анамнезе
- в Кровоточащий наружный геморрой
- г Возраст более 80 лет

**ИНФУЗИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА ДОЛЖНА
ПРОВОДИТЬСЯ С ОСОБОЙ
ОСТОРОЖНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ:**

- а С инфарктом нижней стенки левого желудочка
- б С синусовой тахикардией
- в При передней локализации инфаркта
- г При угрозе разрыва миокарда

**ПРИ ОДНОКРАТНОМ РАЗВИТИИ
ФИБРИЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ В
ПЕРВЫЕ СУТКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА
ПАЦИЕНТУ В ДАЛЬНЕЙШЕМ ПОКАЗАН
ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ:**

- а β -адреноблокаторов
- б Кордарона
- в Этмозина
- г Этацизина

**ТИКАГРЕЛОР ПО СРАВНЕНИЮ С
КЛОПИДОГРЕЛЕМ:**

- а В большей степени снижает риск сердечно-сосудистых осложнений пациентов с острым коронарным синдромом

- б Несколько увеличивает кровоточивость
- в Оказывает более быстрый эффект
- г Верно все вышеперечисленное

ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПОТОНИИ БОЛЬНОМУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНА ИНФУЗИЯ:

- а Норадреналина
- б Адреналина
- в Допамина
- г Физиологического раствора
- д Добутамина

ДЛЯ КОНТРОЛЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК, ОСЛОЖНЕННЫМ ШОКОМ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а Центральное венозное давление
- б Давление в легочной артерии
- в Давление заклинивания легочной артерии
- г Пульсовое давление

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА НАЗНАЧАЕТСЯ В НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЕ:

- а 150 -300 мг
- б 100 мг per os
- в 75 мг per os
- г 1500 мг per os

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ПЕРВИЧНОМ ЧКВ, ПОКАЗАНА:

- а Во время ЧКВ

- б Может быть продолжена у пациентов с дополнительными показаниями после ЧКВ (фибрилляция предсердий, протезированные клапаны)
- в Проведение антикоагулянтной терапии не показано при спасительном ЧКВ
- г В течение 24 месяцев после ЧКВ
- д Верно 1 и 2

ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НЕОБХОДИМО СНИМАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ (V3R, V4R, V7-V9):

- а Инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка
- б Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка
- в Инфаркт миокарда боковой стенки левого желудочка
- г При полной блокаде левой ножки пучка Гиса

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЧКВ ПРОВОДИТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ:

- а Бивалирудин
- б Эноксапарин
- в Нефракционированный гепарин
- г Фондапаринукс

ПРОВЕДЕНИЕ ЧКВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНО:

- а При сохраняющихся ангинозных болях
- б При развитии кардиогенного шока
- в При рецидивирующих пароксизмах желудочковой тахикардии
- г Во всех перечисленных случаях

**ПРОВЕДЕНИЕ ЧКВ ПРИ ОСТРОМ
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ
СЕКМЕНТА ST, ПОСЛЕ ЭФФЕКТИВНОЙ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ПОКАЗАНО:**

- а Всем пациентам через 3-24 ч
- б Всем пациентам сразу после окончания тромболизиса
- в Всем пациентам в течение 72 ч
- г При эффективной тромболитической терапии проведение ЧКВ не показано

**ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
БЕЗ ПОДЪЕМА СЕКМЕНТА ST
ПОКАЗАНО:**

- а Проведение тромболитической терапии в первые 6 часов от начала заболевания
- б Проведение тромболитической терапии в первые 12 часов от начала заболевания
- в Проведение ЧКВ в течение 72 часов от начала заболевания
- г Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ

**У ПАЦИЕНТОВ С ЗАТЯЖНЫМ
АНГИНОЗНЫМ ПРИСТУПОМ И
ИНВЕРСИЕЙ ЗУБЦА T В V1-V6
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ИМЕЕТСЯ
ЗНАЧИМОЕ СТЕНОТИЧЕСКОЕ
ПОРАЖЕНИЕ:**

- а Интрамедиарной ветви
- б Передней межжелудочковой артерии
- в Огибающей артерии
- г Ветви тупого края

**РЕФЛЕКС БЕЦОЛЬДА-ЯРИША
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

- а Снижением АД и брадикардией
- б Снижением АД и тахикардией
- в Повышением АД и брадикардией
- г Повышением АД и тахикардией

ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЙ И НЕВОЗМОЖНОСТЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ЧКВ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЧАСОВ ПОКАЗАНО:

- а Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний
- б Проведение тромболитической терапии даже при наличии противопоказаний
- в Проведение тромболитической терапии только при наличии нестабильной гемодинамики
- г Проведение тромболитической терапии не показано

БИВАЛИРУДИН:

- а Прямой ингибитор тромбина
- б Селективный ингибитор Ха фактора
- в Блокатор Пв/Ша рецепторов тромбоцитов
- г Низкомолекулярный гепарин

ПРАСУГРЕЛ ПО СРАВНЕНИЮ С КЛОПИДОГРЕЛЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST:

- а В большей степени уменьшает риск повторных сердечно-сосудистых событий
- б Увеличивает риск тромбоза стента
- в Не влияет на прогноз
- г Уменьшает риск кровотечений

ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ, ПОКАЗАНА АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ:

- а Тикагрелор 180 мг + ацетилсалициловая кислота 150-300 мг
- б Клопидогрел 600 мг + ацетилсалициловая кислота 150-300 мг

- в Прасугрел 60 мг + ацетилсалициловая кислота 150-300 мг
- г Все вышеперечисленное верно

В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО:

- а Проведение спасительного ЧКВ
- б В/в введение антагонистов Пь/Ша-рецепторов
- в Повторное введение тромболитика
- г Назначение тикагрелора в нагрузочной дозе

ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ПАЦИЕНТАМ:

- а С обширным передним инфарктом миокарда
- б При явлениях сердечной недостаточности
- в С сахарным диабетом
- г Во всех перечисленных случаях

В СЛУЧАЕ ОБРАЗОВАНИЯ ТРОМБА В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ:

- а Назначается на 6 месяцев, при отсутствии тромба может быть прекращена через 3 месяца
- б Не должна проводиться
- в Не должна проводиться, если назначена двойная антиагрегантная терапия
- г Назначается всем пожизненно

ПРИ РАЗВИТИИ ГИПОТОНИИ И ПОЯВЛЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПОПЕРЕК ГРУДИНЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО:

- а Распространённый инфаркт на правый желудочек

- б Отрыв сосочковой мышцы
- в Разрыв свободной стенки левого желудочка
- г Разрыв межжелудочковой перегородки

ЭКГ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Подъем сегмента ST более 2 мм у мужчин и более 1,5 мм у женщин в отведениях V2-V3 и более 1 мм в остальных отведениях
- б Подъем сегмента ST более 1 мм в любом одном отведении у мужчин и у женщин
- в Подъем сегмента ST более 3 мм в любом отведении при наличии признаков гипертрофии левого желудочка, синдрома WPW, полной БЛНПГ
- г Полная БЛНПГ

ДИАГНОЗ ИБС. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ НА:

- а ОКС крупно и мелкоочаговый
- б ОКС напряжения и покоя
- в ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST
- г Все вышеперечисленное верно

ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В AVR ПРИ ОДНОВРЕМЕННОЙ ЕГО ДЕПРЕССИИ В 8 И БОЛЕЕ ОТВЕДЕНИЯХ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- а Для изолированного тромбоза среднего отдела передней межжелудочковой артерии
- б Для тромбоза ствола левой коронарной артерии
- в Для изолированного тромбоза огибающей артерии
- г Для изолированного тромбоза правой коронарной артерии

**ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ЭКСТРАСИСТОЛИИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ
ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОКАЗАНО:**

- а Мониторное наблюдение
- б Инфузия кордарона в/в
- в Инфузия лидокаина в/в
- г Инфузия глюкозо-новокаиновой смеси в/в

**ПРИ РАЗВИТИИ ИСТИННОГО
КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПАЦИЕНТУ
ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО
ЧКВ:**

- а В первые 3 часа от начала симптомов
- б В первые 12 часа от начала симптомов
- в В первые 24 часа от начала симптомов
- г Как можно быстрее, независимо от времени начала симптомов

**У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ИНФАРКТМ
МИОКАРДА ПРИ РАЗВИТИИ БУРНОГО
ОТЕКА ЛЕГКИХ С ПАДЕНИЕМ АД И
ПОЯВЛЕНИИ ВЫРАЖЕННОГО
СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА
ВЕРХУШКЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО :**

- а Распространение инфаркта миокарда на правый желудочек
- б Отрыв сосочковой мышцы
- в Разрыв свободной стенки левого желудочка
- г Разрыв межжелудочковой перегородки

**ПРИ ВНЕЗАПНОЙ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ И
РАЗВИТИЯ ЭЛЕКТРОМЕХНИЧЕСКОЙ
ДИССОЦИАЦИИ ПОСЛЕ
ИНТЕНСИВНОГО ПРИСТУПА БОЛИ ЗА
ГРУДИНОЙ У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ
ИНФАРКТМ МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ
ВЕРОЯТНО:**

- а Распространение инфаркта на правый желудочек
- б Отрыв сосочковой мышцы
- в Разрыв свободной стенки

- г Разрыв межжелудочковой перегородки

ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ПЕРВИЧНЫМ ЧКВ ПОКАЗАНО:

- а Имплантация стентов без лекарственного покрытия пациентам с высокими риском кровотечения
- б Имплантация стентов с лекарственным покрытием пациентам с сахарным диабетом, бифуркационным поражением и при малом диаметре коронарных артерий
- в Всем пациентам желательна имплантация стентов нового поколения с лекарственным покрытием
- г Имплантация стентов без лекарственного покрытия пациентам с фибрилляцией предсердий

ЭКСТРЕННАЯ АНГИОПЛАСТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST:

- а При сохраняющихся признаках ишемии
- б Всем пациентам
- в С сопутствующим сахарным диабетом
- г С отрицательным анализом на тропонин

ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 72 ЧАСОВ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST:

- а С положительным анализом на тропонин
- б С ЧКВ в анамнезе и сахарным диабетом
- в При сохраняющихся признаках ишемии
- г Во всех перечисленных случаях

**ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПОКАЗАНО
ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА
ST:**

- а В первые 12 часов от начала симптомов
- б При неэффективной тромболитической терапии
- в Через 24 часов от начала симптомов и рецидивирующих ангинозных болях
- г Во всех перечисленных случаях

**ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ
СЕГМЕНТА ST ПОКАЗАНО:**

- а В первые 4 часа от начала симптомов при невозможности провести ЧКВ в течение 1ч
- б В первые 4 часа от начала симптомов при невозможности провести ЧКВ в течение 2ч
- в Всем больным в первые 4 часа от начала симптомов
- г Всем больным в первые 24 часа от начала симптомов

**ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ
БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ
ТРОМБОЦИТОВ П₂/Y_{12a}:**

- а Массивный тромбоз или феномен No-reflow по данным коронарографии
- б Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST в первые 12 ч от начала симптомов
- в Хроническая окклюзия коронарной артерии
- г Тромбированная аневризма левого желудочка

**РАЗВИТИЕ РЕФЛЕКСА-БЕЦОЛЬДА
ЯРИША ХАРАКТЕРНО:**

- а Для пациентов с острым инфарктом нижней стенки левого желудочка
- б Для пациентов с острым инфарктом боковой стенки левого желудочка

- в Для пациентов с острым инфарктом передней стенки левого желудочка
- г Для пациентов с миокардитом

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА НАЗНАЧАЕТСЯ В НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЕ:

- а 150 -300 мг per os
- б 100 мг per os
- в 75 мг per os
- г 600 мг per os

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST КЛОПИДОГРЕЛ НАЗНАЧАЕТСЯ В НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЕ:

- а 600 мг per os всем пациентам независимо от возраста
- б 300 мг per os (пациентам старше 75 лет)
- в 75 мг per os, у пациентов постоянно принимающих двойную антитромбоцитарную терапию
- г 900 мг per os

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ТИКАГРЕЛОР НАЗНАЧАЕТСЯ В НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЕ:

- а 180 мг per os
- б 90 мг per os (пациентам старше 75 лет)
- в 360 мг per os
- г 600 мг per os

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОДОЛЖЕНА:

- а В течение 3 месяцев

- б В течение 6 месяцев, если ЧКВ не проводилось
- в В течение месяца, если реперфузионная терапия не проводилась
- г В течение 12 месяцев

ПРОВЕДЕНИЕ СПАСИТЕЛЬНОЙ ЧКВ ПРИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОКАЗАНО:

- а При развитии острой левожелудочковой недостаточности
- б При рецидивирующих желудочковых нарушениях ритма
- в При развитии кардиогенного шока
- г Все вышеперечисленное верно

ЧАЩЕ РАЗРЫВ СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРОИСХОДИТ:

- а При нижнем инфаркте миокарда
- б При переднем инфаркте миокарда
- в При сниженной фракции выброса левого желудочка
- г У пациентов, страдающих ожирением

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ НАЛИЧИИ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST \geq 2 ММ В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V6:

- а Нижняя стенка левого желудочка
- б Нижняя, нижне-базальная стенки левого желудочка с распространением на правый желудочек
- в Передняя, передне-перегородочная, боковая стенки и область верхушки левого желудочка
- г Передняя, передне-перегородочная стенка левого желудочка

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В
ПЕРВЫЕ ЧАСЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО
ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ
СЕКМЕНТА ST:**

- а Фибрилляция желудочков
- б Фибрилляция предсердий
- в Электромеханическая диссоциация
- г АВ-блокада 2-3 степени

**КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ
РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ КОНЕЧНО-
ДИАСТОЛИЧЕСКОМ ДАВЛЕНИИ В
ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:**

- а Более 5 мм рт.ст
- б Более 10 мм рт.ст
- в Более 25-30 мм рт.ст
- г При КДДЛА превышающем конечно-диастолическое давление в левом предсердии

**ПРИ РАЗВИТИИ КАРДИОГЕННОГО
ШОКА У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СНИЗИТЬ
ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПОЗВОЛЯЕТ:**

- а Тромболитическая терапия
- б Экстренная ангиопластика
- в Инфузия добутамина
- г Внутриаортальная баллонная контрапульсация

**АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ
ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С
ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST В СЛУЧАЕ
ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ
МОЖЕТ ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ
ПРЕПАРАТАМИ, КРОМЕ:**

- а Нефракционированный гепарин
- б Низкомолекулярные гепарины
- в Бивалирудин
- г Апиксабан

**ПРОВЕДЕНИЕ ЧКВ ПРИ ОСТРОМ
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ
СЕКМЕНТА ST ПОСЛЕ ЭФФЕКТИВНОЙ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ПОКАЗАНО:**

- а Всем пациентам в течение 3-24 ч
- б Всем пациентам в течение 72 ч
- в Только пациентам с ранней постинфарктной стенокардии
- г Всем пациентам на 7-10 сутки

**В СЛУЧАЕ ОБРАЗОВАНИЯ ТРОМБА В
ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО
ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПРОВЕДЕНИЕ
АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ
РЕКОМЕНДОВАНО:**

- а В течение как минимум 3 месяцев
- б Не должна проводиться
- в Не должна проводиться, если назначена двойная антиагрегантная терапия
- г Проводиться до момента выписки из стационара

**К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗРЫВА
СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ ВСЕ,
КРОМЕ:**

- а Возраст старше 65-70 лет
- б Проведенная тромболитическая терапия в поздние сроки инфаркта миокарда
- в Многососудистое поражение коронарных артерий
- г Первый инфаркт миокарда

**ЧАЩЕ РАЗРЫВ СВОБОДНОЙ СТЕНКИ
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРОИСХОДИТ:**

- а У пациентов с низким индексом массы тела
- б У курильщиков
- в При сниженной фракции выброса левого желудочка

г У пациентов, страдающих ожирением

**ПОЗДНИЕ РАЗРЫВЫ СВОБОДНОЙ
СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ
ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЮТСЯ:**

- а На 5-7 сутки от развития инфаркта миокарда
- б На 20-30 сутки от развития инфаркта миокарда
- в Через 2-3 месяца от развития инфаркта миокарда
- г Через год после перенесенного инфаркта миокарда

**ПРОВЕДЕНИЕ ЧКВ ПОСЛЕ
ЭФФЕКТИВНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ СТАБИЛЬНОМ
СОСТОЯНИИ ПАЦИЕНТА:**

- а Не показано
- б Показано в течение 2 недель после перенесенного инфаркта миокарда
- в Показано в течение 3-24 часов от начала инфаркта миокарда
- г Показано в течение часа после проведенного тромболизиса

**ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ
АНАЛЬГЕЗИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ
МОРФИЯ МОЖЕТ БЫТЬ УСИЛЕН:**

- а Нейролептиками
- б НПВС
- в Оксигенотерапией
- г Парацетамолом

**ПРИ РАЗВИТИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ И
УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОЙ
ГИПОТОНИИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА
ИЗ ГРУППЫ КАТЕХОЛАМИНОВ
ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Адреналин
- б Норэпинефрин
- в Допамин
- г Добутамин

**ИНФАРКТ МИОКАРДА IV В ТИПА
СВЯЗАН:**

- а Ишемическим дисбалансом (нарушением баланса между поступлением и потреблением кислорода)
- б С проведением ЧКВ
- в С проведением аорто-коронарного шунтирования
- г С тромбозом стента

**ИНФАРКТ МИОКАРДА IV А ТИПА
СВЯЗАН:**

- а С ишемическим дисбалансом (нарушением баланса между поступлением и потреблением кислорода)
- б С проведением ЧКВ
- в С проведением аорто-коронарного шунтирования
- г С тромбозом стента

ИНФАРКТ МИОКАРДА V ТИП СВЯЗАН:

- а С ишемическим дисбалансом (нарушением баланса между поступлением и потреблением кислорода)
- б С проведением ЧКВ
- в С проведением аорто-коронарного шунтирования
- г С тромбозом стента

ИНФАРКТ МИОКАРДА II ТИПА СВЯЗАН:

- а С ишемическим дисбалансом (нарушением баланса между поступлением и потреблением кислорода)
- б С проведением аорто-коронарного шунтирования
- в С проведением ЧКВ
- г С проведением тромболизиса

**ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОВЫШЕНИЯ
ТРОПОНИНА:**

- а Острый инфаркт миокарда
- б Кардиомиопатия такотсубо
- в Острая почечная недостаточность
- г Гипотиреоз

**ДИАГНОЗ ОСТРОГО ИНФАРКТА
СТАВИТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ:**

- а Динамики кардиоспецифических маркеров, независимо от наличия симптомов
- б Динамики кардиоспецифических маркеров и появлении новых изменений на ЭКГ (элевация сегмент ST , впервые выявленная полная БЛНПГ)
- в Динамики кардиоспецифических маркеров и появлении патологического зубца Q на ЭКГ
- г Динамики кардиоспецифических маркеров и появлении новых зон нарушенной сократимости при визуализации миокарда

**ДИАГНОЗ ОСТРОГО ИНФАРКТА
МИОКАРДА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ:**

- а При ходьбе каждые 50 метров приходится останавливаться, а раньше мог пройти без остановки 500 м
- б Впервые появились короткие приступы болей в покое
- в Впервые появились затяжные приступы болей в покое
- г Появилось жжение за грудиной по ночам

**ЭКГ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ИНФАРКТА
МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА
ST ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Подъем сегмента ST более 2 мм у мужчин и более 1,5 мм у женщин в отведениях V2-V3 и более 1 мм в остальных отведениях
- б Подъем сегмента ST более 1 мм в любом отведении
- в Подъем сегмента ST более 3 мм в любом отведении при наличии признаков гипертрофии левого желудочка, синдрома WPW, полной БЛНПГ

- г Конкордантный подъем сегмента ST при наличии полной БЛНПГ

ДИАГНОЗ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН:

- а На догоспитальном этапе
- б В первые 7 ч пребывания пациента в клинике
- в В первые 24 ч госпитализации
- г В первые 48 ч госпитализации

АНГИНОЗНЫЕ БОЛИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОБЫЧНО:

- а Локализуются за грудиной
- б Сопровождаются холодным, липким потом
- в Сопровождаются страхом смерти
- г Сопровождаются непроизвольным мочеиспусканием

ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ТЭЛА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- а Рентгенография органов грудной клетки
- б Чреспищеводное ЭХОКГ
- в МСКТ сердца
- г КТ легких с контрастированием

ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО:

- а Т-тропонин
- б ЭКГ в V4R, V4R
- в ЭКГ на 2 ребра выше
- г ЭКГ лежа/стоя

ИНГИБИТОРЫ АПФ ПОКАЗАНЫ В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ИНФАРКТА МИОКАРДА ПАЦИЕНТАМ:

- а С явлениями сердечной недостаточности
- б С сахарным диабетом
- в При инфаркте миокарда передней стенки левого желудочка
- г При сниженной фракции выброса левого желудочка

**НЕСТЕРОИДНЫЕ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ПРЕПАРАТЫ С АНТИАНГИНАЛЬНОЙ
ЦЕЛЬЮ НЕ ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬСЯ
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА,
ПОТОМУ ЧТО:**

- а Обладают недостаточным антиангинальным эффектом при инфаркте миокарда
- б Блокируют действие ацетилсалициловой кислоты
- в Нарушают процессы рубцевания
- г Увеличивают риск развития разрыва миокарда

**ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МОРФИНА
НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ:**

- а Разрыв миокарда
- б Расслаивающую аневризму аорты
- в Наркоманию
- г Миокардит

**СПАСИТЕЛЬНОЕ ЧКВ ПРИ
ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ ПОКАЗАНО:**

- а При сохраняющихся признаках ишемии
- б При развитии острой левожелудочковой недостаточности
- в При развитии кардиогенного шока
- г При рецидивирующих фибрилляциях желудочков

**ДЛЯ РАЗРЫВА СВОБОДНОЙ СТЕНКИ
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО:**

- а Риск не зависит от времени проведения тромболитической терапии
- б Риск выше после проведенного в поздние сроки тромболитической терапии
- в Риск ниже после проведенного в поздние сроки тромболитической терапии
- г Риск ниже после проведения ЧКВ

**К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗРЫВА
СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:**

- а Проведенное первичное ЧКВ в первые 12 часов
- б Проведенная тромболитическая терапия в поздние сроки инфаркта миокарда
- в Многососудистое поражение коронарных артерий
- г Первый инфаркт миокарда

**АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ
ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С
ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В СЛУЧАЕ
ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ
ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ
ПРЕПАРАТАМИ:**

- а Нефракционированный гепарин
- б Низкомолекулярные гепарины
- в Варфарин
- г Фондапаринукс

**АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ
ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА БЕЗ
ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В СЛУЧАЕ
ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ
МОЖЕТ ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ
ПРЕПАРАТАМИ:**

- а Нефракционированный гепарин

- б Низкомолекулярные гепарины
- в Бивалирудин
- г Апиксабан

**НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА
АНТИТРОМБОЦИТАРНЫХ ПРЕПАРАТОВ
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST:**

- а Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и клопидогрел 300 мг (дополнительно 300 мг при проведении ЧКВ)
- б Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и клопидогрел 75 мг
- в Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и тикагрелор 90 мг
- г Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и тикагрелор 180 мг

**НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА
АНТИТРОМБОЦИТАРНЫХ ПРЕПАРАТОВ
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С
ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST:**

- а Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и клопидогрел 300 мг (дополнительно 300 мг при проведении ЧКВ)
- б Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и клопидогрел 600 мг
- в Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и тикагрелор 180 мг
- г Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и тикагрелор 90 мг

**БЛОКАТОРЫ К ПВ/ША РЕЦЕПТОРАМ
ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ОСТРОМ
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ
СЕГМЕНТА ST ПОКАЗАНЫ:**

- а При массивном тромбозе
- б При феномене No-reflow
- в Всем пациентам в первые 12ч от начала болей
- г Всем пациентам в первые 6ч от начала болей

ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ПЕРВИЧНОМ ЧКВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ:

- а Бивалирудин в/в
- б Эноксапарин в/в
- в Нефракционированный гепарин в/в
- г Фондапаринукс п/к

У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- а Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг
- б Клопидогрел 600 мг
- в Тикагрелор 180 мг
- г Прасугрел 60 мг

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST КЛОПИДОГРЕЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЕ:

- а 600 мг peros всем пациентам
- б 300 мг peros (если пациент моложе 75 лет)
- в 75 мг peros (если пациент старше 75 лет)
- г 300 мг peros независимо от возраста

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ТИКАГРЕЛОР ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЕ:

- а 180 мг peros всем пациентам
- б 360 мг peros (если пациент моложе 75 лет)
- в 90 мг peros (если пациент старше 75 лет)
- г 300 мг peros независимо от возраста

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С
ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В НАГРУЗОЧНОЙ
ДОЗЕ:**

- а 150-300 мг peros всем пациентам
- б 500 мг peros (если пациент моложе 75 лет)
- в 125 мг peros (если пациент старше 75 лет)
- г 100 мг peros независимо от возраста

**ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ
ДОЗА КДОПИДОГРЕЛЯ:**

- а 75 мг всем пациентам
- б 150 мг peros (если пациент моложе 75 лет)
- в 75 мг peros (если пациент старше 75 лет)
- г 150 мг в течение 1 месяца после инфаркта миокарда, затем 75 мг

**ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ
ДОЗА ТИКАГРЕЛОРА:**

- а 90 мг 2 раза в день всем пациентам
- б 180 мг 2 раза в день peros (если пациент моложе 75 лет)
- в 45 мг 2 раза в день peros (если пациент старше 75 лет)
- г 75 мг peros

**ПРИ РАЗВИТИИ РЕФЛЕКСА БЕЦОЛЬДА-
ЯРИША ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ:**

- а Введение атропина
- б Инфузия физиологического раствора
- в Внутриаортальная баллонная контрпульсация
- г Введение катехоламинов

**ИНФУЗИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА
ПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ
ИНФАРКТМ МИОКАРДА:**

- а Всем пациентам
- б При рецидивирующих ангинозных болях
- в При острой левожелудочковой недостаточности
- г При вовлечении правого желудочка в зону инфаркта

**ПРИ ФИБРИЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У
БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ИНФАРКТМ
МИОКАРДА НЕОБХОДИМО
НЕМЕДЛЕННО:**

- а Провести дефибриляцию
- б Начать непрямой массаж сердца
- в В/в лидокаина
- г Внутрисердечно адреналин

**ПРИ РАЗВИТИИ У БОЛЬНОГО ОСТРОГО
ИНФАРКТА МИОКАРДА ТАХИКАРДИИ
ТИПА ПИРУЕТ НА ФОНЕ УДЛИНЕНИЯ
ИНТЕРВАЛА QT ПОКАЗАНО:**

- а Инфузия сульфата магния
- б Инфузия кордарона
- в Инфузия лидокаина
- г Прием соталекса

**ПРИ РАЗВИТИИ У БОЛЬНОГО В ПЕРВЫЕ
СУТКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА
МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ЭКСТРАСИСТОЛИИ, ПОКАЗАНО:**

- а Прием β -блокаторов
- б Инфузия лидокаина
- в Инфузия кордарона
- г Мониторное наблюдение

**ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФАРКТА
МИОКАРДА НА ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК
ХАРАКТЕРНО:**

- а Гипотония
- б Брадикардия
- в Отек легких

- г Признаки недостаточности кровообращения по большому кругу

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ:

- а Тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг peros
- б Клопидогрел в нагрузочной дозе 600 мгperos
- в Прасугрел в нагрузочной дозе 60 мг peros
- г Тикагрелор в нагрузочной дозе 90 мг peros

ПРАСУГРЕЛ ПО СРАВНЕНИЮ С КЛОПИДОГРЕЛЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST:

- а В большей степени уменьшает риск повторных сердечно-сосудистых событий
- б Увеличивает риск кровотечений
- в Не имеет преимуществ по ишемическим событиям и риском кровотечений
- г Уменьшает риск кровотечений

ТИКАГРЕЛОР:

- а Блокатор рецепторов тромбоцитов П₂/У₁₂
- б Прямой ингибитор тромбина
- в Оказывает более быстрый эффект по сравнению с клопидогрелем
- г По сравнению с клопидогрелем у пациентов с острым инфарктом миокарда уменьшает количество сердечно-сосудистых событий

ПРОВЕДЕНИЕ ЧКВ ПОСЛЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНО:

- а Не показано
- б Показано в течение 2 недель

- в Показано в течение 3-24 часов от начала инфаркта миокарда
- г Показано в течение часа после проведенного тромболизиса

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ НАЛИЧИИ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST \geq 2 ММ В ОТВЕДЕНИЯХ III, AVF, V7-V9, V3R, V4R:

- а Нижняя стенка левого желудочка
- б Нижняя, ниже-базальная стенки левого желудочка с распространением на правый желудочек
- в Циркулярное поражение левого желудочка
- г Нижняя и боковая стенки левого желудочка

У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ РИСК КРОВОТЕЧЕНИЯ ВЫШЕ:

- а При хронической болезни почек и СКФ \leq 30 мл/мин/1,73 м²
- б При сахарном диабете
- в У женщин
- г При наличии сердечной недостаточности

У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ТРЕБУЕТСЯ ЗАМЕНА ТИКАГРЕЛОРА НА КЛОПИДОГРЕЛ. НЕОБХОДИМО:

- а Отменить тикагрелор и через неделю добавить клопидогрел 75 мг 1 раз в день
- б Отменить тикагрелор и сразу назначить 300 мг клопидогреля, с последующей дозой 75 мг в день
- в Отменить тикагрелор и назначить клопидогрел 75 мг в день
- г Отменить тикагрелор и назначить клопидогрел 150 мг в день

**ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ
СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА
ST, ЕСЛИ ЧКВ НЕ ПРОВОДИТСЯ
АНТИКОАГУЛЯНТОМ ВЫБОРА
ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Дабигатран
- б Бивалирудин
- в НФГ
- г Фондапаринукс

ТЕМА: «СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ»

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

**СОГЛАСНО ЗАКОНУ ФРАНКА-
СТАРЛИНГА СИЛА СОКРАЩЕНИЯ
МИОКАРДА ВОЗРАСТАЕТ ПРИ:**

- а Снижении постнагрузки
- б Увеличении преднагрузки
- в Выбросе катехоламинов
- г Увеличении ЧСС

**ПРИ СНИЖЕНИИ СЕРДЕЧНОГО
ВЫБРОСА УРОВЕНЬ КАТЕХОЛАМИНОВ
В КРОВИ:**

- а Повышается
- б Понижается
- в Не меняется
- г Повышается после начального снижения

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а ИБС
- б Пороки сердца
- в Кардиомиопатии
- г Все варианты верны

**ДИГОКСИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а Улучшает длительный прогноз у пациентов со сниженной фракцией выброса
- б Улучшает симптоматику и не влияет на прогноз
- в Улучшает длительный прогноз у пациентов с фибрилляцией предсердий

- г Улучшает симптоматику и улучшает длительный прогноз

**ПРИЗНАКАМ НАСЫЩЕНИЯ
СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ
ОТНОСЯТСЯ:**

- а Изменение формы QRS
- б Удлинение интервала QT
- в Укорочение интервала QT
- г Укорочение сегмента PQ

**ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
НАЧИНАТЬ С:**

- а Сердечных гликозидов
- б Ингибиторов АПФ
- в Мочегонных препаратов
- г Нитратов

**ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ВСЕ ВЕРНО,
КРОМЕ:**

- а Уменьшают смертность
- б Уменьшают частоту повторных инфарктов
- в Не влияют на смертность при сердечной недостаточности тяжелой степени
- г Уменьшают частоту госпитализаций по поводу декомпенсации сердечной недостаточности

**ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРОВ
АПФ. ВСЕ ВЕРНО, КРОМЕ:**

- а Повышение уровня креатинина
- б Гипотензия
- в Желудочно-кишечное кровотечение
- г Гиперкалиемия

**БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИЕМА:**

- а НПВС
- б Верапамила
- в Кортикостероидных препаратов

- г Дилтиазема
Все вышеперечисленное верно

ПРИЕМ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАН ПРИ:

- а Не рекомендован
- б При непереносимости иАПФ
- в Рекомендованы всем пациентам с хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией, в добавление к иАПФ
- г Рекомендованы при ФВ левого желудочка менее 35%

ПРИЕМ АЛИСКИРЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАН:

- а При непереносимости иАПФ
- б Всем пациентам с хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией
- в При ФВ левого желудочка менее 35% с добавлением в к иАПФ
- г Прием алискирена не рекомендован

ЦЕЛЕВЫЕ ДОЗЫ ЭНАЛАПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- а 10 мг 1 раз в сутки
- б 10-20 мг 2 раза в сутки
- в 30 мг 2 раза в сутки
- г 30 мг 1 раз в сутки

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИЕМА:

- а иАПФ
- б Бета-блокаторы
- в Блокаторов ангиотензиновых рецепторов
- г Блокаторов имидазолиновые рецепторы

ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ КАЛИЯ ДО 5,7 ММОЛЬ/Л НА ФОНЕ ПРИЕМА СПИРОНОЛАКТОНА, СЛЕДУЕТ:

- а Отменить спиронолактон
- б Уменьшить дозу спиронолактона
- в Ни один из выше перечисленных вариантов
- г Продолжить терапию в прежней дозе

РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ:

- а ФВ $\leq 35\%$, NYHA III-IV, полной БЛНПГ и QRS ≥ 120 мсек
- б С полной БЛНПГ не зависимо от ФВ и наличия симптомов
- в ФВ = 40%, NYHA II-III, QRS < 120 мсек
- г ФВ $< 50\%$, NYHA I-II, полной БПНПГ и QRS = 120 мсек

ПРИЕМ НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОКАЗАН:

- а С постоянной формой фибрилляцией предсердий
- б С тромбозом полостей сердца
- в Всем больным
- г Все вышеперечисленное верно
- д Верно 1 и 2

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНТИАРИТМИКИ:

- а 1 класса
- б 2 класса
- в 3 класса

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИЕМА БЛОКАТОРОВ ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ, ТАК КАК:

- а Они ухудшают прогноз и увеличивают риск внезапной смерти
- б Обладают отрицательным инотропным действием
- в Увеличивают риск развития сахарного диабета
- г Прием блокаторов имидазолиновых рецепторов не противопоказан

ЛЕЧЕНИЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО АД ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С:

- а Введения эуфиллина
- б Введения лазикса + введение дигоксина
- в Инфузии нитроглицерина
- г Инфузии нитроглицерина + введение лазикса

В ОСНОВЕ ДЕЙСТВИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА ЛЕЖИТ:

- а Повышение чувствительности сократительных белков к Ca^{2+}
- б Снижение чувствительности сократительных белков к Ca^{2+}
- в Изменение реполяризации
- г Открытие Na -каналов

ПРИ РАЗВИТИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ И УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОЙ ГИПОТОНИИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ИЗ ГРУППЫ КАТЕХОЛАМИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Адреналин
- б Норэпинефрин
- в Допамин
- г Добутамин

У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПРИ РАЗВИТИИ БУРНОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ С ПАДЕНИЕМ АД И ПОЯВЛЕНИИ ВЫРАЖЕННОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО:

- а Распространении инфаркта на правый желудочек
- б Отрыв сосочковой мышцы

- в Разрыве свободной стенки
- г Разрыве межжелудочковой перегородки

**ПОКАЗАТЕЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО
ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
ОТРАЖЕНИЕМ:**

- а Преднагрузки для левого желудочка
- б Постнагрузки для правого желудочка
- в Обще легочного сопротивления
- г Преднагрузки для правого желудочка

**К РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОГУТ
ПРИВЕСТИ:**

- а Обширные рубцовые изменения миокарда
- б Миокардит
- в БЛНПГ с значительным расширением комплекса QRS
- г Констриктивный перикардит
- д Все вышеуказанное верно

**ДЛЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙ-
УРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА
СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ВЕРНО:**

- а Повышается при увеличении объема в камерах сердца и их растяжении
- б Не зависит от функции почек
- в Повышается только при систолической сердечной недостаточности
- г Всегда повышается при сердечной недостаточности

**ДЛЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙ-
УРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА,
СЛЕДУЮЩИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ ВЕРНЫ:**

- а Синтез производится в основном в кардиомиоцитах
- б Повышается при увеличении объема в камерах сердца и их растяжении
- в Является вазодилататором
- г Все вышеперечисленное верно

**ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРИОРТАЛЬНОЙ
БАЛЛОННОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ
КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВОПОКАЗАНО:**

- а Пациентам с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в первые 12 ч
- б Пациентам с тяжелой аортальной недостаточностью
- в Пациентам с кардиогенным шоком
- г Пациентам с тяжелой митральной недостаточностью

**ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ БЕТА-
АДРЕНОБЛОКАТОРОВ СЕРДЕЧНЫЙ
ВЫБРОС:**

- а Понижается
- б Повышается
- в Повышается после начального снижения
- г Не меняется

**КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ
СНИЖЕННОЙ ФВ ЛЖ И ОТСУТВИИ
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ
КРОВООБРАЩЕНИЯ?**

- а Диуретики
- б Сердечные гликозиды
- в Ингибиторы АПФ
- г Антагонисты к рецепторам минералокортикоидов

**ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО
СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ШИРОКИМ
КОМПЛЕКСОМ QRS МОЖЕТ БЫТЬ
ЭФФЕКТИВНА:**

- а Временная электрокардиостимуляция
- б Имплантация кардиостимулятора в правый желудочек
- в Имплантация бивентрикулярного кардиостимулятора
- г Имплантация АВ-синхронизирующего кардиостимулятора

**ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИЕМ:**

- а иАПФ
- б Бета-блокаторы
- в Блокаторов ангиотензиновых рецепторов
- г Недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов

**ГРУППА ПРЕПАРАТОВ, КОТОРУЮ
СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:**

- а иАПФ
- б Бета-адрено-блокаторы
- в Тиазолидиндионы (глитазоны)
- г Антагонисты к рецепторам минералокортикоидов

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ЭПЛЕРЕНОНА ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а 100 мг 1 раз в сутки
- б 50 мг 1 раз в сутки
- в 100 мг 2 раза в сутки
- г 10-25 мг 2 раза в сутки

**ЦЕЛЕВЫЕ УРОВНИ СПИРИНОЛАКТОНА
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а 25-50 мг 1 раз в сутки
- б 2,5 мг 1 раза в сутки
- в 100 мг 2 раза в сутки
- г 200 мг 1 раз в сутки

**БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ
АЛЬДОСТЕРОНА ПОКАЗАНЫ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а Всем пациентам со снижением ФВ $\leq 40\%$

- б Пациентам с сохраняющимися симптомами, ФВ $\leq 35\%$, которые получают терапию иАПФ (БРА) и бета-блокаторами
- в Пациентам с сохраняющимися симптомами, ФВ $\leq 50\%$, которые получают терапию иАПФ (БРА) и бета-блокаторами
- г Не показаны

**ТЕРАПИЮ СЕРДЕЧНЫМИ
ГЛИКОЗИДАМИ НАИБОЛЕЕ
ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ:**

- а На доклинической стадии сердечной недостаточности
- б При начальных проявлениях сердечной недостаточности
- в При конструктивном и выпотном перикардите
- г При недостаточности кровообращения у больных с тахисистолической формой мерцательной аритмии

**ПРИЕМ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ
КИСЛОТЫ:**

- а Показан при любой этиологии хронической сердечной недостаточности
- б Показан при хронической сердечной недостаточности, обусловленной ИБС
- в Не рекомендован при хронической сердечной недостаточности
- г Показан при наличии тромбов в полостях сердца

**АБСОЛЮТНЫМИ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К
НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-
АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Сахарный диабет 2 типа
- б ФВ ЛЖ $< 35\%$
- в Перемежающаяся хромота
- г ЧСС < 50 ударов в минуту во время бодрствования

**ПРИ НАЛИЧИИ СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИИ
ВЫБРОСА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:**

- а Пролонгированные нитраты
- б Блокаторы рецепторов к ангиотензину
- в Левосимендан
- г Дилтиазем

**РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ:**

- а ФВ >40%, NYHA II, полной БЛНПГ и QRS \geq 120 мсек
- б ФВ \leq 35%, NYHA III-IV, полной БПППГ и QRS \geq 150 мсек
- в Всем пациентам с ФВ \leq 35%, не зависимо от ширины комплекса QRS
- г ФВ \leq 35%, NYHA II, полной БЛППГ и QRS =130 мсек

**ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА
БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:**

- а Показана при ФВ ЛЖ < 45%
- б Показана после эпизодов фибрилляции желудочков или гемодинамически значимой устойчивой желудочковой тахикардии
- в Целесообразна у больных с ФВ ЛЖ <35 % с первых дней после инфаркта миокарда
- г Имеет преимущества перед терапией кордароном у больных после АКШ

**ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ НА
ФОНЕ ГИПОТОНИИ (СИСТОЛИЧЕСКОЕ
АД < 90 ММ РТ СТ) НАИБОЛЕЕ
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:**

- а Наружную контрапульсацию
- б Левосимендан
- в Допамин или добутамин
- г Эуфиллин

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВВЕДЕНИЮ
ЛЕВОСИМЕНДАНА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Систолическое артериальное давление <80 мм рт.ст.
- б Снижение ФВ $\leq 20\%$
- в Тяжелая митральная регургитация
- г Повышение систолического давления в легочной артерии ≥ 40 мм рт.ст.

**КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ
РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ КОНЕЧНО-
ДИАСТОЛИЧЕСКОМ ДАВЛЕНИИ В
ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:**

- а Менее 5 мм рт.ст
- б Более 5 мм рт.ст
- в Более 10 мм рт.ст
- г Более 25-30 мм рт.ст

**ПРИ РАЗВИТИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ
МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Ингаляция кислорода через маску
- б Вспомогательная вентиляция легких через маску с поддержкой на вдохе и выдохе
- в Перевод больного на искусственную вентиляцию легких
- г Респираторная терапия не нужна

**ПРИ РАЗВИТИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ У
БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ИНФАРКТМ
МИОКАРДА НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО
ИЛИ ПОВЫШЕННОГО АД ПОКАЗАНО:**

- а Инфузия нитратов и внутривенное введение лазикса
- б Инфузия добутамина
- в Параллельная инфузия допамина и нитроглицерина
- г Инфузия ингибиторов АПФ

**ЛЕЧЕНИЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ
НОРМАЛЬНОГО АД ЦЕЛЕСООБРАЗНО
НАЧИНАТЬ С:**

- а Введения эуфиллина
- б Введения лазикса + введение дигоксина

- в Инфузии нитроглицерина
- г Инфузии нитроглицерина + введение лазикса

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ГИПОТОНИИ (СИСТОЛИЧЕСКОЕ АД < 90 ММ РТ СТ) НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а Наружную контрапульсацию
- б Левосимендан
- в Допамин или добутамин
- г Эуфиллин

К РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОГУТ ПРИВЕСТИ:

- а Тиреотоксикоз
- б Мерцательная аритмия
- в Аортальный стеноз
- г Длительное злоупотребление алкоголем

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:

- а Гипертрофия ЛЖ
- б Увеличение ЧСС
- в Увеличение пред - и постнагрузки
- г Периферическая вазодилатация

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:

- а Наличие звонких несмещающихся крепитирующих хрипов в легких
- б Наличие незвучных смещающихся крепитирующих хрипов в легких
- в Наличие III тона при аускультации сердца
- г Шум Грехема-Стилла

ПРИЗНАКИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- а Повышение центрального венозного давления
- б Снижение центрального венозного давления
- в Гепатомегалия
- г Асцит

**ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:**

- а Усиление одышки при физической нагрузке
- б Уменьшение одышки в положении сидя
- в Уменьшение одышки в положении лежа
- г Теплые руки

**ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ЭХО-КГ
МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:**

- а Снижение фракции выброса левого желудочка
- б Нормальная фракция выброса левого желудочка
- в Нормальные размеры полости левого желудочка
- г Митральная регургитация

**ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ЭХО-КГ
МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:**

- а Диффузный гипокинез левого желудочка
- б Шаровидный левый желудочек
- в Диастолическая дисфункция левого желудочка I типа
- г Нормальные значения всех показателей

**К МЕХАНИЗМАМ, ПОВЫШАЮЩИМ
ТОНУС СОСУДОВ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ:**

- а Активация симпатoadреналовой системы
- б Активация ренин-ангиотензиновой системы
- в Активация системы брадикинина
- г Увеличение продукции вазопрессина

**К УМЕНЬШЕНИЮ СОКРАТИМОСТИ
МИОКАРДА ПРИВОДИТ:**

- а Повышение внутриклеточной концентрации калия

- б Повышение внутриклеточной концентрации кальция
- в Снижение внутриклеточной концентрации кальция
- г Активация натриево-кальциевой АТФ-азы

**ЗАДЕРЖКА ЖИДКОСТИ ПРИ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ОБУСЛОВЛЕНА:**

- а Снижением почечного кровотока
- б Внутривенным шунтированием крови к юкстагломерулярным нефронам
- в Повышенным выбросом альдостерона
- г Сниженным выбросом альдостерона

**ТЕРАПИЯ АМИОДАРОНОМ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ SERDECHNOY
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНА:**

- а При пароксизмальной форме мерцательной аритмии
- б При рецидивирующих пароксизмах устойчивой желудочковой тахикардии, сопровождающихся симптоматикой
- в Всем больным при наличии сниженной фракции выброса
- г Профилактически всем больным, страдающим сердечной недостаточностью

ИНГИБИТОРЫ АПФ:

- а Не показаны при компенсированной хронической сердечной недостаточности
- б Показаны как при наличии, так и при отсутствии декомпенсации
- в Показаны при ФВ ЛЖ не ниже 30%
- г Терапию иАПФ начинают с минимальных доз

**SERDECHNOYE GLIKOZIDY ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ SERDECHNOY
НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а Улучшают качество жизни

- б Ухудшают качество жизни
- в Уменьшают частоту госпитализаций
- г Значительно снижают смертность

КОНЦЕНТРАЦИЮ ДИГОКСИНА В КРОВИ УВЕЛИЧИВАЮТ:

- а Фуросемид
- б Кордарон
- в Верошпирон
- г Индаметацин

ПРЕПАРАТЫ, СНИЖАЮЩИМ СМЕРТНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- а Нитраты
- б Ингибиторы АПФ
- в Бета-блокаторы
- г Антагонисты альдостерона

ЭФФЕКТ ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ СНИЖАТЬСЯ ЗА СЧЕТ:

- а Гипокалиемии
- б Гипонатриемии
- в Одновременного приема верошпирона
- г Одновременного приема кортикостероидов

В ПРОЦЕССЕ ПОДБОРА ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СТРЕМЯТСЯ К МАКСИМАЛЬНОМУ НАРАЩИВАНИЮ ДОЗЫ:

- а Ингибиторов АПФ
- б Сердечных гликозидов
- в Бета-блокаторов
- г Петлевых диуретиков

ЦЕЛЕВЫЕ ДОЗЫ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- а Метопролола сукцинат 200 мг в сутки
- б Карведилол 25-50 мг в сутки
- в Небиволол 10 мг в сутки
- г Бисопролол 10 мг в сутки

**ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕДУЕТ
ИЗБЕГАТЬ ПРИЕМА:**

- а Дилтиазема
- б Блокаторов натриевых каналов
- в Верапамила
- г Пролонгированных нитратов

**БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- а Снижают смертность
- б Снижают смертность при хронической сердечной недостаточности не более III класса по NYHA
- в Снижают частоту госпитализаций
- г Снижают смертность только у больных с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза

**ТЕРАПИЯ НЕПРЯМЫМИ
АНТИКОАГУЛЯНТАМИ:**

- а Показана всем больным хронической сердечной недостаточностью с фракцией выброса левого желудочка $< 20\%$
- б Показана при персистирующей и постоянной форме мерцательной аритмии
- в Показана при наличии тромбов в полостях сердца
- г Не рекомендуется при хронической сердечной недостаточности

**У ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННОЙ
ФРАКЦИИ ВЫБРОСА И САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ, УХУДШАЮТ ПРОГНОЗ:**

- а Метформин
- б Моксонидин
- в Верапамил
- г Глибенкламид

**К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ
СПИРОНОЛАКТОНА ОТНОСЯТСЯ:**

- а Гиперкалиемия

- б Нарушение функции почек
- в Гинекомастия
- г Верно все выше перечисленное

ПРИЕМ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОКАЗАН:

- а Всем пациентам
- б Всем пациентам с ФВ < 40%
- в Пациентам после перенесенного инфаркта миокарда
- г Пациентам с атеросклеротическим поражением периферических артерий

РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ:

- а ФВ >40%, NYHA II, полной БЛНПГ и QRS \geq 120 мсек
- б ФВ \leq 35%, NYHA III-IV, полной БЛНПГ и QRS \geq 120 мсек
- в Всем пациентам с ФВ \leq 35%, не зависимо от ширины комплекса QRS
- г ФВ \leq 35%, NYHA III, полной БЛНПГ и QRS \geq 150 мсек

ПРИЕМ НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

- а С фибрилляцией предсердий при CHADS₂VasScore>2
- б Всем пациентам
- в Пациентам с тромбозом камер сердца
- г Прием не прямых антикоагулянтов не показан

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ:

- а Рефрактерной хронической сердечной недостаточности
- б Только пациентам с полной БЛНПГ
- в Всем пациентам с ФВ \leq 35 %
- г Все верно

**ИМЕЮТСЯ ДАННЫЕ, ЧТО
ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ
КАРБОКСИМАЛЬТОЗЫ ЖЕЛЕЗА У
ПАЦИЕНТОВ С НОРМАЛЬНЫМ
УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА,
СНИЖЕННЫМ УРОВНЕМ
СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА И
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:**

- а Ухудшает прогноз
- б Не влияет на прогноз
- в Улучшает симптоматику
- г Не оказывает никакого влияния на симптоматику и прогноз

**ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
МОГУТ ВЫПОЛНЯТЬСЯ:**

- а Аневризмэктомия
- б Пластика митрального клапана
- в Операция Батиста
- г Трансплантация сердца

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕСАДКЕ
СЕРДЦА:**

- а Уровень креатинина сыворотки крови превышающий 150 мкмоль/л
- б Системное заболевание с полиорганным поражением
- в Предшествовавшие эпизоды тромбоэмболии
- г Выраженная легочная гипертензия

**МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ
ВРЕМЕННОГО УЛУЧШЕНИЯ
СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:**

- а Кардиомиопластика
- б Инфузия добутамина
- в Баллонная контрпульсация
- г Инфузия левосимендана

**ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОЙ
МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ,
СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ОТЕКОМ
ЛЕГКИХ ЭКСТРЕННАЯ ТЕРАПИЯ
ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:**

- а Фуросемид в/в
- б Нитраты в/в
- в Респираторная поддержка
- г Бета-блокаторы

**ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С
РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ПРАВЫЙ
ЖЕЛУДОЧЕК И АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПОТОНИЕЙ (АД < 90 ММ РТ СТ)
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Адреналин
- б Норэпинефрин
- в Допамин
- г Добутамин
- д Мезатон

ТЕМА: «ТЭЛА»

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

**ЭКГ-ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ
ТЭЛА:**

- а Отклонение оси сердца вправо, остроконечные P-pulmonale
- б RSR' или высокий R V1
- в Глубокий S V5-V6
- г SI QIII
- д Все вышеперечисленное верно

D-ДИМЕР МОЖЕТ ПОВЫШАТЬСЯ ПРИ:

- а ТЭЛА
- б Остром инфаркте миокарда
- в Сепсисе
- г Злокачественном новообразовании
- д Все вышеперечисленное верно

**У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА И СТАБИЛЬНОЙ
ГЕМОДИНАМИКОЙ ПРОВЕДЕНИЕ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ:**

- а Показано при отсутствии противопоказаний
- б Не показано
- в Показано при наличии высокой легочной гипертензии

- г Показано при невозможности проведения антикоагулянтной терапии

У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА И СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ:

- а Антикоагулянтной терапии
- б Тромболитической терапии в первые сутки от начала ТЭЛА
- в Постановка кава-фильтра
- г Антиагрегантной терапии

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ТЭЛА НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ:

- а УЗИ брюшной полости
- б Мультиспиральной компьютерной томографии легких с контрастированием легочной артерии
- в Определение уровня АЧТВ
- г Рентгенографии легких

ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРА ПОКАЗАНА ПРИ:

- а Наличии абсолютных противопоказаний к антикоагулянтам
- б Всем пациентам с флотирующими тромбами в глубоких венах голенях
- в Выявлении тромбоза бедренной вены
- г Рецидивах ТЭЛА у пациентов, не получавших ранее антикоагулянтную терапию

ПРИ ТЭЛА И СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКЕ РЕКОМЕНДОВАНО:

- а Проведение антикоагулянтной терапии парентеральным антикоагулянтами с последующим переходом на пероральные антикоагулянты
- б Антикоагулянтная терапия может не проводиться

- в Проведение антикоагулянтной терапии бивалирудином
- г Проведение антикоагулянтной терапии парентеральными антикоагулянтами с последующим переходом на аспирин

ФЛЕБОТРОМБОЗЫ КАК КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ:

- а Гиппократ
- б Труссо
- в Лейден
- г Баркаган

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЭЛА РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ РИВАРОКСАБАНОМ В ДОЗЕ:

- а 15 мг 2 раза в день в течение 3 недель с последующим переходом на поддерживающую дозу 20 мг в сутки
- б 40 мг 2 раза в день в течение 3 недель с последующим переходом на поддерживающую дозу 20 мг в сутки
- в 110 мг 2 раза в день
- г 5 мг 2 раза в день

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЭЛА РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ АПИКСАБАНОМ В ДОЗЕ:

- а 10 мг 2 раза в день в течение 7 дней с последующим переходом на поддерживающую дозу 5 мг 2 раза в день
- б 5 мг 2 раза в день в течение 1 месяца с последующим переходом на поддерживающую дозу 2,5 мг 1 раз в день
- в 20 мг 2 раза в день в течение 7 дней с последующим переходом на поддерживающую дозу 15 мг 2 раза в день
- г 2,5 мг в сутки

**ПРИ РАЗВИТИИ ТЭЛА ПРОВЕДЕНИЕ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ПОКАЗАНО:**

- а При стойкой гипотонии
- б При развитии острого легочного сердца
- в При высокой легочной гипертензии
- г Во всех случаях ТЭЛА при отсутствии противопоказаний к тромболизису

**МИНИМАЛЬНАЯ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРОВОДИМОЙ
АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У
ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ
ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИИ:**

- а Не проводится
- б 24 месяца
- в 12 месяцев
- г 3 месяца

**У БЕРЕМЕННЫХ С ТЭЛА, СОГЛАСНО
РЕКОМЕНДАЦИЯМ,
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ
МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ
СЛЕДУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ:**

- а Низкомолекулярными гепаринами
- б Ацетилсалициловой кислотой
- в Клопидогрелем
- г Варфарином

**АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИЕЙ
ПЕРВОЙ ЛИНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА
И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ
НОВООБРАЗОВАНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Ацетилсалициловой кислотой
- б Тикагрелор
- в Блокаторы P2Y₁₂
рецепторов тромбоцитов
- г Низкомолекулярные гепарины

**ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ
АНТИКОАГУЛЯНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С
ТЭЛА И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ
НОВООБРАЗОВАНИЕМ:**

- а Рекомендовано
- б Эффективность и безопасность не доказана
- в Рекомендовано при необходимости длительной антикоагулянтной терапии
- г Применение возможно в случае невозможности пациентом контролировать МНО

**ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ В СЛУЧАЕ
РАЗВИТИЯ ТЭЛА ПРИЕМ ВАРФАРИНА:**

- а Рекомендован под контролем МНО
- б При невозможности назначения НМГ
- в Противопоказан
- г Эффективность не доказана

**ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ
ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ
ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Перелом костей нижней конечности
- б Эндопротезирование тазобедренного сустава
- в Ожирение
- г Повреждения спинного мозга

**ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ
ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ
ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Тромбоэмболия легочной артерии в анамнезе
- б Инфаркт миокарда в предшествующие 3 месяца
- в Онкологические заболевания без метастазирования
- г Госпитализация по поводу сердечной недостаточности в предшествующие 3 месяца

**К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ
ПРОЯВЛЕНИЯМ ТРОМБОЭМБОЛИИ
ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТСЯ:**

- а Кровохаркание

- б Одышка
- в Боли в грудной клетке
- г Признаки тромбоза глубоких вен

К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ОТНОСЯТСЯ:

- а Смещение межжелудочковой перегородки влево
- б Тяжелая митральная регургитация
- в Дилатация правого желудочка
- г Гипертрофия правого желудочка

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а Определение уровня D-димера в плазме
- б КТ-ангиография легочных артерий
- в Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких
- г Эхокардиография

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ D-ДИМЕРА В ПЛАЗМЕ РЕКОМЕНДОВАНО:

- а Всем пациентам с клиническим подозрением на тромбоэмболию легочной артерии
- б Пациентам низкого риска с низкой или промежуточной вероятностью тромбоэмболии легочной артерии
- в Пациентам с шоком или гипотонией с высокой клинической вероятностью тромбоэмболии легочной артерии
- г Пациентам, у которых клинически диагноз тромбоэмболии легочной артерии маловероятен для исключения этого диагноза

В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ:

- а Нефракционированный гепарин
- б Низкомолекулярные гепарины

- в Варфарин
- г Фондапаринукс

К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА В ОСТРОЙ ФАЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- а Тромболитическая терапия
- б Катетерная реперфузия
- в Трансплантация комплекса сердце-легкие
- г Внутриаортальная баллонная контрпульсация

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВЫСОКОГО РИСКА ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ТРОМБОЛИЗИСУ ИЛИ ТРОМБОЛИЗИС ОКАЗАЛСЯ НЕЭФЕКТИВНЫМ, МОГУТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНЫ:

- а Катетерная реперфузия
- б Внутриаортальная баллонная контрпульсация
- в Хирургическая эмболэктомия
- г Имплантация кава-фильтра

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ВЫСОКОГО РИСКА РЕКОМЕНДОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ:

- а Тенектеплаза
- б Урокиназа
- в Стрептокиназа
- г Рекомбинантный тканевой активатор плазминогена

РЕПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ У СЛЕДУЮЩИХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ:

- а У пациентов высокого риска
- б При наличии признаков дисфункции правого желудочка по данным эхокардиографии и повышении маркеров повреждения миокарда

- в У пациентов с признаками дисфункции правого желудочка по данным эхокардиографии без повышения маркеров повреждения миокарда
- г У пациентов низкого риска

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ОСТРОЙ ФАЗЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ:

- а Варфарин
- б Ривароксабан
- в Апиксабан
- г Дабигатран
- д Ацетилсалициловая кислота

В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ КОМБИНАЦИИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ И ВАРФАРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЭЛА В ОСТРОЙ ФАЗЕ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ:

- а Ривароксабан
- б Курантил
- в Варфарин в комбинации с клопидогрелем
- г Дабигатран

ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРА ПОКАЗАНА ПРИ:

- а Наличии абсолютных противопоказаний к антикоагулянтам
- б Рецидивах ТЭЛА, несмотря на адекватную антикоагулянтную терапию
- в Выявлении тромбоза бедренной вены
- г Рецидивах ТЭЛА у пациентов, не получавших ранее антикоагулянтную терапию

ТЕМА: «НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА»

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

**ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ
АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИ ПРАВОГО
ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Седлообразный подъем сегмента ST в правых грудных отведениях
- б Эпсилон-волна
- в Дельта-волна
- г Волна Осборна

**ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У
БОЛЬНЫХ АРИТМОГЕННОЙ
ДИСПЛАЗИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА
ХАРАКТЕРНО:**

- а Морфология комплексов QRS соответствует блокаде правой ножки пучка Гиса
- б Морфология комплексов QRS соответствует блокаде левой ножки пучка Гиса
- в Резкое отклонение электрической оси сердца вправо
- г Горизонтальное положение электрической оси сердца

**ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

- а Дилатацией левого желудочка со снижением его сократительной способности, вне зависимости от вызвавшей ее причины
- б Дилатацией левого желудочка со снижением его сократительной способности при отсутствии инфарктов миокарда в анамнезе
- в Дилатацией левого желудочка со снижением его сократительной способности, развившейся после перенесенного инфаркта миокарда
- г Дилатацией левого желудочка со снижением его сократительной способности, не вызванной ишемией или патологией клапанов сердца

**ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ
МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Имплантация сердечной ресинхронизирующей системы
- б Отмена алкоголя
- в Имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- г Трансплантация сердца

НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Разница пульса на симметричных периферических артериях
- б Акроцианоз
- в Систолический шум над аортой
- г Патологическая прекордиальная пульсация

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а Мутация генов, кодирующих белки саркомера
- б Амилоидоз
- в Болезнь Фабри
- г Болезни накопления гликогена

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОДЕПРЕССАНТОВ:

- а Доказана в крупных исследованиях для лечения миокардитов
- б В лечении миокардита в настоящее не доказана в крупных рандомизированных исследованиях
- в Показана в лечении дилатационной кардиомиопатии
- г Доказана для лечения миокардитов, вызванных простейшими.

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В:

- а Не выявляется при данном заболевании
- б 1-5% случаев
- в 30-50% случаев

г 100% случаев

**ОСНОВНОЙ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ
НАХОДКОЙ ПРИ АРИТМОГЕННОЙ
ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА
ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Ассиметричная гипертрофия миокарда
- б Жировое замещение и инфильтрация миокарда
- в Неспецифическое воспаление миокарда
- г Рубцовые изменения миокарда

**ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ
МИОКАРДИТА ПОЗВОЛЯЕТ:**

- а Эхокардиография
- б Компьютерная томография
- в Определение уровня маркеров повреждения миокарда
- г Биопсия миокарда

**ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ЭТИОЛОГИИ
ОСТРОГО МИОКАРДИТА ПРОВОДИТСЯ:**

- а Посевы крови
- б Биопсия миокарда
- в Определение уровня антител к вирусам в крови
- г МРТ сердца

**ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ
КАРДИОМИОПАТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ САМОЙ
ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ
СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ СРЕДИ:**

- а Пожилых людей, не занимающихся спортом
- б Спортсменов моложе 35 лет
- в Людей среднего возраста
- г Детей

**ОБСТРУКЦИЯ ВЫХОДНОГО ТРАКТА
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ:**

- а Наблюдается во всех случаях заболевания

- б Наблюдается в 25% случаев
- в Не характерна
- г Наблюдается у всех больных старше 75 лет

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Изолированная гипертрофия боковой стенки левого желудочка
- б Гипертрофия верхушки левого желудочка
- в Асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки
- г Гипертрофия правого желудочка

**ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА НА ЭКГ МОГУТ
ВЫЯВЛЯТЬСЯ**

- а Укорочение интервала QT
- б Удлинение интервала QT
- в Элевация сегмента ST в прекардиальных отведениях
- г Глубокие отрицательные зубцы T в прекардиальных отведениях

ПРИЧИНАМИ АОРТИТА МОГУТ БЫТЬ:

- а Гигантоклеточный артериит
- б Болезнь Такаясу
- в Атеросклероз аорты
- г Все вышеперечисленное

**ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДИКИ
ЛЕЧЕНИЯ РАССЛАИВАЮЩЕЙ
АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ВКЛЮЧАЮТ В
СЕБЯ:**

- а Баллонную фенестрацию дистальной части ложного просвета
- б Стентирование устьев боковых ветвей аорты
- в Стентирование аорты с имплантацией стент-графта
- г Все вышеперечисленное

**ПРИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ
ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ АОРТЫ:**

- а Показана медикаментозная терапия при неосложненном течении
- б Показано хирургическое вмешательство
- в Показано эндоваскулярное лечение
- г Показано эндоваскулярное лечение при осложненном течении

**ОБСТРУКЦИЯ ВЫХОДНОГО ТРАКТА
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ОБУСЛОВЛЕНА:**

- а Переднесистолическим движением створки митрального клапана
- б Поражением створок аортального клапана
- в Надклапанным сужением аорты
- г Апикальной облитерацией

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ
СТЕПЕНИ ОБСТРУКЦИИ ВЫХОДНОГО
ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В
ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО:**

- а Определение пикового градиента в выходном тракте левого желудочка в покое и при стресс-ЭхоКГ
- б Катетеризация левых отделов сердца с прямым измерением градиента
- в Коронарография
- г Аортография

**ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ ГИПОТОНИИ
У ПАЦИЕНТА С ОБСТРУКТИВНОЙ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ
РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ:**

- а Инфузии физиологического раствора, при неэффективности – в/в введение фенилэфрина
- б Инфузии добутамина
- в Инфузии норадреналина
- г Инфузии допамина

**В ПАТОГЕНЕЗЕ ОБСТРУКЦИИ
ВЫХОДНОГО ТРАКТА ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ ЭФФЕКТ
ВЕНТУРИ ОБУСЛОВЛИВАЕТ:**

- а Преимущественную гипертрофию среднего сегмента межжелудочковой перегородки
- б Проплапс миксоматозных створок митрального клапана
- в Межжелудочковую асинхронию при развитии блокады ножки пучка Гиса
- г Притяжение створки митрального клапана в выносящем тракте левого желудочка высокоскоростной струей крови

**К КРИТЕРИЯМ ВЫСОКОГО РИСКА
ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У
БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ ОТНОСЯТ:**

- а Наличие внезапной сердечной смерти в семейном анамнезе
- б ФВЛЖ < 30%
- в Обмороки
- г КДР ЛЖ > 70 мм
- д Высокая вариабельность сердечного ритма по данным суточного мониторирования ЭКГ

**РАЗВИТИЕ КАРДИОМИОПАТИИ
МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ:**

- а Этиловый спирт
- б Кокаин
- в Препараты лития
- г Курение

**В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ
ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
МОГУТ ПРИСУТСТВОВАТЬ:**

- а Одышка
- б Утомляемость
- в Периферические отеки
- г Стенокардия напряжения

**ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:**

- а Манифестация заболевания в пожилом возрасте
- б Дилатация камер сердца
- в Отсутствие стенотического поражения коронарных артерий по данным коронарографии
- г Снижение систолической функции миокарда

**ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОСМОТРЕ ДЛЯ
ПАЦИЕНТА С ДИЛАТАЦИОННОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ ЧАСТО
ВЫЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Набухание шейных вен
- б Систолический шум над сонными артериями
- в Периферические отеки
- г Тахикардия, наличие III тона

**ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ
СЕРДЦА У БОЛЬНОГО С
ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
ХАРАКТЕРНО:**

- а Патологический III тон
- б Дующий систолический шум на верхушке сердца
- в Диастолический шум на верхушке сердца
- г Ритм галопа

**ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ
ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С
ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ:**

- а Снижение систолической функции левого желудочка
- б Шаровидная форма левого желудочка
- в Утолщение межжелудочковой перегородки
- г Дилатация камер сердца

**РИСК ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ
СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С
ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПОВЫШЕН ПРИ:**

- а Синкопальных состояниях в анамнезе
- б Мерцательной аритмии
- в Пароксизмах неустойчивой желудочковой тахикардии, зарегистрированных при суточном мониторинговании ЭКГ
- г Наличии на ЭКГ частых предсердных экстрасистол

**ПРИЧИНАМИ РЕСТРИКТИВНОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ МОГУТ БЫТЬ:**

- а Эндомиокардиальный фиброз
- б Гемохроматоз
- в Амилоидоз
- г Миодистрофия Дюшена

**ДЛЯ РЕСТРИКТИВНОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:**

- а Выраженное снижение систолической функции левого желудочка
- б Нормальная или незначительно сниженная систолическая функция левого желудочка
- в Тяжелая диастолическая сердечная недостаточность
- г Дилатация левых камер сердца

**АРИТМОГЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ
ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА:**

- а Чаще выявляется у пожилых
- б Ассоциирована с повышенным риском внезапной сердечной смерти
- в Может проявляться прогрессирующей правожелудочковой недостаточностью
- г Может быть диагностирована при МРТ

**К ЗОНАМ, В КОТОРЫХ В ПЕРВУЮ
ОЧЕРЕДЬ РАЗВИВАЕТСЯ ЖИРОВАЯ
ДИСПЛАЗИЯ ПРИ АРИТМОГЕННОЙ
ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА
ОТНОСЯТСЯ:**

- а Межжелудочковая перегородка со стороны правого желудочка
- б Выходной тракт правого желудочка
- в Базальный отдел правого желудочка, ниже трикуспидального клапана
- г Верхушка правого желудочка

**ОСНОВНЫМИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМИ
МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ
АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ
ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Компьютерная томография
- б Магнитно-резонансная томография
- в ЭКГ
- г Эхокардиография

**НА ЭКГ У БОЛЬНЫХ С АРИТМОГЕННОЙ
ДИСПЛАЗИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА
МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ:**

- а Эпсилон- волна в отведениях V1-V3
- б Дельта-волна в отведениях V₁-V₃
- в Желудочковая тахикардия
- г Депрессия сегмента ST

**ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ
КАРДИОМИОПАТИИ ТАКОТСУБО
ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Транзиторный гипокинез, акинез или дискинез средних сегментов левого желудочка с или без вовлечения верхушки
- б Отсутствие по данным ангиографии обструктивного поражения коронарных артерий или доказательств разрыва атеросклеротической бляшки
- в Отсутствие патологических изменений на ЭКГ
- г Отсутствие феохромоцитомы или миокардита

**ДЛЯ КАРДИОМИОПАТИИ, СВЯЗАННОЙ
С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И РОДАМИ,
ХАРАКТЕРНО:**

- а Появление клинических признаков сердечной недостаточности во II триместре
- б Появление систолической дисфункции левого желудочка в сроки с последнего месяца беременности по 5-ый месяц послеродового периода
- в Частые рецидивы
- г Развитие артериальной легочной гипертензии

**К РАЗВИТИЮ МИОКАРДИТА МОГУТ
ПРИВЕСТИ:**

- а Вирусная инфекция
- б Системные заболевания
- в Острая ревматическая лихорадка
- г Тупая травма грудной клетки

**ДЛЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ
КАРТИНЫ ОСТРОГО МИОКАРДИТА
ТИПИЧНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:**

- а Диффузное нарушение сократимости желудочков
- б Дилатация камер сердца
- в Утолщение миокарда за счет отека
- г Появление локальных зон нарушенной сократимости

**ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ
У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ
МИОКАРДИТОМ МОГУТ
ПРИМЕНЯТЬСЯ:**

- а Внутриаортальная баллонная контрпультация
- б Устройства поддержки левого желудочка
- в Экстракорпоральная мембранная оксигенация
- г Инотропные препараты

**НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ
МЕТОДАМИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АОРТЫ
ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Трансторакальная ЭХОКГ
- б Чреспищеводная ЭХОКГ
- в Компьютерная томография
- г Магнитно-резонансная томография

**ЗАПОДОЗРИТЬ РАССЛАИВАЮЩУЮ
АНЕВРИЗМУ АОРТЫ У ПАЦИЕНТА С
БОЛЬЮ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ
НЕОБХОДИМО В СЛУЧАЕ:**

- а Резко выраженного болевого синдрома
- б Мигрирующего характера болей
- в Снижения пульсации периферических артерий
- г Наличия отеков голеней и лодыжек

**К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ
АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА
АОРТЫ ОТНОСЯТСЯ:**

- а Синдром Марфана
- б Ожирение
- в Синдром Элерса-Данлоса
- г Хроническая болезнь почек

**КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ
АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОЙ АОРТЫ МОГУТ
БЫТЬ:**

- а Ассиметричная пульсация
- б Тромбоэмболии артерий большого круга кровообращения
- в Дисфагия
- г Синдром сдавления верхней полой вены

**К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ
РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ
АОРТЫ ОТНОСЯТСЯ:**

- а Аневризма аорты в анамнезе
- б Артериальная гипертензия
- в Двустворчатый аортальный клапан
- г Инфаркт миокарда в анамнезе

**ОСНОВНЫМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ
МЕРОПРИЯТИЯМИ ПРИ ОСТРОЙ
РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ АОРТЫ
У БОЛЬНЫХ БЕЗ ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Купирование боли
- б Внутривенное введение бета-блокаторов
- в Внутривенное введение нитропруссиды натрия
- г Антиагреганты

**НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ МЕТОДОМ
ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ
АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а Чреспищеводная ЭхоКГ
- б ЭКГ
- в Рентгенография органов грудной клетки
- г МРТ

**ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ
РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ
НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ:**

- а Всем пациентам показано экстренное хирургическое вмешательство
- б Рекомендована медикаментозная терапия
- в Эндоваскулярное лечение должно рассматриваться
- г Эндоваскулярное лечение противопоказано

**ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ
РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ
НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ:**

- а Рекомендовано динамическое наблюдение
- б Всем пациентам показано хирургическое/эндоваскулярное лечение
- в Проведение эндоваскулярного лечения противопоказано
- г Рекомендована медикаментозная терапия

ДЛЯ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ХАРАКТЕРНО:

- а Возраст <40 лет
- б Отсутствие стенозирования аорты и ее ветвей
- в Перемежающаяся хромота
- г Сосудистый шум над подключичными и/или сонными артериями

ПОКАЗАНИЯМИ К ПУНКЦИИ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а Тампонада сердца
- б Гидроперикард, с целью верификации диагноза
- в Тромб в полости перикарда
- г Гемоперикард, независимо от гемодинамики

ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:

- а Увеличение толщины миокарда левого желудочка, которое не может быть объяснено только повышенной нагрузкой на миокард
- б Возможно развитие обструкции выходного тракта левого желудочка
- в При аускультации сердца может выслушиваться систолический шум
- г Заболевание не связано с генетическими аномалиями

ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ СЛЕДУЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ:

- а Диастолическая дисфункция
- б Ишемия миокарда
- в Обструкция выходного тракта левого желудочка
- г Локальное нарушение сократимости стенок левого желудочка

НА ЭКГ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

- а Патологический зубец Q в отведениях II, III, aVF
- б Патологический зубец Q в отведениях V1-V4
- в Глубина зубца S и V2 > 25 мм
- г Элевация сегмента ST в отведениях II, III

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ:

- а Обмороки
- б Стенокардия напряжения
- в Аритмии
- г Гипертонические кризы

У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫХОДНОГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПОКОЕ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ:

- а Нитратов
- б Ингибиторов фосфодиэстеразы
- в Дигоксина
- г Дизопирамида

ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а Бета-адреноблокаторы
- б Дизопирамид
- в Петлевые диуретики
- г Ингибиторы АПФ

ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ СТЕПЕНИ ОБСТРУКЦИИ ВЫХОДНОГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ МОГУТ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:

- а Алкогольная септальная абляция
- б Хирургическая миоэктомия
- в Трансплантация сердца
- г Вальвулопластика аортального клапана

**В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ У БОЛЬНОГО
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ
ФВЛЖ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ:**

- а Петлевые и тиазидные диуретики в низких дозах
- б Ингибиторы АПФ
- в Минералокортикоиды
- г Нитраты

**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ
СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫМ С
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ
РЕКОМЕНДОВАНО:**

- а Избегать занятий соревновательным спортом
- б Имплантация кардиовертера-дефибриллятора пациентам высокого риска
- в Назначение новокаинамида
- г Превентивная имплантация кардиовертера-дефибриллятора всем пациентам

**ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ
СОКРАЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ И
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:**

- а Бета-адреноблокаторы
- б Верапамил
- в Дилтиазем
- г Амиодарон

**ДЛЯ УДЕРЖАНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА
У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ И
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:**

- а Амиодарон
- б Дизопирамид
- в Прокаинамид

г Хинидин

**ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:**

- а Наследование по аутосомно-доминантному типу
- б Наследуется рецессивно сцеплено с х-хромосомой
- в Наследственный характер у заболевания не отмечается
- г Наследственный характер прослеживается в 50% случаев заболевания

**ДЛЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:**

- а Признаки неспецифического воспаления миокарда
- б Наличие зон с нарушенной архитектоникой миофибрилл
- в Инфильтрация миокарда эозинофилами
- г Аномальные межклеточные соединения кардиомиоцитов

**РИСК ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ
СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПОВЫШЕН В
СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ:**

- а Случаях внезапной смерти в семье
- б При синкопальных состояниях в анамнезе
- в У мужчин
- г При толщине МЖП > 30 мм

**ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНОГО
С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ МОГУТ
ВЫЯВЛЯТЬСЯ:**

- а Расширение полости левого желудочка
- б Ассиметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки
- в Передне-систолическое движение створки митрального клапана

- г Подклапанная мембрана (под аортальным клапаном)

ПРИ СОХРАНЕНИИ ВЫРАЖЕННОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ:

- а Септальной миотомии/миозектомии
- б Ресинхронизирующая терапия
- в Алкогольная септальная абляция
- г Трансплантация сердца

ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЯТОРА ПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПРИ:

- а Мерцательной аритмии
- б Клинической смерти в анамнезе
- в Политопной желудочковой экстрасистолии
- г Пароксизмах устойчивой желудочковой тахикардии

ДЛЯ ЭНДОМИОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА ХАРАКТЕРНО:

- а Кардиомегалия
- б Развитие рестриктивной кардиомиопатия
- в Снижение систолической функции левого желудочка
- г Гиперэхогенность эндокарда при эхокардиографии

СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ОСЛОЖНИТЬСЯ РАЗВИТИЕМ ПЕРИКАРДИТА:

- а ВИЧ-инфекция
- б Туберкулез
- в Инфаркт миокарда
- г Гипертрофическая кардиомиопатия

**ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО
НАЛИЧИЕ:**

- а Болей в грудной клетке, связанных с дыханием
- б Характерного шума при аускультации сердца
- в Элеваций сегмента ST на ЭКГ
- г Отеков голеней и стоп

**НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ
ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА
ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а Диффузные элевации сегмента ST на ЭКГ
- б Формирование патологических зубцов Q
- в Депрессия сегмента ST более, чем в восьми отведениях в сочетании с элевацией ST в aVR
- г Элевация сегмента ST более 2 мм у мужчин и более 1,5 мм у женщин в отведениях V2-V3 и более 1 мм в остальных отведениях

**К ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ВТОРИЧНОГО
КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА
ОТНОСЯТСЯ:**

- а Ионизирующее излучение
- б Уремия
- в Сахарный диабет
- г Кардиохирургические вмешательства