

1.	При повышенном содержании ренина увеличивается образование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ангиотензина II.</li> <li>• Триглицеридов.</li> <li>• Катехоламинов.</li> <li>• Холестерина.</li> </ul>
2.	Женщина 50 лет, перенесла геморрагический инсульт в возрасте 48 лет, холестерин - 6 ммоль/л, других факторов риска нет. Степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений за 10 лет у данного пациента:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Очень высокий риск</li> <li>• Низкий риск</li> <li>• Умеренный риск</li> <li>• Высокий риск</li> </ul>
3.	Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертонии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Атеросклероз почечных артерий.</li> <li>• Неспецифический аортоартериит.</li> <li>• Фибромышечная дисплазия.</li> <li>• Аневризмы почечных артерий.</li> </ul>
4.	Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличением образования катехоламинов.</li> <li>• Гиперпродукцией кортикостероидов.</li> <li>• Увеличением образования альдостерона.</li> <li>• Гиперпродукцией ренина.</li> </ul>
5.	Причиной системной артериальной гипертонии при неспецифическом аортоартериите чаще всего является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поражение почечных артерий.</li> <li>• Воспалительные заболевания почек.</li> <li>• Повышение образования катехоламинов.</li> <li>• Гиперпродукция кортикостероидов.</li> </ul>
6.	Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, следует использовать внутривенное введение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фуросемида</li> <li>• Бета-блокаторов</li> <li>• Сердечных гликозидов</li> <li>• Всего вышеперечисленного</li> </ul>
7.	При артериальной гипертонии сочетающейся с тенденцией к брадикардии нецелесообразно начинать лечение с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокаторы бета-адренорецепторов.</li> <li>• Пролонгированного нифедипина.</li> <li>• Эналаприла.</li> <li>• Периндоприла.</li> </ul>
8.	Решающим в установлении диагноза реноваскулярной гипертонии является проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортографии с отдельной катетеризацией почечных артерий и вен (с определением активности ренина в почечных венах) .</li> <li>• Экскреторной урографии.</li> <li>• Радионуклидной ренографии.</li> <li>• Определения активности ренина плазмы.</li> </ul>
9.	Гипокалиемия наиболее характерна для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первичного гиперальдостеронизма.</li> <li>• Реноваскулярной гипертонии.</li> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Хронического пиелонефрита.</li> </ul>
10.	На поражение органов – мишеней указывает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Индекс соколова-лайона &gt; 3,5 мв, <math>rav  &gt; 1,1</math> мв</li> <li>• Комплекс интима-медиа = 0,5</li> <li>• Толщина межжелудочковой перегородки 9 мм</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
11.	К факторам риска развития гипертонической болезни не могут быть отнесены:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Избыточное потребление жидкости.</li> <li>• Большие нервно-эмоциональные нагрузки.</li> <li>• Отягощенная по гипертонии наследственность.</li> <li>• Повышенная масса тела.</li> </ul>
12.	Патогенетическими звеньями артериальной гипертонии являются все перечисленные, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Частые ОРВИ</li> <li>• Повышения активности симпато-адреналовой системы.</li> <li>• Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>

13.	Уровень АД зависит от всего, кроме	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уровень электролитов крови.</li> <li>• Минутный объем сердца.</li> <li>• Общее периферическое сосудистое сопротивление.</li> <li>• Ренин-ангиотензиновая система.</li> </ul>
14.	Гипотензивным действием обладают все следующие простагландины, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоксана</li> <li>• Простагландин Е1</li> <li>• Простагландин I</li> <li>• Простагландин 1</li> </ul>
15.	Мужчина 45 лет, стенокардия напряжения, холестерин - 6,8 ммоль/л, других факторов риска нет. Степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений за 10 лет у данного пациента:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Очень высокий риск</li> <li>• Низкий риск</li> <li>• Умеренный риск</li> <li>• Высокий риск</li> </ul>
16.	Между активностью ренина и магистральным почечным кровотоком существует следующая взаимосвязь:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правильного ответа нет.</li> <li>• Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.</li> <li>• Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.</li> <li>• Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.</li> </ul>
17.	Избыточное образование альдостерона сопровождается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Задержкой натрия и воды.</li> <li>• Повышением активности симпато-адреналовой системы.</li> <li>• Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.</li> <li>• Уменьшением минутного объема сердца.</li> </ul>
18.	Фактор, оказывающий отрицательное влияние на сосуды (ремоделирование) у больных гипертонической болезнью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эндотелин</li> <li>• Ангиотензин I</li> <li>• Высокая артериальная гипертензия</li> <li>• Активность симпатоадреналовой системы</li> </ul>
19.	Для злокачественного течения артериальной гипертензии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поражение артерий сетчатки.</li> <li>• Атеросклероз сосудов нижних конечностей.</li> <li>• Нарушения ритма сердца.</li> <li>• Появление блокад сердца.</li> </ul>
20.	Гипертоническая болезнь является фактором риска развития следующих заболеваний:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего перечисленного</li> <li>• ИБС.</li> <li>• Инсульта.</li> <li>• Атеросклероза сонных артерий</li> </ul>
21.	При гипертонической болезни на ЭКГ наиболее часто выявляются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертрофия левого желудочка.</li> <li>• Замедление предсердно-желудочковой проводимости.</li> <li>• Блокада ветвей пучка Гиса.</li> <li>• Увеличение амплитуды зубца "U".</li> </ul>
22.	У больных артериальной гипертензией при инфаркте миокарда увеличивается риск развития:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыва миокарда.</li> <li>• Желудочковой пароксизмальной тахикардии.</li> <li>• Тромбоэмболии.</li> <li>• Пневмонии.</li> </ul>
23.	Мужчина 60 лет, холестерин - менее 6,5 ммоль/л, других факторов риска нет, на эхокардиограмме - толщина межжелудочковой перегородки 13 мм. Степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений за 10 лет у данного пациента:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокий риск</li> <li>• Низкий риск</li> <li>• Умеренный риск</li> <li>• Очень высокий риск</li> </ul>

24.	Для гипертонической болезни I стадии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Транзиторное повышение АД.</li> <li>• Электрокардиографические признаки гипертрофии миокарда.</li> <li>• Нарушение функции почек.</li> <li>• Геморрагии в сетчатке.</li> </ul>
25.	При повторных измерениях АД зарегистрированы врачом следующие значения 150/70, 140/70, 150/70, 145/75. Как следует трактовать полученные данные:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Изолированная систолическая артериальная гипертензия</li> <li>• Артериальная гипертензия 1 ст.</li> <li>• Артериальная гипертензия 2 ст.</li> <li>• Артериальная гипертензия 3 ст.</li> </ul>
26.	При лечении бета-адреноблокаторами происходит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшение образования ренина.</li> <li>• Уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления.</li> <li>• Уменьшение объема циркулирующей крови.</li> <li>• Все перечисленное.</li> </ul>
27.	При применении мочегонных средств происходит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение общего периферического сосудистого сопротивления.</li> <li>• Уменьшение активности симпатно-адреналовой системы.</li> <li>• Уменьшение образования ренина.</li> <li>• Уменьшение образования альдостерона.</li> </ul>
28.	Пациент с цифрами АД 150/95 мм.рт.ст. и СКФ 28 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> . Оцените степень артериальной гипертензии и риск развития сердечно-сосудистых заболеваний:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артериальная гипертензия 1 ст и очень высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний</li> <li>• Артериальная гипертензия 1 ст и умеренный риск сердечно-сосудистых заболеваний</li> <li>• Артериальная гипертензия 2 ст и очень высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний</li> <li>• Артериальная гипертензия 2 ст и умеренный риск сердечно-сосудистых заболеваний</li> </ul>
29.	Тиазидные диуретики при длительном приеме обладают следующими побочными действиями:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное.</li> <li>• Вызывают гиперурикемию.</li> <li>• Вызывают гипергликемию.</li> <li>• Повышают содержание липопротеидов низкой плотности.</li> </ul>
30.	Карведилол влияет на общее периферическое сосудистое сопротивление:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижает.</li> <li>• Увеличивает.</li> <li>• Не оказывает на него влияния.</li> <li>• Вначале повышая, а затем снижая.</li> </ul>
31.	Больным артериальной гипертензией и стенокардией напряжения целесообразно назначить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антагонисты кальция.</li> <li>• Диуретики.</li> <li>• ингибиторы АПФ.</li> <li>• Сартаны.</li> </ul>
32.	Признаки поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Перенесенный инсульт в анамнезе</li> <li>• Снижение СКФ менее 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup></li> <li>• Микроальбуминурия</li> </ul>
33.	Гипотензивный эффект доксазозина определяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Селективной блокадой постсинаптических альфа-адренорецепторов.</li> <li>• Блокадой бета-адренорецепторов.</li> <li>• Снижением сократительной функции миокарда.</li> <li>• Влиянием на электролитный обмен.</li> </ul>
34.	Из нижеперечисленных гипотензивных средств наиболее выражен синдром отмены препарата у:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клофелина</li> <li>• Каптоприла.</li> <li>• Нифедипина.</li> <li>• Гипотиозида.</li> </ul>

35.	При синдроме злокачественной артериальной гипертензии могут иметь место следующие симптомы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное.</li> <li>• Высокое артериальное давление (более 220/130 мм. рт.ст.).</li> <li>• Тяжелое поражение глазного дна.</li> <li>• Нарушение функции почек.</li> </ul>
36.	При повышении артериального давления, сочетающегося с энцефалопатией, из перечисленного целесообразно применять:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диуретики.</li> <li>• Бета-адреноблокаторы.</li> <li>• Препараты раувольфии.</li> <li>• Сердечные гликозиды.</li> </ul>
37.	Не используют для лечения гипертонической болезни:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Папаверин, дибазол.</li> <li>• Пролонгированный нифедипин</li> <li>• Пропранолол</li> <li>• Периндоприл.</li> </ul>
38.	Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные препараты.</li> <li>• Триампур.</li> <li>• Фуросемид.</li> <li>• Анаприлин.</li> </ul>
39.	Заболеваниями, наиболее часто приводящими к развитию вторичных артериальных гипертензий, являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диффузный гломерулонефрит и хронический пиелонефрит</li> <li>• Коарктация аорты.</li> <li>• Гипоплазия и атеросклеротическое поражение почечных артерий.</li> <li>• Первичный гиперальдостеронизм.</li> </ul>
40.	При коарктации аорты АД повышается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В артериях верхних конечностей.</li> <li>• На нижних конечностях.</li> <li>• В почечных артериях.</li> <li>• Все ответы правильные.</li> </ul>
41.	При вазоренальных артериальных гипертензиях АД повышается в результате:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышения активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.</li> <li>• Повышения вязкости крови</li> <li>• Увеличения объема циркулирующей крови.</li> <li>• Увеличения минутного объема сердца.</li> </ul>
42.	Пациент с артериальной гипертензией (АД 145/90 мм.рт.ст.), сахарным диабетом 2 типа и длительным стажем курения, имеет риск сердечно-сосудистых осложнений:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Очень высокий риск</li> <li>• Умеренный риск</li> <li>• Низкий риск</li> <li>• Высокий риск</li> </ul>
43.	Повышение цифр АД до 145/95 мм.рт.ст., соответствует степени артериальной гипертензии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артериальная гипертензия 1 ст</li> <li>• Высокому нормальному АД</li> <li>• Артериальная гипертензия 2 ст</li> <li>• Артериальная гипертензия 3 ст</li> </ul>
44.	Наиболее достоверным для диагностики вазоренальных гипертензий является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контрастная ангиография.</li> <li>• Определение активности ренина в плазме крови.</li> <li>• Экскреторная урография.</li> <li>• Ультразвуковое исследование почечных артерий.</li> </ul>
45.	На вторичный характер гипертензии указывает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> <li>• Внезапная смерть близкого родственника</li> <li>• Беспокойный сон</li> <li>• Сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке</li> </ul>

46.	У пациента с жалобами на головную боль, страдающего артериальной гипертензии, при аускультации выслушивается систоло-диастолический шум над пупком, иррадиирующий латерально. Наиболее вероятная причина артериальной гипертензии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стеноз почечных артерий</li> <li>• Феохромоцитома</li> <li>• Поликистоз почек</li> <li>• Коарктация аорты</li> </ul>
47.	При феохромоцитоме чаще встречается следующий вариант клинического течения артериальной гипертензии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертонические кризы на фоне повышенного АД.</li> <li>• Гипертонические кризы на фоне нормального АД.</li> <li>• Стабильно высокое АД без гипертонических кризов.</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
48.	Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипергликемия.</li> <li>• Гипогликемия.</li> <li>• Лейкопения.</li> <li>• Лимфоцитоз.</li> </ul>
49.	Феохромоцитома является опухолью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мозгового слоя надпочечников.</li> <li>• Кортикального слоя надпочечников.</li> <li>• Паренхимы почек.</li> <li>• Правильного ответа нет</li> </ul>
50.	Наиболее часто феохромоцитома локализуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В одном надпочечнике.</li> <li>• В обоих надпочечниках.</li> <li>• В надпочечнике и вне надпочечника.</li> <li>• В паренхиме почки</li> </ul>
51.	Альдостерома является опухолью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клубочковой зоны коркового слоя надпочечников.</li> <li>• Сетчатой зоны коркового слоя надпочечников.</li> <li>• Пучковой зоны коркового слоя надпочечников.</li> <li>• Паренхимы почки</li> </ul>
52.	Нормальные цифры АД:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Систолическое артериальное давление &lt;130 мм.рт.ст. и диастолическое артериальное давление &lt;85 мм.рт.ст.</li> <li>• Систолическое артериальное давление &lt;130 мм.рт.ст. и диастолическое артериальное давление &lt;105 мм.рт.ст.</li> <li>• Систолическое артериальное давление &lt;135 мм.рт.ст. и диастолическое артериальное давление &lt;80 мм.рт.ст.</li> <li>• Систолическое артериальное давление &lt;140 мм.рт.ст. и диастолическое артериальное давление &lt;85 мм.рт.ст.</li> </ul>
53.	Для первичного гиперальдостеронизма характерна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипокалиемия.</li> <li>• Гиперкалиемия</li> <li>• Гипернатриемия.</li> <li>• Гиперкальциемия.</li> </ul>
54.	Гипокалиемия при первичном гиперальдостеронизме связана с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличением секреции калия в дистальном отделе канальцев.</li> <li>• Увеличением фильтрации калия в почечных клубочках.</li> <li>• Уменьшением реабсорбции калия в проксимальном отделе канальцев.</li> <li>• Все ответы правильные.</li> </ul>
55.	Для первичного гиперальдостеронизма не характерны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперкальциемия.</li> <li>• Мышечная слабость.</li> <li>• Полиурия.</li> <li>• Парестезии.</li> </ul>

56.	При синдроме Конна чаще всего обнаруживается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение концентрации альдостерона.</li> <li>• Повышение уровня катехоламинов.</li> <li>• Снижение концентрации альдостерона.</li> <li>• Повышение уровня ренина.</li> </ul>
57.	Фибромышечная дисплазия почечных артерий встречается чаще:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У молодых женщин.</li> <li>• У пожилых мужчин.</li> <li>• Одинаково часто у мужчин и женщин.</li> <li>• У детей.</li> </ul>
58.	Поражение почечных артерий наиболее часто из перечисленных встречается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неспецифическом аортоартериите.</li> <li>• Туберкулезе.</li> <li>• Системной красной волчанке.</li> <li>• Ревматизме</li> </ul>
59.	Осложнением коарктации аорты может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное.</li> <li>• Застойная сердечная недостаточность.</li> <li>• Инсульт.</li> <li>• Расслаивание аорты.</li> </ul>
60.	При атеросклерозе аорты чаще всего наблюдается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение систолического АД.</li> <li>• Повышение диастолического АД.</li> <li>• Снижение диастолического АД.</li> <li>• Снижение систолического АД.</li> </ul>
61.	Для лечения неспецифического аортоартериита в период обострения целесообразно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Глюкокортикоиды.</li> <li>• Антибиотики.</li> <li>• Сульфаниламиды.</li> <li>• Цитостатики</li> </ul>
62.	При коарктации аорты систолический шум выслушивается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все ответы правильные.</li> <li>• Во 2-4 межреберье у края грудины слева.</li> <li>• В яремной ямке.</li> <li>• В межлопаточном пространстве.</li> </ul>
63.	Для артериальной гипертонии при тиреотоксикозе характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение систолического АД.</li> <li>• Повышение диастолического АД.</li> <li>• Снижение диастолического АД.</li> <li>• Не имеет корреляции с артериальным давлением</li> </ul>
64.	При гипертонической болезни без сердечной недостаточности сердечный выброс:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прямой зависимости от перечисленных показателей нет.</li> <li>• Прямо пропорционален периферическому сопротивлению и обратно пропорционален систолическому артериальному давлению.</li> <li>• Прямо пропорционален систолическому артериальному давлению и обратно - периферическому сопротивлению.</li> <li>• Обратно пропорционален систолическому артериальному давлению и периферическому сопротивлению.</li> </ul>
65.	Для лечения гипертонического криза при феохромоцитоме наиболее эффективным является внутривенное введение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фентоламина.</li> <li>• Пентамина.</li> <li>• Клофелина.</li> <li>• Дибазола.</li> </ul>
66.	Максимальный гипотензивный эффект при применении бета-адреноблокаторов наступает через:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2-3 недели.</li> <li>• 6-8 часов.</li> <li>• 2-3 дня.</li> <li>• 5-8 дней.</li> </ul>
67.	Кардиоселективные бета-адреноблокаторы при лечении артериальной гипертонии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существенных различий по сравнению с некардио- селективными бета- адреноблокаторами нет.</li> <li>• Не применяются.</li> <li>• Более эффективны, чем некардиоселективные бета-адреноблокаторы.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее эффективны, чем некардиоселективные бета-адреноблокаторы.</li> </ul>
68.	Повышение артериального давления характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Альдостеронизма</li> <li>• Гипокортицизма</li> <li>• Гипопаратиреоза</li> <li>• Болезни Аддисона</li> </ul>
69.	У больных артериальной гипертонией и сердечной недостаточностью для снижения АД целесообразно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эналаприл.</li> <li>• Верапамил.</li> <li>• Дилтиазем.</li> <li>• Фентоламин.</li> </ul>
70.	Гипотензивное действие клофелина связано с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стимуляцией альфа-адренорецепторов ЦНС.</li> <li>• Блокадой бета-адренорецепторов.</li> <li>• Уменьшением содержания ренина в плазме крови.</li> <li>• Уменьшением объема циркулирующей плазмы.</li> </ul>
71.	К артериальной гипертонии из перечисленных можно отнести стойкое повышение АД до уровня:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 160/95 мм. рт. ст.</li> <li>• 120/80 мм. рт. ст.</li> <li>• 130/80 мм. рт. ст.</li> <li>• 135/85 мм рт.ст.</li> </ul>
72.	Для установления диагноза артериальной гипертонии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимо, чтобы АД было выше нормы не менее, чем при двух посещениях в разные дни.</li> <li>• Достаточно однократной регистрации повышенного АД.</li> <li>• Обязательна регистрация повышенного АД не менее, чем при трех посещениях с интервалом в 2 недели.</li> <li>• Необходим результат СМАД.</li> </ul>
73.	Критерием I стадии артериальной гипертонии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие признаков поражения органов-мишеней.</li> <li>• Повышение АД не более 170/100 мм. рт. ст.</li> <li>• Лабильность АД.</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного.</li> </ul>
74.	Проявлением II стадии артериальной гипертонии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное.</li> <li>• Признаки гипертрофии левого желудочка.</li> <li>• Сужение артерий сетчатки.</li> <li>• Признаки нарушения функции почек.</li> </ul>
75.	Признаками III стадии артериальной гипертонии являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное.</li> <li>• Возникновение сердечной недостаточности.</li> <li>• Перенесенное нарушение мозгового кровообращения.</li> <li>• Хроническая почечная недостаточность.</li> </ul>
76.	Артериальная гипертония среди населения до 60 лет является вторичной (симптоматической) примерно у:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10% больных.</li> <li>• 60% больных.</li> <li>• 50% больных.</li> <li>• 25% больных.</li> </ul>
77.	Причиной симптоматических артериальных гипертоний чаще всего является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заболевания почек.</li> <li>• Первичный гиперальдостеронизм.</li> <li>• Феохромоцитома.</li> <li>• Поражение сердца и крупных артерий.</li> </ul>
78.	Гипертонические кризы, сопровождающиеся сильной головной болью, потливостью и сердцебиением, характерны для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Первичного гиперальдостеронизма.</li> <li>• Реноваскулярной гипертонии.</li> <li>• Коарктации аорты.</li> </ul>

79.	Приступы резкой слабости, проходящие парезы, судороги, полиурия и никтурия указывают на возможность:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первичного гиперальдостеронизма.</li> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Коарктации аорты.</li> <li>• Реноваскулярной гипертензии.</li> </ul>
80.	Возникновение гипертензии после 50 лет, выслушивание шума в околопупочной области, сопутствующие заболевания периферических артерий, указывают на возможность:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Реноваскулярной гипертензии.</li> <li>• Первичного гиперальдостеронизма.</li> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Коарктации аорты.</li> </ul>
81.	Повышение преимущественно систолического АД (или изолированная систолическая гипертензия). Характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего перечисленного.</li> <li>• Атеросклероза аорты.</li> <li>• Тиреотоксикоза.</li> <li>• Аортальной недостаточности.</li> </ul>
82.	Уменьшение активности ренина плазмы характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первичного гиперальдостеронизма.</li> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Реноваскулярной гипертензии.</li> <li>• Хронического гломерулонефрита.</li> </ul>
83.	Уменьшение и задержка пульсовой волны на бедренной артерии по сравнению с пульсацией лучевой артерии наблюдается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коарктации аорты.</li> <li>• Феохромоцитоме.</li> <li>• Реноваскулярной гипертензии.</li> <li>• Атеросклерозе аорты.</li> </ul>
84.	Причиной артериальной гипертензии может быть прием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего перечисленного.</li> <li>• Пероральных контрацептивов.</li> <li>• Кортикостероидов.</li> <li>• Трициклических антидепрессантов.</li> </ul>
85.	К нефармакологическим способам снижения АД относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное.</li> <li>• Снижение или нормализация веса тела.</li> <li>• Ограничение употребления соли.</li> <li>• Физические тренировки с нагрузкой аэробного характера.</li> </ul>
86.	Оптимальные дозы гипотиазида при лечении артериальной гипертензии 1-2 степени составляют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12,5-25 мг/сут.</li> <li>• 50-100 мг/сут.</li> <li>• 100-150 мг/сут.</li> <li>• 150-200 мг/сут.</li> </ul>
87.	При исходной брадикардии с гипотензивной целью из перечисленных препаратов целесообразно назначение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эналаприла.</li> <li>• Анаприлина.</li> <li>• Верапамила.</li> <li>• Клофелина.</li> </ul>
88.	Снижают сократимость миокарда из перечисленных гипотензивных препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бета-блокаторы.</li> <li>• Валсартан</li> <li>• Эналаприл.</li> <li>• Гипотиазид.</li> </ul>
89.	Неблагоприятное влияние на состояние липидного обмена оказывают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диуретики.</li> <li>• Антагонисты кальция.</li> <li>• Блокаторы рецепторов к ангиотензину.</li> <li>• Ингибиторы АПФ.</li> </ul>
90.	Для первичного альдостеронизма характерно	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Низкая активность ренина</li> <li>• Повышенный уровень альдостерона</li> <li>• Гипокалиемия</li> </ul>
91.	Пациент 80 лет с артериальной гипертензией (АД 150/85 мм.рт.ст). Показано ли назначение гипотензивной терапии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показано, при хорошей субъективной переносимости</li> <li>• Показано во всех случаях</li> <li>• Показано курсовое лечение метаболическими препаратами (триметазидин, мексидол)</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>Показана гипотензивная терапия, в сочетании с курсами метаболических препаратов</li> </ul>
92.	Реже всего больным с артериальной гипертонией в качестве монотерапии назначают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Альфадреноблокаторы.</li> <li>ИАПФ.</li> <li>Антагонисты кальция.</li> <li>Бета-блокаторы.</li> </ul>
93.	При артериальной гипертонии 1-2 степени не применяют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Гуанетедин.</li> <li>Диуретики.</li> <li>Антагонисты кальция.</li> <li>Бета-блокаторы.</li> </ul>
94.	При использовании стандартной манжетки у больных с ожирением регистрируется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ложно завышенное АД.</li> <li>Ложно заниженное АД.</li> <li>Толщина рук не влияет на точность определения АД.</li> <li>Правильного ответа нет.</li> </ul>
95.	При лечении больных пожилого возраста наиболее целесообразно использование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Антагонистов кальция.</li> <li>Допегита.</li> <li>Гуанетидина.</li> <li>Бета-блокаторов.</li> </ul>
96.	При лечении артериальной гипертонии у беременных чаще всего назначают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Метилдопу.</li> <li>Диуретики.</li> <li>ИАПФ.</li> <li>Бета-адреноблокаторы.</li> </ul>
97.	У больных злокачественной артериальной гипертонией отмечается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное.</li> <li>Выраженное повышение АД.</li> <li>Резкие изменения на глазном дне (отек сосков зрительных нервов).</li> <li>Прогрессирующее поражение почек.</li> </ul>
98.	Для диагностики «гипертензии белого халата» и маскированной артериальной гипертензии целесообразно проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Суточного мониторирования АД</li> <li>Проведение стресс-теста по протоколу Брюса</li> <li>Измерение активности в крови ренина и кортизола</li> <li>Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
99.	Пациент с АД 150/80 мм.рт.ст., сахарным диабетом и длительным стажем курения. Какие рекомендации необходимо дать пациенту:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Модификация образа жизни, отказ от курения, показана медикаментозная гипотензивная терапия</li> <li>Динамическое наблюдение, показана только модификация образа жизни и отказ от курения</li> <li>Показана медикаментозная терапия, модификация образа жизни мало эффективна у данной группы пациентов</li> <li>Курение и модификация образа жизни не влияют на прогноз, при данной степени артериальной гипертензии медикаментозная терапия не показана.</li> </ul>
100.	Суточное мониторирование артериального давления для диагностики артериальной гипертензии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное верно</li> <li>При повторных измерениях АД врачом показатели значительно отличаются</li> <li>При нормальном офисном АД у лиц с бессимптомным поражением органов-мишеней и у лиц с высоким общим сердечно-сосудистым риском</li> <li>Если имеется разница между измерениями цифр АД врачом и самостоятельным измерением.</li> </ul>
101.	Быстрое снижение артериального давления противопоказано при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Прогрессирующей почечной недостаточности.</li> <li>Гипертонической энцефалопатии.</li> <li>Расслаивающейся аневризме аорты.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отеке легких.</li> </ul>
102.	Наиболее удобен для срочного контролируемого снижения артериального давления:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитропруссид натрия.</li> <li>• Резерпин.</li> <li>• Пентамин.</li> <li>• Дибазол.</li> </ul>
103.	При сборе анамнеза у пациента с артериальной гипертензией следует обратить особое внимание на то, какие лекарственные препараты он принимает, потому что:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Некоторые лекарственные препараты вызывают повышение АД</li> <li>• Предшествующий опыт гипотензивной терапии следует учитывать</li> <li>• Некоторые лекарственные препараты могут уменьшать действие гипотензивных препаратов</li> </ul>
104.	Пациенткам с артериальной гипертензией и менопаузой:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заместительная гормональная терапия, терапия селективными модуляторами эстрогеновых рецепторов и витамином Е не рекомендована.</li> <li>• Показана заместительная гормональная терапия</li> <li>• Показана терапия селективными модуляторами эстрогеновых рецепторов</li> <li>• Показан прием высоких доз витамина Е</li> </ul>
105.	Средством выбора для снижения АД у больных с расслаивающей аневризмой аорты является введение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитропруссид натрия и бета-блокатора.</li> <li>• Диазоксид.</li> <li>• Клофелина и бета-блокатора.</li> <li>• Фуросемида</li> </ul>
106.	При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитроглицерина (в/в) и фуросемида</li> <li>• Беталока в/в</li> <li>• Финоптина.</li> <li>• Капотена</li> </ul>
107.	К препаратам, гипотензивный эффект которых в основном связан с влиянием на активность симпатико-адреналовой системы, относятся все перечисленные, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Каптоприла.</li> <li>• Клофелина.</li> <li>• Празозина.</li> <li>• Фентоламина.</li> </ul>
108.	К препаратам, гипотензивный эффект которых в основном связан с непосредственным взаимодействием с гладкомышечными клетками сосудов (вазодилататоры прямого действия), относятся все перечисленные, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Празозина.</li> <li>• Гидралазина.</li> <li>• Миноксидила.</li> <li>• Нитропруссид натрия.</li> </ul>
109.	Назначение гидралазина, как правило, приводит к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышению активности симпатико-адреналовой системы</li> <li>• Повышению активности парасимпатического отдела нервной системы</li> <li>• Снижению активности симпатико-адреналовой системы</li> <li>• Не влияет на активность нервной системы</li> </ul>
110.	Лечение празозином приводит к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширению артериол и вен.</li> <li>• Расширению только артериол.</li> <li>• Расширению только вен.</li> <li>• Все ответы неправильные.</li> </ul>
111.	Ортостатическая гипотония наблюдается чаще при приеме празозина с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипотиазидом.</li> <li>• Анаприлином.</li> <li>• Вискеном.</li> <li>• Клофелином.</li> </ul>

112.	Применение каптоприла сопровождается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все ответы правильные.</li> <li>• Уменьшением концентрации ангиотензина II.</li> <li>• Уменьшением секреции альдостерона.</li> <li>• Увеличением выделения натрия с мочой.</li> </ul>
113.	У пациента повышение цифр АД до 165/105 мм.рт.ст. Определите степень артериальной гипертензии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артериальная гипертензия II степени</li> <li>• Высокому нормальному АД</li> <li>• Артериальная гипертензия I степени</li> <li>• Артериальная гипертензия III степени</li> </ul>
114.	Калийсберегающий эффект верошпирона проявляется через:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-3 дня.</li> <li>• 7-14 дней.</li> <li>• 1-2 часа.</li> <li>• 15-21 день.</li> </ul>
115.	Ганглиоблокаторы оказывают блокирующее действие на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Симпатическую и парасимпатическую иннервацию.</li> <li>• Симпатическую иннервацию.</li> <li>• Парасимпатическую иннервацию.</li> <li>• Не оказывают блокирующего действия</li> </ul>
116.	При лечении артериальной гипертензии индапамидом нецелесообразно использовать его:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как монотерапию.</li> <li>• В сочетании с бета-адреноблокаторами.</li> <li>• В сочетании с симпатолитическими средствами.</li> <li>• В сочетании с ИАПФ</li> </ul>
117.	Назначение иАПФ при артериальной гипертензии, предпочтительно у следующих групп пациентов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Пациенты с перенесенным инфарктом миокарда</li> <li>• Пациенты с хронической сердечной недостаточностью</li> <li>• Пациенты с сахарным диабетом</li> </ul>
118.	Целевой уровень цифр АД у пациентов с артериальной гипертензией с сопутствующим сахарным диабетом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;140/85 мм.рт.ст.</li> <li>• &lt;150/90 мм.рт.ст.</li> <li>• &lt;120/80 мм.рт.ст.</li> <li>• &lt;160/90 мм.рт.ст.</li> </ul>
119.	Для диагностики реноваскулярной артериальной гипертензии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведения ангиографии почечных артерий.</li> <li>• Проведения экскреторной урографии.</li> <li>• Определения концентрации ренина в плазме крови.</li> <li>• Все перечисленное.</li> </ul>
120.	При выборе препарата для терапии артериальной гипертензии следует учитывать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Аллергологический анамнез</li> <li>• Наличие сопутствующих заболеваний</li> <li>• Предыдущий опыт пациента по применению гипотензивных средств</li> </ul>
121.	Причиной повышения систолического АД может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Полная поперечная блокада.</li> <li>• Сино-атриальная блокада II ст.</li> <li>• Атриовентрикулярная блокада II ст.</li> <li>• Блокада левой или правой ножки пучка Гиса.</li> </ul>
122.	Вненадпочечниковая локализация феохромоцитомы диагностируется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У 10% больных с феохромоцитомой.</li> <li>• У 50% больных с феохромоцитомой.</li> <li>• У 30% больных с феохромоцитомой.</li> <li>• Менее, чем у 5% больных с феохромоцитомой.</li> </ul>
123.	Наиболее эффективны при лечении артериальной гипертензии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные препараты одинаково эффективны</li> <li>• Тиазидные диуретики</li> <li>• Антагонисты кальция</li> <li>• Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента</li> </ul>

124.	Наиболее вероятной причиной артериальной гипертензии у больного с жаждой, полиурией, мышечной слабостью и удлинением интервала Q-T на ЭКГ, является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна).</li> <li>• Гипертоническая болезнь.</li> <li>• Хронический пиелонефрит.</li> <li>• Феохромоцитома.</li> </ul>
125.	Наиболее вероятной причиной артериальной гипертензии у больной 20 лет с шумом, выслушиваемым в области проекции правой почечной артерии, увеличенной СОЭ и лейкоцитозом, являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неспецифический аортоартериит.</li> <li>• Фибромышечная дисплазия.</li> <li>• Гломерулонефрит.</li> <li>• Гипоплазия почечной артерии.</li> </ul>
126.	Наиболее вероятной причиной артериальной гипертензии у больного 50 лет со стенокардией напряжения III функционального класса и шумом, выслушиваемым в области проекции левой почечной артерии, является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Атеросклероз почечной артерии.</li> <li>• Фибромышечная дисплазия.</li> <li>• Неспецифический аортоартериит.</li> <li>• Гипоплазия почечной артерии.</li> </ul>
127.	Для лечения больных с артериальной гипертензией и критическими стенозами сосудов нижних конечностей противопоказано применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метопролола.</li> <li>• Нифедипина.</li> <li>• Эналаприла.</li> <li>• Гипотиазида.</li> </ul>
128.	При сниженной фракции выброса левого желудочка противопоказана следующая группа гипотензивных препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верапамил, дилтиазем</li> <li>• Блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда</li> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента</li> </ul>
129.	Для синдрома Иценко-Кушинга характерно все нижеперечисленное, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипогликемии.</li> <li>• Артериальной гипертензии.</li> <li>• Гипергликемии.</li> <li>• Ожирения.</li> </ul>
130.	Синдром Иценко-Кушинга встречается чаще:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У женщин.</li> <li>• У мужчин.</li> <li>• Одинаково часто у женщин и мужчин.</li> <li>• Правильного ответа нет</li> </ul>
131.	Аденома, вызывающая синдром Иценко-Кушинга, является опухолью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кортикального слоя надпочечников.</li> <li>• Мозгового слоя надпочечников.</li> <li>• Паренхимы почек.</li> <li>• Правильного ответа нет</li> </ul>
132.	Пациентам с первичным гиперальдостеронизмом препаратами выбора для лечения артериальной гипертензии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спиронолактон</li> <li>• Лизиноприл</li> <li>• Аликсирен</li> <li>• Валсартан</li> </ul>
133.	При первичном гиперальдостеронизме, связанном с диффузной идиопатической гиперплазией надпочечников, как правило, проводится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медикаментозная коррекция артериальной гипертензии.</li> <li>• Хирургическое лечение.</li> <li>• Хирургическое лечение и медикаментозная коррекция артериального давления.</li> <li>• Лечение не проводится.</li> </ul>
134.	Двусторонняя гиперплазия коры надпочечников является причиной первичного гиперальдостеронизма в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-20% случаев.</li> <li>• 80-90% случаев.</li> <li>• 40-50% случаев.</li> <li>• 5-10% случаев.</li> </ul>
135.	Гипотензивное действие каптоприла связано с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшением образования ангиотензина II.</li> <li>• Уменьшением образования ренина.</li> <li>• Блокадой рецепторов тромбосана</li> <li>• Нет правильного ответа.</li> </ul>

136.	Избыточное потребление поваренной соли имеет существенное значение в патогенезе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертонической болезни.</li> <li>• Синдрома Конна.</li> <li>• Реноваскулярной гипертонии.</li> <li>• Всего перечисленного.</li> </ul>
137.	Повышение цифр АД до 145/95 мм.рт.ст., соответствует степени артериальной гипертонии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артериальная гипертония I степени</li> <li>• Высокому нормальному АД</li> <li>• Артериальная гипертония II степени</li> <li>• Артериальная гипертония III степени</li> </ul>
138.	При повторных измерениях АД зарегистрированы врачом следующие значения 160/100, 158/105, 175/100, 165/105. Как следует трактовать полученные данные:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артериальная гипертония II степени</li> <li>• Изолированная систолическая артериальная гипертония</li> <li>• Артериальная гипертония I степени</li> <li>• Артериальная гипертония III степени</li> </ul>
139.	Повышение общего периферического сосудистого сопротивления характерно для больных:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем перечисленным.</li> <li>• Гипертонической болезнью.</li> <li>• Вазоренальной гипертонией.</li> <li>• С синдромом Конна.</li> </ul>
140.	Повышение общего периферического сосудистого сопротивления может иметь место при гипертонической болезни:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех стадиях.</li> <li>• I стадии.</li> <li>• II стадии.</li> <li>• II и III стадии.</li> </ul>
141.	Снижение АД в течение 24-48 часов рекомендовано при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неосложненном гипертоническом кризе</li> <li>• Гипертоническом кризе, осложненном развитием острой неврологической симптоматики</li> <li>• Гипертоническом кризе, осложненном развитием ангинозного приступа</li> <li>• Гипертоническом кризе, осложненном развитием расслаивающей аневризмы аорты</li> </ul>
142.	Для стратификации сердечно-сосудистого риска используется шкала:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCORE</li> <li>• CHA2DS2-VASc</li> <li>• HAS-BLED</li> <li>• Стратификация риска не показана</li> </ul>
143.	Пациент 60 лет без сопутствующих заболеваний с цифрами АД 170/105 мм.рт.ст., гипертрофией левого желудочка, имеет риск сердечно-сосудистых осложнений :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокий риск</li> <li>• Умеренный риск</li> <li>• Очень высокий риск</li> <li>• Низкий риск</li> </ul>
144.	При сочетании артериальной гипертонии с хроническим заболеванием почек терапию целесообразно начать с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторов АПФ</li> <li>• Бета-адреноблокаторов</li> <li>• Мочегонных</li> <li>• Антагонистов кальция</li> </ul>
145.	Женщина 50 лет, холестерин менее 6,5 ммоль/л, других факторов риска нет, концентрация креатинина крови 2 мг%. Степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений за 10 лет у данного пациента:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокий риск</li> <li>• Низкий риск</li> <li>• Умеренный риск</li> <li>• Очень высокий риск</li> </ul>
146.	Пациент с кризовым течением артериальной гипертонии, головной болью, потливостью, сердцебиением. Данному пациенту целесообразно проведение обследования:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Определение фракция метанефринов в моче или свободных метанефринов в плазме.</li> <li>• КТ или МРТ брюшной полости и таза.</li> <li>• УЗИ органов брюшной полости</li> </ul>

147.	У пациента с артериальной гипертензией, лунообразным лицом, ожирением III ст, стриями, сахарным диабетом 2 типа. наиболее вероятная причина артериальной гипертензии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром Кушинга</li> <li>• Поликистоз почек</li> <li>• Коарктация аорты</li> <li>• Гипокортицизм</li> </ul>
148.	Систематическую терапию гипотензивными препаратами рекомендуют начинать сразу при стабильно повышенном САД:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение препаратов зависит от риска сердечно-сосудистых осложнений</li> <li>• Более 150 мм. рт. ст.</li> <li>• Более 160 мм. рт. ст.</li> <li>• Более 170 мм. рт. ст.</li> </ul>
149.	Целевые значения холестерина ЛПНП у пациентов с артериальной гипертензией с инфарктом миокарда в анамнезе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ХС-ЛПНП &lt;1,8 ммоль/л</li> <li>• ХС-ЛПНП &lt;2,5 ммоль/л</li> <li>• ХС-ЛПНП ≤2,0 ммоль/л</li> <li>• ХС-ЛПНП ≤3,0 ммоль/л</li> </ul>
150.	Целевой уровень цифр АД у пациентов с артериальной гипертензией с сопутствующим сахарным диабетом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;140/85 мм.рт.ст.</li> <li>• &lt;150/90 мм.рт.ст.</li> <li>• &lt;120/80 мм.рт.ст.</li> <li>• &lt;160/90 мм.рт.ст.</li> </ul>
151.	С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует уровень:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как диастолического, так и систолического АД.</li> <li>• Диастолического АД.</li> <li>• Систолического АД.</li> <li>• Закономерности нет.</li> </ul>
152.	У больных с коарктацией аорты на верхних конечностях повышено:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как систолическое, так и диастолическое АД.</li> <li>• Только систолическое АД.</li> <li>• Только диастолическое АД.</li> <li>• Ни то, и ни другое.</li> </ul>
153.	Факторами риска развития гипертонической болезни являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное.</li> <li>• Избыточное потребление поваренной соли.</li> <li>• Ожирение.</li> <li>• Гиподинамия.</li> </ul>
154.	Ортостатическая гипотония в наибольшей степени свойственна больным:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Феохромоцитомой.</li> <li>• Первичным гиперальдостеронизмом.</li> <li>• Реноваскулярной гипертонией.</li> <li>• Гипертонической болезнью.</li> </ul>
155.	Тактика ведения пациента с артериальной гипертензией 1 степени и высоким дополнительным риском:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коррекция образа жизни, назначение гипотензивной терапии</li> <li>• Принять меры по нормализации образа жизни без начала медикаментозной терапии</li> <li>• Динамическое наблюдение в течение нескольких недель, с дальнейшим решением вопроса о начале медикаментозной терапии, коррекция образа жизни</li> <li>• Мониторинг АД без начала медикаментозной терапии</li> </ul>
156.	Жалобы на мышечную слабость свойственны больным с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдромом Конна.</li> <li>• Феохромоцитомой.</li> <li>• Реноваскулярной гипертонией.</li> <li>• Всем перечисленным.</li> </ul>
157.	У больных с синдромом Конна реабсорбция натрия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Усилена.</li> <li>• Снижена.</li> <li>• Не изменена.</li> <li>• Связана со стадией развития болезни.</li> </ul>
158.	В основе развития артериальной гипертонии у больных с синдромом Конна лежит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение реабсорбции натрия.</li> <li>• Гипокалиемия.</li> <li>• Гиперренинемия.</li> <li>• Снижение реабсорбции натрия.</li> </ul>

159.	Абсолютным противопоказанием к применению ИАПФ у пациентов с артериальной гипертензии НЕ является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хроническая болезнь почек</li> <li>• Двусторонний стеноз почечных артерий</li> <li>• Гиперкалиемия</li> <li>• Беременность</li> </ul>
160.	Непосредственным вазоконстрикторным эффектом из перечисленных веществ обладает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вазопрессин.</li> <li>• Ренин-субстрат.</li> <li>• Ренин.</li> <li>• Ангиотензиноген.</li> </ul>
161.	Непосредственным вазоконстрикторным эффектом из перечисленных веществ обладает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ангиотензин II.</li> <li>• Калликреин.</li> <li>• Брадикинин.</li> <li>• Ренин.</li> </ul>
162.	Вазодилатирующим эффектом из перечисленных веществ обладает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Простаглицлин.</li> <li>• Вазопрессин.</li> <li>• Тромбоксан А2.</li> <li>• Ни один из перечисленных.</li> </ul>
163.	Вазодилатирующим эффектом из перечисленных препаратов обладает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Брадикинин.</li> <li>• Вазопрессин.</li> <li>• Ренин.</li> <li>• Ни один из перечисленных.</li> </ul>
164.	Вазоконстрикторным эффектом из перечисленных веществ обладают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные.</li> <li>• Эндотелин.</li> <li>• Тромбоксан А2.</li> <li>• Ангиотензин II.</li> </ul>
165.	Вазодилатирующим эффектом из перечисленных веществ обладают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ни один из перечисленных.</li> <li>• Эндотелин.</li> <li>• Тромбоксан А2.</li> <li>• Ангиотензин.</li> </ul>
166.	Гипотензивным эффектом сопровождается стимуляция:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Центральных альфа-адренорецепторов.</li> <li>• Периферических альфа-адренорецепторов.</li> <li>• Центральных и периферических альфа-адренорецепторов.</li> <li>• Ни одного из перечисленных.</li> </ul>
167.	Гипертензивным эффектом сопровождается стимуляция:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Периферических альфа-адренорецепторов.</li> <li>• Центральных альфа-адренорецепторов.</li> <li>• Барорецепторов.</li> <li>• Ничего из перечисленного.</li> </ul>
168.	Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертонии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контрастная ангиография.</li> <li>• Изотопная ренография.</li> <li>• Внутривенная урография с серийной регистрацией урограмм.</li> <li>• Компьютерная томография.</li> </ul>
169.	Феохромоцитома:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может быть как доброкачественной, так и злокачественной опухолью.</li> <li>• Является всегда доброкачественной опухолью.</li> <li>• Является, как правило, злокачественной опухолью.</li> <li>• Правильного ответа нет</li> </ul>
170.	Внеадреналиновая локализация альдостерон-продуцирующей аденомы у больных с синдромом Конна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Встречается казуистически редко.</li> <li>• Встречается примерно в половине случаев.</li> <li>• Встречается у 10-15% больных.</li> <li>• Не встречается.</li> </ul>
171.	К основным рекомендованным классам гипотензивных препаратов относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Альфа-адреноблокаторы</li> <li>• Блокаторы центральных имидазолиновых рецепторов</li> <li>• Пролонгированные нитраты</li> </ul>

172.	Не рекомендована комбинация гипотензивных препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• иАПФ и блокаторы рецепторов к ангиотензину II</li> <li>• иАПФ и бета-адреноблокатор</li> <li>• иАПФ и индапамид</li> <li>• Блокатор кальциевых каналов и ингибитор АПФ</li> </ul>
173.	При феохромоцитоме противопоказаны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из перечисленного.</li> <li>• Бета-блокаторы.</li> <li>• Антагонисты кальция.</li> <li>• Блокаторы альфа-адренорецепторов.</li> </ul>
174.	Не рекомендована комбинация гипотензивных препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дилтиазем и бета-адреноблокатор</li> <li>• иАПФ и индапамид</li> <li>• Блокатор кальциевых каналов и блокаторы рецепторов к ангиотензину II</li> <li>• Блокатор кальциевых каналов и ингибитор АПФ</li> </ul>
175.	Феохромоцитома является опухолью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Богато васкуляризированной.</li> <li>• Бедно васкуляризированной.</li> <li>• Коркового вещества надпочечников.</li> <li>• Локализующейся только в надпочечниках</li> </ul>
176.	При феохромоцитоме кризовое течение артериальной гипертензии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеет место приблизительно у 50-75% больных.</li> <li>• Имеет место практически у всех больных.</li> <li>• Имеет место у 10-15% больных.</li> <li>• Встречается крайне редко.</li> </ul>
177.	Дексаметазоновый "супрессивный" тест представляет ценность в диагностике:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правильного ответа нет.</li> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Синдрома Конна.</li> <li>• Реноваскулярной гипертензии.</li> </ul>
178.	Дексаметазоновый "супрессивный" тест представляет ценность в диагностике:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдрома Кушинга.</li> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Ренопаренхиматозной гипертензии.</li> <li>• Синдрома Конна.</li> </ul>
179.	Тест с приемом каптоприла представляет ценность в диагностике:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из перечисленного.</li> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Синдрома Конна.</li> <li>• Синдрома Кушинга.</li> </ul>
180.	Гиперпродукция глюкокортикоидов выражена при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдроме Кушинга.</li> <li>• Синдроме Конна.</li> <li>• Феохромоцитоме.</li> <li>• Все ответы правильные.</li> </ul>
181.	Гиперпродукция глюкокортикоидов имеет основное значение в патогенезе артериальной гипертензии у больных:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С синдромом Кушинга.</li> <li>• С синдромом Конна.</li> <li>• С феохромоцитомой.</li> <li>• Всего перечисленного.</li> </ul>
182.	Основное значение в патогенезе синдрома Кушинга имеет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперпродукция кортизола.</li> <li>• Гиперпродукция катехоламинов.</li> <li>• Гиперпродукция альдостерона.</li> <li>• Правильного ответа нет.</li> </ul>
183.	Причинами синдрома Кушинга могут быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное.</li> <li>• Аденома надпочечников.</li> <li>• Карцинома надпочечников.</li> <li>• Карцинома поджелудочной железы.</li> </ul>
184.	Определение 17-гидроксистероидов и 17-кетостероидов в моче, собранной за 24-часовой период, целесообразно для диагностики:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдрома Кушинга.</li> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Первичного гиперальдостеронизма.</li> <li>• Вазоренальной гипертензии.</li> </ul>



185.	Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертонию, сахарный диабет, остеопороз, аменорею, гирсутизм, характерен для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдрома Кушинга.</li> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Синдрома Конна.</li> <li>• Ни одного из перечисленных.</li> </ul>
186.	Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертонию, полидипсию, полиурию, мышечную слабость и гипокалиемию характерен, для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдрома Конна.</li> <li>• Реноваскулярной гипертонии.</li> <li>• Ренопаренхиматозной гипертонии.</li> <li>• Синдрома Кушинга.</li> </ul>
187.	У больных с синдромом Конна выраженный отечный синдром:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Встречается крайне редко.</li> <li>• Встречается всегда.</li> <li>• Встречается довольно часто.</li> <li>• Не встречается.</li> </ul>
188.	У больных с синдромом Конна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возможно как кризовое, так и некризовое течение гипертонии.</li> <li>• Артериальная гипертензия всегда имеет кризовое течение.</li> <li>• Артериальная гипертензия никогда не имеет кризового течения.</li> <li>• Артериальная гипертензия не характерна.</li> </ul>
189.	Гипокалиемия характерна для больных с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первичным гиперальдостеронизмом.</li> <li>• "Объем натрийзависимым" вариантом гипертонической болезни.</li> <li>• Феохромоцитомой.</li> <li>• Коарктацией аорты.</li> </ul>
190.	Гипокалиемия характерна для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего вышеперечисленного.</li> <li>• Синдрома Конна.</li> <li>• Вторичного гиперальдостеронизма.</li> <li>• Передозировки петлевых диуретиков</li> </ul>
191.	Для больных со злокачественной артериальной гипертонией характерна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Относительная гиповолемия.</li> <li>• Гиперволемия.</li> <li>• Нормоволемия.</li> <li>• Правильного ответа нет.</li> </ul>
192.	Не рекомендованны комбинации гипотензивных препаратов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• иАПФ и блокаторы рецепторов к ангиотензину II</li> <li>• иАПФ и бета-адреноблокатор</li> <li>• иАПФ и тиазидный диуретик</li> <li>• Блокатор кальциевых каналов и ингибитор АПФ</li> </ul>
193.	Прием ИАПФ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все ответы верны</li> <li>• Рекомендован при сопутствующем хроническом заболевании почек</li> <li>• При терапии необходим тщательный контроль за уровнем креатинина и калия</li> <li>• Препараты выбора для лечения артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом</li> </ul>
194.	В патогенезе артериальной гипертонии, связанной с употреблением пероральных эстрогенсодержащих контрацептивных препаратов, основное значение имеет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ретенции натрия.</li> <li>• Увеличению продукции вазопрессина.</li> <li>• Повышению активности симпатoadреналовой системы.</li> <li>• Правильного ответа нет.</li> </ul>
195.	В патогенезе артериальной гипертонии, связанной с приемом эстрогенсодержащих пероральных контрацептивных препаратов, имеет важное значение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличению синтеза ренин-субстрата.</li> <li>• Снижению синтеза ренин-субстрата.</li> <li>• Гипоальдостеронизму.</li> <li>• Увеличению активности симпатoadреналовой системы.</li> </ul>

196.	Артериальная гипертония, протекающая с кризами, сопровождающимися тахикардией, потоотделением, гиперемией лица характерна для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Синдрома Конна.</li> <li>• Реноваскулярной гипертонии.</li> <li>• Синдрома Кушинга.</li> </ul>
197.	Повышение содержания ванилилминдальной кислоты в моче, собранной за 24-часовой период, характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Феохромоцитомы.</li> <li>• Синдрома Конна.</li> <li>• Синдрома Кушинга.</li> <li>• Реноваскулярной гипертонии.</li> </ul>
198.	При увеличении потребления поваренной соли у больных гипертонической болезнью гипотензивный эффект мочегонных препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Утрачивается или ослабевает.</li> <li>• Усиливается.</li> <li>• Не изменяется.</li> <li>• Зависит от выбора препарата.</li> </ul>
199.	При систематическом приеме мочегонных препаратов общее периферическое сосудистое сопротивление у больных гипертонической болезнью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшается</li> <li>• Увеличивается.</li> <li>• Не изменяется.</li> <li>• Закономерности не выявляется.</li> </ul>
200.	У больных артериальной гипертонией наименее серьезным изменением со стороны глазного дна является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Генерализованное сужение артерий.</li> <li>• Отек соска зрительного нерва.</li> <li>• Возникновение экссудатов.</li> <li>• Возникновение геморрагий.</li> </ul>
201.	У больных артериальной гипертонией наиболее опасным изменением глазного дна является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отек соска зрительного нерва.</li> <li>• Генерализованное сужение артерий.</li> <li>• Возникновение экссудатов.</li> <li>• Возникновение геморрагий.</li> </ul>
202.	При купировании гипертонического криза у больных с феохромоцитомой наиболее эффективны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Препараты, блокирующие альфа-адренорецепторы.</li> <li>• Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.</li> <li>• Препараты, блокирующие бета-адренорецепторы.</li> <li>• Диуретики.</li> </ul>
203.	Реноваскулярная гипертония возникает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как при одностороннем, так и при двустороннем стенозировании почечных артерий.</li> <li>• При одностороннем поражении почечной артерии.</li> <li>• При двустороннем поражении почечных артерий.</li> <li>• При поражении артериол почечной паренхимы</li> </ul>
204.	При наличии недостаточности кровообращения в качестве гипотензивной терапии можно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные препараты</li> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Диуретики</li> <li>• Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента</li> </ul>
205.	Абсолютные противопоказания для назначения бета-адреноблокаторов больным с артериальной гипертензией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бронхиальная астма</li> <li>• Перемежающаяся хромота</li> <li>• Атриовентрикулярная блокада I степени</li> <li>• Сахарный диабет</li> </ul>
206.	Эналаприл можно назначать больным гипертонической болезнью в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Любой стадии.</li> <li>• I стадии.</li> <li>• II стадии.</li> <li>• III стадии.</li> </ul>
207.	У больных гипертонической болезнью I стадии наиболее эффективным препаратом является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные препараты могут быть эффективны.</li> <li>• Гипотиазид.</li> <li>• Эналаприл.</li> <li>• Нифедипин пролонгированного действия.</li> </ul>

208.	Больным гипертонической болезнью I стадии диуретики следует назначать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правильного ответа нет.</li> <li>• Только в виде монотерапии.</li> <li>• В больших дозах</li> <li>• Только в комбинации с антиадренергическими препаратами.</li> </ul>
209.	Больным гипертонической болезнью препарат эналаприл следует назначать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правильного ответа нет.</li> <li>• Только в виде монотерапии.</li> <li>• При двустороннем стенозе почечных артерий</li> <li>• Только в комбинации с другими группами препаратов.</li> </ul>
210.	Антагонисты кальция рекомендуют назначать больным гипертонической болезнью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всех стадий.</li> <li>• I стадии.</li> <li>• II стадии.</li> <li>• II-III стадии.</li> </ul>
211.	Препараты первого выбора у больных с повышенным артериальным давлением и систолической формой хронической сердечной недостаточности из перечисленных:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ.</li> <li>• Сердечные гликозиды.</li> <li>• Гипотиазид, индапамид.</li> <li>• Дигидроперидиновые антагонисты кальция (нифедипин-ретард, амлодипин).</li> </ul>
212.	К препаратам первого ряда у больных артериальной гипертонией и нарушениями проводимости (синдром слабости синусового узла, AV – блокада) Относятся из перечисленных:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ.</li> <li>• Кардиоселективные бета-адреноблокаторы.</li> <li>• Верапамил.</li> <li>• Дилтиазем.</li> </ul>
213.	К препаратам первого выбора у больных артериальной гипертонией и нарушениями ритма (синусовая тахикардия, наджелудочковые, желудочковые тахиаритмии). Не относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов.</li> <li>• Кардиоселективные бета-адреноблокаторы.</li> <li>• Верапамил.</li> <li>• Дилтиазем.</li> </ul>
214.	К ассоциированным с артериальной гипертензией клиническим состояниям относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Почечная недостаточность.</li> <li>• Содержание общего холестерина в крови более 6,5 ммоль.</li> <li>• Дискинез левого желудочка.</li> <li>• Наличие атеросклеротических бляшек в артериях.</li> </ul>
215.	К поражениям органов-мишеней, относится все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сахарный диабет.</li> <li>• Гипертрофия левого желудочка.</li> <li>• Наличие атеросклеротических бляшек в артериях.</li> <li>• Микроальбуминурия.</li> </ul>
216.	К факторам риска влияющим на прогноз, которые следует учитывать при стратификации риска у больных артериальной гипертонией, не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие ХОБЛ</li> <li>• Содержание общего холестерина в крови более 6,5 ммоль.</li> <li>• Сахарный диабет.</li> <li>• Семейные случаи развития сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте после 60 лет.</li> </ul>
217.	К ассоциированным с артериальной гипертензией клиническим состояниям относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ОНМК.</li> <li>• Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Сужение артерий сетчатки.</li> <li>• Отслойка сетчатки.</li> </ul>
218.	Поражения органов мишеней, которые следует учитывать при стратификации риска у больных артериальной гипертензией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сужение артерий сетчатки.</li> <li>• Отслойка сетчатки.</li> <li>• ОНМК.</li> <li>• Транзиторная ишемическая атака.</li> </ul>

219.	К факторам риска влияющим на прогноз, которые следует учитывать при стратификации риска у больных артериальной гипертензией не относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сужение артерий сетчатки.</li> <li>• Степень повышения артериального давления .</li> <li>• Возраст: мужчины - старше 55 лет, женщины - старше 65 лет.</li> <li>• Курение.</li> </ul>
220.	При артериальной гипертензии прием ацетилсалициловой кислоты в малых дозах	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не рекомендован пациентам с низким и умеренным риском сердечно-сосудистых осложнений</li> <li>• Рекомендован всем пациентам</li> <li>• Рекомендован пациентам старше 65 лет</li> <li>• Рекомендован женщинам в менопаузе</li> </ul>
221.	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:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжить терапию лизиноприлом в той же дозе под контролем уровня креатинина</li> <li>• Отменить лизиноприл</li> <li>• Уменьшить дозу лизиноприла в 2 раза под контролем уровня креатинина</li> <li>• Добавить фуросемид</li> </ul>
222.	К методам, позволяющим определить наличие заболеваний, являющихся причиной артериальной гипертензии НЕ относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭХО КГ, УЗИ сонных артерий.</li> <li>• МР томография надпочечников.</li> <li>• УЗИ почечных артерий.</li> <li>• Содержание альдостерона крови, калия, активность ренина крови</li> </ul>
223.	Пациент 80 лет с артериальной гипертензией (АД 145/85 мм.рт.ст), показано ли назначение гипотензивной терапии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При хорошей субъективной переносимости возможна коррекция образа жизни, наблюдение без назначения лекарственных препаратов</li> <li>• Показано во всех случаях</li> <li>• Показано курсовое лечение метаболическими препаратами</li> <li>• Показана гипотензивная терапия, в сочетании с курсами метаболических препаратов</li> </ul>
224.	Тактика ведения пациента с артериальной гипертензией 1 степени и средним дополнительным риском:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коррекция образа жизни. Динамическое наблюдение в течение нескольких недель, с дальнейшим решением вопроса о начале медикаментозной терапии</li> <li>• Начать медикаментозную терапию</li> <li>• Принять меры по нормализации образа жизни без начала медикаментозной терапии</li> <li>• Мониторинг АД без начала медикаментозной терапии</li> </ul>
225.	Абсолютным противопоказанием к применению бета-блокаторов у пациентов с артериальной гипертензией является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Атриовентрикулярная блокада 2 степени</li> <li>• Атриовентрикулярная блокада 1 степени</li> <li>• ХОБЛ</li> <li>• Хроническая болезнь почек</li> </ul>
226.	Назначение ИАПФ при артериальной гипертензии, предпочтительно у следующих групп пациентов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациенты с сахарным диабетом</li> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Пациенты с бронхиальной астмой</li> <li>• Пациенты с острой почечной недостаточностью</li> </ul>
227.	Наиболее эффективны при лечении артериальной гипертензии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные препараты одинаково эффективны</li> <li>• Тиазидные диуретики</li> <li>• Антагонисты кальция</li> <li>• Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента</li> </ul>
228.	При выборе препарата для терапии артериальной гипертензии следует учитывать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Аллергологический анамнез</li> <li>• Наличие сопутствующих заболеваний</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предыдущий опыт пациента по применению гипотензивных средств</li> </ul>
229.	Артериальное давление повышают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кортикостероиды</li> <li>• Предсердные натрийиуретические пептиды.</li> <li>• Простациклин, брадикинин.</li> <li>• Оксид азота.</li> </ul>
230.	Терапия «петлевыми» диуретиками	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показана для купирования гипертонического криза осложненного левожелудочковой недостаточностью</li> <li>• Противопоказана при наличии сопутствующей почечной недостаточности</li> <li>• Вызывает гиперкалиемию</li> <li>• Не рекомендована в комбинации с антагонистами альдостерона</li> </ul>
231.	К факторам предрасполагающим к возникновению гипертонической болезни относится все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Роста</li> <li>• Возраста</li> <li>• Генетических факторов</li> <li>• Ожирения</li> </ul>
232.	К противопоказаниям к применению иАПФ у пациентов с артериальной гипертензии относится все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хронической болезни почек</li> <li>• Двустороннего стеноза почечных артерий</li> <li>• Гиперкалиемии</li> <li>• Беременности</li> </ul>
233.	Назначение иАПФ при артериальной гипертензии нерационально:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Молодым женщинам, планирующим беременность</li> <li>• Пациентам с острым инфарктом миокарда</li> <li>• Пациентам с хронической сердечной недостаточностью</li> <li>• Пациентам с сахарным диабетом</li> </ul>
234.	При преэклампсии беременным с гипотензивной целью используются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитропруссид в/в</li> <li>• Лазикс в/в</li> <li>• Беталок в/в</li> <li>• Эналаприл в/в</li> </ul>
235.	Пациентам с первичным гиперальдостеронизмом препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спиринолактон</li> <li>• Лизиноприл</li> <li>• Гипотиазид</li> <li>• Валсартан</li> </ul>
236.	Препарат, вызывающий лекарственную артериальную гипертензию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эритропоэтин</li> <li>• Празозин</li> <li>• Сульфасалазин</li> <li>• Ацетилцистеин</li> </ul>
237.	Тактика ведения пациента с артериальной гипертензией 2 степени и умеренным дополнительным риском сердечно-сосудистых заболеваний:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Динамическое наблюдение в течение нескольких недель, с дальнейшим решением вопроса о начале медикаментозной терапии, коррекция образа жизни</li> <li>• Начать медикаментозную терапию</li> <li>• Принять меры по нормализации образа жизни без начала медикаментозной терапии</li> <li>• Мониторинг АД без начала медикаментозной терапии</li> </ul>
238.	Коррекция образа жизни для пациентов с артериальной гипертензией предполагает следующие меры, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интенсивные физические нагрузки</li> <li>• Уменьшение потребления поваренной соли</li> <li>• Уменьшение потребления насыщенных жиров</li> <li>• Отказ от курения</li> </ul>
239.	Подагра является противопоказанием для назначения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тиазидных диуретиков</li> <li>• Бета-адреноблокаторов</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента</li> <li>• Блокаторов кальциевых каналов</li> </ul>
240.	Рекомендованные комбинации гипотензивных препаратов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• блокатор кальциевых каналов и ингибитор АПФ</li> <li>• Дилтиазем и бета-адреноблокатор</li> <li>• Верошпирон в сочетании с гипотиазидом</li> <li>• иапф и блокаторы рецепторов к ангиотензину II</li> </ul>
241.	Не рекомендованы комбинации гипотензивных препаратов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИАПФ и блокаторы рецепторов к ангиотензину II</li> <li>• Бета-адреноблокатор и ИАПФ</li> <li>• ИАПФ и тиазидный диуретик</li> <li>• Блокатор кальциевых каналов и ИАПФ</li> </ul>
242.	Выберете неверное утверждение относительно приема иАПФ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может приводить к гипокалиемии</li> <li>• Рекомендовано при сопутствующем хроническом заболевании почек</li> <li>• При терапии необходим тщательный контроль за уровнем креатинина и калия</li> <li>• Препараты выбора для лечения артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом</li> </ul>
243.	При наличии недостаточности кровообращения в качестве гипотензивной терапии нельзя использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дилтиазем</li> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Диуретики</li> <li>• Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента</li> </ul>
244.	Больным с повышенным нормальным АД следует начать гипотензивную медикаментозную терапию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипотензивная терапия не требуется</li> <li>• Если они относятся к категории низкого дополнительного риска</li> <li>• При любом дополнительном риске</li> <li>• Если они относятся к категории среднего дополнительного риска</li> </ul>
245.	При резистентной артериальной гипертензии рекомендовано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Добавить к терапии спиронолактон или доксазозин при отсутствии противопоказаний</li> <li>• Добавить к терапии моксонидин</li> <li>• Уменьшить количество потребляемой жидкости</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
246.	Противопоказанием к назначению блокатора рецептора к ангиотензину не является	<ul style="list-style-type: none"> <li>• стеноз одной из почечных артерий</li> <li>• уровень калия крови выше 5.5 ммоль/л</li> <li>• стеноз обеих почечных артерий</li> <li>• беременность</li> </ul>
247.	Комбинация амлодипина с ингибитором АПФ или блокатором рецептора к ангиотензину	<ul style="list-style-type: none"> <li>• эффективно снижает артериальное давление</li> <li>• противопоказана</li> <li>• не показана при хронической болезни почек</li> <li>• рекомендована женщинам детородного возраста</li> </ul>
248.	Причины повышения артериального давления при ожирении	<ul style="list-style-type: none"> <li>• повышенная выработка контринсулярных гормонов и симпатическая активация вследствие гиперинсулинемии</li> <li>• повышенная выработка альдостерона и задержка жидкости</li> <li>• снижение скорости клубочковой фильтрации</li> <li>• Верно все перечисленное</li> </ul>
249.	При преэклампсии беременным с гипотензивной целью используются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитропруссид в/в</li> <li>• Лазикс в/в</li> <li>• Эналаприл в/в</li> <li>• Каптоприл сублингвально</li> </ul>
250.	Противопоказания к назначению верапамила и дилтиазема при артериальной гипертензии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение фракции выброса левого желудочка</li> <li>• Выраженная гипертрофия левого желудочка</li> <li>• АВ- блокада 1 степени</li> <li>• Клиренс креатинина менее 50 мл/мин</li> </ul>

251.	При артериальной гипертензии и фракции выброса менее 35% противопоказан прием	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верапамила и дилтиазема</li> <li>• Бета-адреноблокаторов</li> <li>• Тиазидных диуретиков</li> <li>• ИАПФ</li> </ul>
252.	При выборе препарата для терапии артериальной гипертензии следует учитывать	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Аллергологический анамнез</li> <li>• Наличие сопутствующих заболеваний</li> <li>• Предыдущий опыт пациента по применению гипотензивных средств</li> </ul>
253.	На вторичный характер гипертензии указывают следующие симптомы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Периодическая мышечная слабость и судороги</li> <li>• Тремор рук, повышенная потливость, учащенное сердцебиение, повышенная возбудимость</li> <li>• Полиурия, полидипсия</li> </ul>
254.	Какие лекарственные средства могут повышать артериальное давление?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Циклоспорин</li> <li>• НПВС</li> <li>• Эритропоэтин</li> </ul>
255.	К поражениям органов –мишеней не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73м<sup>2</sup></li> <li>• Микроальбуминурия</li> <li>• Лодыжечно-плечевой индекс &lt;0,9</li> <li>• Толщина межжелудочковой перегородки 15 мм</li> </ul>
256.	Для определения поражения органов мишеней пациентам с артериальной гипертензией целесообразно проведение обследования:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• ЭКГ</li> <li>• Определение микроальбуминурии</li> <li>• УЗИ сонных артерий</li> </ul>
257.	К поражению органов-мишеней при артериальной гипертензии не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенокардия напряжения</li> <li>• Утолщение стенки сонных артерий- интима-медиа &gt;1,1</li> <li>• Лодыжечно-плечевой индекс &lt; 0.9</li> <li>• Микроальбуминурия</li> </ul>
258.	Факторы, отрицательно влияющие на прогноз при артериальной гипертензии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Нарушение толерантности к глюкозе</li> <li>• Высокий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности</li> <li>• Микроальбуминурия</li> </ul>
259.	При выявлении артериальной гипертензии, необходимы провести следующее обследование пациента:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Определение уровня креатинина, уровня липидов и мочевой кислоты в крови</li> <li>• Общий анализ мочи и определение микроальбуминурии</li> <li>• ЭКГ в 12 отведениях</li> </ul>
260.	У пациента с жалобами на головную боль, страдающего артериальной гипертензией, при аускультации выслушивается систоло-диастолический шум над пупком, иррадиирующий латерально. Данному пациенту целесообразно провести следующие обследования:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дуплексная доплеровская ультрасонография почек</li> <li>• МРТ гипофиза</li> <li>• Проведение теста с ИАПФ</li> <li>• Все перечисленное</li> </ul>
261.	Каким пациентам должна проводиться антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам высокого риска развития инфекционного эндокардита</li> <li>• Пациентам любого риска развития инфекционного эндокардита</li> <li>• Пациентам с любым врожденным пороком сердца</li> <li>• Проводиться не должна</li> </ul>

262.	Выберите пациентов, которым должна проводиться антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Механический протез клапана\ов сердца</li> <li>• Биологический протез клапана\ов сердца</li> <li>• Приобретенный стеноз аортального клапана тяжелой степени</li> <li>• Пациентам с любым врожденным пороком сердца</li> </ul>
263.	При каких стоматологических процедурах нужна антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита пациентам высокого риска?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При вмешательстве на десне, перфорации слизистой полости рта</li> <li>• При подборе съемного протеза</li> <li>• При лечении поверхностного кариеса</li> <li>• При местном обезболивании путем инъекции</li> </ul>
264.	Какие пациенты относятся к группе промежуточного риска развития инфекционного эндокардита?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациенты с пролапсом митрального клапана</li> <li>• Пациенты с протезированным митральным клапаном механическим протезом</li> <li>• Пациенты с протезированным аортальным клапаном механическим протезом</li> <li>• Пациенты с врожденными «цианотичными» пороками сердца</li> </ul>
265.	Какие пациенты относятся к группе высокого риска развития инфекционного эндокардита?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Пациенты с транскатетрной заменой клапана сердца механическим протезом</li> <li>• Пациенты с открытой заменой клапана сердца механическим протезом</li> <li>• Пациенты с «цианотичными» врожденными пороками сердца</li> </ul>
266.	Какие методы неспецифической профилактики инфекционного эндокардита необходимо использовать пациентам высокого и промежуточного риска?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Избегать пирсинга и татуировок</li> <li>• Немедленная санация локальных очагов инфекции</li> <li>• Регулярное наблюдение у стоматолога, соблюдение гигиены полости рта</li> </ul>
267.	Как часто необходим осмотр стоматолога пациенту с высоким риском развития инфекционного эндокардита?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раз в 6 месяцев</li> <li>• Раз в год</li> <li>• Раз в два года</li> <li>• Раз в 3 месяца</li> </ul>
268.	Как часто необходим осмотр стоматолога пациенту с промежуточным риском развития инфекционного эндокардита?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раз в год</li> <li>• Раз в два года</li> <li>• Раз в 6 месяцев</li> <li>• Раз в 3 месяца</li> </ul>
269.	Выберите пациентов, которым должна проводиться антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфекционный эндокардит в анамнезе</li> <li>• Пролапс митрального клапана</li> <li>• Двустворчатый аортальный клапан</li> <li>• Кальциноз аортального клапана</li> </ul>
270.	При каких стоматологических процедурах не следует назначать профилактически антибактериальную терапию?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всех перечисленных</li> <li>• При лечении поверхностного кариеса</li> <li>• При местном обезболивании путем инъекции</li> <li>• При имплантации съемных протезов</li> </ul>
271.	Выберите манипуляции, при которых нужно проводить антибактериальную профилактику пациентам с высоким риском инфекционного эндокардита?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При оперативном вмешательстве на корне зуба</li> <li>• Бронхоскопия</li> <li>• Эзофагогастродуоденоскопия</li> <li>• Кесарево сечение</li> </ul>
272.	При проведении ЧП-ЭХО КГ антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита должна проводиться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проводиться не должна</li> <li>• Всем пациентам</li> <li>• Только пациентам высокого риска</li> <li>• Пациентам высокого и промежуточного риска</li> </ul>



273.	Выберите правильную схему антибактериальной профилактики инфекционного эндокардита пациенту высокого риска при стоматологических манипуляциях:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Однократно за 30-60 минут до манипуляции 2г ампициллина или амоксицилина per os или в\в при отсутствии аллергии на пенициллины</li> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Однократно за 30-60 минут до манипуляции 400 мг моксифлоксацина per os</li> <li>• За 30-60 минут до и через 30 минут после манипуляции 2г ампициллина или амоксициллина per os или в\в при отсутствии аллергии на пенициллины</li> </ul>
274.	При имплантации постоянного электрокардиостимулятора антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита должна проводиться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам</li> <li>• Только пациентам высокого риска</li> <li>• Только пациентам промежуточного и высокого риска</li> <li>• Проводиться не должна</li> </ul>
275.	При имплантации постоянного электрокардиостимулятора антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита должна проводиться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Непосредственно перед процедурой и на протяжении 48 часов после</li> <li>• Непосредственно перед процедурой и на протяжении 7 дней после</li> <li>• Только непосредственно перед процедурой</li> <li>• Проводиться не должна</li> </ul>
276.	Выберите клинические симптомы характерные для инфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Лихорадка, потеря аппетита и веса</li> <li>• Гломерулонефрит, пятна Рота, геморрагические высыпания на коже</li> <li>• Признаки эмболии в головной мозг, почки, селезенку и др.</li> </ul>
277.	В каком случае пациенту с подозрением на инфекционный эндокардит следует выполнить трансторакальную ЭХОКГ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех случаях</li> <li>• Только при наличии повышенного уровня вч-СРБ и лейкоцитозе</li> <li>• Только при наличии повышенного прокальцитонина</li> <li>• Только при появлении нового шума при аускультации сердца</li> </ul>
278.	В каком случае пациенту с подозрением на инфекционный эндокардит следует выполнить трансэзофагельную ЭХОКГ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех перечисленных случаях</li> <li>• При наличии механического протеза клапана</li> <li>• При малой информативности трансторакальной ЭХО КГ</li> <li>• При отрицательной результате трансторакальной ЭХО КГ, но высоком подозрении на инфекционный эндокардит</li> </ul>
279.	Выберите основные признаки инфекционного эндокардита по данным ЭХО КГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Vegetация на клапане сердца или других эндокардиальных структурах</li> <li>• Абсцесс в полости сердца</li> <li>• Псевдоаневризма рядом с клапанным аппаратом сердца</li> </ul>
280.	Выберите правильную методику забора крови на посев при подозрении на инфекционный эндокардит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Три забора крови (10 мл) с интервалом в 30 минут из периферической вены с последующим посевом в аэробную и анаэробную среду</li> <li>• Однократный забор крови (10 мл) строго на высоте лихорадки из периферической вены с последующим посевом в аэробную и анаэробную среду</li> <li>• Ежедневный забор крови (10 мл) в ранние утренние часы периферической вены на протяжении 5 дней с последующим посевом в аэробную и анаэробную среду</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Однократный забор крови (10 мл) строго из центральной вены и на высоте лихорадки с последующим посевом в аэробную и анаэробную среду</li> </ul>
281.	Что относится к большим критериям диагностики инфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Выявление как минимум в 2х посевах крови бактерий, типичных для инфекционного эндокардита</li> <li>Лихорадка более 38 градусов</li> <li>Предрасполагающие структурные изменения клапанного аппарата сердца</li> <li>Инъекционная наркомания</li> </ul>
282.	Что относится к малым критериям диагностики инфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предрасполагающие структурные изменения клапанного аппарата сердца</li> <li>Выявление как минимум в 2х посевах крови бактерий, типичных для инфекционного эндокардита</li> <li>ЭХО КГ признаки инфекционного эндокардита (вегетации, абсцесс и др.)</li> <li>Ни один из перечисленных</li> </ul>
283.	Выберите малые критерии диагностики инфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное</li> <li>Предрасполагающие структурные изменения клапанного аппарата сердца</li> <li>Инъекционная наркомания</li> <li>Крупные артериальные эмболы</li> </ul>
284.	Выберите малые критерии диагностики инфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное</li> <li>Септический инфаркт легкого, внутримозговое кровоизлияние</li> <li>Инъекционная наркомания</li> <li>Гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота</li> </ul>
285.	Какие критерии Дюка позволяют подтвердить диагноз инфекционного эндокардита?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное верно</li> <li>Два больших критерия</li> <li>Один большой и три малых критерия</li> <li>Пять малых критериев</li> </ul>
286.	Какие критерии Дюка делают диагноз инфекционного эндокардита возможным?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Один большой и один малый критерий или три малых критерия</li> <li>Два больших критерия</li> <li>Один большой и три малых критерия</li> <li>Все перечисленное не верно</li> </ul>
287.	Что позволяет снять диагноз инфекционного эндокардита?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие патологических изменений, характерных для инфекционного эндокардита по данным хирургического вмешательства или по результатам аутопсии в случае если антибактериальная терапия проводилась менее 4х дней</li> <li>Сохраняющиеся симптомы менее, чем через 4 дня антибактериальной терапии</li> <li>Отсутствие изменений, характерных для инфекционного эндокардита, по данным ЭХО КГ</li> <li>Отсутствие гломерулонефрита, узелков Ослера и пятен Рота</li> </ul>

288.	Выявление каких возбудителей будет являться плохим прогностическим признаком при инфекционном эндокардите?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всех перечисленных</li> <li>• Золотистый стафилококк</li> <li>• Грибы</li> <li>• Грам-отрицательные бактерии, не относящиеся к НАСЕК.</li> </ul>
289.	Выявление каких эхокардиографических признаков будет говорить о плохом прогнозе пациента с инфекционным эндокардитом?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всех перечисленных</li> <li>• Большой размер вегетации</li> <li>• Низкая фракция выброса левого желудочка</li> <li>• Легочная гипертензия</li> </ul>
290.	Выберите прогностически неблагоприятные факторы при наличии у пациента инфекционного эндокардита?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пожилой возраст</li> <li>• Молодой возраст</li> <li>• Употребление в пищу большого количества жирной рыбы</li> <li>• Регулярные физические нагрузки</li> </ul>
291.	Какова должна быть продолжительность антибактериальной терапии при лечении инфекционного эндокардита протезированного клапана?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• не менее 6 недель</li> <li>• 2-6 недель</li> <li>• 1-2 недели</li> <li>• 6 месяцев</li> </ul>
292.	Какова должна быть продолжительность антибактериальной терапии при лечении инфекционного эндокардита нативного клапана?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2-6 недель</li> <li>• не менее 6 недель</li> <li>• 1-2 недели</li> <li>• 6 месяцев</li> </ul>
293.	Выберите эмпирическую схему лечения внебольничного инфекционного эндокардита нативного клапана?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ампициллин+Оксациллин+Гентамицин</li> <li>• Рифампицин</li> <li>• Ванкомицин+Гентамицин+Рифампицин</li> <li>• Фузафунгин+ Стрептомицин</li> </ul>
294.	Выберите эмпирическую схему лечения инфекционного эндокардита протезированного клапана?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ванкомицин+Гентамицин+Рифампицин</li> <li>• Ампициллин+Оксациллин+Гентамицин</li> <li>• Ванкомицин+Гентамицин при наличии аллергии на пенициллины</li> <li>• Фузафунгин+ Стрептомицин</li> </ul>
295.	Выберите эмпирическую схему лечения больничного инфекционного эндокардита нативного клапана?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ванкомицин+Гентамицин+Рифампицин</li> <li>• Ампициллин+Оксациллин+Гентамицин</li> <li>• Ванкомицин+Гентамицин при наличии аллергии на пенициллины</li> <li>• Фузафунгин+ Стрептомицин</li> </ul>
296.	Выберите осложнения инфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные</li> <li>• Сердечная недостаточность</li> <li>• Неконтролируемая инфекция</li> <li>• Системные эмболии</li> </ul>
297.	Выберите показания к хирургическому лечению инфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные</li> <li>• Митральная или аортальная регургитация тяжелой степени, вызывающая острую сердечную недостаточность или кардиогенный шок</li> <li>• Инфекционный эндокардит протезированного клапана, вызванный стафилококками или грамм-отрицательными бактериями, не входящими в НАСЕК.</li> <li>• Наличие вегетации более 10 мм после эпизода системной эмболии, несмотря на антибактериальную терапию</li> </ul>
298.	Выберите возможные места эмболии при инфекционном эндокардите протезированного митрального клапана?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Головной мозг</li> <li>• Селезенка</li> <li>• Почки</li> </ul>

299.	При развитии инфекционного эндокардита на электродах постоянного электрокардиостимулятора удаление устройства предпочтительнее производить следующим способом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чрезкожно</li> <li>• Открытым хирургическим вмешательством</li> <li>• Сочетанием чрезкожного и открытого хирургического методов</li> <li>• Удалять имплантированное устройство не нужно</li> </ul>
300.	Выберите причины неинфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные</li> <li>• Онкология</li> <li>• Заболевания соединительной ткани</li> <li>• Аутоимунные заболевания</li> </ul>
301.	При полной поперечной блокаде интервалы RR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Меньше интервалов RR</li> <li>• Больше интервалов RR</li> <li>• Равны интервалам RR</li> <li>• Кратны интервалам RR</li> </ul>
302.	Синдром Фредерика - это	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сочетание полной поперечной блокады с фибрилляцией предсердий</li> <li>• Неправильный ритм с широкими комплексами</li> <li>• Идиовентрикулярный ритм</li> <li>• Вариант суправентрикулярной тахикардии</li> </ul>
303.	Электрокардиографическими признаками синдрома Фредерика являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фибрилляция предсердий и атриовентрикулярная блокада 3 степени</li> <li>• Нерегулярный ритм желудочков</li> <li>• АВ блокада 2 степени 2:1</li> <li>• Верно все перечисленное</li> </ul>
304.	Признаками атриовентрикулярной блокады 2 степени 1 типа являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постепенное нарастание интервала PQ с выпадением одного из комплексов QRS</li> <li>• Удлинение интервала PQ более 0,2 сек</li> <li>• Выпадение одного из комплексов QRS без предшествующего постепенного нарастания интервалов PQ</li> <li>• Нерегулярный интервал PQ, регулярный ритм в желудочках</li> </ul>
305.	Признаками атриовентрикулярной блокады 2 степени 2 типа являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выпадение одного из комплексов QRS без предшествующего постепенного нарастания интервалов PQ</li> <li>• Удлинение интервала PQ более 0,2 сек</li> <li>• Постепенное нарастание интервала PQ с выпадением одного из комплексов QRS</li> <li>• Нерегулярный интервал PQ, регулярный ритм в желудочках</li> </ul>
306.	Признаками атриовентрикулярной блокады 3 степени являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нерегулярный интервал PQ, регулярный ритм желудочков</li> <li>• Удлинение интервала PQ более 0,2 сек</li> <li>• Постепенное нарастание интервала PQ с выпадением одного из комплексов QRS</li> <li>• Выпадение одного из комплексов QRS без предшествующего постепенного нарастания интервалов PQ</li> </ul>
307.	У пациентов с постоянной фибрилляцией предсердий и нарушением атриовентрикулярной проводимости целесообразна имплантация:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Однокамерного стимулятора с желудочковым электродом</li> <li>• Двухкамерного стимулятора</li> <li>• Ресинхронизирующей системы</li> <li>• Однокамерного стимулятора с предсердным электродом</li> </ul>
308.	Имплантация желудочкового электрода для постоянной электрокардиостимуляции обычно выполняется в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верхушку правого желудочка</li> <li>• Верхушку левого желудочка</li> <li>• Коронарный синус</li> <li>• Боковую стенку левого желудочка</li> </ul>

309.	Имплантация предсердного электрода для постоянной электрокардиостимуляции обычно выполняется в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ушко правого предсердия</li> <li>• Ушко левого предсердия</li> <li>• Коронарный синус</li> <li>• Заднюю стенку левого предсердия</li> </ul>
310.	При имплантации ресинхронизирующей системы левожелудочковый электрод заводится в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В одну из вен левого желудочка через коронарный синус</li> <li>• Огибающую ветвь левой коронарной артерии</li> <li>• В полость левого желудочка, ближе к выходному тракту</li> <li>• В полость левого желудочка, ближе к верхушке</li> </ul>
311.	При каких нарушениях ритма бывают приступы Морганьи-Эдемса-Стокса?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Атриовентрикулярная блокада 3 степени</li> <li>• Желудочковая экстрасистолия</li> <li>• Фибрилляция предсердий</li> <li>• Атриовентрикулярная 1 степени</li> </ul>
312.	Все перечисленное является показаниями 1 класса для имплантации постоянного ЭКС, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АВ блокада 3 степени у пациента в первые сутки острого инфаркта миокарда</li> <li>• Симптомная приобретенная АВ блокада 3 степени или далеко зашедшая АВ блокада 2 степени</li> <li>• Бессимптомная приобретенная АВ блокада 3 степени или далеко зашедшая АВ блокада 2 степени с паузами &gt;3 сек или ЧСЖ &lt;40 в мин</li> <li>• Симптомная синусовая брадикардия (&lt;40 в мин)</li> <li>• Симптомная синусовая брадикардия, развивающаяся только на фоне медикаментозного лечения, отменить которое не представляется возможным</li> </ul>
313.	Наиболее предпочтительный режим электрокардиостимуляции при постоянной фибрилляции предсердий с синдромом Фредерика:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VVIR</li> <li>• AAI</li> <li>• VVI</li> <li>• DDDR</li> </ul>
314.	Наиболее предпочтительным режимом электрокардиостимуляции при синдроме слабости синусового узла является	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DDDR с функцией минимизации желудочковой стимуляции</li> <li>• AAIR</li> <li>• DDDR</li> <li>• VVIR</li> </ul>
315.	После абляции АВ соединения у пациента с пароксизмальной фибрилляцией предсердий предпочтительна имплантация ЭКС в режиме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DDD</li> <li>• AAI</li> <li>• VVI</li> <li>• Имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора</li> </ul>
316.	Имплантация ЭКС показана бессимптомным пациентам с нарушением АВ проводимости на фоне фибрилляции предсердий с наличием пауз более:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 секунд</li> <li>• 3 секунд</li> <li>• 7 секунд</li> <li>• 9 секунд</li> </ul>
317.	Атриовентрикулярная блокада 3 степени после радиочастотной абляции АВ узла является показанием для имплантации ЭКС:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всегда</li> <li>• При появлении эпизодов потери сознания</li> <li>• При появлении признаков недостаточности кровообращения</li> <li>• При частоте выскальзывающего ритма реже 40 в минуту</li> </ul>
318.	Однокамерная стимуляция предсердий при синдроме слабости синусового узла:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволяет сохранить внутривентрикулярную и межжелудочковую синхронию</li> <li>• Показана пациентам с гипертрофической кардиомиопатией</li> <li>• Нарушает функцию трехстворчатого клапана</li> <li>• Позволяет стимулировать непосредственно синусовый узел</li> </ul>

319.	Врожденное заболевание, сопровождающееся прогрессирующим фиброзом и кальцинозом проводящей системы сердца с прогрессирующим нарушением атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости называется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезнь Лева-Ленегра</li> <li>• Болезнь Чагаса</li> <li>• Болезнь Лайма</li> <li>• Синдром Романо-Уорда</li> </ul>
320.	Первая позиция в буквенном коде, обозначающем режим работы электрокардиостимулятора, отражает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стимулируемую камеру</li> <li>• Детектируемую камеру</li> <li>• Код производителя</li> <li>• Наличие функции частотной адаптации</li> </ul>
321.	Вторая позиция в буквенном коде, обозначающем режим работы электрокардиостимулятора, отражает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Детектируемую камеру</li> <li>• Стимулируемую камеру</li> <li>• Код производителя</li> <li>• Наличие функции частотной адаптации</li> </ul>
322.	В случае развития пейсмекерного синдрома у пациента с синусовым ритмом, АВ блокадой 3 степени и имплантированным однокамерным ЭКС, показана следующая тактика:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация предсердного электрода и смена ЭКС на двухкамерный</li> <li>• Удаление ЭКС</li> <li>• Имплантация предсердного и левожелудочкового электродов и смена ЭКС на кардиоресинхронизирующую систему</li> <li>• Смена ЭКС на имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор</li> </ul>
323.	При истощении батареи электрокардиостимулятора выполняют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Смену электрокардиостимулятора без смены электродов, если при ревизии параметры электродов окажутся удовлетворительными</li> <li>• Телеметрическое отключение электрокардиостимулятора с имплантацией другой системы на противоположной стороне</li> <li>• Удаление старых ЭКС и электродов и имплантацию новых ЭКС и электродов</li> <li>• Смену старой батареи ЭКС на новую без смены электрокардиостимулятора и электродов</li> </ul>
324.	Причинами неэффективной стимуляции могут быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все выше перечисленное</li> <li>• Дислокация электрода</li> <li>• Перелом электрода</li> <li>• Истощение батареи электрокардиостимулятора</li> </ul>
325.	Для синдрома слабости синусового узла не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АВ-блокада 2 степени</li> <li>• Синусовая брадикардия</li> <li>• Синдром тахикардии-брадикардии</li> <li>• Замена синусового ритма другими эктопическими ритмами</li> </ul>
326.	Для какого нарушения ритма характерны приступы Морганьи-Эдемса-Стокса (МЭС):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Атрио-вентрикулярная блокада 3 степени</li> <li>• Сино-аурикулярная блокада 1 степени</li> <li>• Желудочковая экстрасистолия</li> <li>• Постоянная форма фибрилляции предсердий</li> </ul>
327.	Имплантируемые электрокардиостимуляторы бывают следующих типов, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Четырехкамерные</li> <li>• Однокамерные</li> <li>• Двухкамерные</li> <li>• Трехкамерные</li> </ul>
328.	К признакам атриовентрикулярной блокады 2 степени 1 типа не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регулярный ритм в желудочках</li> <li>• Регулярный ритм в предсердиях</li> <li>• Постепенное укорочение интервала R-R с последующим выпадением одного из комплексов QRS</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постепенное удлинение интервала P-Q с последующим выпадением одного из комплексов QRS</li> </ul>
329.	Что из перечисленного не может являться показанием для имплантации электрокардиостимулятора:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Частая желудочковая экстрасистолия</li> <li>• АВ блокада 3 степени</li> <li>• Синдром Фредерика</li> <li>• Атриовентрикулярная блокада 2 степени 1 типа</li> </ul>
330.	Имплантация ЭКС показана во всех перечисленных случаях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптомной дисфункции синусового узла на фоне медикаментозной терапии, от которой можно отказаться</li> <li>• Дисфункции синусового узла клинически проявляющейся хронотропной некомпетентностью</li> <li>• Дисфункции синусового узла с паузами, сопровождающимися симптоматикой</li> <li>• Наличие пауз в ночное время более 6 секунд</li> </ul>
331.	Имплантация ЭКС при гипертрофической кардиомиопатии не показана при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АВ блокаде 1 степени в сочетании с блокадой левой ножки пучка Гиса</li> <li>• АВ блокаде 3 степени</li> <li>• Дисфункции синусового узла, сопровождающейся симптоматикой</li> <li>• АВ блокаде 2 степени с проведением 2:1</li> </ul>
332.	При нагноении ложа электрокардиостимулятора пациенту показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Полное удаление системы электрокардиостимуляции, парентеральная антибактериальная терапия</li> <li>• Местное лечение антисептическими мазями</li> <li>• Смена электрокардиостимулятора с оставлением прежних электродов</li> <li>• Замена электродов, санация ложа стимулятора</li> </ul>
333.	У тренированного атлета при суточном мониторинге ЭКГ выявлена бессимптомная синусовая брадикардия до 30 в мин. во время сна. Какая тактика лечения оптимальна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация ЭКС не показана.</li> <li>• Имплантация постоянного однокамерного ЭКС в режиме АА1</li> <li>• Имплантация двухкамерного ЭКС с сохранением спонтанного АВ-проведения</li> <li>• Имплантация ресинхронизирующей системы</li> </ul>
334.	При синдроме слабости синусового узла имплантация ЭКС показана при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если симптоматика четко связана с брадикардией</li> <li>• Если ЧСС в покое менее 40 в мин</li> <li>• Если ЧСС на нагрузке не достигает 85% от максимальной</li> <li>• При наличии вазовагальных обмороков</li> </ul>
335.	При АВ-блокадах имплантация ЭКС показана в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При АВ-блокаде 3 степени, независимо от симптомов</li> <li>• Если АВ-блокада развилась вследствие обратимых причин</li> <li>• При АВ-блокаде 1 степени если <math>PQ \geq 400</math> мс</li> <li>• При АВ-блокаде 2 степени 1-го типа, независимо от симптомов</li> </ul>
336.	У больных с синдромом слабости синусового узла при наличии показаний к кардиостимуляции рекомендуемым режимом стимуляции является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DDDR с функцией минимизации желудочковой стимуляции</li> <li>• VVIR</li> <li>• AOO</li> <li>• VOO</li> </ul>

337.	Для снижения частоты развития пейсмейкерного синдрома рекомендовано использовать следующий тип стимуляции:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Двухкамерная</li> <li>• Однокамерная с размещением электрода в правом предсердии</li> <li>• Однокамерная с размещением электрода в правом желудочке</li> <li>• Однокамерная с размещением электрода в коронарном синусе</li> </ul>
338.	К необратимым причинам брадиаритмий относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезнь Лева-Ленегра</li> <li>• Медикаментозные воздействия</li> <li>• Вагусная гиперрекативность</li> <li>• Гипотиреоз</li> </ul>
339.	Мутации в следующих генах могут приводить к развитию брадиаритмий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCN5A</li> <li>• C677T</li> <li>• KCNQ1</li> <li>• CASQ2</li> </ul>
340.	Клиническим проявлением синдрома слабости синусового узла является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром тахикардии-брадикардии</li> <li>• Синдром Бругада</li> <li>• Синдром Фредерика</li> <li>• Синдром Романо-Уорда</li> </ul>
341.	К проявлениям синдрома слабости синусового узла относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хронотропная недостаточность</li> <li>• Желудочковая экстрасистолия</li> <li>• Предвозбуждение желудочков</li> <li>• Блокада ножек пучка Гиса</li> </ul>
342.	Выраженная синусовая брадикардия не может быть следствием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертиреоза</li> <li>• Хирургических вмешательств на глазах</li> <li>• Коронарной ангиографии</li> <li>• Внутрочерепной гипертензии</li> </ul>
343.	У пациента с острым инфарктом миокарда, осложненным АВ-блокадой 3 степени, которому проводится временная электрокардиостимуляция, имплантация постоянного ЭКС показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В случае, если блокада не разрешается самостоятельно</li> <li>• В случае отсутствия реакции на введение атропина</li> <li>• В случае наличия пауз более 5 секунд</li> <li>• Всегда показана в таких случаях</li> </ul>
344.	В случае развития АВ-блокады 3 степени после транскатетерного протезирования аортального клапана показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Временная электрокардиостимуляция с последующей имплантацией постоянного ЭКС в случае если блокада не разрешается в течение 7 дней</li> <li>• Временная электрокардиостимуляция с последующей имплантацией постоянного ЭКС во всех случаях</li> <li>• Временная электрокардиостимуляция с последующей имплантацией постоянного ЭКС в случае если блокада не разрешается в течение 30 дней</li> <li>• Временная электрокардиостимуляция с последующей имплантацией постоянного ЭКС в случае если блокада не разрешается в течение 24-72 часов</li> </ul>
345.	В случае симптоматической хронотропной недостаточности у больных с синдромом слабости синусового узла рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постоянная электрокардиостимуляция</li> <li>• Временная электрокардиостимуляция</li> <li>• Имплантация ресинхронизирующей системы</li> <li>• Имплантация ресинхронизирующей системы с дефибриллятором</li> </ul>
346.	Показанием к постоянной электрокардиостимуляции у больных с синдромом слабости синусового узла являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Документированная симптоматическая брадикардия</li> <li>• Симптоматическая хронотропная недостаточность</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>Симптоматическая синусовая брадикардия на фоне медикаментозного лечения, которое нельзя отменить</li> </ul>
347.	У асимптомных больных с фибрилляцией предсердий нарушением АВ – проведения постоянная электрокардиостимуляция показана в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Регистрации пауз 5 секунд и более во время бодрствования</li> <li>Регистрации пауз 3 секунды и более во время бодрствования</li> <li>Регистрации пауз 2 секунды и более во время бодрствования</li> <li>Регистрации пауз 5 секунд и более во время сна</li> </ul>
348.	При АВ-блокаде 3 степени постоянная электрокардиостимуляция показана в случае, если АВ-блокада развилась:	<ul style="list-style-type: none"> <li>После аблации АВ-узла</li> <li>В остром периоде инфаркта миокарда</li> <li>На фоне гиперкалиемии</li> <li>На фоне медикаментозного лечения, которое можно отменить</li> </ul>
349.	У асимптомных больных с АВ-блокадой 2 степени имплантация постоянного ЭКС может быть рекомендована в случае локализации блокады:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ниже пучка Гиса</li> <li>На уровне АВ-узла</li> <li>На внутрипредсердном уровне</li> <li>Независимо от уровня блокады</li> </ul>
350.	В случае, если у асимптомного больного с нормальной фракцией выброса левого желудочка АВ-блокада 2 степени 2 типа сочетается с расширением комплекса QRS рекомендованной тактикой является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Имплантация постоянного электрокардиостимулятора</li> <li>Имплантация ресинхронизирующей системы</li> <li>Динамическое наблюдение</li> <li>Имплантация кардиовертера-дефибрилятора</li> </ul>
351.	При проведении МРТ больному с обычным (не МРТ-защищенным) постоянным ЭКС, зависящему от стимуляции, необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Перевести стимулятор в режим V00/D00</li> <li>Отключить только функцию дефибриллятора, если она предусмотрена</li> <li>Перевести стимулятор в режим VVI/DDI</li> <li>Оставить все функции стимуляции активными</li> </ul>
352.	При проведении МРТ больному с обычным (не МРТ-защищенным) постоянным ЭКС, не зависящему от постоянной стимуляции, необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Перевести стимулятор в режим VVI/DDI</li> <li>Отключить только функцию дефибриллятора, если она предусмотрена</li> <li>Перевести стимулятор в режим V00/D00</li> <li>Оставить все функции стимуляции активными</li> </ul>
353.	У больного с АВ-блокадой 3 степени имеет место замещающий ритм с частотой 40-60 в мин с узкими комплексами QRS. Наиболее вероятная анатомическая локализация блокады проведения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Супрагиссиальная</li> <li>Интрагиссиальная</li> <li>Инфрагиссиальная</li> <li>Ни одна из перечисленных</li> </ul>
354.	У больного с АВ-блокадой 3 степени имеет место замещающий ритм с частотой менее 40 в мин с широкими комплексами QRS. Наиболее вероятная анатомическая локализация блокады проведения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Инфрагиссиальная или интрагиссиальная</li> <li>Внутрипредсердная</li> <li>Супрагиссиальная</li> <li>Ни одна из перечисленных</li> </ul>
355.	При синдроме слабости синусового узла проба с физической нагрузкой позволяет выявить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Наличие хронотропной недостаточности</li> <li>Увеличенное время восстановления функции синусового узла</li> <li>Бинодальную дисфункцию</li> <li>Увеличенное время активации предсердий</li> </ul>
356.	Нормальное значение скорректированного времени восстановления функции синусового узла составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 550 мс</li> <li>&lt; 600 мс</li> <li>&lt; 480 мс</li> <li>&lt; 800 мс</li> </ul>

357.	Ключевое значение в выборе тактики лечения больного с брадиаритмиями имеет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Связь симптомов с эпизодами брадикардии</li> <li>• Средняя частота сердечных сокращений</li> <li>• Наличие или отсутствие хронотропной недостаточности</li> <li>• Данные, полученные при ЭФИ исследовании</li> </ul>
358.	Временная электрокардиостимуляция не проводится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трансапикально</li> <li>• Трансвенозно</li> <li>• Чреспищеводно</li> <li>• Чрескожно</li> </ul>
359.	В качестве доступа для трансвенозной временной электрокардиостимуляции не используется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Полунепарная вена</li> <li>• Подключичная вена</li> <li>• Внутренняя яремная вена</li> <li>• Бедренная вена</li> </ul>
360.	К осложнениям временной трансвенозной кардиостимуляции не относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфицирование ложа стимулятора</li> <li>• Кровотечения</li> <li>• Пневмоторакс</li> <li>• Перфорация правого желудочка</li> </ul>
361.	При временной трансвенозной электрокардиостимуляции необходимо настроить все нижеперечисленные параметры, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Межжелудочковой задержки при двухкамерной стимуляции</li> <li>• Амплитуды стимуляции</li> <li>• Чувствительности кардиостимулятора</li> <li>• Частоты сокращения желудочков</li> </ul>
362.	Стимуляция большой грудной мышцы указывает на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушение изоляции электродов</li> <li>• Эрозию кармана стимулятора</li> <li>• Миграцию стимулятора</li> <li>• Повреждение плечевого сплетения при имплантации</li> </ul>
363.	К осложнениям только двухкамерной стимуляции относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пейсмерная тахикардия</li> <li>• Синдром Гвиддлера</li> <li>• Нарушение изоляции электродов</li> <li>• Инфицирование ложа стимулятора</li> </ul>
364.	Имплантация ЭКС не показана во всех перечисленных случаях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дисфункции синусового узла клинически проявляющейся хронотропной некомпетентностью</li> <li>• Дисфункции синусового узла с паузами в ночное время продолжительностью 4-5 секунд</li> <li>• Симптомной дисфункции синусового узла на фоне медикаментозной терапии, от которой можно отказаться</li> <li>• Бессимптомной дисфункции синусового узла, в том числе с частотой менее 40 в минуту</li> </ul>
365.	О нарушении изоляции электрода электрокардиостимулятора может говорить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стимуляция большой грудной мышцы</li> <li>• Развитие пейсмейкерного синдрома</li> <li>• Развитие пейсмейкерной тахикардии</li> <li>• Стимуляция диафрагмы</li> </ul>
366.	К вторичным причинам синдрома слабости синусового узла не относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фиброз</li> <li>• Амилоидоз</li> <li>• Ишемия</li> <li>• Гипотиреоз</li> </ul>
367.	Для синоатриальной блокады выхода 1 типа характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прогрессивное укорочение интервала P-P перед паузой</li> <li>• Прогрессивное удлинение интервалов P-P перед паузой</li> <li>• Продолжительность паузы больше, чем сумма двух предшествующих паузе синусовых циклов</li> <li>• Продолжительность паузы кратна продолжительности синусового цикла</li> </ul>

368.	Для синоатриальной блокады 2 типа характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжительность паузы кратна продолжительности синусового цикла</li> <li>• Прогрессивное укорочение интервала P-P перед паузой</li> <li>• Прогрессивное удлинение интервалов P-P перед паузой</li> <li>• Продолжительность паузы меньше, чем сумма двух предшествующих паузе синусовых циклов</li> </ul>
369.	Зная скорректированное время восстановления функции синусового узла, можно рассчитать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Скорость синоатриального проведения</li> <li>• Скорость внутрисердечного проведения</li> <li>• Время АВ-задержки</li> <li>• Межжелудочковую задержку</li> </ul>
370.	Для инфрагисалярной блокады не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хороший ответ на введение атропина или изопротеренола</li> <li>• Наличие узких комплексов QRS</li> <li>• Отсутствие положительного эффекта в ответ на введение атропина</li> <li>• Парадоксальное улучшение проведения в ответ на массаж каротидного синуса</li> </ul>
371.	К врожденным причинам полной АВ-блокады относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фиброэластоз</li> <li>• Мутация в гене KCNJ2</li> <li>• Болезнь Рейтера</li> <li>• Болезнь Лева-Ленегра</li> </ul>
372.	Для АВ-блокады, осложнившей течение острого периода инфаркта миокарда передней локализации, не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Связь с ишемией АВ-узла</li> <li>• Чаще инфранодальная локализация блокады</li> <li>• Вызвана, как правило, некрозом проводящей ткани</li> <li>• Часто требует имплантации постоянного ЭКС</li> </ul>
373.	Для АВ-блокады, осложнившей течение острого периода инфаркта миокарда нижней локализации характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вызвана, как правило, ишемией АВ-узла</li> <li>• Чаще инфранодальная локализация блокады</li> <li>• В большинстве случаев требует имплантации постоянного электрокардиостимулятора</li> <li>• Вызвана, как правило, некрозом проводящей ткани</li> </ul>
374.	Нормальное время синоатриального проведения составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 70-120 мс</li> <li>• 240-300 мс</li> <li>• 400-480 мс</li> <li>• 50-70 мс</li> </ul>
375.	Пароксизмальные АВ-блокады подразделяются на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тахи-зависимые и бради/пауз-зависимые</li> <li>• Истмус-зависимые и истмус-независимые</li> <li>• Типичные и атипичные</li> <li>• If-связанные и If-несвязанные</li> </ul>
376.	Для АВ-блокады, обусловленной повышенным вагусным тонусом характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокада локализована в АВ-узле</li> <li>• Блокада локализована ниже АВ-узла</li> <li>• Не отвечает на введение атропина</li> <li>• Удлинение интервала P-R отсутствует</li> </ul>
377.	У пациентов с брадиаритмиями при наличии показаний к постоянной кардиостимуляции имплантация ресинхронизирующей системы показана в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сердечной недостаточности с ФВЛЖ &lt; 35% и ожидаемым высоким процентом желудочковой стимуляции</li> <li>• Наличия блокады правой ножки пучка Гиса с QRS &gt; 140 мс</li> <li>• Любого уширения комплекса QRS &gt; 120 мс</li> <li>• Сердечной недостаточности с ФВЛЖ 35-40% и ожидаемым низким процентом желудочковой стимуляции</li> </ul>

378.	У пациента с имплантированным постоянным двухкамерным кардиостимулятором с высоким процентом желудочковой стимуляции замена устройства на ресинхронизирующую систему показана в случае, если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФВЛЖ &lt; 35%, при наличии симптомов сердечной недостаточности в рамках III и амбулаторного IV ФК по NYHA, несмотря на адекватную медикаментозную терапию</li> <li>• ФВЛЖ &lt; 35%, но симптомы компенсированы на фоне оптимальной медикаментозной терапии</li> <li>• ФВЛЖ &lt; 40% при наличии симптомов сердечной недостаточности в рамках II ФК по NYHA</li> <li>• ФВЛЖ &lt; 35%, в случае острой декомпенсации сердечной недостаточности</li> </ul>
379.	Возможно ли появление элевации сегмента ST на ЭКГ при расслаивающей аневризме аорты?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может при расслоении корня аорты.</li> <li>• Всегда появляется.</li> <li>• Может появиться при расслоении дуги аорты.</li> <li>• Ее появление исключает диагноз расслаивающий аневризмы.</li> </ul>
380.	Методом выбора для диагностики расслаивающей аневризмы аорты является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• КТ-ангиография.</li> <li>• ЭКГ.</li> <li>• ЭХОКГ.</li> <li>• Рентгенография грудной клетки.</li> </ul>
381.	При развитии интенсивной боли за грудиной неясного генеза для проведения дифференциального диагноза наилучшим методом будет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• КТ-ангиография по «тройному протоколу»</li> <li>• Коронарография.</li> <li>• Рентгенография грудной клетки.</li> <li>• ЭХОКГ.</li> </ul>
382.	Типичным проявлением расслаивающей аневризмы аорты будет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интенсивная боль за грудиной, смещающаяся в межлопаточную область и в поясницу, асимметрия пульсации на симметричных артериях.</li> <li>• Опоясывающие боли в эпигастрии с многократной рвотой.</li> <li>• Развитие комы с нормальной гемодинамикой при нормальной пульсации на сонных артериях.</li> <li>• Интенсивная боль за грудиной, сопровождающаяся одышкой, не зависящей от положения тела, после эпизода асимметричного отека одной ноги.</li> </ul>
383.	При расслаивающей аневризме аорты в качестве медикаментозной терапии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Управляемая гипотония путем инфузии нитратов и введения β(бета)-адреноблокаторов.</li> <li>• Экстренное проведение тромболитической терапии.</li> <li>• Проведение инфузии нитроглицерина, введение мочегонных.</li> <li>• Проведение постоянной инфузии гепарина под контролем АЧТВ.</li> </ul>
384.	При расслаивающей аневризме аорты с вовлечением аортального клапана хирургическое лечение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано в экстренном порядке.</li> <li>• Противопоказано.</li> <li>• Показано в плановом порядке</li> <li>• Показано при неэффективности медикаментозной терапии.</li> </ul>
385.	При аускультации сердца у больного с расслаивающей аневризмой аорты и вовлечением аортального клапана характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диастолический шум в точке Боткина.</li> <li>• Систолический шум на верхушке.</li> <li>• Систолический шум в точке Боткина.</li> <li>• Систо-диастолический шум в точке Боткина.</li> </ul>
386.	При расслаивающей аневризме брюшного отдела аорты экстренное хирургическое лечение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано при признаках ишемии.</li> <li>• Противопоказано.</li> <li>• Показано всем больным.</li> <li>• Показано пациентам моложе 60 лет</li> </ul>

387.	Для расслаивающей аневризмы аорты тип А по Stanford характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аневризма начинается от корня аорты.</li> <li>• Аневризма начинается от дуги аорты.</li> <li>• Аневризма начинается от нисходящей части аорты.</li> <li>• Начало аневризмы не имеет значения.</li> </ul>
388.	Для расслаивающей аневризмы аорты тип В по Stanford характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аневризма начинается от нисходящей части аорты.</li> <li>• Аневризма начинается от корня аорты.</li> <li>• Аневризма начинается от дуги аорты.</li> <li>• Начало аневризмы не имеет значения.</li> </ul>
389.	Фактором риска для развития расслаивающей аневризмы аорты является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дисмезенхимоз</li> <li>• Ревматизм.</li> <li>• Ревматоидный полиартрит.</li> <li>• Все вышеперечисленное.</li> </ul>
390.	Для синдрома Марфана характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное.</li> <li>• Готическое небо.</li> <li>• Подвывих хрусталика.</li> <li>• Подвывихи суставов.</li> </ul>
391.	При болевом синдроме, обусловленном расслаивающей аневризмой аорты показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немедленное обезболивание наркотическими анальгетиками.</li> <li>• Инфузия нитроглицерина с целью обезболивания.</li> <li>• Немедленное обезболивание при помощи НПВС</li> <li>• Обезболивание только при болевом шоке.</li> </ul>
392.	При расслаивающей аневризме аорты установка графт-стента проводится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При типе В.</li> <li>• При типе А.</li> <li>• Не зависимо от типа расслойки.</li> <li>• Постановка графт-стента противопоказана.</li> </ul>
393.	Осложнением расслаивающей аневризмы аорты может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное.</li> <li>• Острая аортальная регургитация.</li> <li>• Острая почечная недостаточность.</li> <li>• Шок.</li> </ul>
394.	Гемодинамические и гемостатические изменения во время беременности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Увеличение объема циркулирующей крови и сердечного выброса</li> <li>• Снижение общего периферического сосудистого сопротивления и артериального давления</li> <li>• Гиперкоагуляция</li> </ul>
395.	Во время беременности с целью диагностики можно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Эхокардиографию</li> <li>• Стресс-эхокардиографию с нагрузкой на велоэргометре</li> <li>• Магнитно-резонансную томографию (без контраста) во 2-3 триместрах</li> </ul>
396.	Беременность не рекомендуется при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Лёгочной артериальной гипертензии</li> <li>• Транспозиции крупных артерий и системном правом желудочке</li> <li>• Пациенткам с кровообращением Фонтена с нарушенной функцией желудочков</li> </ul>
397.	Состояния, предрасполагающие к расслоению стенки аорты во время беременности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром Марфана</li> <li>• Открытое овальное окно</li> <li>• Проплапс митрального клапана</li> <li>• Лёгочная гипертензия</li> </ul>

398.	Имплантация биологического протеза пациентке, планирующей беременность:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Не требует постоянной антикоагулянтной терапии во время беременности</li> <li>• Увеличивает риск повторного протезирования в связи с деструкцией клапана в дальнейшем</li> <li>• Вероятность нарушения работы биологического протеза выше при протезировании митрального клапана</li> </ul>
399.	Особенности антикоагулянтной терапии у беременных с механическими протезами клапанов сердца:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Варфарин в дозе &lt;5 мг/сут (при адекватном МНО) может применяться до 36 недели беременности</li> <li>• Варфарин в дозе &lt;5 мг/сут (при адекватном МНО) может применяться до момента родов</li> <li>• Варфарин в дозе &gt;5 мг/сут (при адекватном МНО) в течение всей беременности</li> <li>• Применение низкомолекулярных гепаринов должно проводиться под контролем АЧТВ</li> </ul>
400.	При консервативной терапии ОКС во время беременности используют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аспирин, селективные бета-адреноблокаторы</li> <li>• Клопидогрель</li> <li>• Ингибиторы апф</li> <li>• Статины</li> </ul>
401.	При остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST во время беременности показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение экстренной коронароангиографии и первичного ЧКВ</li> <li>• Проведение тромболитика</li> <li>• Аортокоронарное шунтирование</li> <li>• Консервативная терапия</li> </ul>
402.	Во время первичной ангиопластики у беременных с ОКС предпочтительно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Голометаллические стенты</li> <li>• Балонную ангиопластику</li> <li>• Стенты с лекарственным покрытием</li> <li>• Интракоронарный тромболитик</li> </ul>
403.	Для перипартальной кардиомиопатии, характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление систолической дисфункции левого желудочка в сроки с последнего месяца беременности по 5-ый месяц послеродового периода</li> <li>• Появление клинических признаков сердечной недостаточности во II триместре</li> <li>• Появление клинических признаков сердечной недостаточности во I триместре</li> <li>• Развитие артериальной легочной гипертензии</li> </ul>
404.	Осложнения перипартальной кардиомиопатии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Острая сердечная недостаточность</li> <li>• Сложные желудочковые аритмии</li> <li>• Внезапная сердечная смерть</li> </ul>
405.	Лечение осложнений (сердечной недостаточности) при перипартальной кардиомиопатии включает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Селективные бета-1-адреноблокаторы</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Блокаторы рецепторов ангиотензина II</li> <li>• Антагонисты альдостерона</li> </ul>
406.	Отличия перипартальной кардиомиопатии от дилатационной кардиомиопатии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возникает в перипартальном периоде</li> <li>• Чаще требуется имплантация ИКД</li> <li>• Ухудшение функции левого желудочка в первые полгода после установления диагноза</li> <li>• Не отличается</li> </ul>
407.	У беременных с тромбоэмболией легочной артерии без шока или гипотонии антикоагулянтная терапия проводится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкомолекулярными гепаринами</li> <li>• Новыми оральными антикоагулянтами</li> <li>• Варфарином</li> <li>• Фондапаринуксом</li> </ul>

408.	При подозрении на тромбоэмболию легочной артерии у беременных можно провести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Трансторакальная эхокардиография</li> <li>• Венозная компрессионная ультрасонография</li> <li>• Определение Д-димера</li> </ul>
409.	При беременности прием варфарина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возможен во II-III триместрах (с отменой перед родами)</li> <li>• Показан только при наличии механических протезов клапанов</li> <li>• Противопоказан</li> <li>• Эффективность не доказана</li> </ul>
410.	При беременности противопоказан приём препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторов АПФ/блокаторов рецепторов ангиотензина II</li> <li>• Метопролола</li> <li>• Дигоксина</li> <li>• Верапамила</li> </ul>
411.	Для длительной терапии желудочковой тахикардии (устойчивой и неустойчивой) у беременных применяют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метопролол</li> <li>• Атенолол</li> <li>• Амиодарон</li> <li>• Дигоксин</li> </ul>
412.	Для купирования суправентрикулярной тахикардии у беременных можно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вагусные пробы</li> <li>• Атенолол</li> <li>• Лабеталол в/в</li> <li>• Инфузию лидокаина</li> </ul>
413.	У беременных женщин с фибрилляцией предсердий возможна антикоагулянтная терапия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкомолекулярными гепаринами в I триместре и перед родами, с возможным применением варфарина во II-III триместрах</li> <li>• Варфарином в течение всей беременности</li> <li>• Новыми оральными антикоагулянтами в течение беременности</li> <li>• Аспирином</li> </ul>
414.	При развитии фибрилляции предсердий с нестабильной гемодинамикой во время беременности электрическую кардиоверсию можно провести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех триместрах</li> <li>• В I триместре</li> <li>• В II триместре</li> <li>• В III триместре</li> </ul>
415.	Для лечения артериальной гипертонии беременных рекомендован прием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метилдопы</li> <li>• Атенолола</li> <li>• Ингибиторов АПФ</li> <li>• Блокаторов рецепторов ангиотензина</li> </ul>
416.	Гипотензивные препараты, нарушающие закладку почек плода при применении во время беременности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Блокаторы кальциевых каналов</li> <li>• Метилдопа</li> </ul>
417.	При развитии желудочковой тахикардии впервые в последние 6 недель беременности или в раннем послеродовом периоде, следует исключить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перипартальную кардиомиопатию</li> <li>• Перикардит</li> <li>• Синдром WPW</li> <li>• Гипотиреоз</li> </ul>
418.	При преэклампсии беременным с гипотензивной целью используются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитропруссид в/в</li> <li>• Лазикс в/в</li> <li>• Эналаприл в/в</li> <li>• Каптоприл сублингвально</li> </ul>
419.	Критерии тяжелой артериальной гипертонии у беременных:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 160/110</math> мм рт. ст.</li> <li>• <math>\geq 180/110</math> мм рт. ст.</li> <li>• <math>\geq 170/110</math> мм рт. ст.</li> <li>• <math>\geq 150/100</math> мм рт. ст.</li> </ul>

420.	Отдаленные последствия гестационной гипертонии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Повышенный риск развития гипертонии</li> <li>• Повышенный риск развития инсульта</li> <li>• Повышенный риск развития ИБС</li> </ul>
421.	При беременности из перечисленных состояний чаще всего встречается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гидроперикард</li> <li>• Перикардит</li> <li>• Констриктивный перикардит</li> <li>• Миоперикардит</li> </ul>
422.	Гидроперикард у беременных:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Встречается в III триместре в виде умеренного доброкачественного выпота у 40% здоровых беременных женщин</li> <li>• Имеет неблагоприятный прогноз</li> <li>• Сопровождается выраженной симптоматикой</li> <li>• Требует активной терапии</li> </ul>
423.	При лечении перикардита у беременных возможно применение препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокие дозы аспирина или нестероидных противовоспалительных препаратов до 20-й недели</li> <li>• Анакинра в/в</li> <li>• Преднизолон в высоких дозах</li> <li>• Колхицин</li> </ul>
424.	Какой из признаков не является критерием диагноза острого инфаркта миокарда при наличии динамики уровня тропонина I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение артериального давления</li> <li>• Клиническая картина симптомов ишемии</li> <li>• Изменения ЭКГ, свидетельствующие о новой ишемии</li> <li>• Появление патологических зубцов Q на ЭКГ</li> </ul>
425.	В какие сроки при поступлении в стационар необходимо взять анализ крови на кардиоспецифические маркеры для уточнения диагноза инфаркта миокарда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При поступлении в стационар и через 6 часов</li> <li>• При поступлении в стационар и через 24 часа</li> <li>• При поступлении в стационар и через 3 часа</li> <li>• При поступлении в стационар и через 12 часов</li> </ul>
426.	Что может являться причиной повышения уровня тропонина кроме инфаркта миокарда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Острая и хроническая сердечная недостаточность</li> <li>• Синдром тако-тсубо</li> <li>• Почечная недостаточность</li> </ul>
427.	Какие препараты не используются для лечения ОИМбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Альтеплаза</li> <li>• Аспирин</li> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Тикагрелор</li> </ul>
428.	Назовите критерии высокого риска у больных ОКСбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шкала Grase &gt; 140 баллов</li> <li>• Шкала Grase &lt; 140 баллов</li> <li>• Перенесенный ранее инфаркт миокарда</li> <li>• Наличие зон нарушенной сократимости миокарда</li> </ul>
429.	Назовите критерий, достаточный для оценки высокого риска у больных ОКСбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Транзиторные элевации сегмента ST (менее 20 минут)</li> <li>• Шкала Grase &lt; 140 баллов</li> <li>• Стенокардия напряжения менее 20 минут, купированная спонтанно или после приема нитроглицерина</li> <li>• Перенесенный ранее инфаркт миокарда</li> </ul>
430.	Назовите критерий, достаточный для оценки очень высокого риска у больных ОКСбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Устойчивая желудочковая тахикардия или возникновение желудочковых нарушений ритма во время приступа</li> <li>• Сахарный диабет</li> <li>• Хроническая почечная недостаточность (СКФ &lt; 50 мл/мин)</li> <li>• Наличие зон нарушенной сократимости миокарда</li> </ul>



431.	Наличие каких двух критериев достаточно для оценки промежуточного риска у больных ОКСбпСТ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность (СКФ &lt; 50 мл/мин)</li> <li>Возраст менее 75 лет, перенесенный ранее инфаркт миокарда</li> <li>Шкала Grace &gt; 140 баллов, наличие зон нарушенной сократимости</li> <li>Возможны любые из вышеперечисленных комбинаций</li> </ul>
432.	Выберите критерии оценки очень высокого риска у больных ОКСбпСТ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное</li> <li>Устойчивая желудочковая тахикардия или возникновение желудочковых нарушений ритма во время приступа</li> <li>Гипотония на фоне ишемии</li> <li>Ритм галопа</li> </ul>
433.	Какие оптимальные сроки реваскуляризации в категории больных ОКСбпСТ очень высокого и высокого риска	<ul style="list-style-type: none"> <li>До 2 часов</li> <li>До 12 часов</li> <li>До 48 часов</li> <li>До 72 часов</li> </ul>
434.	Назовите неишемические причины повышения уровня тропонина	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное верно</li> <li>Расслаивающая аневризма аорты</li> <li>Рабдомиолиз</li> <li>Острые неврологические заболевания, включая ишемический и геморрагический инсульт</li> </ul>
435.	Требуется ли коррекция дозы клопидогреля у пациентов с ОКСбпСТ с почечной недостаточностью	<ul style="list-style-type: none"> <li>Не требуется</li> <li>Требуется</li> <li>Только у пациентов старше 75 лет</li> <li>У пациентов на гемодиализе</li> </ul>
436.	Выберите антитромботические препараты, не требующие коррекции дозы у пациентов с почечной недостаточностью	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленные препараты</li> <li>Клопидогрел</li> <li>Прасугрел</li> <li>Тикагрелор</li> </ul>
437.	Какой препарат следует использовать при консервативном лечении пациента с ОКСбпСТ и CRCL < 30 мл/мин	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нефракционированный гепарин</li> <li>Эноксапарин</li> <li>Эптифибатид</li> <li>Фондапаринукс</li> </ul>
438.	Какова продолжительность терапии клопидогрелем или тикагрелором у пациента ОИМбпСТ с низким риском кровотечения	<ul style="list-style-type: none"> <li>Двенадцать месяцев</li> <li>Один месяц</li> <li>Шесть месяцев</li> <li>Пожизненно</li> </ul>
439.	Пациентам ОКСбпСТ с признаками очень высокого риска показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проведение ЧКВ в первые 2 часа</li> <li>Проведение тромболитической терапии в первые 12 часов при отсутствии противопоказаний</li> <li>Проведение ЧКВ в первые 72 часа</li> <li>Показано только консервативное лечение</li> </ul>
440.	Для синдрома ПМЖВ характерно	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ангинозные боли с динамикой на ЭКГ в виде (-)T V1-V6</li> <li>Ангинозные боли с динамикой на ЭКГ в виде (-)T III, AVF</li> <li>Ангинозные боли с динамикой на ЭКГ в виде элевации ST V1-V6</li> <li>Ангинозные боли без динамики на ЭКГ</li> </ul>
441.	Стратификация риска по шкале Grace основана на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Всем вышеперечисленным</li> <li>Степени сердечной недостаточности</li> <li>Возрасте</li> <li>Оценке изменений на ЭКГ</li> </ul>

442.	Стратификация риска по шкале Grace не учитывает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличия зон нарушенной сократимости миокарда</li> <li>• Систолическое артериальное давление</li> <li>• Наличия остановки сердца на момент поступления в стационар</li> <li>• Частоту сердечных сокращений</li> </ul>
443.	Высокий риск смерти при остром коронарном синдроме по шкале Grace	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более 140 баллов</li> <li>• Более 100 баллов</li> <li>• Более 120 баллов</li> <li>• Менее 140 баллов</li> </ul>
444.	Депрессия сегмента ST в восьми отведениях в сочетании с элевацией сегмента в AVR наиболее вероятно свидетельствует о поражении	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ствола левой коронарной артерии</li> <li>• Правой коронарной артерии</li> <li>• Огибающей артерии</li> <li>• Дистальных отделов передней межжелудочковой артерии</li> </ul>
445.	Раннее назначение бета-блокаторов у пациентов с ОКС не показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При высоком риске развития кардиогенного шока</li> <li>• При сохраняющихся ангинозных приступах</li> <li>• При многососудистом поражении коронарных артерий</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
446.	При непереносимости ингибиторов АПФ у пациента с инфарктом миокарда и ФВ менее 40% препаратами выбора являются	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокаторы рецепторов ангиотензина</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Мочегонные препараты</li> <li>• Антагониста кальция</li> </ul>
447.	Для достижения быстрой блокады ЦОГ-1 у больных ОКС необходимо	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принять нагрузочную дозу ацетилсалициловой кислоты в дозе 150-300 мг</li> <li>• Принять ацетилсалициловую кислоту в дозе 75 мг</li> <li>• Доза ацетилсалициловой кислоты не имеет значения</li> <li>• Принять любой НПВС</li> </ul>
448.	Пероральные ингибиторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов, действующие через цитохром р450	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Кангрелор</li> <li>• Все вышеперечисленные</li> </ul>
449.	Пациентам с ОКСбпST возможно назначение следующих схем	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тикагрелор 180 мг нагрузочная доза, дальнейшая терапия по 90 мг 2 раза в день независимо от выполнения ЧКВ</li> <li>• Тикагрелор 180 мг нагрузочная доза, дальнейшая терапия по 90 мг 2 раза в день только в случае выполнения ЧКВ</li> <li>• Тикагрелор 90 мг 1 раз в день при необходимости приема не прямых антикоагулянтов</li> <li>• Тикагрелор 180 мг нагрузочная доза, дальнейшая терапия по 90 мг 1 раз в день</li> </ul>
450.	Длительность двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов с ОКСбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В течение 1 года независимо от проведения ЧКВ и типа установленного стента</li> <li>• В течение 1 месяца если ЧКВ не было выполнено</li> <li>• В течение 6 месяцев при условии проведенного ЧКВ</li> <li>• В течение 1 года только если ЧКВ было выполнено и установлен стент с лекарственным покрытием</li> </ul>
451.	Выберите оптимальный низкомолекулярный гепарин для пациента с ОКСбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эноксапарин</li> <li>• Надропарин</li> <li>• Дальтепарин</li> <li>• Логипарин</li> </ul>

452.	Преимущества низкомолекулярных гепаринов по сравнению с нефракционированными гепаринами у больных ОКС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Более быстрая абсорбция при подкожном введении</li> <li>• Меньшая степень связывания с белками плазмы</li> <li>• Меньшая степень связывания с тромбоцитами</li> </ul>
453.	Какой препарат следует использовать в составе тройной антитромботической терапии ОКС у пациента с механическим протезом митрального клапана	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Прасугрел</li> <li>• Любой из перечисленных</li> </ul>
454.	Проведение отдаленного ишемического preconditionирования (коротких эпизодов ишемии и реперфузии) у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST перед первичным ЧКВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшает зону инфаркта миокарда</li> <li>• Увеличивает зону инфаркта миокарда</li> <li>• Увеличивает риск разрыва свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Увеличивает летальность</li> </ul>
455.	Абсолютным противопоказанием к проведению тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Опухоль головного мозга</li> <li>• Язвенная болезнь желудка в анамнезе</li> <li>• Ишемический инсульт перенесенный более 1 года назад</li> <li>• АД более 160/100 мм.рт.ст.</li> </ul>
456.	Абсолютным противопоказанием к проведению тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инсульт неизвестного генеза в анамнезе</li> <li>• Хронический геморрой в анамнезе</li> <li>• Сахарный диабет</li> <li>• Ишемический инсульт более 6 месяцев назад</li> </ul>
457.	Тикагрелор по сравнению с клопидогрелем:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Является обратимым блокатором P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Является селективным блокатором GP IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Является обратимым блокатором PAR рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Является необратимым блокатором P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> </ul>
458.	Тикагрелор по сравнению с клопидогрелем:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказывает более быстрый эффект</li> <li>• Является необратимым блокатором P2Y12 рецепторов тромбоцитов.</li> <li>• Является обратимым блокатором PAR рецепторов тромбоцитов.</li> <li>• Является прямым ингибитором тромбина.</li> </ul>
459.	Клопидогрел:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Является необратимым блокатором P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Является обратимым блокатором P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Является селективным блокатором GP IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Является обратимым блокатором PAR рецепторов тромбоцитов</li> </ul>
460.	Альтеплаза:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тканевой активатор плазминогена</li> <li>• Непрямой активатор плазминогена</li> <li>• Является антикоагулянтом</li> <li>• Вводится болюсно</li> </ul>
461.	Эптифибатид:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокатор GP IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Является Fab-фрагментом моноклональных антител</li> <li>• Является селективным блокатором P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Блокирует тканевой активатор плазминогена</li> </ul>

462.	Эптифибатид:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Является синтетическим циклическим гептапептидом</li> <li>• Является Fab-фрагментом моноклональных антител</li> <li>• Является селективным блокатором PAR рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Блокирует тканевой активатор плазминогена</li> </ul>
463.	Абциксимаб:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокатор гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Является синтетическим циклическим гептапептидом</li> <li>• Является селективным ингибитором X фактора</li> <li>• Прямой ингибитор тромбина</li> </ul>
464.	Абциксимаб:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Является Fab-фрагментом моноклональных антител</li> <li>• Селективный блокатор P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Является селективным ингибитором X фактора</li> <li>• Является синтетическим циклическим гептапептидом</li> </ul>
465.	Ингибитором гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Абциксимаб</li> <li>• Дабигатран</li> <li>• Эноксапарин</li> <li>• Бивалирудин</li> </ul>
466.	При развитии эпистенокардитического перикардита у пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Шум трения перикарда</li> <li>• Боли в грудной клетки, связанные с дыханием</li> <li>• Отсутствие динамики на ЭКГ</li> </ul>
467.	При развитии эпистенокардитического перикардита у пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST проводится терапия :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокими дозами ацетилсалициловой кислоты</li> <li>• Большими дозами нестероидных противовоспалительных препаратов</li> <li>• Глюкокортикоидами</li> <li>• Цитостатиками</li> </ul>
468.	У пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST после проведения первичного чрескожного коронарного вмешательства возобновились ангинозные боли, на ЭКГ- увеличение элевации сегмента ST, наиболее вероятно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоз стента</li> <li>• Эпистенокардитический перикардит</li> <li>• Разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Постинфарктная стенокардия</li> </ul>
469.	У пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST после проведения первичного чрескожного коронарного вмешательства возобновились ангинозные боли, на ЭКГ- увеличение элевации сегмента ST. Пациенту показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренное проведение коронарографии</li> <li>• Определение уровня тропонина в динамике</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Рентгенография органов грудной клетки</li> </ul>
470.	Какие осложнения возможны при тромбозе аневризмы левого желудочка у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоэмболия</li> <li>• Острый перикардит</li> <li>• Острая левожелудочковая недостаточность</li> <li>• Инфаркт миокарда I типа</li> </ul>
471.	Применение двойной антиагрегантной терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшает риск сердечно-сосудистых событий</li> <li>• Увеличивает риск инсульта</li> <li>• Не влияет на риск сердечно-сосудистых событий</li> <li>• Улучшает только госпитальный прогноз</li> </ul>

472.	Применение фондапаринукса при первичном чрескожном коронарном вмешательстве у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST не рекомендуется, из-за:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличения риска контактных тромбозов</li> <li>• Увеличения риска кровотечения</li> <li>• Увеличения риска внутричерепных кровоизлияний</li> <li>• Нет противопоказаний по применению фондапаринукса при проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства</li> </ul>
473.	У пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и гепарин-индуцированной тромбоцитопенией в анамнезе, при проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства, препаратом выбора является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бивалирудин</li> <li>• Фондапаринукс</li> <li>• Эноксапарин</li> <li>• Аликсабан</li> </ul>
474.	У пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и хронической болезнью почек (клиренс креатинина <30 мл/мин), при проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства, препаратом выбора является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нефракционированный гепарин</li> <li>• Фондапаринукс</li> <li>• Эноксапарин</li> <li>• Бивалирудин</li> </ul>
475.	Длительность двойной антиагрегантной терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и первичным чрескожным коронарным вмешательством, должна составлять:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 месяцев</li> <li>• 3 месяца</li> <li>• 6 месяцев</li> <li>• 24 месяца</li> </ul>
476.	Длительность двойной антиагрегантной терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST без реваскуляризации, должна составлять:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 месяцев</li> <li>• 6 месяцев</li> <li>• 7 дней</li> <li>• 24 месяца</li> </ul>
477.	Использование глюкозо-инсулиновой смеси в острейшей стадии острого инфаркта миокарда с подъемом ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не рекомендовано</li> <li>• Уменьшает риск развития жизнеугрожающих аритмий</li> <li>• Уменьшает летальность</li> <li>• Уменьшает риск развития фибрилляции предсердий</li> </ul>
478.	В случае, когда у больного с внезапной сердечной смертью после успешных реанимационных мероприятий сохраняется кома показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевтическая гипотермия</li> <li>• Назначение барбитуратов</li> <li>• Магнитно-резонансная томография головного мозга</li> <li>• Терапевтическая гипертермия</li> </ul>
479.	Целевой уровень холестерина ЛПНП после перенесенного инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 1,8 ммоль/л или снижение на 50%, если исходный уровень холестерина ЛПНП 1,8-3,5 ммоль/л</li> <li>• Менее 3,5 ммоль/л</li> <li>• Менее 2 ммоль/л или снижение на 25%, если исходный уровень холестерина ЛПНП 1,8-3,5 ммоль/л</li> <li>• Менее 4,0 ммоль/л</li> </ul>
480.	У пациентов, после перенесенного инфаркта миокарда, у которых не удается достичь целевого уровня холестерина ЛПНП, в комбинации к статинам целесообразно добавить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• эзетимиб</li> <li>• Препараты никотиновой кислоты</li> <li>• фибраты</li> <li>• омега-3</li> </ul>

481.	Ингибиторы PCSK-9:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В комбинации со статинами позволяют в большей степени снизить уровень холестерина ЛПНП</li> <li>• Являются синтетическими полипептидами</li> <li>• Не рекомендуются к назначению пациентам, перенесших острый инфаркт миокарда</li> <li>• Увеличивают побочные действия статинов</li> </ul>
482.	Назначение ингибиторов PCSK-9 у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда возможно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Если имеется непереносимость статинов</li> <li>• При невозможности достичь целевой уровень холестерина ЛПНП, на фоне приема статинов</li> <li>• При непереносимости других гиполипидемических препаратов</li> </ul>
483.	У пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST по данным эхокардиографии в области аневризмы левого желудочка лоцируется тромб, показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение антикоагулянтной терапии</li> <li>• Проведение тромболизиса</li> <li>• Введение блокаторов ГП IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Увеличение дозы ацетилсалициловой кислоты</li> </ul>
484.	Прием тикагрелора показан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам с острым коронарным синдромом, при отсутствии противопоказаний</li> <li>• Только пациентам с острым коронарным синдром с подъемом сегмента ST</li> <li>• Пациентам со стабильной стенокардией</li> <li>• Только при непереносимости клопидогреля</li> </ul>
485.	При остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST и развитии острой левожелудочковой недостаточности, АД 180/100 мм.рт.ст., показано назначение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитроглицерина в/в</li> <li>• Бета-блокаторов в/в</li> <li>• Ингаляции эуфиллина</li> <li>• Введение преднизолона в/в</li> </ul>
486.	У пациентки с острым инфарктом миокарда с подъемом ST на 3 день госпитализации возник отек легких, гипотония, грубый систолический шум на верхушке. Возможный диагноз и тактика действий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрыв сосочковой мышцы. Необходима эхокардиография.</li> <li>• У пациентки возникла тромбоэмболия легочной артерии. Необходим тромболизис.</li> <li>• Рецидив инфаркта миокарда. Необходима незамедлительная коронарография.</li> <li>• Возник разрыв межжелудочковой перегородки. Необходима вентрикулография.</li> </ul>
487.	У пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и первичным чрескожным коронарным вмешательством, на следующий день появились боли в грудной клетке при дыхании и систоло-диастолический шум на верхушке сердца, наиболее вероятный диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перикардит</li> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> <li>• Отрыв хорды митрального клапана</li> <li>• Тяжелая митральная регургитация</li> </ul>
488.	Для инфаркта миокарда правого желудочка характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипотония</li> <li>• Тахикардия</li> <li>• Гипертензия</li> <li>• Электро-механическая диссоциация</li> </ul>
489.	При развитии острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST и проведении тромболизиса, назначается нагрузочная доза клопидогреля:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 300 мг per os пациентам <math>\leq 75</math> лет</li> <li>• 600 мг per os всем пациентам</li> <li>• 75 мг per os всем пациентам</li> <li>• 300 мг per os всем пациентам</li> </ul>
490.	При развитии отека легких у больного острым инфарктом миокарда на фоне нормального или повышенного АД показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузия нитратов и внутривенное введение лазикса</li> <li>• Инфузия добутамина</li> <li>• Параллельная инфузия допамина и нитроглицерина</li> <li>• Инфузия эуфиллина</li> </ul>

491.	При частой желудочковой экстрасистолии у пациента острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Контроль уровня электролитов</li> <li>• Прием бета-блокаторов</li> <li>• Мониторное наблюдение</li> </ul>
492.	К повышению уровня тропонина могут проводить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сепсис</li> <li>• Обострение язвенной болезни желудка</li> <li>• Миома матки</li> <li>• Дивертикул пищевода</li> </ul>
493.	К повышению уровня тропонина могут проводить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Почечная недостаточность</li> <li>• Гепатит С</li> <li>• Сахарный диабет</li> <li>• Тромбоз сетчатки</li> </ul>
494.	Причины повышения уровня тропонина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>• Трахеит</li> <li>• Дивертикулез кишечника</li> <li>• Аппендицит</li> </ul>
495.	При нестабильной стенокардии, в отличие от инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствует динамика кардиоспецифических маркеров</li> <li>• Имеется динамика кардиоспецифических маркеров</li> <li>• Повышается уровень NT-проBNP</li> <li>• Повышается уровень КФК и ЛДГ</li> </ul>
496.	Критерием эффективности тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение сегмента ST <math>\geq 50\%</math></li> <li>• Купирование ангинозных болей</li> <li>• Появление отрицательных Т на ЭКГ</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
497.	Назначение блокаторов протонной помпы у пациентов с острым инфарктом миокарда целесообразно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам, принимающим двойную антиагрегантную терапию</li> <li>• При необходимости дополнительного приема антикоагулянтов</li> <li>• Пациентам, которые ранее не принимали антиагреганты</li> <li>• Пациентам, принимающим тикагрелор</li> </ul>
498.	Назначение блокаторов протонной помпы у пациентов с острым инфарктом миокарда целесообразно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• У пациентов с желудочно-кишечным кровотечением в анамнезе</li> <li>• При необходимости приема глюкокортикоидов</li> <li>• При наличии язвенной болезни желудка</li> </ul>
499.	Для оценки риска смерти и инфаркта миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST используется шкала:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GRACE</li> <li>• EHRA</li> <li>• CRUSADE</li> <li>• HAS-BLED</li> </ul>
500.	Для оценки риска кровотечения у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST используется шкала:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CRUSADE</li> <li>• GRACE</li> <li>• SCORE</li> <li>• HAS-BLED</li> </ul>
501.	Шкала GRACE включает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возраст</li> <li>• Вес</li> <li>• Пол</li> <li>• Уровень глюкозы</li> </ul>
502.	Шкала GRACE включает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Частоту сердечных сокращений</li> <li>• Артериальное давление</li> <li>• Динамику сегмента ST</li> </ul>

503.	Шкала GRACE позволяет оценить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Риск смерти и инфаркта миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST</li> <li>• Риск кровотечения у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST</li> <li>• Риск смерти и инфаркта миокарда у пациентов с фибрилляцией предсердий</li> <li>• Риск смерти и инфаркта миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST</li> </ul>
504.	Шкала CRUSADE включает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Частоту сердечных сокращений</li> <li>• Артериальное давление</li> <li>• Пол</li> </ul>
505.	Шкала CRUSADE включает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Наличие симптомов сердечной недостаточности</li> <li>• Артериальное давление</li> <li>• Клиренс креатинина</li> </ul>
506.	Риск кровотечения у пациентов с острым инфарктом миокарда выше у:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Женщин</li> <li>• Мужчин</li> <li>• Не зависит от пола</li> <li>• Молодых пациентов</li> </ul>
507.	Риск кровотечения у пациентов с острым инфарктом миокарда выше:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• При наличии хронической почечной недостаточности</li> <li>• Пожилых пациентов</li> <li>• Кровотечения в анамнезе</li> </ul>
508.	Для подтверждения инфаркта миокарда определяется уровень:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тропонина</li> <li>• Д-димера</li> <li>• Мозгового натрийуретического пептида</li> <li>• ЛДГ</li> </ul>
509.	При проведении тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, терапия тикагрелором проводится в дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тикагрелор не назначается</li> <li>• 180 мг</li> <li>• 90 мг</li> <li>• 60 мг</li> </ul>
510.	У пациента с острым инфарктом миокарда появился грубый систолический шум, максимальный поперек грудины. Какое осложнение наиболее вероятно развилось у пациента:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> <li>• Разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Отрыв хорды митрального клапана</li> <li>• Эпистенокардитический перикардит</li> </ul>
511.	При развитии кардиогенного шока, кожные покровы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бледные, холодные</li> <li>• Розовые, теплые</li> <li>• Бледные <b>горячие</b></li> <li>• Розовые, сухие</li> </ul>
512.	К поздним осложнениям инфаркта миокарда относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром Дресслера</li> <li>• Эпистенокардитический перикардит</li> <li>• Разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Отрыв хорды митрального клапана</li> </ul>
513.	Длительность тройной терапии у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда, фибрилляцией предсердий и риском кровотечений по шкале HAS-BLED=3:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 месяц</li> <li>• 12 месяцев</li> <li>• 3 месяца</li> <li>• 6 месяцев</li> </ul>



514.	Длительность тройной терапии у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда, фибрилляцией предсердий и риском кровотечений по шкале HAS-BLED=0:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 месяцев</li> <li>• 12 месяцев</li> <li>• 3 месяца</li> <li>• 1 месяц</li> </ul>
515.	У пациента, с острым инфарктом миокарда и фибрилляцией предсердий, при назначении тройной терапии, используется доза эликвиса:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,5 мг 2 раза в день</li> <li>• 5 мг 2 раза в день</li> <li>• 2,5 мг 1 раз в день</li> <li>• Прием эликвиса не показан</li> </ul>
516.	У пациента, с острым инфарктом миокарда и фибрилляцией предсердий, при назначении тройной терапии, используется доза ривароксабана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 мг 1 раз в день</li> <li>• 20 мг 1 раз в день</li> <li>• 2,5 мг 2 раза в день</li> <li>• 10 мг 1 раз в день</li> </ul>
517.	У пациента, с острым инфарктом миокарда и фибрилляцией предсердий, при назначении тройной терапии, используется доза дабигатрана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 110 мг 2 раза в день</li> <li>• 150 мг 2 раза в день</li> <li>• 150 мг 1 раз в день</li> <li>• 20 мг 1 раз в день</li> </ul>
518.	У пациента, с острым инфарктом миокарда и фибрилляцией предсердий, при назначении тройной терапии, используется доза клопидогреля:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 75 мг</li> <li>• 150 мг</li> <li>• 37,5 мг</li> <li>• 90 мг</li> </ul>
519.	При проведении дифференциального диагноза между острым коронарным синдромом и тромбоэмболией легочной артерии, целесообразно проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Компьютерной томографии с в/в контрастированием коронарных артерий и ствола легочной артерии</li> <li>• УЗИ сонных артерий</li> <li>• Рентгенографии органов грудной клетки</li> <li>• Магнитно-резонансной томографии сердца</li> </ul>
520.	Для пациента с острым коронарным синдром, в отличие от тромбоэмболии легочной артерии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие осложненной атеросклеротической бляшки при коронарографии</li> <li>• Повышение уровня Д-димера</li> <li>• Динамика тропонина I</li> <li>• Боли в грудной клетке</li> </ul>
521.	В блок кардиореанимации поступил пациент с жалобами на интенсивную одышку без четкой локализации. В анамнезе длительный стаж курения, хроническая обструктивная болезнь легких. Одышка возникла резко при ходьбе. При аускультации легких - резкое ослабление дыхания над левой половиной грудной клетки, при перкуссии - тимпанический звук. Предварительный диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пневмоторакс</li> <li>• Внегоспитальная пневмония</li> <li>• Хроническая обструктивная болезнь легких, обострение</li> <li>• Острый коронарный синдром</li> </ul>
522.	В блок кардиореанимации поступил пациент с жалобами на интенсивную одышку без четкой локализации. В анамнезе длительный стаж курения, хроническая обструктивная болезнь легких. Одышка возникла резко при ходьбе. При аускультации легких - резкое ослабление дыхания над левой половиной грудной клетки, при перкуссии - тимпанический звук. Пациенту показано проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рентгенографии органов грудной клетки</li> <li>• Коронарография</li> <li>• Определение уровня тропонина I</li> <li>• Сцинтиграфии легких</li> </ul>

523.	У пациента после перенесенного инфаркта миокарда на прием статинов-интенсивная слабость, а эзетимиба-сыпь. Пациенту показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение ингибиторов PCSK-9</li> <li>• Назначение полиненасыщенных омега-3</li> <li>• Прием эзетимиба и антигистаминных препаратов</li> <li>• Продолжить терапию статинами, несмотря на слабость</li> </ul>
524.	При назначении блокаторов Пв/Ша рецепторов у пациентов с острым коронарным синдромом, оставшаяся антитромбоцитарная терапия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжается в стандартной дозе</li> <li>• Назначается после остановки инфузии Пв/Ша рецепторов</li> <li>• Назначается только ацетилсалициловая кислота</li> <li>• Прием тикагрелора противопоказан</li> </ul>
525.	В блок кардиореанимации поступил пациент с болями в грудной клетке, связанными с положением тела. При обследовании на ЭКГ- без очаговых и ишемических изменений, уровень тропонина I- отрицательный. Риск по шкале GRACE 78 балла. Для решения вопроса о проведении коронарографии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение стресс-теста</li> <li>• Проведение рентгенографии органов грудной клетки</li> <li>• Проведение коронарографии без дополнительных исследований</li> <li>• Проведение магнитно-резонансной томографии грудного отдела позвоночника</li> </ul>
526.	Назначение статинов после перенесенного инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшает риск повторного инфаркта миокарда</li> <li>• Не влияет на риск повторной реваскуляризации</li> <li>• Увеличивает риск развития инсульта</li> <li>• Не влияет на летальность от сердечно-сосудистых причин</li> </ul>
527.	Назначение статинов после перенесенного инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Уменьшает риск повторной реваскуляризации</li> <li>• Уменьшает риск повторного инфаркта миокарда</li> <li>• Уменьшает риск инсульта</li> </ul>
528.	Назначение высоких доз статинов по сравнению с низкими после перенесенного инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Уменьшает риск повторной реваскуляризации</li> <li>• Уменьшает риск повторного инфаркта миокарда</li> <li>• Уменьшает риск развития инсульта</li> </ul>
529.	Добавление к терапии статинами эзетимиба у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не увеличивает риск побочных явлений</li> <li>• Увеличивает риск рабдомиолиза</li> <li>• Увеличивает риск деменции</li> <li>• Увеличивает риск развития онкологических заболеваний</li> </ul>
530.	Добавление к терапии статинами эзетимиба у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Уменьшает риск развития больших сердечно-сосудистых событий</li> <li>• Не увеличивает риск побочных явлений</li> <li>• Позволяет в большей степени достичь целевые значения холестерина ЛПНП</li> </ul>
531.	У пациента после перенесенного инфаркта миокарда, на фоне терапии статинами возникла слабость, боли в мышцах. Уровень КФК 2000 Ед/л (норма < 190 Ед/л), показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прекратить прием статинов, контроль КФК в динамике</li> <li>• Продолжить терапию статинами в прежней дозе, контроль КФК в динамике</li> <li>• Уменьшить дозу статинов, контроль уровня КФК в динамике</li> <li>• Продолжить терапию статинами, без контроля уровня КФК</li> </ul>
532.	У пациента после перенесенного инфаркта миокарда, на фоне терапии статинами возникла слабость, боли в мышцах. Уровень КФК 300 Ед/л (норма < 190 Ед/л), показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прекратить прием статинов, контроль КФК в динамике</li> <li>• Продолжить терапию статинами в прежней дозе, контроль КФК в динамике</li> <li>• Уменьшить дозу статинов, контроль уровня КФК в динамике</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжить терапию статинами, без контроля уровня КФК</li> </ul>
533.	Пациент после перенесенного инфаркта миокарда постоянно принимает аторвастатин 20 мг. Болей в мышцах, слабости нет. При плановом измерении уровень КФК 480 Ед/л (норма < 190 Ед/л), показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжить терапию статинами в прежней дозе, контроль КФК в динамике</li> <li>• Прекратить прием статинов, контроль КФК в динамике</li> <li>• Уменьшить дозу статинов, контроль уровня КФК в динамике</li> <li>• Продолжить терапию статинами, без контроля уровня КФК</li> </ul>
534.	Какой препарат увеличивает риск миопатии и рабдомиолиза при совместном приеме со статинами:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гемфиброзил</li> <li>• Эналаприл</li> <li>• Бисопролол</li> <li>• Рабепразол</li> </ul>
535.	Какой препарат увеличивает риск миопатии и рабдомиолиза при совместном приеме со статинами:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные препараты</li> <li>• Кетоконазол</li> <li>• Эритромицин</li> <li>• Раналазин</li> </ul>
536.	Какой препарат увеличивает риск миопатии и рабдомиолиза при совместном приеме со статинами:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кларитромицин</li> <li>• Цефтриаксон</li> <li>• Амоксициллин</li> <li>• Ципрофлоксацин</li> </ul>
537.	Изменения на ЭКГ – элевация сегмента ST в V3R, V4R, соответствуют какой локализации инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правый желудочек</li> <li>• Нижняя стенка левого желудочка</li> <li>• Задняя стенка левого желудочка</li> <li>• Боковая стенка левого желудочка</li> </ul>
538.	При остром инфаркте миокарда существуют зоны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Ишемии</li> <li>• Повреждения</li> <li>• Некроза</li> </ul>
539.	Изменения на ЭКГ – элевация сегмента ST, положительный зубец T, соответствуют какой стадии инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острой</li> <li>• Подострой</li> <li>• Рубцовой</li> <li>• Повреждения</li> </ul>
540.	Изменения на ЭКГ – зубец Q, элевация сегмента ST, отрицательный зубец T, соответствуют какой стадии инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подострой</li> <li>• Острой</li> <li>• Рубцовой</li> <li>• Повреждения</li> </ul>
541.	Изменения на ЭКГ – зубец Q, сегмент ST на изолинии, отрицательный зубец T, соответствуют стадии инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рубцовой</li> <li>• Подострой</li> <li>• Острой</li> <li>• Повреждения</li> </ul>
542.	У пациентки 78 лет, рецидивируют ангинозные боли. На ЭКГ- синусовый ритм, горизонтальная депрессия сегмента ST V1-V6 до 2 мм. Уровень гемоглобина 58 г/л. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переливание эритроцитарной массы</li> <li>• Проведение сцинтиграфии миокарда</li> <li>• Назначение антиагрегантов</li> <li>• Назначение антикоагулянтов</li> </ul>
543.	Изменения на ЭКГ – элевация сегмента ST в III, aVF, V7-V9, V3R, V4R, соответствуют локализации инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нижняя, ниже-базальная стенки левого желудочка с распространением на правый желудочек</li> <li>• Нижняя, ниже-базальная стенки левого желудочка</li> <li>• Правый желудочек</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Нижняя, ниже-базальная, боковая стенки левого желудочка с распространением на правый желудочек</li> </ul>
544.	Показания к имплантации кардиовертер-дефибриллятора с целью первичной профилактики, у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Снижение фракции выброса менее 35%, NYHA II-III, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию через 6 недель после инфаркта миокарда</li> <li>Фибрилляция желудочков в острейшем периоде инфаркта миокарда</li> <li>Неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии по холтеровскому мониторингу ЭКГ</li> <li>Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
545.	При остром инфаркте миокарда имплантация стентов с лекарственным покрытием 2-го поколения показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Всем пациентам</li> <li>Только пациентам с низким риском кровотечений</li> <li>Только пациентам с сахарным диабетом</li> <li>Пациентам с повторным инфарктом миокарда</li> </ul>
546.	Использование радиального доступа по сравнению с феморальным при проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства при остром инфаркте миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Уменьшает риск кровотечений</li> <li>Увеличивает риск кровотечения</li> <li>Удлиняет время процедуры</li> <li>Увеличивает летальность</li> </ul>
547.	Не относится к блокаторам P2Y12 рецепторов тромбоцитов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эптифибатид</li> <li>Кангрелор</li> <li>Тикагрелор</li> <li>Клопидогрел</li> </ul>
548.	Шок у пациента с острым инфарктом миокарда может быть обусловлен:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Всеми вышеперечисленными причинами</li> <li>Обширной зоной пораженного миокарда</li> <li>Наличием аритмии</li> <li>Наличием механических осложнений</li> </ul>
549.	Какой вид шока может развиваться при остром инфаркте миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленные</li> <li>Аритмогенный шок</li> <li>Истинный кардиогенный шок</li> <li>Гиповолемический шок</li> </ul>
550.	Критерии кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное</li> <li>Устойчивая гипотония</li> <li>Признаки гипоперфузии органов и тканей</li> <li>Конечно-диастолическое давление в левом желудочке &gt; 18 мм рт.ст. или признаки застоя в малом круге</li> </ul>
551.	Развитие шока при остром инфаркте миокарда может быть связано с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное</li> <li>Приемом бета-блокаторов</li> <li>Вагусной реакцией</li> <li>Разрывом наружной стенки левого желудочка</li> </ul>
552.	Антикоагулянтная терапия при остром инфаркте миокарда и первичном чрескожном коронарном вмешательстве может включать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленные препараты</li> <li>Нефракционированный гепарин</li> <li>Эноксапарин</li> <li>Бивалирудин</li> </ul>
553.	Доза клопидогреля при остром инфаркте миокарда без реперфузионной терапии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>300 мг нагрузочная доза, далее 75 мг 1 раз в день</li> <li>300 мг нагрузочная доза, далее 150 мг 1 раз в день</li> <li>Зависит от возраста пациента</li> <li>600 мг нагрузочная доза, далее 75 мг 1 раз в день</li> </ul>

554.	Какой блокатор P2Y12 рецепторов тромбоцитов применяется у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST при проведении тромболитической терапии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Прасугрел</li> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Все вышеперечисленные препараты</li> </ul>
555.	Проведение эхокардиографического исследования у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верно все вышеперечисленное</li> <li>• Не должно удлинять время до проведения первичного ЧКВ</li> <li>• Должно проводиться экстренно пациентам с подозрением на разрыв стенки левого желудочка</li> <li>• Должно проводиться экстренно пациентам с нестабильной гемодинамикой</li> </ul>
556.	Какой блокатор P2Y12 назначается в составе тройной терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Прасугрел</li> <li>• Все вышеперечисленные препараты</li> </ul>
557.	У пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST имеется хроническая болезнь почек (клиренс креатинина по MDRD 20 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> ), пациенту показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение первичного чрескожного коронарного вмешательства</li> <li>• Проведение первичного чрескожного коронарного вмешательства только при клиренсе креатинина &gt; 30 мл/мин/1,73м<sup>2</sup></li> <li>• Проведение тромболитической терапии</li> <li>• Реперфузионная терапия не показана</li> </ul>
558.	Проведение полной реваскуляризации миокарда у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При развитии кардиогенного шока</li> <li>• Всем пациентам с ОИМпST</li> <li>• Если имеется стеноз не инфаркт-связанной коронарной артерии ≥ 75%</li> <li>• Не независимо от клинической ситуации, при ОИМпST показано чрескожное коронарное вмешательство только инфаркт-связанной артерии</li> </ul>
559.	При развитии острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, осложненного развитием АВ-блокады III степени, показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Введение атропина в/в</li> <li>• Проведение временной электрокардиостимуляции</li> <li>• Проведение экстренного чрескожного коронарного вмешательства</li> </ul>
560.	Для первичной профилактики развития инфаркта миокарда назначение ацетилсалициловой кислоты показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий</li> <li>• Пациентам с сахарным диабетом</li> <li>• Пациентам с артериальной гипертензией</li> <li>• Всем пациентам старше 60 лет</li> </ul>
561.	Не оказывают влияния на вторичную профилактику инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Высокие дозы витаминов С и Е</li> <li>• Заместительная гормональная терапия у женщин</li> <li>• Триметазидин</li> </ul>
562.	У пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST по данным коронарографии отмечается массивный интракоронарный тромбоз в инфаркт-связанной артерии, показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Введение тромболитика интракоронарно</li> <li>• Введение антикоагулянта интракоронарно</li> <li>• Повторный прием нагрузочной дозы блокаторов P2Y12 рецепторов тромбоцитов и ацетилсалициловой кислоты</li> </ul>

563.	Пациент поступил в стационар с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на 7 сутки от начала заболевания. Боли были 7 дней назад, в течение 5 часов и в дальнейшем не рецидивировали. Гемодинамика стабильная. Показано проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стресс-теста с дальнейшим решением вопроса о коронарографии</li> <li>• Коронарографии</li> <li>• КТ-коронарографии</li> <li>• Магнитно-резонансная томография сердца</li> </ul>
564.	Противопоказанием к введению нитроглицерина в/в при развитии острого коронарного синдрома является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прием силденафила в течение 12 часов</li> <li>• Частота ритма 60 в минуту</li> <li>• АД 110/60 мм.рт.ст.</li> <li>• Элевация сегмента ST в V1-V6 до 4 мм</li> </ul>
565.	Какой препарат не применяется для купирования болей при остром коронарном синдроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кеторолак</li> <li>• Нитроглицерин</li> <li>• Морфин</li> <li>• Нитропруссид</li> </ul>
566.	Для развития острого коронарного синдрома характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боли в грудной клетке с иррадиацией в левую руку, шею</li> <li>• Тахипноэ</li> <li>• Цианоз</li> <li>• Положение ортопноэ</li> </ul>
567.	Изменения на ЭКГ, указывающие на наличие ишемии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Горизонтальная депрессия сегмента ST</li> <li>• Элевация сегмента ST более 3 мм в двух смежных отведениях</li> <li>• Реципрокные изменения</li> </ul>
568.	При рецидивирующих фибрилляции желудочков/желудочковой тахикардии при остром инфаркте миокарда во время реанимации необходимо ввести внутривенно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амиодарон</li> <li>• Лидокаин</li> <li>• Новокаинамид</li> <li>• Магния сульфат</li> </ul>
569.	Доза адреналина при реанимационных мероприятиях при остром коронарном синдроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 мг в/в каждые 3-5 минут</li> <li>• 10 мг в/в однократно</li> <li>• 20 мг в/в инфузия</li> <li>• 1 п/к каждые 3 минуты</li> </ul>
570.	Доза магния сульфата для купирования тахикардии типа «пируэт» при остром коронарном синдроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 гр</li> <li>• 300 мг</li> <li>• 1000 гр</li> <li>• 10 гр</li> </ul>
571.	Доза амиодарона при рецидивирующей фибрилляции желудочков у пациентов с острым инфарктом миокарда составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 300 мг в/в</li> <li>• 600 мг в/в</li> <li>• 1200 мг в/в</li> <li>• 2400 мг в/в</li> </ul>
572.	Первым мероприятием по обеспечению проходимости дыхательных путей при сердечно-легочной реанимации является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тройной прием Сафара</li> <li>• Интубация трахеи</li> <li>• Искусственная вентиляция легких мешком Амбу</li> <li>• Введение воздуховода</li> </ul>
573.	Частота компрессий грудной клетки при непрямом массаже сердца должна быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 в мин</li> <li>• 80-90 в мин</li> <li>• 140 в мин</li> <li>• 120 в мин</li> </ul>
574.	Соотношение компрессий грудной клетки и вдохов при реанимации взрослого пациента должно быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30:2</li> <li>• 15:2</li> <li>• 15:1</li> <li>• 30:1</li> </ul>

575.	После нанесения разряда дефибриллятора необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжать сердечно-легочную реанимацию 2 мин, затем оценить ритм</li> <li>• Сразу оценить ритм по монитору дефибриллятора</li> <li>• Продолжать сердечно-легочную реанимацию 2 цикла, затем оценить ритм</li> <li>• Продолжать сердечно-легочную реанимацию, не оценивать ритм</li> </ul>
576.	У пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, первичным чрескожным коронарным вмешательством и хронической болезнью почек (клиренс креатинина по MDRD 20 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> ), требует коррекции дозы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эноксапарин</li> <li>• Ацетилсалициловая кислота</li> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Нефракционированный гепарин</li> </ul>
577.	У пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, первичным чрескожным коронарным вмешательством и хронической болезнью почек (клиренс креатинина по MDRD 40 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> ), требует коррекции дозы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ни один из перечисленных препаратов</li> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Эноксапарин</li> </ul>
578.	Ацетилсалициловая кислота:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокируется действие ЦОГ-1</li> <li>• Блокируется P2Y<sub>12</sub> рецепторы тромбоцитов</li> <li>• Селективный блокатор тромбина</li> <li>• Блокирует фактор фон Виллебранда</li> </ul>
579.	Фактор фон Виллебранда влияет на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Адгезию тромбоцитов</li> <li>• Агрегацию тромбоцитов</li> <li>• Ретракцию сгустка</li> <li>• Фибринолиз</li> </ul>
580.	Фактор фон Виллебранда синтезируется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эндотелием</li> <li>• В печени</li> <li>• В надпочечниках</li> <li>• В правом предсердии</li> </ul>
581.	У пациента, постоянно принимающего новые оральные антикоагулянты, развился острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, при проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение чрескожного коронарного вмешательства без отмены новых оральных антикоагулянтов</li> <li>• Перевод пациента с новых оральных антикоагулянтов на парентеральные антикоагулянты на 2 суток</li> <li>• Проведение чрескожного коронарного вмешательства возможно только через 12 часов после приема последней дозы новых оральных антикоагулянтов</li> <li>• Проведение чрескожного коронарного вмешательства на фоне приема новых оральных антикоагулянтов противопоказано</li> </ul>
582.	Какой препарат следует использовать в составе тройной антитромботической терапии ОКС у пациента с механическим протезом митрального клапана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Варфарин</li> <li>• Апиксабан</li> <li>• Дибататран</li> <li>• Ривароксабан</li> </ul>
583.	К факторам риска ИБС относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Курение</li> <li>• Уровень холестерина ЛПНП более 4,0 ммоль/л</li> <li>• Низкая физическая активность</li> </ul>
584.	К методам вторичной профилактики инфаркта миокарда относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Отказ от курения</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Снижение уровня холестерина ЛПНП на 50%</li> <li>Занятия спортом 3 раза в неделю</li> </ul>
585.	При назначении тройной терапии (апиксабан, клопидогрел, ацетилсалициловая кислота) у пациентов с инфарктом миокарда и фибрилляцией предсердий, следует осуществлять контроль показателей:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Контроль данных показателей не требуется</li> <li>Международное нормализованное отношение</li> <li>Активированное частичное тромбопластиновое время</li> <li>Агрегации тромбоцитов</li> </ul>
586.	У пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и впервые выявленным сахарным диабетом, НЕ показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Назначение метформина в первые сутки</li> <li>Мониторирование уровня глюкозы в динамике</li> <li>Назначение гипогликемической терапии при уровне глюкозы крови более 10 ммоль/л</li> <li>При уровне глюкозы более 10 ммоль/л в первые сутки назначение инсулина короткого действия</li> </ul>
587.	У пациентов с острым инфарктом миокарда, высоким риском развития повторных ишемических событий и низким риском кровотечений, возможно добавления к терапии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ривароксабана 2,5 мг 2 раза в день</li> <li>Цилостазола</li> <li>Апиксабана 2,5 мг 2 раза в день</li> <li>Варфарина</li> </ul>
588.	Назначение нитроглицерина в/в при остром инфаркте миокарда противопоказано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Во всех перечисленных случаях</li> <li>При инфаркте миокарда правого желудочка</li> <li>При наличии гипотонии</li> <li>При приеме ингибиторов фосфодиэстеразы</li> </ul>
589.	Назначение нитроглицерина в/в при остром инфаркте миокарда показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>При наличии гипертензии</li> <li>При наличии гипотонии</li> <li>Всем пациентам</li> <li>Пациентам с сахарным диабетом</li> </ul>
590.	Диагноз острого инфаркта миокарда ставится на основании динамики уровня кардиоспецифических маркеров и:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное верно</li> <li>Наличия симптомов ишемии</li> <li>Появления патологического зубца Q на ЭКГ</li> <li>Наличие зон дискинезии по данным эхокардиографии</li> </ul>
591.	Диагноз острого инфаркта миокарда ставится на основании динамики уровня кардиоспецифических маркеров и:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное верно</li> <li>Наличия симптомов ишемии</li> <li>Появления патологического зубца Q на ЭКГ</li> <li>Наличия интракоронарного тромбоза</li> </ul>
592.	Причинами инфаркта миокарда II типа могут быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное верно</li> <li>Анемия тяжелой степени</li> <li>Тяжелая двухсторонняя пневмония</li> <li>Вазоспазм</li> </ul>
593.	Прием ингибиторов АПФ при остром инфаркте миокарда показан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное верно</li> <li>При наличии симптомов сердечной недостаточности</li> <li>Пациентам с артериальной гипертензией</li> <li>Пациентам с сахарным диабетом</li> </ul>
594.	Пациентам с нестабильной стенокардией 80 баллов по GRACE показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проведение стресс-теста для определения дальнейшей тактики</li> <li>Проведение коронарографии в течение 24 ч</li> <li>Проведение коронарографии в течение 8 ч</li> <li>Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
595.	Пациентам с нестабильной стенокардией 160 баллов по GRACE показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проведение коронарографии в течение 24 ч</li> <li>Проведение стресс-теста для определения дальнейшей тактики</li> <li>Проведение коронарографии в течение 72 ч</li> <li>Проведение коронарографии не показано</li> </ul>



596.	Пациентам с нестабильной стенокардией 145 баллов по GRACE показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение коронарографии в течение 24 ч</li> <li>• Проведение стресс-теста для определения дальнейшей тактики</li> <li>• Проведение коронарографии в течение 72 ч</li> <li>• Проведение коронарографии не показано</li> </ul>
597.	Инфаркт миокарда, развивающийся в случае, когда другое состояния, помимо ИБС, приводит к дисбалансу между потребностью в кислороде и его доставкой (анемия, дыхательная недостаточность и т.д.) относится к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркту миокарда 2 типа</li> <li>• Инфаркту миокарда 1 типа</li> <li>• Инфаркту миокарда 3 типа</li> <li>• Инфаркту миокарда 4 типа</li> </ul>
598.	Инфаркт миокарда, обусловленный тромбозом стента относится к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркту миокарда 4 типа</li> <li>• Инфаркту миокарда 1 типа</li> <li>• Инфаркту миокарда 2 типа</li> <li>• Инфаркту миокарда 3 типа</li> </ul>
599.	Спонтанный инфаркт миокарда, обусловленный разрывом атеросклеротической бляшки, ее диссекцией или изъязвлением с развитием интракоронарного тромбоза относится к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркту миокарда 1 типа</li> <li>• Инфаркту миокарда 2 типа</li> <li>• Инфаркту миокарда 3 типа</li> <li>• Инфаркту миокарда 4 типа</li> </ul>
600.	Какой из признаков не является критерием диагноза острого инфаркта миокарда при наличии динамики уровня тропонина I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение артериального давления</li> <li>• Клиническая картина симптомов ишемии</li> <li>• Изменения ЭКГ, свидетельствующие о новой ишемии</li> <li>• Появление патологических зубцов Q на ЭКГ</li> </ul>
601.	Какие биохимические маркеры используются для диагностики инфаркта миокарда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кардиоспецифический тропонин</li> <li>• ЛДГ</li> <li>• КФК</li> <li>• Трансаминазы</li> </ul>
602.	У пациента 56 лет с длительным гипертоническим анамнезом возникли боли за нижней третью грудины с иррадиацией в межлопаточную область. С каким заболеванием прежде всего необходимо дифференцировать ОКС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расслаивающая аневризма аорты</li> <li>• Пневмония</li> <li>• Тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>• Язвенная болезнь 12-перстной кишки</li> </ul>
603.	Назовите критерии высокого риска у больных ОКСбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шкала CRACE &gt; 140 баллов</li> <li>• Шкала CRACE &lt; 140 баллов</li> <li>• Перенесенный ранее инфаркт миокарда</li> <li>• Наличие зон нарушенной сократимости миокарда</li> </ul>
604.	Инвазивная стратегия (в первые 72 часа) у пациентов с ОКСбпST показана при	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рецидивирующих ангинозных болях</li> <li>• Шкале CRACE &lt; 140 баллов</li> <li>• Всем пациентам с диагнозом ОКСбпST</li> <li>• Не показана в эти сроки ни у каких групп пациентов ОКСбпST</li> </ul>
605.	Выберите необходимую терапию после выписки из стационара у пациента с ОИМбпST и ФВ 35%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антагонисты альдостерона, статины, аспирин, клопидогрел</li> <li>• Ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, нитраты, статины</li> <li>• Ингибиторы АПФ, верапамил, аспирин, клопидогрел, статины, триметазидин</li> <li>• Ингибиторы АПФ, аспирин, клопидогрел, нитраты, статины, фуросемид</li> </ul>

606.	Современная классификация острого коронарного синдрома включает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST</li> <li>• ОКС со стойкой элевацией сегмента ST и без стойкой элевации сегмента ST</li> <li>• ОКС с формированием зубца Q и без формирования зубца Q</li> <li>• Возможен любой из выше перечисленных вариантов</li> </ul>
607.	Для выявления ишемии миокарда у пациента с подозрением на ОКС без повторяющихся приступов стенокардии и нормальным уровнем кардиоспецифических маркеров целесообразно проведение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стресс-ЭХО КГ с добутамином</li> <li>• Суточного мониторирования ЭКГ</li> <li>• Вентрикулографии</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
608.	К факторам риска неблагоприятных исходов в отдаленные сроки заболевания у больных ОКСбпST относят:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• ФВ &lt; 40%</li> <li>• Множественное стенотическое поражение коронарных артерий</li> <li>• Признаки ишемии при проведении стресс-теста</li> </ul>
609.	Пациенту с ОКСбпST и ФВ менее 40% для улучшения прогноза необходимо назначить	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бисопролол или метопролола сукцинат</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Фуросемид</li> </ul>
610.	Пациенту с ОКСбпST показан прием антикоагулянтов. Выберите возможную схему лечения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клопидогрел 75 мг 1 раз в день + аспирин + варфарин под контролем МНО</li> <li>• Тикагрелор 90 мг 2 раза в день + варфарин под контролем МНО</li> <li>• Тикагрелор 90 мг 1 раз в день + аспирин + варфарин под контролем МНО</li> <li>• Возможна любая из перечисленных схем</li> </ul>
611.	Досрочное прерывание двойной антитромбоцитарной терапии может привести	<ul style="list-style-type: none"> <li>• К развитию тромбоза стента</li> <li>• К развитию рестеноза</li> <li>• К прогрессированию атеросклероза коронарных артерий</li> <li>• К развитию ишемического инсульта</li> </ul>
612.	Пациент с фибрилляцией предсердий, постоянно получающий НОАК поступил в стационар с клиникой ОКСбпST. Ваши действия?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение ЧКВ без отмены НОАК с двойной антиагрегантной терапией</li> <li>• Отмена НОАК и проведение ЧКВ по истечении времени выведения</li> <li>• Проведение ЧКВ возможно без нагрузочной дозы клопидогрелем</li> <li>• Проведение ЧКВ возможно только на фоне комбинации с тикагрелором</li> </ul>
613.	Осложнения острого инфаркта миокарда без подъема сегмента ST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Кардиогенный шок</li> <li>• Сердечная недостаточность</li> <li>• Желудочковая тахикардия</li> </ul>
614.	При ОКСбпST необходимо как можно раньше дать	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ацетилсалициловую кислоту 150-300 мг</li> <li>• Ацетилсалициловую кислоту, кишечнорастворимую форму 100 мг</li> <li>• Ацетилсалициловую кислоту 75 мг</li> <li>• Возможен любой из этих вариантов</li> </ul>

615.	Пациент с диагнозом ОКСбпST на догоспитальном этапе получил клопидогрел 300 мг. Определите возможную терапию при поступлении в стационар и принятии решения о проведении срочной ЧКВ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дополнительный прием клопидогреля 300 мг или тикагрелора 180 мг</li> <li>• Дополнительный прием клопидогреля 75 мг или тикагрелора 90 мг</li> <li>• Возможен дополнительный прием только клопидогреля</li> <li>• Дополнительный прием препаратов не нужен</li> </ul>
616.	Консервативная стратегия ведения пациента с ОКСбпST применима при	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При отсутствии динамики кардиоспецифических маркеров</li> <li>• Повторении ангинозных приступов</li> <li>• При наличии индуцируемой ишемии миокарда</li> <li>• При явлениях кардиогенного шока</li> </ul>
617.	Ранняя инвазивная стратегия (до 24 часов) показана пациентам с ОКСбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам с риском по шкале GRACE &gt; 140 баллов</li> <li>• Пациентам с риском по шкале GRACE &lt; 140 баллов</li> <li>• Пациентам с риском по шкале GRACE &lt; 140 баллов у пациентов с сахарным диабетом</li> <li>• Пациентам с риском по шкале GRACE &lt; 140 баллов у пациентов с почечной недостаточностью</li> </ul>
618.	В стационар поступил пациент с ОКСбпST и клиникой кардиогенного шока. Ваша тактика	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение ЧКВ как можно быстрее.</li> <li>• Проведение ЧКВ до 24 часов</li> <li>• Проведение ЧКВ до 72 часов</li> <li>• Консервативная терапия</li> </ul>
619.	В стационар поступил пациент с ОКСбпST и жизнеугрожающей аритмией. Ваша тактика:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение ЧКВ как можно быстрее.</li> <li>• Консервативная терапия</li> <li>• Проведение ЧКВ до 72 часов</li> <li>• Проведение ЧКВ до 24 часов</li> </ul>
620.	При развитии сердечной недостаточности у пациента с острым инфарктом миокарда без подъема сегментаST и ФВ 40% показано, назначение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бета-блокаторов</li> <li>• Моксонидина</li> <li>• Дигоксина</li> <li>• Имплантация ресинхронизирующего устройства в срочном порядке.</li> </ul>
621.	Синусовая брадикардия при ОКС может быть обусловлена	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Ишемией миокарда</li> <li>• Приемом бета-блокаторов</li> <li>• Применением опиоидов</li> </ul>
622.	Для оценки ишемии миокарда у больного, перенесшего острый инфаркт миокарда применяется	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стресс-тест</li> <li>• ЭХО-КГ в динамике</li> <li>• ЭКГ в динамике</li> <li>• Суточное мониторирование ЭКГ</li> </ul>
623.	Целевые цифры ХЛПНП у пациента с ОКС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 1,8 ммоль/л</li> <li>• Менее 2,2 ммоль/л</li> <li>• Менее 2,0 ммоль/л</li> <li>• Менее 1,6 ммоль/л</li> </ul>
624.	Укажите показатели эффективности лечения статинами у пациентов с ОКС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Достижение целевого уровня ХС ЛПНП не выше 1,8 ммоль/л или снижение исходного уровня ХС ЛПНП на <math>\geq 50\%</math>.</li> <li>• Достижение целевого уровня холестерина не выше 5,0 ммоль/л.</li> <li>• Снижение исходного уровня холестерина на <math>\geq 50\%</math>.</li> <li>• Возможен любой из вариантов</li> </ul>
625.	Препараты, улучшающие прогноз у пациентов с ОКСбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, аспирин</li> <li>• Бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, дигоксин, статины, аспирин</li> <li>• Нитраты, статины, аспирин, бета-блокаторы</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ, статины, верапамил, нитраты, аспирин</li> </ul>
626.	Проведение кардиоверсии у пациентов ОКС показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При устойчивой желудочковой тахикардии</li> <li>• При частой парной желудочковой экстрасистолии</li> <li>• При АВ-блокаде 3 степени</li> <li>• Во всех вышеперечисленных случаях</li> </ul>
627.	Определите тактику ведения пациента с ОКС и кардиогенным шоком	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение экстренной реваскуляризации миокарда</li> <li>• Максимальный объем инфузии для поддержания уровня АД</li> <li>• Проведение реваскуляризации миокарда только при стабилизации состояния</li> <li>• Раннее назначение бета-блокаторов</li> </ul>
628.	Признаки “нестабильной” атеросклеротической бляшки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефекты наполнения с признаками внутрикоронарного тромба</li> <li>• Стеноз более 70%</li> <li>• Ровная покрышка бляшки</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
629.	Среди больных ОКСбпСТ и без стенозирующего атеросклероза коронарных артерий могут быть пациенты с	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Микрососудистой стенокардией</li> <li>• Кардиомиопатией Тако-Тсубо</li> <li>• Спазмом крупных ветвей коронарных артерий</li> </ul>
630.	Какие признаки стенокардии характерны для ОКС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Длительность ангинозного приступа более 15-20 минут</li> <li>• Боль в левой руке</li> <li>• Ангинозный приступ купируется нитроглицерином за 5 минут</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
631.	Признаками нестабильной стенокардии может быть	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Удлинение и учащение приступов стенокардии</li> <li>• Появление патологического зубца Q на ЭКГ</li> <li>• Стойкая элевация сегмента ST на ЭКГ</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
632.	Нестабильная стенокардия неблагоприятна в плане развития	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острого инфаркта миокарда</li> <li>• Тромбоэмболии легочной артерии</li> <li>• Острого нарушения мозгового кровообращения</li> <li>• Хронической сердечной недостаточности</li> </ul>
633.	Для инфаркта миокарда характерны следующие эхокардиографические признаки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Локальный акинез или дискинез</li> <li>• Диффузный гипокинез</li> <li>• Диффузный гиперкинез</li> <li>• Локальный гиперкинез, асинхронное движение МЖП</li> </ul>
634.	Какие признаки характерны для кардиогенного шока	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артериальная гипотензия, олигурия</li> <li>• Пульсовое давление более 30 мм.рт.ст.</li> <li>• Брадикардия</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
635.	Какое из ранних осложнений инфаркта миокарда часто является причиной смерти молодых мужчин	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фибрилляция желудочков</li> <li>• Асистолия</li> <li>• Разрыв миокарда</li> <li>• Кардиогенный шок</li> </ul>
636.	Элевация сегмента ST на ЭКГ помимо ОИМ может быть признаком	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перикардита</li> <li>• Грыжи пищеводного отверстия диафрагма</li> <li>• Коронарного синдрома X</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>

637.	У пациента на 2 сутки острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST появился систоло-диастолический шум в области абсолютной сердечной тупости без проведения. Общее состояние существенно не ухудшилось. О каком осложнении можно думать?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эпистенокардитическом перикардите</li> <li>• Наружном разрыве миокарда</li> <li>• Разрыве межжелудочковой перегородки</li> <li>• Синдроме Дресслера</li> </ul>
638.	Больная 65 лет была госпитализирована с жалобами на боли за грудиной. При переключении пациентка потеряла сознание, захрипела. На ЭКГ – фибрилляция желудочков. Что наиболее эффективно для восстановления ритма?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефибриляция</li> <li>• Введение атропина в/в</li> <li>• Эндокардиальная стимуляция</li> <li>• Введение адреналина в/в</li> </ul>
639.	Больной 71 года поступил в клинику с диагнозом “ИБС. Острый инфаркт миокарда нижней стенки”. На ЭКГ выявлено увеличение PQ до 0,4 сек с выпадением комплекса QRS. Отношение предсердных волн и комплекса QRS 4:1. ЧСС 40 уд/мин. Какое осложнение развилось?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц II</li> <li>• Мерцательная аритмия, брадиформа</li> <li>• Атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц I</li> <li>• Синдром Фредерика</li> </ul>
640.	Больной 50 лет находится в клинике с диагнозом острого инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST. На 2 сутки резко возникло чувство нехватки воздуха, появился пансистолический шум с проведением на верхушки и в подмышечную область. В легких влажные хрипы. Какое возможное осложнение развилось?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрыв или дисфункция сосочковой мышцы</li> <li>• Эпистенокардитический перикардит</li> <li>• Тромбоз легочной артерии</li> <li>• Гематампонада</li> </ul>
641.	На 3 день пребывания в стационаре у пациента с инфарктом миокарда появился кашель. Каковы возможные причины?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прием ингибиторов АПФ</li> <li>• Прием верапамила</li> <li>• Прием статинов</li> <li>• Синдром Дресслера</li> </ul>
642.	Для инфаркта миокарда характерны следующие ЭХО-кардиографические признаки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дискинез</li> <li>• Асинхронное движение МЖП</li> <li>• Диффузный гипокинез</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
643.	Заподозрить ОКС можно, если у больного с ангинозными приступами на ЭКГ регистрируется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Элевация сегмента ST</li> <li>• Депрессия сегмента ST</li> <li>• Отсутствие изменений сегмента ST</li> </ul>
644.	Что может свидетельствовать о нестабильности бляшки по коронарографии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефект наполнения</li> <li>• Стеноз более 80%</li> <li>• Гладкая покрышка бляшки</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
645.	Назовите проявления кардиогенного шока	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Бледные и влажные кожные покровы</li> <li>• Гипотония</li> <li>• Олигурия</li> </ul>
646.	Элевация сегмента ST на ЭКГ, зарегистрированная в состоянии покоя, у пациентов без ИБС может наблюдаться при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острых перикардитах</li> <li>• Гипокалиемии</li> <li>• Грыже пищеводного отверстия диафрагмы</li> <li>• Во всех вышеперечисленных случаях</li> </ul>

647.	Элевация сегмента ST в I, II, III, aVL, aVF, V1-V6 характерна для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острого перикардита</li> <li>• Тромбоэмболии легочной артерии.</li> <li>• Гипокалиемии.</li> <li>• Гипомагниемии.</li> </ul>
648.	Обратимое нарушение сократительной функции миокарда в результате острого кратковременного нарушения коронарного кровоснабжения указывает на	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оглушение миокарда</li> <li>• Гибернацию миокарда</li> <li>• Некроз миокарда</li> <li>• Все перечисленное</li> </ul>
649.	При необходимости проведения тройной антитромбоцитарной терапии у пациента ОКС препарат выбора среди блокаторов P2Y12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Прасугрел</li> <li>• Кангрелор</li> </ul>
650.	Возможные причины недостаточности насосной функции правого желудочка:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острый тромбоз правой коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда</li> <li>• Коарктация аорты.</li> <li>• Перикардит</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
651.	Тактика при ОКСбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение тромболитической терапии не показано</li> <li>• Проведение тромболитической терапии до 4 часов от начала ангинозных болей</li> <li>• Проведение тромболитической терапии до 6 часов от начала ангинозных болей</li> <li>• Проведение тромболитической терапии до 12 часов от начала ангинозных болей</li> </ul>
652.	ЭКГ-критерии инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка с подъемом ST в остром периоде:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Элевация сегмента ST в отведениях I, AVL, V(индекс)1-4 и депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF</li> <li>• Элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF и депрессия сегмента ST в отведениях I, AVL, V(индекс)1-4.</li> <li>• Элевация сегмента ST в отведениях V 7,8,9.</li> <li>• Депрессия сегмента ST в отведениях I, AVL, V(индекс)4-6.</li> </ul>
653.	Диагностическое значение при подозрении на острый инфаркт миокарда имеет повышение уровня ЛДГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не имеет диагностической значимости</li> <li>• На 50%</li> <li>• На 70%</li> <li>• На 100%</li> </ul>
654.	Противопоказания для проведения тромболитической терапии у больных ОИМпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перенесенный инсульт неясной этиологии в анамнезе.</li> <li>• Острая блокада левой ножки пучка Гиса.</li> <li>• Длительность болевого синдрома 8 ч.</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
655.	Укажите способ лечения, НЕ являющийся методом реперфузионной терапии при ОКСпST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антикоагулянтная терапия.</li> <li>• Тромболитическая терапия</li> <li>• Ангиопластика.</li> <li>• Аорто-коронарное шунтирование.</li> </ul>
656.	Ранняя постинфарктная стенокардия возникает в период	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 ч - 4 нед после перенесенного ИМ</li> <li>• 24 ч - 8 нед после перенесенного ИМ.</li> <li>• Через 2 мес после перенесенного ИМ.</li> <li>• Через полгода после перенесенного ИМ.</li> </ul>
657.	После выписки из стационара больной, перенесший ОИМ должен получать (при отсутствии противопоказаний):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антиагреганты</li> <li>• Мочегонные препараты</li> <li>• Антикоагулянты</li> <li>• Нитраты</li> </ul>

658.	Элевация сегмента ST на ЭКГ может свидетельствовать о развитии у пациента	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего перечисленного</li> <li>• Острого инфаркта миокарда</li> <li>• Стенокардии Принцметала</li> <li>• Аневризмы левого желудочка</li> </ul>
659.	Основные факторы, определяющие конечный размер инфаркта миокарда, среди перечисленных	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Время до реперфузии миокарда</li> <li>• Возраст пациента</li> <li>• Наличие сопутствующей патологии</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
660.	У пациента с исходно нормальным уровнем тропонина после проведения ЧКВ можно говорить о развитии инфаркта миокарда, если	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение уровня тропонина в 5 раз</li> <li>• На ЭКГ имеется формирование (-) T</li> <li>• Повышения уровня тропонина в 2 раза</li> <li>• Уровень повышения тропонина не имеет значения</li> </ul>
661.	У пациента с исходно нормальным уровнем тропонина после проведения АКШ можно говорить о развитии инфаркта, если в динамике произошло	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение уровня тропонина в 10 раз</li> <li>• Повышение уровня тропонина в 2 раза</li> <li>• Повышение уровня тропонина в 3 раза</li> <li>• Уровень повышения тропонина не имеет значения</li> </ul>
662.	Поздние осложнения инфаркта миокарда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Сердечная недостаточность</li> <li>• Желудочковые аритмии.</li> <li>• Постинфарктная стенокардия</li> </ul>
663.	Назначение каких препаратов является обязательным при отсутствии противопоказаний у больных острым инфарктом миокарда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клопидогрел или тикагрелор, бета-блокаторы, аспирин, статины</li> <li>• иАПФ, фуросемид, аспирин, нитраты, клопидогрел, бета-блокаторы, статины</li> <li>• Тикагрелор, бета-блокаторы, аспирин, блокаторы кальциевых каналов, статины</li> <li>• Тикагрелор, аспирин, статины, триметазидин, иАПФ</li> </ul>
664.	Раннее назначение иАПФ пациентам с ОКСпST показано всем, кроме	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентов с риском развития кардиогенного шока</li> <li>• Пациентов с сахарным диабетом</li> <li>• Пациентов с инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ</li> <li>• Пациентов с признаками сердечной недостаточности</li> </ul>
665.	Препараты, улучшающие прогноз у пациентов с ОКС среди перечисленных	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аспирин</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Триметазидин</li> <li>• Все вышеперечисленные</li> </ul>
666.	В группу высокого риска внезапной смерти среди больных после перенесенного инфаркта миокарда относятся пациенты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С безболевым депрессией сегмента ST при ЧСС 90 уд. в 1 мин, зонами акинезии передней и нижней стенок левого желудочка, тремя подряд желудочковыми экстрасистолами на стресс-тесте при ЧСС 80 уд в 1 мин</li> <li>• Со стенозом одной коронарной артерии более 70% и возникновением стенокардии во время нагрузки при ЧСС 130 уд в 1 мин</li> <li>• С фракцией выброса левого желудочка 60%</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
667.	С каких доз следует начинать терапию статинами у пациентов с ОКСпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С высоких доз</li> <li>• С низких доз</li> <li>• Начальная доза зависит от исходного уровня холестерина</li> <li>• Начальная доза зависит от исходного уровня ХСЛПВП</li> </ul>

668.	Проведение тромболитической терапии у больных ОКСпST показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам, которым невозможно в течение первых 120 минут выполнить экстренную ЧКВ</li> <li>• Всем пациентам с развитием симптомов до 12 часов</li> <li>• Всем пациентам с развитием симптомов до 6 часов</li> <li>• Пациентам, которым невозможно в течение первых 180 минут выполнить экстренную ЧКВ</li> </ul>
669.	Пациенту с ОКСпST перед проведением экстренной ЧКВ оптимальный препарат выбора	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тикагрелор 180 мг</li> <li>• Клопидогрел 300 мг</li> <li>• Клопидогрел 600 мг</li> <li>• Тикагрелор 90 мг</li> </ul>
670.	В какие сроки должна быть проведена коронарография пациенту с ОКСпST если изначально на догоспитальном этапе был проведен эффективный тромболитизис	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В срок от 3 до 24 часов</li> <li>• Сразу при поступлении в стационар, как только закончился тромболитизис</li> <li>• В срок после 24 часов</li> <li>• При эффективном тромболитизисе коронарографию можно делать в плановом порядке.</li> </ul>
671.	Назовите абсолютные противопоказания к проведению тромболитической терапии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диссекция аорты</li> <li>• Ишемический инсульт более 6 месяцев назад</li> <li>• Транзиторная ишемическая атака менее 6 месяцев назад</li> <li>• Рефрактерная гипертензия</li> </ul>
672.	В каком случае пациенту с ОКСпST показано проведение экстренной коронарографии и ЧКВ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам</li> <li>• Только пациентам с неэффективным тромболитизисом</li> <li>• Только пациентам, которым невозможно проведение тромболитизиса</li> <li>• Проведение экстренных вмешательств при остром инфаркте показано только стабилизации состояния</li> </ul>
673.	Каковы ваши действия при возникновении пароксизма фибрилляции желудочков у пациента с острым инфарктом миокарда?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение электрической кардиоверсии</li> <li>• Введение кордарона внутривенно</li> <li>• Введение атропина внутривенно</li> <li>• Введение новокаинамида внутривенно</li> </ul>
674.	Назовите общие факторы риска развития ИБС и внезапной смерти среди лиц с ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дислипидемия, артериальная гипертония, сахарный диабет</li> <li>• Желудочковые экстрасистолы</li> <li>• Пароксизмы фибрилляции предсердий</li> <li>• Удлинение интервала QT</li> </ul>
675.	Назовите независимые факторы риска возникновения внезапной смерти среди лиц с ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипокалиемия</li> <li>• Повышенный уровень фибриногена и мочевой кислоты</li> <li>• Гипертрофия миокарда левого желудочка</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
676.	К группе высокого риска внезапной смерти среди больных после перенесенного инфаркта миокарда можно отнести пациентов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всех вышеперечисленных</li> <li>• С безболевым депрессией сегмента ST при ЧСС 90 уд. в 1 мин</li> <li>• С зонами акинезии передней и нижней стенок левого желудочка,</li> <li>• С тремя подряд желудочковыми экстрасистолами на стресс-тесте при ЧСС 80 уд в 1 мин</li> </ul>
677.	Какие антиаритмические препараты уменьшают летальность, включая внезапную смерть, среди больных острым инфарктом миокарда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Препараты IA класса</li> <li>• Препараты IC класса</li> <li>• Все вышеперечисленные</li> </ul>



678.	При выявлении тромбированной аневризмы после перенесенного инфаркта миокарда необходимо	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Присоединение к терапии антикоагулянтов</li> <li>• Проведение тромболитической терапии</li> <li>• Необходимо сменить клопидогрел на тикагрелор</li> <li>• Не требуется специальной терапии</li> </ul>
679.	Какие антиаритмические препараты уменьшают летальность, включая внезапную смерть, среди больных перенесших инфаркт миокарда.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метопролол</li> <li>• Соталол</li> <li>• Верапамил</li> <li>• Дилтиазем</li> </ul>
680.	Назовите характерные изменения кардиомиоцитов, возникающие под влиянием ишемического повреждения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Активация протеаз и снижение активности К/Na-АТФазы</li> <li>• Денатурация белков</li> <li>• Кавитация</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
681.	Назовите изменения в кардиомиоцитах при некрозе	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Разрушение ядер</li> <li>• Повреждение мембран</li> <li>• Набухание клеток</li> </ul>
682.	Инфаркт миокарда 4б типа это	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркт, вызванный тромбозом стента</li> <li>• Интраоперационный инфаркт при поведении ЧКВ</li> <li>• Инфаркт после АКШ</li> <li>• Инфаркт, связанный с наличием тяжелого состояния (почечная недостаточность, анемия, дыхательная недостаточность)</li> </ul>
683.	В каких случаях у пациента ОКС возникает необходимость лечения синусовой брадикардии?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Только при наличии клинической значимости брадикардии или при ЧСС менее 40 уд/мин</li> <li>• Лечить необходимо всегда, поддерживая ЧСС 60-80 уд/мин</li> <li>• У всех пациентов старше 70 лет</li> <li>• У всех пациентов, кому не проводилась реперфузия</li> </ul>
684.	У пациента с почечной недостаточностью нет необходимости корректировать дозы следующих препаратов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прасугрел</li> <li>• Эноксапарин</li> <li>• Фондапаринукс</li> <li>• Бивалирудин</li> </ul>
685.	При ОКСбпST могут быть следующие изменения ЭКГ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Депрессия сегмента ST в I, aVL, V4-V6</li> <li>• Депрессия сегмента ST во II, III, aVF</li> <li>• Отсутствие изменений на ЭКГ</li> </ul>
686.	Раннее назначение бета-блокаторов у пациентов с ОКС показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При многососудистом поражении коронарных артерий</li> <li>• При высоком риске развития кардиогенного шока</li> <li>• При сохраняющихся признаках бронхоспазма</li> <li>• При ЧСС менее 60 уд/мин</li> </ul>
687.	Какие препараты НЕ следует использовать в составе тройной антитромботической терапии ОКС у пациента с механическим протезом митрального клапана	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Варфарин</li> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Аспирин</li> </ul>
688.	Пациент прекратил прием тикагрелора через 3 месяца после острого инфаркта миокарда со стентированием ПМЖВ, поступил в стационар с клиникой первого затяжного ангинозного приступа после инфаркта миокарда. Какое осложнение развилось?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоз стента</li> <li>• Рестеноз стента</li> <li>• Ранняя постинфарктная стенокардия</li> <li>• Пароксизмальная желудочковая аритмия</li> </ul>

689.	Выберите схему назначения тикагрелора у пациентов с ОКСпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тикагрелор 180 мг нагрузочная доза, дальнейшая терапия по 90 мг 2 раза в день независимо от выполнения ЧКВ</li> <li>• Тикагрелор 180 мг нагрузочная доза, дальнейшая терапия по 90 мг 1 раз в день</li> <li>• Тикагрелор 180 мг нагрузочная доза, дальнейшая терапия по 90 мг 2 раза в день только в случае выполнения ЧКВ</li> <li>• Тикагрелор 90 мг 1 раз в день при необходимости приема непрямых антикоагулянтов</li> </ul>
690.	Раннее назначение ингибиторов АПФ пациенту с ОКСпST НЕ показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам с высоким риском развития кардиогенного шока</li> <li>• Пациентам с сахарным диабетом</li> <li>• Пациентам с передним инфарктом миокарда</li> <li>• Пациентам с признаками сердечной недостаточности</li> </ul>
691.	Пациент с ОКС принимает аспирин, аторвастатин, тикагрелор, периндоприл, бисопролол. Стал жаловаться на внезапные приступы немотивированной одышки без связи с положением тела и без хрипов в легких, длительностью несколько секунд. Назовите возможную причину и тактику действия.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прием тикагрелора. Смена на клопидогрел.</li> <li>• Прием аспирина. Отмена аспирина.</li> <li>• Прием периндоприла. Смена на валсартан.</li> <li>• Прием бисопролола. Смена на верапамил.</li> </ul>
692.	На ЭКГ регистрируются (-) зубцы Т в отведениях V1-V6. Назовите возможные причины.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром ПМЖВ</li> <li>• Гипертрофия миокарда правого желудочка</li> <li>• Гиперкалиемия</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
693.	Пациент поступает в стационар с клиникой ОКС и элевацией сегмента ST I, aVL, V1-V5. Назовите наиболее вероятный бассейн поражения.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Передняя межжелудочковая артерия</li> <li>• Правая коронарная артерия</li> <li>• Огибающая артерия</li> <li>• Задняя межжелудочковая артерия</li> </ul>
694.	Для инфаркта миокарда НЕ являются характерными следующие ЭХО-кардиографические признаки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диффузный гипокинез</li> <li>• Дискинез</li> <li>• Локальный гипокинез, акинез</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
695.	Пациенты с каким ранним осложнением инфаркта миокарда, случившимся в стационаре имеют высокие шансы на выживание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фибрилляция желудочков</li> <li>• Разрыв миокарда</li> <li>• Кардиогенный шок</li> <li>• Асистолия</li> </ul>
696.	На 2 сутки ОИМ у пациента развились боли в груди, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле. Температура тела 37,7. Назовите возможное осложнение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эпистенокардитический перикардит</li> <li>• Разрыв миокарда</li> <li>• Ранняя постинфарктная стенокардия</li> <li>• Отрыв сосочковой мышцы</li> </ul>
697.	Какие изменения ЭКГ могут затруднить диагностику инфаркта миокарда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Полная блокада левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Феномен WPW</li> <li>• Ритм кардиостимулятора в желудочковой позиции</li> </ul>
698.	Всем пациентам с ОКС при отсутствии противопоказаний показана	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Двойная дезагрегантная терапия</li> <li>• Двойная антикоагулянтная терапия</li> <li>• Тромболитическая терапия</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
699.	У каких групп пациентов с ОКСбпST показана инвазивная стратегия показана?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Со всем вышеперечисленным</li> <li>• С депрессией сегмента ST более 1 мм</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• С транзиторной элевацией ST более 1 мм от изолинии</li> <li>• С жизнеугрожающими желудочковыми аритмиями</li> </ul>
700.	Во время нахождения в стационаре пациент с тромбофлебитом получал эноксапарин. Какова тактика при развитии ОКСбпST и принятии решения о ЧКВ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Введение антикоагулянтов во время ЧКВ не потребуется</li> <li>• Проведение ЧКВ только на фоне введения бивалирудина</li> <li>• Перейти на инфузию гепарина под контролем АЧТВ</li> <li>• Возможен любой из вариантов</li> </ul>
701.	У пациента с клинической картиной ОКСбпST и желудочно-кишечным кровотечением показанием для переливания крови является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уровень гемоглобина ниже 70 г/л</li> <li>• Уровень гемоглобина ниже 90 г/л</li> <li>• Уровень гемоглобина ниже 80 г/л</li> <li>• Сам факт кровотечения</li> </ul>
702.	Рецидивирующий инфаркт миокарда это	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркт, развившийся с срок до 4 недель</li> <li>• Инфаркт, развившийся в срок после 4 недель</li> <li>• Инфаркт, развившийся при проведении ЧКВ</li> <li>• Инфаркт, развившийся при проведении АКШ</li> </ul>
703.	Пациент с ОИМпST на 2 сутки пожаловался на резкую боль в правом подреберье. При аускультации выслушивается систолический шум поперек грудины. Какое осложнение развилось?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв МЖП</li> <li>• Отек легких</li> <li>• Кардиогенный шок</li> <li>• Наружный разрыв миокарда</li> </ul>
704.	Лечение разрыва МЖП при инфаркте миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хирургическое лечение показано всем пациентам в возможно ранние сроки</li> <li>• Консервативное лечение дает хорошие результаты, прогноз благоприятный</li> <li>• Хирургическое лечение проводится только при дефекте более 5 мм, в остальных случаях консервативная терапия</li> <li>• Прогноз при консервативной терапии лучше, чем при хирургическом лечении</li> </ul>
705.	В остром периоде инфаркта миокарда по монитору отмечается частая желудочковая экстрасистолия. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пероральный прием бета-блокаторов</li> <li>• В/в введение лидокаина</li> <li>• В/в введение кордарона</li> <li>• Проведение электрической кардиоверсии</li> </ul>
706.	К препаратам НЕ улучшающим прогноз заболевания у больных с инфарктом миокарда относятся	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Триметазидин</li> <li>• Бета- блокаторы</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Статины</li> </ul>
707.	Проведение кардиоверсии у больных с ОКС показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При фибрилляции желудочков</li> <li>• При асистолии</li> <li>• При неустойчивой желудочковой тахикардии</li> <li>• При синусовой тахикардии</li> </ul>
708.	При возникновении пароксизма фибрилляции предсердий у пациента с ОКС, который сопровождается явлениями острой левожелудочковой недостаточностью показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение электрической кардиоверсии</li> <li>• В/в введение кордарона</li> <li>• В/в введение новокаинамида</li> <li>• В/в введение дигоксина</li> </ul>
709.	При развитии клинической картины эпистенокардитического перикардита ваши действия.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличить дозу аспирина</li> <li>• Отменить аспирин</li> <li>• Добавить к терапии индометацин</li> <li>• Добавить к терапии анальгин</li> </ul>

710.	Что может являться фактором риска неблагоприятного исхода в отдаленные сроки заболевания у больных ОКСбпST?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Признаки ишемии при проведении стресс-ЭХОКГ</li> <li>• ФВ больше 40%</li> <li>• Желудочковая экстрасистолия</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
711.	Какие из перечисленных методов могут являться методами восстановления кровотока у пациентов с ОКСбпST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЧКВ, аорто-коронарное шунтирование</li> <li>• Тромболитическая терапия, ЧКВ, аорто-коронарное шунтирование</li> <li>• Только аорто-коронарное шунтирование.</li> <li>• Только ЧКВ</li> </ul>
712.	Проведение ЧКВ в ранние сроки от развития ангинозного приступа у пациента с ОИМпST позволяет	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Уменьшить размер инфаркта</li> <li>• Сократить длительность пребывания в стационаре</li> <li>• Снизить риски повторного инфаркта миокарда</li> </ul>
713.	Какие препараты улучшают прогноз у пациентов с ОИМ и клиникой сердечной недостаточности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Фуросемид</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
714.	Ваши действия при развитии у пациента с ОИМ наружного разрыва и гематампонады	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Максимальный объем инфузии физиологического раствора, пункция перикарда</li> <li>• Проведение внутриаортальной баллонной контрапульсации</li> <li>• Введение атропина</li> <li>• Введение адреналина</li> </ul>
715.	Изменения в каких отведениях могут говорить о распространении инфаркта миокарда на правый желудочек.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V3R, V4R</li> <li>• III, aVF</li> <li>• V7-V9</li> <li>• aVR</li> </ul>
716.	У пациентов с нестабильной стенокардией низкого риска для оценки дальнейшего прогноза наиболее информативно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стресс-тест или стресс-ЭХО КГ</li> <li>• ЭКГ в динамике</li> <li>• Суточное мониторирование ЭКГ</li> <li>• Суточное мониторирование АД</li> </ul>
717.	В стационар поступил пациент с интенсивными болями в груди и асимметрией пульса и АД. С чем прежде всего необходимо проводить дифференциальную диагностику.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С расслаивающей аневризмой аорты</li> <li>• С аортальным стенозом</li> <li>• С тромбоэмболией ветвей легочной артерии</li> <li>• С перикардитом</li> </ul>
718.	Пациент с ОИМ жалуется на тупые боли в груди, зависящие от положения тела, усиливающиеся лежа. Какое наиболее вероятное осложнение?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перикадит</li> <li>• Расслаивающая аневризма аорты</li> <li>• Тромбоэмболия ветвей легочной артерии</li> <li>• Пневмоторакс</li> </ul>
719.	Какие ЭКГ-признаки характерны для эпистенокардитического перикардита	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диффузные элевации ST</li> <li>• Высокий вольтаж зубцов</li> <li>• Диффузные депрессии сегмента ST</li> <li>• Все вышеперечисленные</li> </ul>
720.	Внутривенное введение нитратов при ОКС показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам с рецидивирующими ангинозными болями</li> <li>• Пациентам с клиникой сердечной недостаточности KILLIP I</li> <li>• Всем пациентам с ОКС</li> <li>• Пациентам с рецидивирующими ангинозными болями и гипотензией</li> </ul>
721.	У пациента с ОИМпST, сахарным диабетом и ФВ 35% показано ли присоединение к терапии эплеренона?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано при уровне креатинина менее 220 мкмоль/л у мужчин и 177 мкмоль/л у женщин</li> <li>• Показано всегда</li> <li>• Показано при условии уровня калия более 5,0 ммоль/л</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам этой группы назначение эплеренона противопоказано</li> </ul>
722.	Показания к назначению антагонистов минералокортикоидных рецепторов у больных ОКС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФВ менее 40% и клиника сердечной недостаточности</li> <li>• ФВ более 40% без клиники сердечной недостаточности</li> <li>• Сахарный диабет</li> <li>• Все перечисленное</li> </ul>
723.	Какой группе больных ОКС показано назначение ингибиторов протонной помпы и антагонистов H <sub>2</sub> -гистаминовых рецепторов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С язвенной болезнью желудка в стадии ремиссии с желудочно-кишечным кровотечением в анамнезе</li> <li>• С геморроидальным кровотечением в анамнезе</li> <li>• Молодым пациентам</li> <li>• Всем вышеперечисленным группам</li> </ul>
724.	Не повышают риск развития инфаркта миокарда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уровень гликозилированного гемоглобина менее 6,0 ммоль/л</li> <li>• Абдоминальное ожирение</li> <li>• Уровень гликозилированного гемоглобина более 7,5 ммоль/л</li> <li>• Метаболический синдром</li> </ul>
725.	Влияние желудочковых нарушений ритма в остром периоде инфаркта миокарда на отдаленный прогноз заболевания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не влияют на отдаленный прогноз</li> <li>• Благоприятный</li> <li>• Свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе</li> <li>• Прогноз благоприятный только при назначении амиодарона</li> </ul>
726.	При возникновении пароксизма фибрилляции предсердий у пациента с нестабильной стенокардией, который сопровождается ангинозными болями показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение электрической кардиоверсии</li> <li>• В/в введение кордарона</li> <li>• В/в введение бета-блокаторов</li> <li>• В/в введение дигоксина</li> </ul>
727.	У пациента с острым нижним инфарктом миокарда с подъемом ST и проведенной ангиопластикой правой коронарной артерии возник пароксизм тахиформы фибрилляции предсердий со снижением АД до 80/50 мм.рт.ст. Каковы ваши первые действия?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение электрической кардиоверсии</li> <li>• Повторная экстренная коронарография</li> <li>• В/в введение бета-блокаторов</li> <li>• В/в введение кордарона</li> </ul>
728.	Пациента с ОКС беспокоит одышка. Принимает аспирин, конкор, тикагрелор, розувастатин, лизиноприл. При физикальном осмотре причина не выявлена. С приемом каких препаратов может быть связано возникновение одышки?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Аспирин</li> <li>• Конкор</li> <li>• Со всеми вышеперечисленными</li> </ul>
729.	У пациента с ОКС и фибрилляцией предсердий выполнена ангиопластика со стентированием. Продолжительность тройной терапии.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 месяцев</li> <li>• 1 месяц</li> <li>• 3 месяца</li> <li>• 12 месяцев</li> </ul>
730.	Пациентка 79 лет находится в клинике с диагнозом острого инфаркта миокарда нижней стенки с подъемом ST. Периодически возникают эпизоды потери сознания. На ЭКГ зубцы Р не связаны с QRS, PP 0,8 сек, RR 1,5 сек. Предположительный диагноз.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Полная атриовентрикулярная блокада</li> <li>• Эпилепсия</li> <li>• Брадиформа фибрилляции предсердий</li> <li>• Фибрилляция желудочков</li> </ul>

731.	Пациентка 47 лет находится в стационаре с диагнозом острого инфаркта миокарда нижней стенки ЛЖ. На 3 сутки внезапно появились боли в правом подреберье, отеки ног. Состояние тяжелое, выслушивается систоло-диастолический шум по парастеральной линии. Предположительный диагноз.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв МЖП</li> <li>• Тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>• Отек легких</li> <li>• Наружный разрыв миокарда</li> </ul>
732.	Какой метод позволяет оценить функциональные возможности больного с нестабильной стенокардией?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проба с физической нагрузкой</li> <li>• Чреспищеводная кардиостимуляция</li> <li>• Суточное мониторирование ЭКГ.</li> <li>• Перечисленные методы практически равноценны.</li> </ul>
733.	На ЭКГ, зарегистрированной спустя 2 часа после купирования ангинозного приступа, длившегося около 1 часа, изменений нет. В этом случае	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркт миокарда возможен. Необходим контроль уровня тропонина в динамике.</li> <li>• Диагноз инфаркта миокарда можно исключить без дополнительных обследований</li> <li>• Диагноз инфаркта миокарда можно исключить, если нет повышения уровня кардиоспецифических ферментов</li> <li>• Диагноз инфаркта миокарда можно исключить при отсутствии зон нарушенной сократимости.</li> </ul>
734.	Причиной развития острого коронарного синдрома, как правило, является	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осложненная атеросклеротическая бляшка</li> <li>• Атеросклеротическая бляшка, суживающая просвет артерии более чем на 90%</li> <li>• Атеросклеротическая бляшка, суживающая просвет артерии более чем на 50%</li> <li>• Желудочковая экстрасистолия</li> </ul>
735.	Согласно современной клинической классификации острого инфаркта миокарда, выделяют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркт миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST</li> <li>• Крупноочаговый и мелкоочаговый инфаркт миокарда</li> <li>• Q и не- Q инфаркт миокарда</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
736.	Адекватность внутривенной инфузии нефракционированного гепарина целесообразно контролировать с помощью определения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Активированного частичного тромбопластинового времени</li> <li>• Тромбинового времени</li> <li>• Протромбинового времени</li> <li>• Времени кровотечения</li> </ul>
737.	При остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST тромболитическая терапия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ухудшает прогноз</li> <li>• Улучшает прогноз</li> <li>• Не влияет на прогноз</li> <li>• Улучшает прогноз при исходной депрессии сегмента ST &gt; чем на 4 мм в 2 и более отведениях</li> </ul>
738.	Абсолютным противопоказанием к тромболитической терапии является	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Геморрагический инсульт в анамнезе</li> <li>• Ишемический инсульт 1 год назад</li> <li>• Кровоточащий наружный геморрой</li> <li>• Возраст более 80 лет</li> </ul>
739.	Инфузия нитроглицерина должна проводиться с особой осторожностью у больных	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С инфарктом нижней стенки левого желудочка</li> <li>• С синусовой тахикардией</li> <li>• При передней локализации инфаркта</li> <li>• При угрозе разрыва миокарда</li> </ul>
740.	При однократном развитии фибрилляции желудочков в первые сутки инфаркта миокарда пациенту в дальнейшем длительный прием	<ul style="list-style-type: none"> <li>• β(бета)-адреноблокаторов</li> <li>• Дронедарона</li> <li>• Этmozина</li> <li>• Этацизина</li> </ul>

741.	Тикагрелор по сравнению с клопидогрелем:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верно все вышеперечисленное</li> <li>• В большей степени снижает риск сердечно-сосудистых осложнений пациентов с острым коронарным синдромом</li> <li>• Несколько увеличивает кровоточивость</li> <li>• Оказывает более быстрый эффект</li> </ul>
742.	При распространении инфаркта миокарда на правый желудочек и сопутствующей гипотонии больному в первую очередь показана инфузия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Физиологического раствора</li> <li>• Норадреналина</li> <li>• Нитроглицерина</li> <li>• Допамина</li> </ul>
743.	Для контроля инфузионной терапии у больных с острым инфарктом миокарда, с распространением на правый желудочек, осложненным шоком, необходимо использовать	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Давление заклинивания легочной артерии</li> <li>• Центральное венозное давление</li> <li>• Давление в легочной артерии</li> <li>• Пульсовое давление</li> </ul>
744.	При проведении первичного ЧКВ при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST первый прием ацетилсалициловой кислоты назначается в нагрузочной дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150 -300 мг per os</li> <li>• 75 мг per os</li> <li>• 100 мг per os</li> <li>• 1500 мг per os</li> </ul>
745.	Антикоагулянтная терапия при остром инфаркте миокарда с подъемом ST и первичном ЧКВ, показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во время проведении чрескожного коронарного вмешательства</li> <li>• Только после тромболитической терапии</li> <li>• В течение 24 месяцев после ЧКВ</li> <li>• В первые 7 суток</li> </ul>
746.	При какой локализации инфаркта миокарда необходимо снимать дополнительные отведения ЭКГ (V3R, V4R, V7-V9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка</li> <li>• Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка</li> <li>• Инфаркт миокарда на фоне WPW</li> <li>• При полной блокаде левой ножки пучка Гиса</li> </ul>
747.	При антикоагулянтной терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST при первичном ЧКВ могут использоваться все нижеперечисленные препараты, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фондапаринукса</li> <li>• Бивалирудина</li> <li>• Эноксапарина</li> <li>• Нефракционированного гепарина</li> </ul>
748.	Проведение ЧКВ при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST после проведенной тромболитической терапии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех перечисленных случаях</li> <li>• При сохраняющихся ангинозных болях</li> <li>• При стабильном состоянии пациента</li> <li>• При рецидивирующих пароксизмах желудочковой тахикардии</li> </ul>
749.	Проведение ЧКВ при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST, после эффективной тромболитической терапии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам через 2-24 ч</li> <li>• Всем пациентам сразу после окончания тромболитической терапии</li> <li>• Всем пациентам в течение 72 ч</li> <li>• При эффективной тромболитической терапии проведение ЧКВ не показано</li> </ul>
750.	При остром инфаркте миокарда без подъема сегмента ST показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение ЧКВ в течение 24 часов от начала заболевания</li> <li>• Проведение тромболитической терапии в первые 6 часов от начала заболевания</li> <li>• Проведение тромболитической терапии в первые 12 часов от начала заболевания</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ</li> </ul>
751.	У пациентов с затяжным ангинозным приступом и инверсией зубца Т в V1-V6 наиболее вероятно имеется значимое стенотическое поражение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Передней межжелудочковой артерии</li> <li>• Интрамедиарной ветви</li> <li>• Огибающей артерии</li> <li>• Ветви тупого края</li> </ul>
752.	Рефлекс Бецольда-Яриша характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижением АД и брадикардией</li> <li>• Снижением АД и тахикардией</li> <li>• Повышением АД и брадикардией</li> <li>• Повышением АД и тахикардией</li> </ul>
753.	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:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний с последующей ЧКВ в течение суток</li> <li>• Проведение тромболитической терапии с проведением коронарографии в плановом порядке</li> <li>• Проведение тромболитической терапии только при наличии нестабильной гемодинамики</li> <li>• Проведение тромболитической терапии не показано</li> </ul>
754.	Бивалирудин:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прямой ингибитор тромбина</li> <li>• Блокатор Пв/Ша рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Селективный ингибитор Ха фактора</li> <li>• Низкомолекулярный гепарин</li> </ul>
755.	Прасугрел по сравнению с клопидогрелем у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• В большей степени уменьшает риск повторных сердечно-сосудистых событий</li> <li>• В большей степени уменьшает риск тромбоза стента</li> <li>• Действует быстрее</li> </ul>
756.	При остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST при проведении первичного ЧКВ, показана антиагрегантная терапия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Тикагрелор 180 мг+ ацетилсалициловая кислота 150-300 мг</li> <li>• Клопидогрел 600 мг + ацетилсалициловая кислота 150-300 мг</li> <li>• Прасугрел 60 мг + ацетилсалициловая кислота 150-300 мг</li> </ul>
757.	В случае неэффективности тромболитической терапии пациенту показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение экстренного ЧКВ</li> <li>• Повторное введение тромболитика</li> <li>• В/в введение ингибиторов рецепторов ГП Пв/Ша-рецепторов</li> <li>• Назначение тикагрелора в нагрузочной дозе</li> </ul>
758.	Ингибиторы АПФ при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в первые 24 часа следует назначать пациентам:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех перечисленных случаях</li> <li>• С обширным передним инфарктом миокарда</li> <li>• С явлениями сердечной недостаточности</li> <li>• С сахарным диабетом</li> </ul>
759.	В случае образования тромба в полости левого желудочка после перенесенного острого инфаркта миокарда антикоагулянтная терапия должна проводиться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначается на 6 месяцев</li> <li>• Не должна проводиться</li> <li>• Не должна проводиться, если назначена двойная антиагрегантная терапия</li> <li>• Назначается всем пожизненно</li> </ul>



760.	При развитии гипотонии и появлении систолического шума поперек грудины наиболее вероятно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> <li>• Распространённый инфаркт на правый желудочек</li> <li>• Отрыв сосочковой мышцы</li> <li>• Разрыв свободной стенки левого желудочка</li> </ul>
761.	ЭКГ признаком острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Подъем сегмента ST более 1 мм в любом одном отведении у мужчин и у женщин</li> <li>• Подъем сегмента ST более 3 мм в любом отведении при наличии признаков гипертрофии левого желудочка, синдрома WPW, полной БЛНПГ</li> <li>• Полная БЛНПГ</li> </ul>
762.	Подъем сегмента ST в AVR при одновременной его депрессии в 8 и более отведениях характерен для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для тромбоза ствола левой коронарной артерии</li> <li>• Для изолированного тромбоза среднего отдела передней межжелудочковой артерии</li> <li>• Для изолированного тромбоза огибающей артерии</li> <li>• Для изолированного тромбоза правой коронарной артерии</li> </ul>
763.	При желудочковой экстрасистолии в первые сутки инфаркта миокарда показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мониторное наблюдение</li> <li>• Инфузия кордарона в/в</li> <li>• Инфузия лидокаина в/в</li> <li>• Инфузия глюкозо-новокаиновой смеси в/в</li> </ul>
764.	При развитии истинного кардиогенного шока пациенту показано проведение первичного ЧКВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как можно быстрее, независимо от времени начала симптомов</li> <li>• В первые 3 часа от начала симптомов</li> <li>• В первые 12 часа от начала симптомов</li> <li>• В первые 24 часа от начала симптомов</li> </ul>
765.	У больного острым инфарктом миокарда при развитии бурного отека легких с падением АД и появлением выраженного систолического шума на верхушке наиболее вероятно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрыв сосочковой мышцы</li> <li>• Распространение инфаркта миокарда на правый желудочек</li> <li>• Разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> </ul>
766.	При внезапной потере сознания и развитии электромехнической диссоциации после интенсивного приступа боли за грудиной у больного острым инфарктом миокарда наиболее вероятно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв свободной стенки желудочка</li> <li>• Распространении инфаркта на правый желудочек</li> <li>• Отрыв сосочковой мышцы</li> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> </ul>
767.	Экстренная ангиопластика (в течение 2 часов) показана пациентам с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При рецидивирующих болях</li> <li>• Во всех случаях</li> <li>• При сопутствующем сахарном диабете</li> <li>• При стойкой артериальной гипертензии</li> </ul>
768.	Чрескожное коронарное вмешательство в течение первых 24 часов показано пациентам с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех перечисленных случаях</li> <li>• С положительным анализом на тропонин</li> <li>• С ЧКВ в анамнезе и сахарным диабетом</li> <li>• При сохраняющихся признаках ишемии</li> </ul>
769.	Чрескожное коронарное вмешательство показано пациентам с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех перечисленных случаях</li> <li>• В первые 12 часов от начала симптомов</li> <li>• При неэффективной тромболитической терапии на догоспитальном этапе</li> <li>• При эффективной тромболитической терапии на догоспитальном этапе</li> </ul>

770.	Проведение тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В первые 12 часов от начала симптомов при невозможности провести ЧКВ в течение 2ч</li> <li>• В первые 12 часов от начала симптомов при невозможности провести ЧКВ в течение 1ч</li> <li>• Всем больным в первые 4 часа от начала симптомов</li> <li>• Всем больным в первые 24 часа от начала симптомов</li> </ul>
771.	Показания к применению блокаторов рецепторов тромбоцитов П2/Уа:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Массивный тромбоз или феномен No-reflow по данным коронарографии</li> <li>• Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST в первые 12 ч от начала симптомов</li> <li>• Хроническая окклюзия коронарной артерии</li> <li>• Тромбированная аневризма левого желудочка</li> </ul>
772.	Развитие рефлекса Бецольда - Яриша характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для пациентов с острым инфарктом нижней стенки левого желудочка</li> <li>• Для пациентов с острым инфарктом боковой стенки левого желудочка</li> <li>• Для пациентов с острым инфарктом передней стенки левого желудочка</li> <li>• Для пациентов с миокардитом</li> </ul>
773.	При проведении первичной ангиопластики при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST ацетилсалициловая кислота назначается в нагрузочной дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150 -300 мг per os</li> <li>• 600 мг per os</li> <li>• 100 мг per os</li> <li>• 75 мг per os</li> </ul>
774.	При проведении первичного ЧКВ при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST клопидогрел назначается в нагрузочной дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 600 мг per os всем пациентам независимо от возраста</li> <li>• 75 мг per os, у пациентов постоянно принимающих двойную антитромбоцитарную терапию</li> <li>• 300 мг per os (пациентам старше 75 лет)</li> <li>• 900 мг per os</li> </ul>
775.	При проведении первичного ЧКВ при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST тикагрелор назначается в нагрузочной дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 180 мг per os</li> <li>• 90 мг per os (пациентам старше 75 лет)</li> <li>• 360 мг per os</li> <li>• 600 мг per os</li> </ul>
776.	После перенесенного инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST двойная антиагрегантная терапия должна быть продолжена:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В течение 12 месяцев</li> <li>• В течение месяца, если реперфузионная терапия не проводилась</li> <li>• В течение 3 месяцев</li> <li>• В течение 6 месяцев, если ЧКВ не проводилось</li> </ul>
777.	Проведение спасительной ЧКВ при тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• При развитии острой левожелудочковой недостаточности</li> <li>• При рецидивирующих желудочковых нарушениях ритма</li> <li>• При развитии кардиогенного шока</li> </ul>
778.	Чаще разрыв свободной стенки левого желудочка при остром инфаркте миокарда происходит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При переднем инфаркте миокарда</li> <li>• При нижнем инфаркте миокарда</li> <li>• При сниженной фракции выброса левого желудочка</li> <li>• У пациентов, страдающих ожирением</li> </ul>
779.	Локализация острого инфаркта миокарда при наличии элевации сегмента ST $\geq 2$ мм в отведениях V1-V6:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Передняя, передне-перегородочная, боковая стенки и область верхушки левого желудочка</li> <li>• Нижняя стенка левого желудочка</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Нижняя, ниже-базальная стенки левого желудочка с распространением на правый желудочек</li> <li>Передняя, передне-перегородочная стенка левого желудочка</li> </ul>
780.	Наиболее частая причина смерти на догоспитальном этапе в первые часы развития острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST	<ul style="list-style-type: none"> <li>Фибрилляция желудочков</li> <li>Фибрилляция предсердий</li> <li>Электромеханическая диссоциация</li> <li>АВ-блокада 2-3 степени</li> </ul>
781.	Кардиогенный отек легких развивается при конечно-диастолическом давлении в легочной артерии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Более 25-30 мм ртст</li> <li>Более 5 мм ртст</li> <li>Более 10 мм ртст</li> <li>При КДДЛА превышающем конечно-диастолическое давление в левом предсердии</li> </ul>
782.	При развитии кардиогенного шока у больного острым инфарктом миокарда снизить летальность позволяет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Экстренная ангиопластика</li> <li>Инфузия левосимендана</li> <li>Инфузия добутамина</li> <li>Внутриаортальная баллонная контрапульсация</li> </ul>
783.	Антикоагулянтная терапия при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в случае проведения первичного ЧКВ может проводиться следующими препаратами, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Варфарин</li> <li>Нефракционированный гепарин</li> <li>Низкомолекулярные гепарины</li> <li>Бивалирудин</li> </ul>
784.	В случае образования тромба в полости левого желудочка после перенесенного острого инфаркта миокарда, проведение антикоагулянтной терапии рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>В течение 6 месяцев</li> <li>Не должна проводиться</li> <li>Не должна проводиться, если назначена двойная антиагрегантная терапия</li> <li>Проводится до момента выписки из стационара</li> </ul>
785.	К факторам риска разрыва свободной стенки левого желудочка следует отнести все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Многососудистое поражение коронарных артерий</li> <li>Возраст старше 65-70 лет</li> <li>Проведенная тромболитическая терапия в поздние сроки инфаркта миокарда</li> <li>Женский пол</li> </ul>
786.	Чаще разрыв свободной стенки левого желудочка при остром инфаркте миокарда происходит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>У пациентов с низким индексом массы тела</li> <li>У курильщиков</li> <li>При сниженной фракции выброса левого желудочка</li> <li>У пациентов, страдающих ожирением</li> </ul>
787.	Разрывы свободной стенки левого желудочка при остром инфаркте миокарда наиболее часто развиваются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>На 1-2 сутки от развития инфаркта миокарда</li> <li>На 7-12 сутки от развития инфаркта миокарда</li> <li>Через 2-3 месяца от развития инфаркта миокарда</li> <li>Через год после перенесенного инфаркта миокарда</li> </ul>
788.	При недостаточной эффективности анальгезирующий эффект морфия может быть усилен:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нейролептиками</li> <li>НПВС</li> <li>Оксигенотерапией</li> <li>Парацетамолом</li> </ul>
789.	При развитии отека легких и умеренно выраженной гипотонии препаратом выбора из группы катехоламинов является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Добутамин</li> <li>Адреналин</li> <li>Норадреналин</li> <li>Допамин</li> </ul>
790.	Инфаркт миокарда IV В типа связан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>С тромбозом стента</li> <li>Ишемическим дисбалансом (нарушением баланса между поступлением и потреблением кислорода)</li> <li>С коронарораспазмом</li> <li>С проведением аорто-коронарного шунтирования</li> </ul>

791.	Инфаркт миокарда IV А типа связан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С проведением ЧКВ</li> <li>• С ишемическим дисбалансом (нарушением баланса между поступлением и потреблением кислорода), не связанным с наличием ИБС</li> <li>• С проведением аорто-коронарного шунтирования</li> <li>• С эндотелиальной дисфункцией</li> </ul>
792.	Инфаркт миокарда V тип связан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С проведением аорто-коронарного шунтирования</li> <li>• С ишемическим дисбалансом (нарушением баланса между поступлением и потреблением кислорода), не связанным с наличием ИБС</li> <li>• С проведением ЧКВ</li> <li>• С тромбозом стента</li> </ul>
793.	Инфаркт миокарда II типа связан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С ишемическим дисбалансом (нарушением баланса между поступлением и потреблением кислорода), не связанным с наличием ИБС</li> <li>• С проведением аорто-коронарного шунтирования</li> <li>• С проведением ЧКВ</li> <li>• С проведением тромболизиса</li> </ul>
794.	Возможные причины повышения тропонина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Кардиомиопатия</li> <li>• Острая почечная недостаточность</li> <li>• Сепсис</li> </ul>
795.	Диагноз острого инфаркта можно поставить при наличии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Характерной симптоматики и динамики кардиоспецифических маркеров</li> <li>• Однократном повышении уровня кардиоспецифических маркеров, независимо от наличия симптомов</li> <li>• Характерной симптоматики и динамики сегмента ST-T</li> <li>• Характерной симптоматики, динамики сегмента ST-T и появление новых зон нарушенной сократимости миокарда.</li> </ul>
796.	Диагноз острого коронарного синдрома может быть поставлен:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На догоспитальном этапе</li> <li>• В первые 24 ч госпитализации</li> <li>• В первые 48 ч госпитализации</li> <li>• При выписке из стационара</li> </ul>
797.	Ангинозные боли при остром инфаркте миокарда обычно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное правильно</li> <li>• Локализуются за грудиной,</li> <li>• Сопровождаются холодным, липким потом</li> <li>• Сопровождаются страхом смерти</li> </ul>
798.	При дифференциальном диагнозе острого коронарного синдрома с ТЭЛА наиболее информативен следующий метод обследования:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• КТ легких с ангиографией ветвей легочной артерии</li> <li>• Рентгенография органов грудной клетки</li> <li>• Чреспищеводное ЭХОКГ</li> <li>• МСКТ сердца</li> </ul>
799.	При дифференциальном диагнозе грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с острым коронарным синдромом наиболее информативна регистрация ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭКГ лежа/стоя</li> <li>• ЭКГ в V4R, V4R</li> <li>• ЭКГ на 2 ребра выше</li> <li>• ЭКГ V7-V9</li> </ul>
800.	Нестероидные противовоспалительные препараты с антиангинальной целью не должны применяться при остром инфаркте миокарда, потому что:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Увеличивают риск кровотечений</li> <li>• Блокируют действие ацетилсалициловой кислоты</li> <li>• Увеличивают риск разрыва миокарда</li> </ul>
801.	При неэффективности морфина необходимо исключить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Разрыв миокарда</li> <li>• Расслаивающую аневризму аорты</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Наркоманию</li> </ul>
802.	Экстренное ЧКВ при проведении тромболитической терапии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное верно</li> <li>При рецидивирующих фибрилляциях желудочков</li> <li>При развитии острой левожелудочковой недостаточности</li> <li>При развитии кардиогенного шока</li> </ul>
803.	К факторам риска разрыва свободной стенки левого желудочка следует отнести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проведенная тромболитическая терапия в поздние сроки инфаркта миокарда</li> <li>Проведенное первичное ЧКВ в первые 12 часов</li> <li>Высокий индекс массы тела</li> <li>Мужской пол</li> </ul>
804.	Нагрузочная доза антитромбоцитарных препаратов при остром инфаркте миокарда без подъема сегмента ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и клопидогрел 600 мг</li> <li>Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и клопидогрел 75 мг</li> <li>Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и тикагрелор 90 мг</li> <li>Возможен любой из предложенных вариантов</li> </ul>
805.	Нагрузочная доза антитромбоцитарных препаратов при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и тикагрелор 180 мг</li> <li>Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и клопидогрел 300 мг (дополнительно 300 мг при проведении ЧКВ)</li> <li>Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и тикагрелор 90 мг</li> <li>Возможен любой из предложенных вариантов</li> </ul>
806.	При остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST и первичном ЧКВ используется антикоагулянтная терапия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Всеми вышеперечисленными препаратами</li> <li>Бивалирудин в/в</li> <li>Эноксапарин в/в</li> <li>Нефракционированный гепарин в/в</li> </ul>
807.	У пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST при проведении первичного ЧКВ используется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Возможен любой из предложенных вариантов</li> <li>Клопидогрел 600 мг</li> <li>Тикагрелор 180 мг</li> <li>Прасугрел 60 мг</li> </ul>
808.	При проведении первичного ЧКВ при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST клопидогрел используется в нагрузочной дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>600 мг per os всем пациентам</li> <li>300 мг per os (если пациент моложе 75 лет)</li> <li>75 мг per os (если пациент старше 75 лет)</li> <li>300 мг per os независимо от возраста</li> </ul>
809.	При проведении первичного ЧКВ при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST тикагрелор используется в нагрузочной дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>180 мг per os всем пациентам</li> <li>360 мг per os (если пациент моложе 75 лет)</li> <li>90 мг per os (если пациент старше 75 лет)</li> <li>300 мг per os независимо от возраста</li> </ul>
810.	При проведении первичного ЧКВ при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST ацетилсалициловая кислота используется в нагрузочной дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>150-300 мг per os всем пациентам</li> <li>100 мг per os кишечнорастворимая форма</li> <li>125 мг per os (если пациент старше 75 лет)</li> <li>500 мг per os (если пациент моложе 75 лет)</li> </ul>
811.	При остром инфаркте миокарда используется поддерживающая доза клопидогреля:	<ul style="list-style-type: none"> <li>75 мг всем пациентам</li> <li>150 мг per os (если пациент моложе 75 лет)</li> <li>75 мг per os (если пациент старше 75 лет)</li> <li>150 мг в течение 1 месяца после инфаркта миокарда, затем 75 мг</li> </ul>
812.	При остром инфаркте миокарда используется поддерживающая доза тикагрелора:	<ul style="list-style-type: none"> <li>90 мг 2 раза в день per os всем пациентам</li> <li>45 мг 2 раза в день per os (если пациент старше 75 лет)</li> <li>75 мг 1 раз в день per os</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 180 мг 2 раза в день per os (если пациент моложе 75 лет)</li> </ul>
813.	При развитии рефлекса Bezold-Jarisha тактика лечения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В/в введение физ р-ра и атропина</li> <li>• В/в введение бета-блокаторов</li> <li>• Внутриаортальная баллонная контрапульсация</li> <li>• Введение катехоламинов</li> </ul>
814.	Инфузия нитроглицерина показана больным острым инфарктом миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При отеке легких</li> <li>• Всем пациентам</li> <li>• При кардиогенном шоке</li> <li>• При вовлечении правого желудочка в зону инфаркта</li> </ul>
815.	При фибрилляции желудочков у больного острым инфарктом миокарда необходимо немедленно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести дефибрилляцию</li> <li>• Ввести лодикаин</li> <li>• Ввести бета-блокаторы</li> <li>• Внутрисердечно ввести адреналин</li> </ul>
816.	При развитии у больного острым инфарктом миокарда тахикардии типа пируэт на фоне удлинения интервала QT показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузия сульфата магния</li> <li>• Инфузия кордарона</li> <li>• Инфузия лидокаина</li> <li>• Прием соталекса</li> </ul>
817.	При проведении первичного ЧКВ при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST может применяться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг per os</li> <li>• Клопидогрел в нагрузочной дозе 600 мг per os</li> <li>• Прасургел в нагрузочной дозе 60 мг per os</li> </ul>
818.	Тикагрелор:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказывает более быстрый эффект по сравнению с клопидогрелем</li> <li>• Блокатор рецепторов тромбоцитов П<sub>2</sub>Y<sub>12</sub></li> <li>• Прямой ингибитор тромбина</li> <li>• Селективный ингибитор Ха фактора</li> </ul>
819.	Локализация острого инфаркта миокарда при наличии элевации сегмента ST $\geq 2$ мм в отведениях III, AVF, V7-V9, V3R, V4R:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нижняя, ниже-базальная стенки левого желудочка с распространением на правый желудочек</li> <li>• Передняя стенка левого желудочка</li> <li>• Циркулярное поражение левого желудочка</li> <li>• Нижняя и боковая стенки левого желудочка</li> </ul>
820.	У пациентов с острым коронарным синдромом риск кровотечения выше:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При хронической болезни почек и СКФ <math>\leq 30</math> мл/мин/1,73 м<sup>2</sup></li> <li>• При сахарном диабете</li> <li>• У женщин</li> <li>• При наличии сердечной недостаточности</li> </ul>
821.	У больного с острым инфарктом миокарда требуется замена тикагрелора на клопидогрел. Необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отменить тикагрелор и сразу назначить 300 мг клопидогреля, с последующей дозой 75 мг в день</li> <li>• Отменить тикагрелор и через неделю добавить клопидогрел 75 мг 1 раз в день</li> <li>• Отменить тикагрелор и назначить клопидогрел 75 мг в день</li> <li>• Отменить тикагрелор и назначить клопидогрел 150 мг в день</li> </ul>
822.	При остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST и сохраненной функции почек антикоагулянтная терапия может включать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Эноксапарин</li> <li>• Бивалирудин</li> <li>• Фондапаринукс</li> </ul>
823.	Какая форма кардиомиопатии наиболее распространена в популяции:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дилатационная</li> <li>• Гипертрофическая</li> <li>• Рестриктивная</li> <li>• Аритмогенная дисплазия правого желудочка</li> </ul>

824.	Показаниями к эндомикардиальной биопсии не является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сердечная недостаточность</li> <li>• Появление у пациента признаков сердечной недостаточности в течение 2 недель с нарушением гемодинамики</li> <li>• Подозрение на гигантоклеточный миокардит</li> <li>• Сердечная недостаточность при рестриктивной кардиомиопатии неясной этиологии</li> </ul>
825.	Миокардит характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Воспалением миокарда, вызванным воздействием инфекционного или неинфекционного агента</li> <li>• Воспалением миокарда, обусловленным только вирусной или бактериальной природой</li> <li>• Воспалением миокарда, связанным с атеросклеротическим поражением коронарных артерий</li> <li>• Воспалением миокарда в сочетании с перикардитом</li> </ul>
826.	Наиболее распространенной причиной миокардита является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вирусная инфекция</li> <li>• Бактериальная инфекция</li> <li>• Паразитарная инвазия</li> <li>• Аутоиммунная реакция</li> </ul>
827.	К формам миокардита по существующей классификации не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нейтрофильный</li> <li>• Эозинофильный</li> <li>• Токсический</li> <li>• Гигантоклеточный</li> </ul>
828.	К развитию миокардита может привести прием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего вышеперечисленного</li> <li>• Амитриптилина</li> <li>• Амфетаминов</li> <li>• Тетрациклина</li> </ul>
829.	Наиболее распространенным возбудителем вирусного миокардита является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Парвовирус В19</li> <li>• Вирус гриппа</li> <li>• Цитомегаловирус</li> <li>• Вирус гепатита С</li> </ul>
830.	Верифицировать диагноз миокардита позволяет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биопсия миокарда</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Стресс-тест с визуализацией миокарда</li> <li>• Определение в крови уровня маркеров повреждения миокарда</li> </ul>
831.	Далласские критерии миокардита основаны на данных:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биопсии миокарда</li> <li>• Магнитно-резонансной томографии</li> <li>• Компьютерной томографии</li> <li>• Электрокардиографии</li> </ul>
832.	Согласно Далласским критериям определенным миокардитом является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обнаружение в миокарде лимфоцитарной инфильтрации с повреждением кардиомиоцитов</li> <li>• Обнаружение в миокарде лимфоцитарной инфильтрации без повреждения кардиомиоцитов</li> <li>• Обнаружение в миокарде повреждения кардиомиоцитов без лимфоцитарной инфильтрации</li> <li>• Обнаружение в миокарде моноцитарной инфильтрации</li> </ul>
833.	Боли в прекардиальной области при миокардите обусловлены:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часто присоединяющимся воспалением стенки перикарда</li> <li>• Несовпадением между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой</li> <li>• Спазмом эпикардиальных артерий</li> <li>• Присоединяющимся воспалением стенки аорты</li> </ul>

834.	Для миокардита не характерен следующий симптом	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одышка, не зависящая от положения тела или физической нагрузки</li> <li>• Кровохарканье</li> <li>• Все вышеперечисленное:</li> <li>• Обмороки</li> </ul>
835.	При миокардите не характерно следующее изменение на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• дельта-волна на ЭКГ</li> <li>• Элевация сегмента ST</li> <li>• Депрессия сегмента ST</li> <li>• Блокада ножек пучка Гиса</li> </ul>
836.	По данным Эхо-КГ для миокардита не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формирование аневризмы верхушки левого желудочка</li> <li>• Снижение ударного объема</li> <li>• Диффузные нарушения сократимости миокарда</li> <li>• Митральная недостаточность</li> </ul>
837.	По данным магнитно-резонансной томографии для миокардита не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение интенсивности сигнала по T2-взвешенному изображению</li> <li>• Повышение интенсивности сигнала по T2-взвешенному изображению</li> <li>• Повышение общего раннего накопления гадолиния миокардом по T1-взвешенному изображению</li> <li>• Участки позднего накопления гадолиния в миокарде по T1-взвешенному изображению, не соответствующие коронарному руслу</li> </ul>
838.	Всем пациентам с миокардитом показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение симптоматической терапии</li> <li>• Назначение глюкокортикоидных гормонов</li> <li>• Назначение антибиотиков</li> <li>• Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов</li> </ul>
839.	Эффективность иммунодепрессантов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доказана при гигантоклеточном миокардите</li> <li>• Доказана при дилатационной кардиомиопатии</li> <li>• Доказана в лечении миокардитов при отсутствии возможности проведения эндомикардиальной биопсии</li> <li>• Доказана при лечении миокардитов в крупных рандомизированных исследованиях</li> </ul>
840.	Нестероидные противовоспалительные препараты при миокардите:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показаны</li> <li>• Улучшают прогноз</li> <li>• Снижают риск внезапной смерти</li> <li>• Уменьшают частоту развития жизнеугрожающих аритмий</li> </ul>
841.	Дилатационная кардиомиопатия характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дилатацией левого желудочка со снижением его сократительной способности, не вызванной ишемией или патологией клапанов сердца</li> <li>• Дилатацией левого желудочка со снижением его сократительной способности при отсутствии инфарктов миокарда в анамнезе</li> <li>• Дилатацией левого желудочка со снижением его сократительной способности, возникшей после перенесенного инфаркта миокарда</li> <li>• Дилатацией левого желудочка со снижением его сократительной способности, вне зависимости от вызвавшей ее причины</li> </ul>
842.	Наследственный характер идиопатической дилатационной кардиомиопатии выявляется в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30-50% случаев</li> <li>• 1-5% случаев</li> <li>• 100% случаев</li> <li>• Не выявляется при данном заболевании</li> </ul>



843.	К развитию дилатационной кардиомиопатии приводит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мутация белков цитоскелета</li> <li>• Прием глюкокортикостероидов</li> <li>• Прием аминорекса</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
844.	К развитию дилатационной кардиомиопатии реже всего приводит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мутация в генах белков саркомера</li> <li>• Алкоголизм</li> <li>• Вирусный миокардит</li> <li>• Прием антрациклинов</li> </ul>
845.	Этиологическим фактором развития дилатационной кардиомиопатии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аутоиммунные нарушения, спровоцированные вирусной инфекцией</li> <li>• Бактериальный эндокардит</li> <li>• Прием глюкокортикостероидов</li> <li>• Атеросклероз коронарных артерий</li> </ul>
846.	Для дилатационной кардиомиопатии характерен следующий симптом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Приступы неритмичного сердцебиения</li> <li>• Одышка</li> <li>• Отеки ног</li> </ul>
847.	Для дилатационной кардиомиопатии не характерен следующий симптом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спленомегалия</li> <li>• Общая слабость</li> <li>• Увеличение живота в объеме</li> <li>• Приступы удушья и кашель с розовой пенистой мокротой</li> </ul>
848.	Для дилатационной кардиомиопатии наиболее характерен следующий аускультативный признак:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Систолический шум на верхушке</li> <li>• Систолический шум в точке Боткина-Эрба</li> <li>• Диастолический шум на верхушке</li> <li>• Акцент II тона над аортой</li> </ul>
849.	Для дилатационной кардиомиопатии характерен следующий признак:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ритм «галопа»</li> <li>• Ритм «перепела»</li> <li>• Шум Флинта</li> <li>• Шум Грехема-Стилла</li> </ul>
850.	Для дилатационной кардиомиопатии не характерен следующий признак:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Усиление верхушечного толчка</li> <li>• Пресистолический галоп</li> <li>• Систолический шум на верхушке сердца</li> <li>• Участки ослабленного дыхания и притупления перкуторного звука в легких</li> </ul>
851.	Для дилатационной кардиомиопатии не характерно следующее изменение на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Укорочение интервала PQ</li> <li>• Блокада левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Уменьшение амплитуды QRS-комплексов</li> <li>• Глубокий и широкий зубец Q</li> </ul>
852.	Специфичным ЭКГ изменением при дилатационной кардиомиопатии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Специфичные изменения отсутствуют</li> <li>• Наличие Дельта-волны</li> <li>• Наличие зубца Осборна</li> <li>• Признак SI, QIII</li> </ul>
853.	Для рентгенологической картины дилатационной кардиомиопатии не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшение кардиоторакального индекса</li> <li>• Сердце шаровидной формы</li> <li>• Усиление легочного рисунка</li> <li>• Уменьшение систолической экскурсии контура левого желудочка</li> </ul>
854.	По данным Эхо-КГ для дилатационной кардиомиопатии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диффузное снижение сократительной способности миокарда</li> <li>• Локальное снижение сократительной способности миокарда</li> <li>• Проплап створок митрального клапана</li> <li>• Гипертрофия межжелудочковой перегородки</li> </ul>
855.	По данным Эхо-КГ для дилатационной кардиомиопатии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральная и трикуспидальная недостаточность</li> <li>• Уменьшение полостей сердца</li> <li>• Выраженная диастолическая дисфункция</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Субаортальный стеноз</li> </ul>
856.	По данным Эхо-КГ для дилатационной кардиомиопатии не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшение массы миокарда</li> <li>• Снижение ударного объема</li> <li>• Нормальная толщина стенок расширенных желудочков</li> <li>• Эндокардиальные тромбы</li> </ul>
857.	Нельзя исключить из плана обследования больного дилатационной кардиомиопатией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Эхокардиографию</li> <li>• Электрокардиографию</li> <li>• Коронарографию</li> </ul>
858.	Для диагностики дилатационной кардиомиопатии не применяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортография</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Биопсия миокарда</li> <li>• Радионуклидная вентрикулография</li> </ul>
859.	К диагностическим критериям идиопатической дилатационной кардиомиопатии относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прогрессирующая сердечная недостаточность</li> <li>• Повышение в крови уровня тропонина I</li> <li>• Пожилой возраст</li> <li>• Наличие признаков воспалительного процесса в миокарде</li> </ul>
860.	При дилатационной кардиомиопатии прогноз пациентов не улучшается при применении:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диуретиков</li> <li>• Бета-адреноблокаторов</li> <li>• Ингибиторов АПФ</li> <li>• Кардиовертера-дефибриллятора</li> </ul>
861.	При дилатационной кардиомиопатии пациентам с NYHA II-III с целью увеличения продолжительности жизни показано назначение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верошпирона</li> <li>• Дигоксина</li> <li>• Ранолазина</li> <li>• Преднизолона</li> </ul>
862.	Наиболее эффективным методом лечения дилатационной кардиомиопатии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трансплантация сердца</li> <li>• Медикаментозная терапия</li> <li>• Ресинхронизирующая терапия</li> <li>• Протезирование митрального клапана</li> </ul>
863.	Основным лечебным мероприятием при алкогольной кардиомиопатии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Исключение алкоголя</li> <li>• Трансплантация сердца</li> <li>• Имплантация сердечной ресинхронизирующей системы</li> <li>• Имплантация кардиовертера-дефибриллятора</li> </ul>
864.	Дилатация полостей сердца развивается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем вышеперечисленным</li> <li>• Ишемической кардиомиопатии</li> <li>• Перипартальной кардиомиопатии</li> <li>• Тахикардической кардиомиопатии</li> </ul>
865.	Перипартальная кардиомиопатия развивается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У женщин в течение последнего триместра беременности или послеродового периода</li> <li>• У женщин в менопаузе</li> <li>• У женщин в течение первого триместра беременности</li> <li>• У женщин и у мужчин</li> </ul>

866.	Перипартальная кардиомиопатия характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Систолической дисфункцией миокарда левого желудочка и клиническими признаками сердечной недостаточности</li> <li>• Гипертрофией миокарда левого желудочка, его чрезмерной трабекуляцией и образованием широких межтрабекулярных пространств</li> <li>• Специфическими ЭКГ признаками, высоким риском внезапной сердечной смерти и отсутствием признаков органического поражения миокарда</li> <li>• Диастолической дисфункцией миокарда обоих желудочков, препятствующей их диастолическому наполнению</li> </ul>
867.	При развитии перипартальной кардиомиопатии противопоказана терапия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторами АПФ</li> <li>• Дигоксином</li> <li>• Бета-блокаторами</li> <li>• Бромокриптином</li> </ul>
868.	К факторам риска развития перипартальной кардиомиопатии относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Многоплодная беременность</li> <li>• Возраст моложе 30 лет</li> <li>• Предлежание плаценты</li> <li>• Все вышеперечисленные</li> </ul>
869.	Характерным ЭКГ-признаком аритмогенной дисплазии правого желудочка является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эпсилон-волна</li> <li>• Дельта-волна</li> <li>• Седлообразный подъем сегмента ST в правых грудных отведениях</li> <li>• Волна Осборна</li> </ul>
870.	Для желудочковой тахикардии у пациентов с аритмогенной дисплазией правого желудочка наиболее характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Морфология комплексов QRS соответствует блокаде левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Горизонтальное положение электрической оси сердца</li> <li>• Морфология комплексов QRS соответствует блокаде правой ножки пучка Гиса</li> <li>• Резкое отклонение электрической оси сердца вправо</li> </ul>
871.	К развитию аритмогенной дисплазии правого желудочка приводит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мутация в генах белков межклеточных контактов</li> <li>• Мутация в генах белков ядерной мембраны</li> <li>• Мутация в генах белков саркомера</li> <li>• Воспалительный процесс в миокарде с дальнейшим жировым замещением</li> </ul>
872.	Основной патологоанатомической находкой при аритмогенной дисплазии правого желудочка является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Жировое замещение и инфильтрация миокарда</li> <li>• Ассиметричная гипертрофия миокарда</li> <li>• Неспецифическое воспаление миокарда</li> <li>• Рубцовые изменения миокарда</li> </ul>
873.	Для аритмогенной дисплазии правого желудочка характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Нарушение сократимости правого желудочка</li> <li>• Нарушение ритма и проводимости</li> <li>• Нарушение межклеточных контактов</li> </ul>
874.	Для медикаментозного лечения аритмий при аритмогенной дисплазии правого желудочка целесообразно назначение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амiodарона</li> <li>• Дигоксина</li> <li>• Новокаинамида</li> <li>• Лидокаина</li> </ul>

875.	При постановке диагноза аритмогенной дисплазии правого желудочка имплантация кардиовертера-дефибриллятора показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верны оба предшествующих утверждения</li> <li>• Пациентам мужского пола с семейным анамнезом внезапной сердечной смерти для первичной профилактики внезапной смерти</li> <li>• Пациентам с обмороками в анамнезе и распространением поражения на левый желудочек для первичной профилактики внезапной смерти</li> <li>• Оба предшествующих утверждения не верны</li> </ul>
876.	Отметьте верное утверждение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром Бругада – это генетически обусловленная кардиомиопатия характеризующаяся специфическими ЭКГ признаками, высоким риском внезапной смерти и отсутствием признаков органического поражения миокарда при аутопсии</li> <li>• Аритмогенная дисплазия правого желудочка – это генетически обусловленная кардиомиопатия, характеризующаяся чрезмерной трабекуляцией миокарда и образованием широких межтрабекулярных пространств</li> <li>• Некомпактный миокард левого желудочка – это генетически обусловленная кардиомиопатия, характеризующаяся специфическими ЭКГ признаками, высоким риском внезапной смерти и жировой инфильтрацией миокарда</li> <li>• Все утверждения верны</li> </ul>
877.	К первичным генетически обусловленным кардиомиопатиям не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кардиомиопатия</li> <li>• Синдром удлинённого интервала QT</li> <li>• Некомпактный миокард левого желудочка</li> <li>• Аритмогенная дисплазия правого желудочка</li> </ul>
878.	Кардиомиопатия Такотсубо - это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стресс-индуцированная кардиомиопатия, по своей клинической картине напоминающая острый инфаркт миокарда, однако протекающая с полным восстановлением сократимости миокарда и благоприятным долгосрочным прогнозом</li> <li>• Стресс-индуцированная кардиомиопатия, по своей клинической картине напоминающая острый инфаркт миокарда с формированием рубцовых зон в миокарде при отсутствии значимых стенозов коронарных артерий</li> <li>• Генетически-обусловленная кардиомиопатия, протекающая с развитием диффузных зон нарушения сократимости миокарда и неблагоприятным долгосрочным прогнозом</li> <li>• Правильное определение отсутствует</li> </ul>
879.	Для кардиомиопатии Такотсубо характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Развитие приступа болей в прекардиальной области после стрессового события</li> <li>• Значимые стенозы коронарных артерий в зоне нарушения сократимости миокарда</li> <li>• Формирование рубцовой зоны в миокарде</li> <li>• Неуклонное прогрессирование заболевания с исходом в хроническую сердечную недостаточность</li> </ul>
880.	Для дифференциальной диагностики кардиомиопатии Такотсубо и инфаркта миокарда используется все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определения повышения уровня тропонина I в динамике</li> <li>• Исключения осложнённого атеросклеротического поражения коронарных артерий</li> <li>• Определения восстановления сократимости миокарда при динамическом наблюдении</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определения соотношения уровня тропонина I к натрийуретическим пептидам</li> </ul>
881.	Для кардиомиопатии Такотсубо не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выраженная гипертрофия межжелудочковой перегородки</li> <li>• Изменения на ЭКГ, типичные для острого инфаркта миокарда</li> <li>• Повышение уровня тропонина I</li> <li>• Аневризма верхушки левого желудочка с гиперкинезом его базальных отделов</li> </ul>
882.	Основной причиной, приводящей к развитию кардиомиопатии Такотсубо, считается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повреждение кардиомиоцитов под действием чрезмерных концентраций катехоламинов</li> <li>• Разрыв атеросклеротической бляшки</li> <li>• Несоответствие между потребностью в кислороде миокарда и его доставкой без атеросклеротического поражения коронарного русла</li> <li>• Генетический дефект</li> </ul>
883.	При постановке диагноза кардиомиопатии Такотсубо пациентам показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> <li>• Терапия аспирином и статинами</li> <li>• Терапия нитратами</li> <li>• Двойная антиагрегантная терапия</li> </ul>
884.	Пациентам с кардиомиопатией Такотсубо в острой фазе противопоказано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Проведение стресс-эхокардиографии</li> <li>• Терапия сальбутамолом</li> <li>• Чрезмерные физические нагрузки</li> </ul>
885.	К препаратам, достоверно улучшающим прогноз пациентов с кардиомиопатией Такотсубо относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Антиагреганты</li> <li>• Статины</li> <li>• Бета-блокаторы</li> </ul>
886.	Летальность пациентов с кардиомиопатией Такотсубо в острой фазе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не отличается от пациентов с острым инфарктом миокарда</li> <li>• Выше, чем у пациентов с острым инфарктом миокарда</li> <li>• Ниже, чем у пациентов с острым инфарктом миокарда</li> <li>• Смертельных исходов при кардиомиопатии не бывает</li> </ul>
887.	Рестриктивная кардиомиопатия характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушением диастолической функции миокарда желудочков без значительной гипертрофии</li> <li>• Дилатацией миокарда желудочков со снижением их сократительной способности</li> <li>• Гипертрофией миокарда желудочков с развитием диастолической дисфункции I типа</li> <li>• Уменьшением полостей желудочков при сохранной систолической функции</li> </ul>
888.	К первичной рестриктивной кардиомиопатии относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фибропластический эозинофильный эндокардит Леффлера</li> <li>• Саркоидоз сердца</li> <li>• Инфильтративная кардиомиопатия</li> <li>• Все вышеперечисленные</li> </ul>
889.	По фенотипу рестриктивной кардиомиопатии может протекать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Болезнь Фабри</li> <li>• Карциноид сердца</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезни накопления гликогена</li> </ul>
890.	К развитию рестриктивной кардиомиопатии приводит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мутация в генах белков саркомера</li> <li>• Мутация в генах белков ядерной мембраны</li> <li>• Мутация в генах белков цитоскелета</li> <li>• Прием цитостатиков</li> </ul>
891.	Рестриктивную кардиомиопатию наиболее сложно дифференцировать с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Констриктивным перикардитом</li> <li>• Кардиомиопатией</li> <li>• Гигантоклеточным миокардитом</li> <li>• Некомпактным миокардом левого желудочка</li> </ul>
892.	В процессе дифференциальной диагностики рестриктивной кардиомиопатии и констриктивного перикардита не оправдано проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коронарографии</li> <li>• Эхокардиографии</li> <li>• Магнитно-резонансной томографии сердца</li> <li>• Катетеризации правых отделов сердца</li> </ul>
893.	Для рестриктивной кардиомиопатии характерен следующий симптом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Кровохарканье</li> <li>• Одышка, усиливающаяся при физической нагрузке</li> <li>• Положительный симптом Плеша</li> </ul>
894.	При рестриктивной кардиомиопатии характерен следующий физикальный признак:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Границы сердечной тупости в норме</li> <li>• Расширение абсолютной сердечной тупости</li> <li>• Расширение относительной сердечной тупости</li> <li>• Разлитой верхушечный толчок</li> </ul>
895.	При рестриктивной кардиомиопатии не характерно следующее изменение на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Патологические зубцы Q</li> <li>• АВ-блокады</li> <li>• Уменьшение амплитуды QRS-комплексов</li> <li>• Наджелудочковые тахикардии</li> </ul>
896.	По данным Эхо-КГ для рестриктивной кардиомиопатии не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Утолщение перикарда</li> <li>• Утолщение эндокарда</li> <li>• Митральная и трикуспидальная недостаточность</li> <li>• Дилатация камер предсердий</li> </ul>
897.	В общем анализе крови при рестриктивной кардиомиопатии может встречаться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперэозинофилия</li> <li>• Нормохромная анемия</li> <li>• Нейтрофильный лейкоцитоз</li> <li>• Понижение СОЭ</li> </ul>
898.	Нарушения внутрисердечной гемодинамики при рестриктивной кардиомиопатии обусловлены всем, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушения систолической функции желудочков</li> <li>• Нарушения диастолического наполнения левого желудочка</li> <li>• Нарушения диастолического наполнения правого желудочка</li> <li>• Развития фибрилляции предсердий</li> </ul>
899.	При рестриктивной кардиомиопатии достоверно улучшают прогноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ни одна из перечисленных групп препаратов</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Диуретики</li> </ul>
900.	При постановке диагноза вторичной рестриктивной кардиомиопатии на фоне амилоидоза пациентам показана терапия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторами АПФ</li> <li>• Дигоксином</li> <li>• Бета-адреноблокаторами</li> <li>• Антикоагулянтами</li> </ul>
901.	Наиболее эффективным методом лечения рестриктивной кардиомиопатии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трансплантация сердца</li> <li>• Терапия ингибиторами АПФ</li> <li>• Имплантация кардиовертера-дефибриллятора</li> <li>• Ресинхронизирующая терапия</li> </ul>
902.	Для рестриктивной кардиомиопатии не характерно следующее осложнение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обструкция выходного тракта левого желудочка</li> <li>• Мерцательная аритмия</li> <li>• Хроническая сердечная недостаточность</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоэмболический синдром</li> </ul>
903.	Некомпактный миокард левого желудочка характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чрезмерной трабекуляцией миокарда левого желудочка, образованием широких межтрабекулярных пространств и тромбоэмболическим синдромом</li> <li>• Диастолической дисфункцией миокарда левого желудочка, препятствующей его диастолическому наполнению</li> <li>• Систолической дисфункцией миокарда левого желудочка и клиническими признаками сердечной недостаточности</li> <li>• Специфическими ЭКГ признаками, высоким риском внезапной сердечной смерти и отсутствием признаков органического поражения миокарда</li> </ul>
904.	Для некомпактного миокарда левого желудочка характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отношение некомпактного миокарда левого желудочка 2:1 к компактному</li> <li>• Отношение некомпактного миокарда левого желудочка 1:2 к компактному</li> <li>• Отношение некомпактного миокарда левого желудочка 1:1 к компактному</li> <li>• Отношение некомпактного миокарда левого желудочка 1.5:1 к компактному</li> </ul>
905.	Для некомпактного миокарда левого желудочка не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трабекулярная масса миокарда в размере 5-10% от общей массы миокарда</li> <li>• Глубокие межтрабекулярные пространства, заполняющиеся током крови</li> <li>• Наличие зон нарушения сократимости миокарда</li> <li>• Семейный анамнез заболевания</li> </ul>
906.	Гипертрофическая кардиомиопатия характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хаотичным расположением гипертрофированных волокон преимущественно левого желудочка</li> <li>• Утолщением стенок миокарда желудочков не менее 10 мм с развитием систолической дисфункции</li> <li>• Преимущественно ассиметричным утолщением межжелудочковой перегородки с замедлением тока крови в выходном тракте левого желудочка</li> <li>• Всем вышеперечисленным</li> </ul>
907.	Наиболее частой причиной развития гипертрофической кардиомиопатии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мутация генов, кодирующих белки саркомера</li> <li>• Амилоидоз</li> <li>• Болезнь Фабри</li> <li>• Болезни накопления гликогена</li> </ul>
908.	Этиологическим фактором развития гипертрофической кардиомиопатии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митохондриопатии</li> <li>• Артериальная гипертензия</li> <li>• Саркоидоз сердца</li> <li>• Аутоиммунные нарушения, спровоцированные вирусной инфекцией</li> </ul>
909.	Среди причин развития гипертрофической кардиомиопатии генетические мутации занимают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более 50% от всех пациентов</li> <li>• 1% от всех пациентов</li> <li>• Менее 10% от всех пациентов</li> <li>• 100% пациентов</li> </ul>
910.	Гипертрофическая кардиомиопатия является самой частой причиной внезапной сердечной смерти среди:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спортсменов моложе 35 лет</li> <li>• Детей</li> <li>• Людей среднего возраста</li> <li>• Пожилых людей, не занимающихся спортом</li> </ul>

911.	Гипертрофическая кардиомиопатия встречается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С одинаковой частотой, независимо от расы и пола</li> <li>• Только у женщин</li> <li>• В 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин</li> <li>• Чаще у негроидной расы</li> </ul>
912.	Нельзя исключить из плана обследования больного гипертрофической кардиомиопатией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Коронарографию</li> <li>• Холтеровское мониторирование ЭКГ</li> <li>• Стресс-эхокардиографию</li> </ul>
913.	Для диагностики гипертрофической кардиомиопатии не применяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Катетеризация правых отделов сердца</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Магнитно-резонансная томография сердца</li> <li>• Биопсия миокарда</li> </ul>
914.	Для диагностики гипертрофической кардиомиопатии генетическое консультирование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано всем пациентам, если их заболевание не объясняется вторичными причинами</li> <li>• Не показано</li> <li>• Показано родственникам первой линии, даже если у пробанда не выявлена генетическая мутация</li> <li>• Показано всем пациентам с подозрением на гипертрофическую кардиомиопатию без семейного анамнеза заболевания</li> </ul>
915.	Для диагностики гипертрофической кардиомиопатии наиболее информативным является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Магнитно-резонансная томография сердца</li> <li>• Коронарография</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Компьютерная томография сердца</li> </ul>
916.	Осложнением гипертрофической кардиомиопатии, определяющим прогноз пациентов, является все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушения систолической функции желудочков</li> <li>• Нарушения диастолической функции желудочков</li> <li>• Возникновения гемодинамически значимых нарушений сердечного ритма</li> <li>• Обструкции выходного тракта левого желудочка</li> </ul>
917.	Для гипертрофической кардиомиопатии наиболее характерен следующий симптом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмороки при нагрузке</li> <li>• Одышка, не зависящая от положения тела или нагрузки</li> <li>• Тупые ноющие боли в правом подреберье</li> <li>• Отеки ног</li> </ul>
918.	Для обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии не характерен следующий симптом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боли в прекардиальной области, усиливающиеся при дыхании</li> <li>• Стенокардия напряжения</li> <li>• Обмороки при нагрузке</li> <li>• Одышка, усиливающаяся при нагрузке</li> </ul>
919.	Для апикальной формы гипертрофической кардиомиопатии характерен следующий симптом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> <li>• Стенокардия напряжения</li> <li>• Отеки ног</li> <li>• Головокружение при нагрузке</li> </ul>
920.	Развитие стенокардии при гипертрофической кардиомиопатии не связано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Со спонтанным спазмом микроциркуляторного коронарного русла</li> <li>• С относительной недостаточностью коронарного русла по отношению к гипертрофированному миокарду</li> <li>• Со систолическим пережатием коронарных артерий гипертрофированным миокардом</li> <li>• Со снижением наполнения коронарных артерий из-за обструкции выносящего тракта левого желудочка</li> </ul>



921.	Появление головокружения при физической нагрузке у пациента с гипертрофической кардиомиопатией при нормальном градиенте давления в покое может свидетельствовать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Динамической обструкции выносящего тракта левого желудочка</li> <li>• Появлении систолической дисфункции левого желудочка</li> <li>• Появлении диастолической дисфункции левого желудочка</li> <li>• Легочной гипертензии</li> </ul>
922.	При гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка продолжительность жизни по сравнению с общей в популяции:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшается</li> <li>• Не меняется</li> <li>• Увеличивается</li> <li>• Зависит от наличия митральной регургитации</li> </ul>
923.	Описаны все формы гипертрофической кардиомиопатии, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правожелудочковой</li> <li>• Апикальной</li> <li>• Мидвентрикулярной</li> <li>• Бивентрикулярной</li> </ul>
924.	Обструкция выходного тракта левого желудочка при гипертрофической кардиомиопатии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдается в 25% случаев</li> <li>• Наблюдается во всех случаях заболевания</li> <li>• Наблюдается у всех больных старше 75 лет</li> <li>• Не характерна</li> </ul>
925.	Наиболее часто при гипертрофической кардиомиопатии выявляется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки</li> <li>• Изолированная гипертрофия боковой стенки левого желудочка</li> <li>• Гипертрофия верхушки левого желудочка</li> <li>• Гипертрофия правого желудочка</li> </ul>
926.	Под ассиметричной гипертрофией миокарда при гипертрофической кардиомиопатии подразумевается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соотношение толщины задней стенки левого желудочка к толщине межжелудочковой перегородки = 1:1,5</li> <li>• Соотношение толщины задней стенки левого желудочка к толщине межжелудочковой перегородки = 1,5:1</li> <li>• Соотношение толщины задней стенки левого желудочка к толщине межжелудочковой перегородки = 2:1</li> <li>• Соотношение толщины задней стенки левого желудочка к толщине межжелудочковой перегородки = 1:2</li> </ul>
927.	К уменьшению конечно-диастолического размера левого желудочка при гипертрофической кардиомиопатии может привести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прием нитратов</li> <li>• Повышение артериального давления</li> <li>• Увеличение постнагрузки</li> <li>• Увеличение объема циркулирующей крови</li> </ul>
928.	Для гипертрофической кардиомиопатии не характерен следующий признак:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширение границ сердечной тупости влево</li> <li>• Верхушечный толчок находится по левой срединно-ключичной линии</li> <li>• Усиление верхушечного толчка</li> <li>• Влажные мелкопузырчатые хрипы в легких</li> </ul>
929.	Для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии наиболее характерен следующий аускультативный признак:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Систолический шум в точке Боткина-Эрба</li> <li>• Систолический шум с максимумом над аортой, проводящийся на сосуды шеи</li> <li>• Диастолический шум на верхушке</li> <li>• Акцент II тона над аортой</li> </ul>

930.	Для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии наиболее характерен следующий аускультативный признак:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Систолический шум в четвертом межреберье по левому краю грудины, усиливающийся при натуживании на высоте вдоха или после приема нитроглицерина</li> <li>• Систолический шум во втором межреберье по правому краю грудины, ослабевающий при натуживании на высоте вдоха или после приема нитроглицерина.</li> <li>• Систолический шум, проводящийся на сосуды шеи</li> <li>• Ослабление II тона над аортой</li> </ul>
931.	Для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии не характерен следующий аускультативный признак:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Протодиастолический шум во 2 межреберье справа</li> <li>• Акцент I тона на верхушке</li> <li>• Систолический шум в четвертом межреберье слева от грудины</li> <li>• Систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область</li> </ul>
932.	При гипертрофической кардиомиопатии наиболее характерно следующее изменение на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Глубокие отрицательные зубцы Т в прекардиальных отведениях</li> <li>• Расширение комплекса QRS</li> <li>• Укорочение интервала QT</li> <li>• Элевация сегмента ST в прекардиальных отведениях</li> </ul>
933.	При гипертрофической кардиомиопатии наиболее характерно следующее изменение на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Признаки гипертрофии левого желудочка</li> <li>• Перегрузка и/или гипертрофия миокарда правого желудочка</li> <li>• Уменьшение амплитуды QRS-комплексов</li> <li>• Глубокий и широкий зубец Q в V1-V3</li> </ul>
934.	При гипертрофической кардиомиопатии наиболее характерны следующие изменения на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отклонение электрической оси влево и гипертрофия левого желудочка</li> <li>• Отклонение электрической оси вправо и гипертрофия правого желудочка</li> <li>• Куполообразный подъем сегмента ST</li> <li>• Высокие положительные зубцы Т в грудных отведениях</li> </ul>
935.	При гипертрофической кардиомиопатии не характерно следующее изменение на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вертикальное положение ЭОС</li> <li>• Желудочковые нарушения ритма</li> <li>• Глубокий зубец Q вместе с высоким зубцом R в V4-V6</li> <li>• Укорочение интервала PQ</li> </ul>
936.	По данным Эхо-КГ для гипертрофической кардиомиопатии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преимущественное нарушение диастолической функции левого желудочка</li> <li>• Отсутствие нарушения диастолической и систолической функций левого желудочка</li> <li>• Преимущественное нарушение систолической функции левого желудочка</li> <li>• Первоначальное нарушение систолической, а затем диастолической функции левого желудочка</li> </ul>
937.	По данным Эхо-КГ для гипертрофической кардиомиопатии не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенозирование просвета аортального клапана</li> <li>• Гипертрофия левого желудочка</li> <li>• Недостаточность митрального клапана</li> <li>• Дилатация левого предсердия</li> </ul>
938.	Обструкция выходного тракта левого желудочка при гипертрофической кардиомиопатии обусловлена:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переднесистолическим движением створки митрального клапана</li> <li>• Надклапаным сужением аорты</li> <li>• Поражением створок аортального клапана</li> <li>• Апикальной облитерацией</li> </ul>

939.	По данным Эхо-КГ для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение скорости потока в выносящем тракте левого желудочка</li> <li>• Уменьшение скорости потока в выносящем тракте левого желудочка</li> <li>• Дилатация левого желудочка</li> <li>• Спаечный процесс в области комиссур аортального клапана</li> </ul>
940.	По данным Эхо-КГ для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение сократительной функции левого желудочка</li> <li>• Асимметричная гипертрофия миокарда левого желудочка</li> <li>• Переднесистолическое движение передней створки митрального клапана к межжелудочковой перегородке</li> <li>• Градиент давления в выходном тракте левого желудочка более 30 мм. рт. ст.</li> </ul>
941.	Механизм залипания передней створки митрального клапана при обструктивной гипертрофической кардиомиопатии связан с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффектом Вентури</li> <li>• Эффектом Бернулли</li> <li>• Эффектом Эйнтховена</li> <li>• Эффектом Остроумова</li> </ul>
942.	При выявлении гипертрофической кардиомиопатии для оценки степени обструкции выходного тракта левого желудочка в первую очередь показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определение пикового градиента в выходном тракте левого желудочка в покое и при стресс-ЭхоКГ</li> <li>• Катетеризация левых отделов сердца с прямым измерением градиента</li> <li>• Аортография</li> <li>• Коронарография</li> </ul>
943.	При выявлении гипертрофической кардиомиопатии проведение коронарографии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано пациентам с факторами риска ИБС</li> <li>• Не показано никому из пациентов</li> <li>• Показано при частых загрудинных болях пациентам моложе 40 лет</li> <li>• Показано при редких приступах загрудинных болей у пациентов старше 40 лет</li> </ul>
944.	Пациенту с гипертрофической кардиомиопатией необходимо рекомендовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ограничение физических нагрузок</li> <li>• Ежедневные физические нагрузки</li> <li>• Ограничение употребления животных жиров</li> <li>• Отказ от употребления алкоголя</li> </ul>
945.	К признакам, позволяющим дифференцировать гипертрофическую кардиомиопатию от изменений при артериальной гипертензии, относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Ассиметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки</li> <li>• Конечно-диастолический размер левого желудочка менее 45 мм</li> <li>• Участки позднего накопления гадолиния в миокарде</li> </ul>
946.	К факторам риска внезапной сердечной смерти у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пароксизмы мерцательной аритмии при холтеровском мониторингировании ЭКГ</li> <li>• Семейный анамнез обмороков</li> <li>• Наличие гипертрофии стенок левого желудочка более 30 мм</li> <li>• Все вышеперечисленные</li> </ul>

947.	Пациентам с гипертрофической кардиомиопатией показана имплантация кардиовертера-дефибриллятора:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При 5-летнем риске внезапной смерти более 6% и ожидаемой продолжительности жизни более 1 года</li> <li>• При 5-летнем риске внезапной смерти менее 4% и ожидаемой продолжительности жизни более 1 года</li> <li>• При 5-летнем риске внезапной смерти более 6% и ожидаемой продолжительности жизни менее 1 года</li> <li>• При перенесенном неустойчивом пароксизме желудочковой тахикардии у молодого пациента с отсутствием синкопальных состояний в анамнезе</li> </ul>
948.	Наиболее частым осложнением при гипертрофической кардиомиопатии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушение ритма сердца</li> <li>• Тромбоэмболический синдром</li> <li>• Аневризма верхушки левого желудочка</li> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> </ul>
949.	Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии, являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Сердечные гликозиды</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Диуретики</li> </ul>
950.	При лечении гипертрофической кардиомиопатии с целью облегчения симптоматики не применяют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда</li> <li>• Блокаторы кальциевых каналов фенилалкиламинового ряда</li> <li>• Дизопирамид</li> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> </ul>
951.	При остро возникшей гипотонии у пациента с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией рекомендовано назначение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузии физиологического раствора</li> <li>• Инфузии допамина</li> <li>• Инфузии добутамина</li> <li>• Инфузии норадреналина</li> </ul>
952.	При обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии противопоказаны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сердечные гликозиды</li> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Блокаторы кальциевых каналов</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> </ul>
953.	При обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии выполняются все виды вмешательств, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Протезирования аортального клапана</li> <li>• Алкогольной аблации межжелудочковой перегородки</li> <li>• Операции миозектомии в комбинации с пластикой митрального клапана</li> <li>• Операции миозектомии</li> </ul>
954.	Оперативное вмешательство при гипертрофической кардиомиопатии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ни в одном из вышеперечисленных случаев</li> <li>• При установлении диагноза обструктивной гипертрофической кардиомиопатии</li> <li>• При изолированной гипертрофии миокарда левого желудочка более 30 мм</li> <li>• При обструктивной гипертрофической кардиомиопатии с градиентом давления в выходном тракте левого желудочка 30 мм. рт.ст. в покое</li> </ul>

955.	Оперативное вмешательство при гипертрофической кардиомиопатии не показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У пациентов с градиентом давления в выносящем тракте ЛЖ более 50 мм. рт.ст. в покое, независимо от симптоматики</li> <li>• У пациентов с градиентом давления в выходном тракте более 50 мм. рт.ст. в покое и сердечной недостаточностью III-IV функционального класса</li> <li>• У пациентов с градиентом давления в выносящем тракте ЛЖ более 50 мм. рт.ст. при нагрузке и сердечной недостаточностью с тяжелой митральной регургитацией, не объяснимой залипанием створки клапана</li> <li>• У пациентов с градиентом давления в выносящем тракте ЛЖ более 50 мм. рт.ст. и повторяющимися обмороками при нагрузке</li> </ul>
956.	При обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии выполняется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Алкогольная абляция межжелудочковой перегородки</li> <li>• Имплантация двухкамерного кардиовертера</li> <li>• Протезирование митрального клапана</li> </ul>
957.	При обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии выполняются все виды вмешательств, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Транскатетерной имплантации аортального клапана</li> <li>• Пластики митрального клапана</li> <li>• Транскатетерного клипирования митрального клапана</li> <li>• Имплантации кардиовертера-дефибриллятора</li> </ul>
958.	По сравнению с миоэктомией алкогольная абляция при гипертрофической кардиомиопатии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеет меньшую интраоперационную летальность</li> <li>• Реже вызывает АВ-блокады</li> <li>• Значительно снижает градиент давления на выходном тракте левого желудочка</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
959.	Наиболее эффективным методом, улучшающим прогноз при гипертрофической кардиомиопатии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация кардиовертера-дефибриллятора</li> <li>• Терапия бета-блокаторами</li> <li>• Проведение ресинхронизирующей терапии</li> <li>• Терапия амиодароном</li> </ul>
960.	Имплантация двухкамерного стимулятора при гипертрофической кардиомиопатии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показана пациентам с обструктивной формой и мерцательной аритмией, которым проводится абляция АВ-соединения</li> <li>• Показана всем пациентам с обструктивной формой после хирургического лечения</li> <li>• Показана пациентам при развитии полной блокады левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
961.	Ресинхронизирующая терапия при гипертрофической кардиомиопатии показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показана симптомным пациентам с необструктивной гипертрофической кардиомиопатией со снижением фракции выброса левого желудочка менее 50% и блокадой левой ножки пучка Гиса с шириной QRS 130 мсек</li> <li>• Показана всем пациентам с гипертрофической кардиомиопатией при развитии полной блокады левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Показана всем симптомным пациентам со снижением фракции выброса левого желудочка менее 35% и блокадой правой ножки пучка Гиса с шириной QRS 120 мсек</li> <li>• Показана всем пациентам с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией при снижении фракции выброса менее 35%</li> </ul>

962.	ТЭЛА характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничем из вышеперечисленного</li> <li>• Окклюзирующим тромбозом коронарной артерии</li> <li>• Остро возникающей левожелудочковой сердечной недостаточностью</li> <li>• Местным тромбозом легочной артерии</li> </ul>
963.	К признакам флеботромбоза относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Цианоз кожи дистальнее расположения тромба</li> <li>• Побледнение кожи дистальнее расположения тромба</li> <li>• Гипотермия пораженной конечности</li> <li>• Онемение конечности</li> </ul>
964.	К признакам флеботромбоза не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие пульса дистальнее расположения тромба</li> <li>• Боли в пораженной конечности</li> <li>• Отек пораженной конечности</li> <li>• Гипертермия пораженной конечности</li> </ul>
965.	Морфологическим субстратом нетромботической эмболии легочной артерии не является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лимфа</li> <li>• Фрагменты опухолей</li> <li>• Жир костного мозга</li> <li>• Воздух</li> </ul>
966.	Для ТЭЛА характерен следующий симптом :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кровохаркание</li> <li>• Одышка, усиливающаяся в положении лежа</li> <li>• Боли в прекардиальной области при физической нагрузке</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
967.	Для ТЭЛА не характерен следующий симптом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель с розовой пенистой мокротой</li> <li>• Синкопальные состояния</li> <li>• Набухание шейных вен</li> <li>• Отеки ног</li> </ul>
968.	Наиболее опасным симптомом при ТЭЛА является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипотония</li> <li>• Тахикардия</li> <li>• Кровохаркание</li> <li>• Тахипноэ</li> </ul>
969.	Одышка при ТЭЛА характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствием связи с положением тела</li> <li>• Уменьшением в положении ортопноэ</li> <li>• Экспираторным характером</li> <li>• Сопутствующими дистанционными хрипами</li> </ul>
970.	D-димер может повышаться при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем вышеперечисленным</li> <li>• ТЭЛА</li> <li>• Остром инфаркте миокарда</li> <li>• Сепсисе</li> </ul>
971.	Для определения вероятности развития ТЭЛА используют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шкалу Wells</li> <li>• Шкалу Score</li> <li>• Шкалу PESI</li> <li>• Критерии Duke</li> </ul>
972.	К признакам, определяющим высокую вероятность диагноза ТЭЛА по шкале Wells, относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тахикардия</li> <li>• Тахипноэ</li> <li>• Беременность</li> <li>• Синкопальные состояния</li> </ul>
973.	К значимым факторам риска ТЭЛА не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Варикозное расширение вен ног</li> <li>• Перелом бедренной кости</li> <li>• Онкологическое заболевание с метастазированием</li> <li>• Перенесенный инфаркт миокарда в течение последних 3 месяцев</li> </ul>
974.	К значимым факторам риска ТЭЛА относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Установленный центральный венозный катетер</li> <li>• Фибрилляция предсердий</li> <li>• Лапароскопическая операция в течение последних 3 недель</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анемия</li> </ul>
975.	Риск ТЭЛА доказано увеличивается при приеме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пероральных контрацептивов</li> <li>• Антибиотиков</li> <li>• Нестероидных противовоспалительных препаратов</li> <li>• Глюкокортикостероидов</li> </ul>
976.	Парадоксальная эмболия при ТЭЛА наиболее часто развивается при наличии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Открытого овального отверстия</li> <li>• Коарктации аорты</li> <li>• Стеноза устья легочной артерии</li> <li>• Дефекта межжелудочковой перегородки</li> </ul>
977.	Острое легочное сердце развивается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ТЭЛА</li> <li>• Отеке легких</li> <li>• Инфаркте миокарда правого желудочка</li> <li>• Аспирации инородного тела</li> </ul>
978.	Самой частой причиной острого легочного сердца является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ТЭЛА</li> <li>• Бронхиальная астма</li> <li>• Спонтанный пневмоторакс</li> <li>• Легочное сердце наблюдается с одинаковой частотой при вышеперечисленных состояниях</li> </ul>
979.	Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вены ног</li> <li>• Вены таза</li> <li>• Правое предсердие</li> <li>• Левое предсердие</li> </ul>
980.	Для ТЭЛА наиболее характерен следующий аускультативный признак:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ни один из вышеперечисленных</li> <li>• Систолический шум на верхушке</li> <li>• Акцент II тона над аортой</li> <li>• Участки ослабленного дыхания и притупления перкуторного звука в легких с усилением бронхофонии</li> </ul>
981.	Для ТЭЛА не характерен следующий клинический признак:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Усиление верхушечного толчка</li> <li>• Пресистолический галоп</li> <li>• Систолический шум на верхушке сердца</li> <li>• Участки ослабленного дыхания и притупления перкуторного звука в легких</li> </ul>
982.	Наиболее специфичным методом диагностики ТЭЛА является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Компьютерная томография легких с контрастированием легочной артерии</li> <li>• Рентгенография органов грудной клетки</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Определение Д-димера</li> </ul>
983.	Для подтверждения диагноза ТЭЛА достаточно проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Компьютерной томографии легких с контрастированием легочной артерии</li> <li>• Электрокардиографии</li> <li>• Определения уровня АЧТВ</li> <li>• УЗИ вен ног</li> </ul>
984.	Для диагностики ТЭЛА не применяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определение тропонина I</li> <li>• Сцинтиграфия легких</li> <li>• Компьютерная томография легких с контрастированием легочной артерии</li> <li>• Катетеризация правых отделов сердца</li> </ul>
985.	Для диагностики ТЭЛА у пациентов с шоком наиболее целесообразно применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трансторакальной эхокардиографии</li> <li>• Чреспищеводной эхокардиографии</li> <li>• Определения Д-димера</li> <li>• Компьютерной томографии легких с контрастированием легочной артерии</li> </ul>

986.	Для определения дисфункции правого желудочка при ТЭЛА используется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мозговой натрийуретический пептид</li> <li>• Тропонин I</li> <li>• Д-димер</li> <li>• МНО</li> </ul>
987.	Измерение д-димера показано при ТЭЛА:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам с низкой претестовой вероятностью ТЭЛА</li> <li>• Пациентам с высокой претестовой вероятностью ТЭЛА</li> <li>• Пациентам с гипотонией или шоком</li> <li>• Всем пациентам</li> </ul>
988.	Для определения степени дисфункции правого желудочка при ТЭЛА используется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Электрокардиография</li> <li>• Стресс-тест</li> <li>• Компьютерная томография сердца</li> </ul>
989.	ЭКГ-признак, характерный для ТЭЛА:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI, QIII</li> <li>• Глубокий S V1-V3</li> <li>• P-mitrale</li> <li>• Отклонение оси сердца влево</li> </ul>
990.	Для ТЭЛА не характерно следующее изменение на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Удлинение интервала QT</li> <li>• Признаки перегрузки правого желудочка</li> <li>• Блокада правой ножки пучка Гиса</li> <li>• P-pulmonale</li> </ul>
991.	По данным ЭХО-КГ для ТЭЛА характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дилатация правых камер сердца и трикуспидальная регургитация</li> <li>• Гипертрофия стенок правого желудочка</li> <li>• Дилатация аорты в восходящем отделе</li> <li>• Дилатация левых камер сердца и митральная регургитация</li> </ul>
992.	По данным ЭХО-КГ для ТЭЛА не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дилатация левого предсердия</li> <li>• Легочная гипертензия</li> <li>• Нарушение сократимости миокарда правого желудочка</li> <li>• Растяжение нижней полой вены</li> </ul>
993.	При ТЭЛА нарушается функция преимущественно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правого желудочка</li> <li>• Левого предсердия</li> <li>• Правого предсердия</li> <li>• Левого желудочка</li> </ul>
994.	Для определения тяжести течения ТЭЛА используют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шкалу PESI</li> <li>• Шкалу Score</li> <li>• Шкалу Wells</li> <li>• Критерии Duke</li> </ul>
995.	Для определения тяжести течения ТЭЛА учитывают все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анамнеза ишемической болезни сердца</li> <li>• Наличия признаков дисфункции правого желудочка</li> <li>• Уровня маркеров повреждения миокарда</li> <li>• Уровня артериального давления</li> </ul>
996.	Риск смертности при ТЭЛА не увеличивается у пациентов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С гипертермией</li> <li>• Мужского пола</li> <li>• С хроническими заболеваниями легких</li> <li>• Со снижением сатурации крови кислородом &lt; 90%</li> </ul>
997.	К признакам высокого риска смертности при ТЭЛА не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушение функции почек</li> <li>• Тахикардия</li> <li>• Тахипноэ</li> <li>• Нарушение сознания</li> </ul>



998.	В терапии ТЭЛА применяются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингаляция кислорода, эноксапарин, тромболизис, эмболэктомия</li> <li>• Морфин, ингаляция кислорода, нитроглицерин, аспирин</li> <li>• Ингаляция кислорода, нитроглицерин, аспирин, тромболизис</li> <li>• Морфин, ингаляция кислорода, аспирин, эмболэктомия</li> </ul>
999.	Гепарин при тромбоземболии легочной артерии вводят:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для профилактики тромбообразования</li> <li>• Для уменьшения агрегации тромбоцитов</li> <li>• Гепарин не применяется при лечении ТЭЛА</li> <li>• Только при повторной тромбоземболии</li> </ul>
1000.	Лечение нефракционированным гепарином при ТЭЛА должно проводиться под контролем:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АЧТВ</li> <li>• МНО</li> <li>• Антитромбина III</li> <li>• Уровня тромбоцитов</li> </ul>
1001.	К новым пероральным антикоагулянтам, применяемым при ТЭЛА, относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ривароксабан</li> <li>• Ворапаксар</li> <li>• Бивалирудин</li> <li>• Все вышеперечисленные</li> </ul>
1002.	У пациентов с ТЭЛА и стабильной гемодинамикой проведение тромболитической терапии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показано</li> <li>• Показано при отсутствии противопоказаний</li> <li>• Показано при наличии высокой легочной гипертензии</li> <li>• Показано при невозможности проведения антикоагулянтной терапии</li> </ul>
1003.	У пациентов с ТЭЛА для тромболитической терапии применяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Стрептокиназа в дозировке 250 000 Ед за 30 минут с последующим переходом на терапию 100 000 Ед/ч за 12-24 часа</li> <li>• Урокиназа 3 000 000 Ед за 2 часа</li> <li>• Альтеплаза 100 мг за 2 часа</li> </ul>
1004.	Тромболитическую терапию у пациентов с ТЭЛА показано проводить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам с наличием гипотонии</li> <li>• Только в первые сутки от развития заболевания</li> <li>• Под контролем АЧТВ</li> <li>• При снижении фракции выброса левого желудочка</li> </ul>
1005.	При развитии ТЭЛА проведение тромболитической терапии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При стойкой гипотонии</li> <li>• При высокой легочной гипертензии</li> <li>• При выявлении тромбоза в глубоких вен голени</li> <li>• Во всех случаях ТЭЛА при отсутствии противопоказаний к тромболизису</li> </ul>
1006.	У пациентов с ТЭЛА и нормальным уровнем артериального давления проведение тромболитической терапии противопоказано во всех случаях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При сочетании всего вышеперечисленного</li> <li>• Наличия признаков правожелудочковой недостаточности</li> <li>• Пациентов с высоким риском смертности по шкале PESI</li> <li>• Повышения уровня тропонина I</li> </ul>
1007.	У пациентов с ТЭЛА и стабильной гемодинамикой показано проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антикоагулянтной терапии</li> <li>• Тромболитической терапии в первые сутки от начала ТЭЛА</li> <li>• Антиагрегантной терапии</li> <li>• Постановки кава-фильтра</li> </ul>
1008.	При высоком риске летального исхода и гемодинамически значимой правожелудочковой недостаточности при ТЭЛА показано проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромболизиса или эмболэктомии</li> <li>• Имплантации кава-фильтра</li> <li>• Внутриаортальной баллонной контрапульсации</li> <li>• Экстрокорпоральной мембранной оксигенации</li> </ul>

1009.	Имплантация кава-фильтра показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При наличии абсолютных противопоказаний к антикоагулянтам</li> <li>• Всем пациентам с флотирующими тромбами в глубоких венах голени</li> <li>• При рецидивах ТЭЛА у пациентов, не получавших ранее антикоагулянтную терапию</li> <li>• При выявлении тромбоза бедренной вены</li> </ul>
1010.	Имплантация кава-фильтра показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При рецидивах ТЭЛА у пациентов, несмотря на адекватную антикоагулянтную терапию</li> <li>• При наличии тромбов в правых отделах сердца</li> <li>• При планируемом тромболизисе</li> <li>• У всех пациентов с ТЭЛА</li> </ul>
1011.	При ТЭЛА и стабильной гемодинамике рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение антикоагулянтной терапии новыми пероральными антикоагулянтами</li> <li>• Антикоагулянтная терапия может не проводиться</li> <li>• Проведение антикоагулянтной терапии бивалирудином</li> <li>• Проведение антикоагулянтной терапии парентеральными антикоагулянтами с последующим переходом на аспирин</li> </ul>
1012.	У пациента с ТЭЛА на фоне внутривенной инфузии гепарина измеренный уровень АЧТВ составил 100 сек, необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Остановить инфузию на 1 ч., а затем возобновить с меньшей скоростью</li> <li>• Увеличить скорость инфузии</li> <li>• Оставить скорость инфузии прежней</li> <li>• Уменьшить скорость инфузии</li> </ul>
1013.	Целевое значение АЧТВ при терапии гепарином у пациентов с ТЭЛА составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 70 сек</li> <li>• 35 сек</li> <li>• 45 сек</li> <li>• 100 сек</li> </ul>
1014.	Парентеральным антикоагулянтом, в наименьшей степени вызывающим развитие тромбоцитопении, среди перечисленных является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фондапаринукс</li> <li>• Нефракционированный гепарин</li> <li>• Низкомолекулярные гепарины</li> <li>• Все вышеперечисленные препараты вызывают тромбоцитопению в одинаковой степени</li> </ul>
1015.	Для лечения ТЭЛА рекомендовано проведение антикоагулянтной терапии фондапаринуксом в дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,1 мг/кг 1 раз в день</li> <li>• 1 мг/кг 1 раз в день</li> <li>• 1 мг/кг 2 раза в день</li> <li>• 5000 Ед каждые 4 часа</li> </ul>
1016.	Для лечения ТЭЛА рекомендовано проведение антикоагулянтной терапии эноксапарином в дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 мг/кг 2 раза в день</li> <li>• 0,1 мг/кг 1 раз в день</li> <li>• 40 мг 1 раз в день</li> <li>• 5000 Ед каждые 4 часа</li> </ul>
1017.	Целевое значение МНО при лечении ТЭЛА варфарином составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,0-3,0</li> <li>• 1,5-2,0</li> <li>• 2,5-3,5</li> <li>• 3,0-4,0</li> </ul>
1018.	Флеботромбозы как клинический признак злокачественной опухоли поджелудочной железы впервые описал:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Труссо</li> <li>• Лейден</li> <li>• Гиппократ</li> <li>• Баркаган</li> </ul>
1019.	Для лечения ТЭЛА рекомендовано проведение антикоагулянтной терапии ривароксабаном в дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 мг 2 раза в день в течение 3 недель с последующим переходом на поддерживающую дозу 20 мг в сутки</li> <li>• 110 мг 2 раза в день</li> <li>• 40 мг 2 раза в день в течение 3 недель с последующим переходом на поддерживающую дозу 20 мг в сутки</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 мг 2 раза в день</li> </ul>
1020.	Для лечения ТЭЛА рекомендовано проведение антикоагулянтной терапии апиксабаном в дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 мг 2 раза в день в течение 7 дней с последующим переходом на поддерживающую дозу 5 мг 2 раза в день</li> <li>• 5 мг 2 раза в день в течение 1 месяца с последующим переходом на поддерживающую дозу 2,5 мг 1 раз в день</li> <li>• 20 мг 2 раза в день в течение 7 дней с последующим переходом на поддерживающую дозу 15 мг 2 раза в день</li> <li>• 2,5 мг в сутки</li> </ul>
1021.	Для лечения ТЭЛА рекомендовано проведение антикоагулянтной терапии дабигатраном в дозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150 мг 2 раза в день</li> <li>• 150 мг 2 раза в день в течение 3 недель с последующим переходом на поддерживающую дозу 110 мг 2 раза в день</li> <li>• 15 мг 2 раза в день</li> <li>• 10 мг 2 раза в день в течение 7 дней с последующим переходом на поддерживающую дозу 5 мг 2 раза в день</li> </ul>
1022.	Для антикоагулянтной терапии при ТЭЛА верно следующее утверждение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ривароксабан применяется без предварительного приема парентеральных антикоагулянтов</li> <li>• Дабигатран применяется без предварительного приема парентеральных антикоагулянтов</li> <li>• Апиксабан применяется только после приема парентеральных антикоагулянтов</li> <li>• Варфарин применяется без предварительного приема парентеральных антикоагулянтов</li> </ul>
1023.	Профилактика повторных эпизодов ТЭЛА проводится с помощью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антикоагулянтов</li> <li>• Антиагрегантов</li> <li>• Тромболитиков</li> <li>• Не проводится</li> </ul>
1024.	Минимальная продолжительность проводимой антикоагулянтной терапии у пациентов после перенесенной тромбоэмболии легочной артерии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 месяца</li> <li>• Не проводится</li> <li>• 12 месяцев</li> <li>• 24 месяца</li> </ul>
1025.	У беременных с ТЭЛА, согласно рекомендациям, антикоагулянтная терапия может проводиться следующими препаратами:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкомолекулярными гепаринами</li> <li>• Ацетилсалициловой кислотой</li> <li>• Клопидогрелем</li> <li>• Дабигатраном</li> </ul>
1026.	Антикоагулянтной терапией первой линии у пациентов с ТЭЛА и злокачественным новообразованием являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкомолекулярные гепарины</li> <li>• Ацетилсалициловая кислота</li> <li>• Блокаторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Пероральные антикоагулянты</li> </ul>
1027.	При беременности в случае развития ТЭЛА прием варфарина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Приводит к осложнениям у плода</li> <li>• Рекомендован под контролем МНО</li> <li>• Рекомендован при невозможности назначения НМГ</li> <li>• Эффективность не доказана</li> </ul>

1028.	Отметьте верное утверждение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>У пациентов с сохраняющейся одышкой спустя три месяца от развития ТЭЛА наиболее высокая вероятность возникновения посттромбоэмболического синдрома</li> <li>Тромболизис связан со снижением смертности у пациентов с ТЭЛА и индексом PESI = 2</li> <li>У пациентов с ТЭЛА на фоне хирургической операции первой линией терапии является имплантация кава-фильтра</li> <li>У пациентов с ТЭЛА на фоне хирургической операции требуется терапия антикоагулянтами более 3 месяцев</li> </ul>
1029.	Проведение тромболитической терапии при ТЭЛА не противопоказано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>При наличии острой язвы желудка</li> <li>При перенесенном геморрагическом инсульте за 5 лет до развития ТЭЛА</li> <li>При наличии новообразований головного мозга</li> <li>При перенесенном ишемическом инсульте в течение 5 месяцев до развития ТЭЛА</li> </ul>
1030.	Оперативное лечение ТЭЛА может проводиться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Во всех перечисленных случаях</li> <li>У пациентов с противопоказаниями к тромболизису</li> <li>У пациентов с ТЭЛА с высоким риском 30-дневной смертности</li> <li>У пациентов с неэффективным тромболизисом</li> </ul>
1031.	Оперативное лечение ТЭЛА не применяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пациентам после эффективного тромболизиса</li> <li>Пациентам со стойкой гипотонией</li> <li>Пациентам с PESI III и правожелудочковой недостаточностью</li> <li>Более чем через 24 часа после развития ТЭЛА</li> </ul>
1032.	Для оперативного лечения ТЭЛА применяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное</li> <li>Катетерная деструкция тромба</li> <li>Катетерная деструкция тромба с внутриартериальным тромболизисом</li> <li>Катетерная тромбэктомия</li> </ul>
1033.	Для диагностики посттромбоэмболического синдрома используется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное</li> <li>Допплер-эхокардиография</li> <li>Сцинтиграфия легких</li> <li>Катетеризация правых отделов сердца</li> </ul>
1034.	Пациентам с посттромбоэмболической легочной гипертензией показано все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Антикоагулянтной терапии длительностью не более 3 месяцев</li> <li>Пожизненной антикоагулянтной терапии</li> <li>Терапии диуретиками</li> <li>Хирургической эмболэктомии</li> </ul>
1035.	В лекарственной терапии пациентов с посттромбоэмболическим синдромом доказана эффективность применения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Риоцигуата</li> <li>Силденафила</li> <li>Илопроста</li> <li>Нитратов</li> </ul>
1036.	Диагностическим признаком посттромбоэмболического синдрома является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Наличие дефектов перфузии при сцинтиграфии легких</li> <li>Снижение скорости трикуспидальной регургитации</li> <li>Наличие дефектов вентиляции при сцинтиграфии легких</li> <li>Повышение давления заклинивания легочной артерии более 18 мм рт.ст. при катетеризации правых отделов сердца</li> </ul>

1037.	Наиболее эффективным методом лечения посттромбоэмболического синдрома является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хирургическая эмболэктомия</li> <li>• Терапия риоцигуатом</li> <li>• Катетерная эмболэктомия</li> <li>• Трансплантация легких</li> </ul>
1038.	Рекомендуемая продолжительность антикоагулянтной терапии у пациентов с тромбозом легочной артерии, возникшей после трансатлантического перелета в самолете:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 месяца</li> <li>• 6 месяцев</li> <li>• 12 месяцев</li> <li>• Пожизненно</li> </ul>
1039.	Антикоагулянтная терапия после перенесенной тромбозом легочной артерии в течение не более 3 месяцев рекомендуется пациентам:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• После ТЭЛА на фоне замены тазобедренного сустава</li> <li>• После ТЭЛА на фоне онкологического заболевания с метастатическим процессом</li> <li>• После ТЭЛА у пациента с тромбофилией</li> <li>• После рецидивирующей ТЭЛА у пациентов без выявленной причины</li> </ul>
1040.	Антикоагулянтная терапия после перенесенной тромбозом легочной артерии неопределенно долго рекомендуется пациентам:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• После рецидивирующей ТЭЛА у пациентов без выявленной причины</li> <li>• После ТЭЛА на фоне замены тазобедренного сустава</li> <li>• После ТЭЛА на фоне оперативного лечения онкологического заболевания</li> <li>• После ТЭЛА у пациента с переломом костей голени</li> </ul>
1041.	Пациенту после перенесенной тромбозом легочной артерии с выявленным онкологическим заболеванием рекомендованная минимальная длительность антикоагулянтной терапии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• До 6 месяцев</li> <li>• До 3 месяцев</li> <li>• До 24 месяцев</li> <li>• Пожизненно</li> </ul>
1042.	Наиболее частым из перечисленных осложнений установленного кава-фильтра является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоз глубоких вен голени</li> <li>• Миграция фильтра</li> <li>• Рецидив ТЭЛА</li> <li>• Тромбоз фильтра</li> </ul>
1043.	Кава-фильтр устанавливается в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нижнюю полую вену</li> <li>• Верхнюю полую вену</li> <li>• Бедренную вену</li> <li>• Аорту</li> </ul>
1044.	При выборе кава-фильтра предпочтительна имплантация:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Временного кава-фильтра</li> <li>• Постоянного кава-фильтра</li> <li>• Нет различий в выборе кава-фильтра</li> <li>• Временного кава-фильтра с его дальнейшей заменой на постоянный</li> </ul>
1045.	Первичная профилактика тромбозом легочной артерии показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При всем перечисленном</li> <li>• Пациентам при замене тазобедренного сустава</li> <li>• Пациентам при переломе голени</li> <li>• Пациентам с травмой спинного мозга</li> </ul>
1046.	Антикоагулянтная терапия с целью первичной профилактики тромбозом легочной артерии показана всем пациентам с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбозом глубоких вен бедра</li> <li>• Тромбозом поверхностных вен бедра</li> <li>• Тромбозом глубоких вен голени</li> <li>• Тромбозом кубитального катетера</li> </ul>
1047.	Антикоагулянтная терапия с целью первичной профилактики тромбозом легочной артерии показана пациентам с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем перечисленным</li> <li>• Тромбозом задней большеберцовой вены и ТЭЛА в анамнезе</li> <li>• Тромбозом подколенной вены</li> <li>• Тромбозом центрального венозного катетера</li> </ul>

1048.	Для микрососудистой стенокардии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боли в грудной клетки при физической нагрузке + отсутствие стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии + депрессия сегмента ST при проведении стресс-теста</li> <li>• Боли в грудной клетки при физической нагрузке + стенотическое поражение коронарных артерий при коронарографии + возникновение депрессий сегмента ST на стресс-тесте</li> <li>• Боли в грудной клетки без связи с физической нагрузкой + отсутствие стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии, независимо от результатов стресс-теста</li> <li>• Боли в грудной клетки при физической нагрузке + стенотическое поражение коронарных артерий + отсутствие депрессий сегмента ST при проведении стресс-теста</li> </ul>
1049.	К диагностическим критериям микрососудистой стенокардии относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие стенотического поражения крупных коронарных сосудов</li> <li>• Боли в прекардиальной области при нагрузке, проходящие сразу после приема нитратов</li> <li>• Боли в прекардиальной области, не связанные с физической нагрузкой</li> <li>• Стенотические поражения коронарных артерий малого калибра</li> </ul>
1050.	К патогенетическому механизму развития микрососудистой стенокардии относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Генерализованная микрососудистая дисфункция эндотелия</li> <li>• Микроэмболия коронарных артерий</li> <li>• Спазм коронарных артерий</li> <li>• Все перечисленное</li> </ul>
1051.	К патогенетическому механизму развития микрососудистой стенокардии не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дисфункция гладкомышечных клеток крупных эпикардиальных артерий</li> <li>• Повышение ответа рецепторов коронарной микроциркуляции на симпатическую активацию</li> <li>• Дефицит эстрогенов в менопаузу</li> <li>• Дисфункция гладкомышечных клеток мелких артериол</li> </ul>
1052.	Прогноз у пациентов с микрососудистой стенокардией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хуже, чем прогноз здоровых добровольцев, но лучше, чем у пациентов со стенокардией напряжения</li> <li>• Не отличается от прогноза здоровых добровольцев</li> <li>• Хуже, чем прогноз пациентов со стенокардией напряжения</li> <li>• Хуже, чем прогноз при вазоспастической стенокардии</li> </ul>
1053.	Для диагностики микрососудистой стенокардии показано проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего перечисленного</li> <li>• Стресс-теста с ЭКГ мониторингом</li> <li>• Стресс-теста с визуализацией миокарда</li> <li>• Коронарографии</li> </ul>
1054.	Для диагностики микрососудистой стенокардии используются все перечисленные методики, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Катетеризации правых отделов сердца</li> <li>• Стресс-эхокардиографии</li> <li>• Интракоронарного исследования с аденозином</li> <li>• МРТ-стресс-теста</li> </ul>
1055.	К диагностическим критериям микрососудистой стенокардии не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие спазма коронарных артерий при введении фенилэфрина</li> <li>• Появление ишемических изменений на ЭКГ на фоне болей</li> <li>• Отсутствие стресс-индуцированного нарушения сократимости миокарда</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие спазма коронарных артерий при введении ацетилхолина</li> </ul>
1056.	К диагностическим критериям микрососудистой стенокардии относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие значимых стенозов коронарных артерий</li> <li>Снижение резерва коронарного кровотока <math>&lt;2.0</math> по данным магнитно-резонансной томографии</li> <li>Увеличение резерва коронарного кровотока <math>&gt;4.0</math> по данным эхокардиографии</li> <li>Все перечисленные</li> </ul>
1057.	Измерение резерва коронарного кровотока производится с помощью инфузии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Аденозина</li> <li>Нитроглицерина</li> <li>Никорандила</li> <li>Адреналина</li> </ul>
1058.	Для постановки диагноза микрососудистой стенокардии необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное</li> <li>Возникновения болей в грудной клетке при физической нагрузке</li> <li>Депрессия сегмента ST при проведении стресс-теста</li> <li>Отсутствие значимых стенозов коронарных артерий</li> </ul>
1059.	Для диагноза микрососудистой стенокардии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Снижение резерва коронарного кровотока</li> <li>Повышение резерва коронарного кровотока</li> <li>Определение спазма коронарных артерий при коронарографии</li> <li>Элевация сегмента ST при проведении стресс-теста</li> </ul>
1060.	Характерным изменениям на ЭКГ для микрососудистой стенокардии при стресс-тесте является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Депрессия сегмента ST в смежных отведениях</li> <li>Элевация сегмента ST в смежных отведениях</li> <li>Патологический зубец Q</li> <li>Уменьшение амплитуды QRS-комплексов</li> </ul>
1061.	По данным Эхо-КГ для микрососудистой стенокардии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие зон нарушения сократимости миокарда</li> <li>Появление зон нарушения сократимости миокарда на фоне приступа болей</li> <li>Появление зон нарушения сократимости миокарда при стресс-тесте</li> <li>Появление обструкции выходного тракта левого желудочка при стресс-тесте</li> </ul>
1062.	Для купирования ангинозных болей при микрососудистой стенокардии наиболее эффективны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Бета-блокаторы</li> <li>Нитраты</li> <li>Ивабрадин</li> <li>Гидралазин</li> </ul>
1063.	Для лечения микрососудистой стенокардии могут применяться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное</li> <li>Нитраты</li> <li>Блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда</li> <li>Блокаторы кальциевых каналов фенилалкиламинового ряда</li> </ul>
1064.	Для лечения микрососудистой стенокардии могут применяться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное</li> <li>Никорандил</li> <li>Бета-блокаторы</li> <li>Ингибиторы АПФ</li> </ul>

1065.	Проведение реваскуляризации миокарда пациентам с микрососудистой стенокардией показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показано</li> <li>• При положительном результате стресс-теста</li> <li>• При индексе Дьюка менее -11</li> <li>• При неэффективности медикаментозной терапии</li> </ul>
1066.	Для улучшения прогноза при микрососудистой стенокардии показано применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аспирин</li> <li>• Бета-адреноблокаторов</li> <li>• Ингибиторов АПФ</li> <li>• Ничего из перечисленного</li> </ul>
1067.	Пациентам с микрососудистой стенокардией показано применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего перечисленного</li> <li>• Аспирин</li> <li>• Статинов</li> <li>• Бета-адреноблокаторов</li> </ul>
1068.	К немедикаментозным методам лечения микрососудистой стенокардии относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нейростимуляция спинного мозга</li> <li>• Чрескожное коронарное вмешательство</li> <li>• Трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация миокарда</li> <li>• Все перечисленное</li> </ul>
1069.	Нельзя исключить из плана обследования больного микрососудистой стенокардией без ущерба для качества диагностики:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Эхокардиографию</li> <li>• Стресс-тест</li> <li>• Коронарографию</li> </ul>
1070.	Можно исключить из плана обследования больного микрососудистой стенокардией без ущерба для качества диагностики:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Магнитно-резонансную томографию сердца</li> <li>• Мониторирование ЭКГ на фоне нагрузки</li> <li>• Коронарографию</li> <li>• Все перечисленное</li> </ul>
1071.	Для диагностики микрососудистой стенокардии не применяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Катетеризация правых отделов сердца</li> <li>• Аортография</li> <li>• Радионуклидная вентрикулография</li> </ul>
1072.	Для дифференциальной диагностики между микрососудистой и вазоспастической стенокардией не информативно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коронарография</li> <li>• Тест на провокацию спазма коронарных артерий</li> <li>• Стресс-тест с визуализацией миокарда</li> <li>• Мониторирование ЭКГ на фоне приступа болей в груди</li> </ul>
1073.	Применение аспирина при микрососудистой стенокардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано всем пациентам</li> <li>• Доказано в крупных рандомизированных работах</li> <li>• Ухудшает прогноз пациентов</li> <li>• Улучшает симптоматику</li> </ul>
1074.	Целевым уровнем холестерина ЛПНП при микрососудистой стенокардии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 1,8 ммоль/л</li> <li>• Менее 2,6 ммоль/л</li> <li>• Менее 3,0 ммоль/л</li> <li>• Целевого уровня нет</li> </ul>
1075.	При микрососудистой стенокардии пожизненно показана антиагрегантная терапия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аспирином</li> <li>• Клопидогрелем</li> <li>• Тикагрелором</li> <li>• Не проводится</li> </ul>
1076.	При микрососудистой стенокардии пациентам нужно рекомендовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Прекращение курение</li> <li>• Дозированные физические нагрузки</li> <li>• Уменьшение потребления животных жиров</li> </ul>



1077.	Для вазоспастической стенокардии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боли в грудной клетки без связи с физической нагрузкой + отсутствие стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии + элевация сегмента ST на ЭКГ на фоне болей</li> <li>• Боли в грудной клетки при физической нагрузке + стенотическое поражение коронарных артерий при коронарографии + возникновение депрессий сегмента ST на стресс-тесте</li> <li>• Боли в грудной клетки без связи с физической нагрузкой + отсутствие стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии + депрессия сегмента ST при проведении стресс-теста</li> <li>• Боли в грудной клетки при физической нагрузке + стенотическое поражение коронарных артерий + отсутствие депрессий сегмента ST при проведении стресс-теста</li> </ul>
1078.	К диагностическим критериям вазоспастической стенокардии относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боли в прекардиальной области в покое в ранние утренние часы</li> <li>• Боли в прекардиальной области при нагрузке, замедленно проходящие после приема нитратов</li> <li>• Отсутствие антиангинального эффекта нитратов</li> <li>• Стенотические поражения коронарных артерий малого калибра</li> </ul>
1079.	К патогенетическому механизму развития вазоспастической стенокардии относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Повышение активности симпатической нервной системы</li> <li>• Хронический воспалительный ответ в стенке коронарных артерий</li> <li>• Генетическая предрасположенность</li> </ul>
1080.	К патогенетическому механизму развития вазоспастической стенокардии не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дисфункция гладкомышечных клеток мелких артериол</li> <li>• Эндотелиальная дисфункция</li> <li>• Курение</li> <li>• Гиперреактивность гладкомышечных клеток крупных эпикардиальных артерий</li> </ul>
1081.	Причиной вторичной вазоспастической стенокардии может являться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Переохлаждение</li> <li>• Эпизоды гипервентиляции</li> <li>• Гипомагниемия</li> </ul>
1082.	К вазоспазму может привести прием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего перечисленного</li> <li>• Кокаина</li> <li>• 5-фторурацила</li> <li>• Амфетаминов</li> </ul>
1083.	Прогноз у пациентов с вазоспастической стенокардией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зависит от подлежащего атеросклеротического поражения коронарных артерий</li> <li>• Не отличается от прогноза здоровых добровольцев</li> <li>• Хуже, чем прогноз пациентов со стенокардией напряжения</li> <li>• Зависит от спазмирующейся коронарной артерии</li> </ul>
1084.	Для диагностики вазоспастической стенокардии показано проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего перечисленного</li> <li>• Суточного мониторирования ЭКГ</li> <li>• Стресс-теста с визуализацией миокарда</li> <li>• Коронарографии</li> </ul>
1085.	Для диагностики вазоспастической стенокардии используются все перечисленные методики, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Катетеризации правых отделов сердца</li> <li>• Стресс-эхокардиографии</li> <li>• Интракоронарного исследования с эрготамином</li> <li>• Стресс-теста</li> </ul>

1086.	К диагностическим критериям вазоспастической стенокардии не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление ишемических изменений на ЭКГ при стресс-тесте</li> <li>• Наличие стресс-индуцированного нарушения сократимости миокарда</li> <li>• Спазм коронарных артерий при введении ацетилхолина</li> <li>• Спазма коронарных артерий при введении эрготамина</li> </ul>
1087.	К диагностическим критериям вазоспастической стенокардии относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Элевации сегмента ST на фоне приступа болей</li> <li>• Депрессии сегмента ST при проведении стресс-теста</li> <li>• Наличие мышечного моста в миокарде</li> <li>• Все перечисленное</li> </ul>
1088.	Провокация спазма коронарных артерий производится с помощью всего, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузии аденозина</li> <li>• Инфузии эргометрина</li> <li>• Теста с гипервентиляцией</li> <li>• Холодового теста</li> </ul>
1089.	Для постановки диагноза вазоспастической стенокардии необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Возникновения болей в грудной клетке в ранние утренние часы</li> <li>• Элевация сегмента ST в момент болевого приступа</li> <li>• Отсутствие значимых стенозов коронарных артерий</li> </ul>
1090.	Для диагноза вазоспастической стенокардии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возникновение спазма коронарных артерий при коронарографии</li> <li>• Снижение резерва коронарного кровотока</li> <li>• Повышение резерва коронарного кровотока</li> <li>• Динамика сегмента ST при проведении стресс-теста</li> </ul>
1091.	Характерным изменениям на ЭКГ для вазоспастической стенокардии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Элевация сегмента ST в смежных отведениях</li> <li>• Депрессия сегмента ST в смежных отведениях</li> <li>• Патологический зубец Q</li> <li>• Уменьшение амплитуды QRS-комплексов</li> </ul>
1092.	По данным Эхо-КГ для вазоспастической стенокардии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление зон нарушения сократимости миокарда на фоне приступа болей</li> <li>• Появление зон нарушения сократимости миокарда при стресс-тесте</li> <li>• Появление обструкции выходного тракта левого желудочка при стресс-тесте</li> <li>• Отсутствие зон нарушения сократимости миокарда</li> </ul>
1093.	Для купирования ангинозных болей при вазоспастической стенокардии эффективны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитраты</li> <li>• Ивабрадин</li> <li>• Гидралазин</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> </ul>
1094.	При вазоспастической стенокардии препаратами выбора являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокаторы кальциевых каналов</li> <li>• Ивабрадин</li> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Ранолазин</li> </ul>
1095.	Для купирования ангинозных болей при вазоспастической стенокардии не применяются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бета-блокаторы</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Блокаторы кальциевых каналов фенилалкиламинового ряда</li> <li>• Блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда</li> </ul>

1096.	Для купирования ангинозных болей при вазоспастической стенокардии применяются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные</li> <li>• Никорандил</li> <li>• Клонидин</li> <li>• Дилтиазем</li> </ul>
1097.	Проведение реваскуляризации миокарда пациентам с вазоспастической стенокардией показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показано ни в одном из случаев</li> <li>• При неэффективности медикаментозной терапии</li> <li>• При наличии мышечного моста в миокарде</li> <li>• При наличии нестенозирующего атеросклеротического поражения в области спазмирующейся артерии</li> </ul>
1098.	Для улучшения прогноза всем пациентам с вазоспастической стенокардией рекомендовано применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из перечисленного</li> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Бета-адреноблокаторов</li> <li>• Ингибиторов АПФ</li> </ul>
1099.	Пациентам с вазоспастической стенокардией на фоне нестенозирующего атеросклероза коронарных артерий показано применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего перечисленного</li> <li>• Аспирина</li> <li>• Статинов</li> <li>• Нитратов</li> </ul>
1100.	Нельзя исключить из плана обследования больного вазоспастической стенокардией без ущерба для качества диагностики:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Эхокардиографию</li> <li>• Холтеровское мониторирование ЭКГ</li> <li>• Коронарографию</li> </ul>
1101.	Можно исключить из плана обследования больного вазоспастической стенокардией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Компьютерную томографию сердца</li> <li>• Стресс-тест с визуализацией миокарда</li> <li>• Коронарографию</li> <li>• Все перечисленное</li> </ul>
1102.	Применение аспирина при вазоспастической стенокардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ухудшает прогноз пациентов без сопутствующего атеросклероза коронарных артерий</li> <li>• Обязательно всем пациентам</li> <li>• Доказано в крупных рандомизированных работах</li> <li>• Улучшает симптоматику</li> </ul>
1103.	Вторым названием вазоспастической стенокардии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенокардия Принцметала</li> <li>• Микрососудистая стенокардия</li> <li>• Коронарный синдром Х</li> <li>• Стенокардия напряжения</li> </ul>
1104.	При вазоспастической стенокардии всем пациентам нужно рекомендовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прекращение курения</li> <li>• Генетическое тестирование</li> <li>• Ограничение физических нагрузок</li> <li>• Все перечисленное</li> </ul>
1105.	Частота определения сопутствующего атеросклероза коронарных артерий при вазоспастической стенокардии составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60% от всех пациентов</li> <li>• 10% от всех пациентов</li> <li>• 30% от всех пациентов</li> <li>• 100% пациентов</li> </ul>
1106.	При вазоспастической стенокардии имплантация кардиовертера-дефибриллятора показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При рецидивах желудочковой тахикардии, несмотря на максимально переносимую терапию</li> <li>• При возникновении желудочковой тахикардии на фоне приступа болей у всех пациентов</li> <li>• При рецидивах АВ-блокады 2 степени Мобитц I, несмотря на максимально переносимую терапию</li> <li>• Всем пациентам</li> </ul>
1107.	Полупериод элиминации — это время, за которое половина введенной дозы лекарственного препарата:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инактивируется и выводится</li> <li>• Всасывается</li> <li>• Выводится</li> <li>• Инактивируется</li> </ul>

1108.	Гепарин в низкой концентрации частично взаимодействует со следующими путями свертывания:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутренний путь</li> <li>• Внешний путь</li> <li>• Общий путь</li> <li>• Все ответы верные</li> </ul>
1109.	Гепарин в малых дозах пролонгирует:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Активированное частичное тромбопластиновое время</li> <li>• Время кровотечения</li> <li>• Протромбиновое время</li> <li>• Все ответы верные</li> </ul>
1110.	Низкомолекулярные гепарины отличаются от нефракционированного гепарина тем, что они:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем перечисленным</li> <li>• Селективно ингибируют фактор Ха</li> <li>• Не могут увеличивать время свертывания</li> <li>• Медленно метаболизируются и обладают более продолжительным действием</li> </ul>
1111.	Что используют в качестве антагониста при передозировке гепарина?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Протамина сульфат</li> <li>• Гепарина сульфат</li> <li>• Декстрана сульфат</li> <li>• Свежезамороженную плазму</li> </ul>
1112.	Концентрация какого фактора свертывания снижается наиболее быстро после начала терапии варфарином?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фактора VII</li> <li>• Фактора IX</li> <li>• Фактора X</li> <li>• Протромбина</li> </ul>
1113.	Какой препарат снижает действие антагонистов витамина К?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Цитостатики</li> <li>• Антибиотик широкого спектра действия</li> <li>• Циметидин</li> <li>• Аспирин</li> </ul>
1114.	Наибольшая доказательная база по благоприятным исходам собрана в области применения антикоагулянтов при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)</li> <li>• Профилактике повторного инфаркта миокарда</li> <li>• Цереброваскулярных событиях</li> <li>• Тромбозе артерии сетчатки</li> </ul>
1115.	Антикоагулянты назначают в следующих случаях:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У иммобилизованных пожилых пациентов</li> <li>• При болезни Бюргера (облитерирующий тромбангиит)</li> <li>• После чрескожного коронарного вмешательства</li> <li>• Всех перечисленных</li> </ul>
1116.	Какие фибринолитические препараты обладают антигенным действием?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стрептокиназа</li> <li>• Урокиназа</li> <li>• Альтеплаза</li> <li>• Тенектеплаза</li> </ul>
1117.	Наиболее тяжелым осложнением применения стрептокиназы является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутричерепное кровотечение</li> <li>• Гипотензия</li> <li>• Лихорадка</li> <li>• Желудочно-кишечное кровотечение</li> </ul>
1118.	Аспирин увеличивает время кровотечения путем ингибирования синтеза:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоксана А2 в тромбоцитах</li> <li>• Факторов свертывания в печени</li> <li>• Простаглицлина в эндотелии сосудов</li> <li>• цАМФ в тромбоцитах</li> </ul>
1119.	Антикоагулянтное действие гепарина возможно быстро прекратить путем назначения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Протамина сульфата</li> <li>• Аминокапроновой кислоты</li> <li>• Адреналина</li> <li>• Витамина К</li> </ul>
1120.	Биодоступность – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Количество препарата, поступающего в системную циркуляцию по отношению к введённой дозе</li> <li>• Количество препарата, всосавшегося из ЖКТ</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрушение препарата в печени</li> <li>• Количество препарата, поступившего к рецептору</li> </ul>
1121.	Выберите препарат, оказывающий прямое действие на мембрану тромбоцитов, вследствие чего происходит ингибирование агрегации, реакция высвобождения и улучшение выживаемости тромбоцитов в экстракорпоральном контуре:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тиклопидин</li> <li>• Дипиридамо́л</li> <li>• Аспирин</li> <li>• Сульфинпиразон</li> </ul>
1122.	Выберите наиболее подходящий гиполипидемический препарат для пациента с повышенным уровнем ЛПНП:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы редуктазы ГМГ-КоА</li> <li>• Производные фиброевой кислоты</li> <li>• Пробукол</li> <li>• Никотиновая кислота</li> </ul>
1123.	Выберите верное утверждение об аторвастатине:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Конкурентный ингибитор на этапе ограничения скорости синтеза холестерина</li> <li>• Значительно снижает триглицериды плазмы крови, при этом мало влияет на уровень холестерина</li> <li>• Используется в качестве дополнения к гемфиброзилу при III типе гиперлипидемии</li> <li>• Неэффективен при диабете, ассоциированном с гиперхолестеринемией</li> </ul>
1124.	Выберите препарат, который снижает синтез холестерина в печени, увеличивает выраженность рецепторов на гепатоцитах к ЛПНП, а также снижает смертность от ишемической болезни сердца:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аторвастатин</li> <li>• Никотиновая кислота</li> <li>• Пробукол</li> <li>• Колести́пол</li> </ul>
1125.	Какой гиполипидемический препарат может быть использован с целью контроля и профилактики панкреатита при семейной гипертриглицеридемии?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Колестирамин</li> <li>• Эзетимайб</li> <li>• Эвалокумаб</li> <li>• Никотиновая кислота</li> </ul>
1126.	Крупномолекулярные, фармакодинамически инертные вещества без антигенной составляющей, которые способны формировать коллоидный раствор, используют в качестве:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плазмозаменителя</li> <li>• Осмотического слабительного</li> <li>• Осмотического диуретика</li> <li>• Все перечисленного</li> </ul>
1127.	Гидроксиэтиловый крахмал это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плазмозаменитель</li> <li>• Гемостатик</li> <li>• Заменитель гепарина</li> <li>• Секвестрант желчных кислот</li> </ul>
1128.	У пациента подагра в анамнезе. Какой препарат может привести к ухудшению состояния больного?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ниацин (никотиновая кислота)</li> <li>• Аторвастатин</li> <li>• Гемфиброзил</li> <li>• Ловастатин</li> </ul>
1129.	Какой из нижеперечисленных препаратов повышает концентрацию дигоксина в сыворотке крови?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хинидин</li> <li>• Каптоприл</li> <li>• Гидрохлортиазид</li> <li>• Лидокаин</li> </ul>

1130.	У пациента 55 лет начата диуретическая терапия сердечной недостаточности легкой степени тяжести на фоне приема других препаратов по поводу прочих заболеваний. Известно, что тиазидные диуретики снижают экскрецию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лития</li> <li>• Диазепама</li> <li>• Флуоксетина</li> <li>• Имипрамина</li> </ul>
1131.	Пациент с гипертонией некоторое время принимал пролонгированный нифедипин без каких-либо побочных эффектов. Если он начнет отмечать чрезмерное снижение артериального давления на фоне терапии нифедипином, то это может быть следствием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Приема грейпфрутового сока</li> <li>• Сопутствующего действия антацидов</li> <li>• Приема продуктов, содержащих тирамин</li> <li>• Приема противоотечных препаратов</li> </ul>
1132.	Высвобождение альдостерона стимулируется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ангиотензином II</li> <li>• Ангиотензином I</li> <li>• Натрийуретическим пептидом</li> <li>• Брадикинином</li> </ul>
1133.	Тахифилаксия – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение эффекта лекарственного вещества после его введения с небольшими интервалами</li> <li>• Повышение чувствительности к лекарственному веществу при повторных введениях</li> <li>• Необычная реакция на лекарственное вещество при его первом введении</li> <li>• Ослабление эффекта лекарственного вещества после его продолжительного применения</li> </ul>
1134.	Активация эндотелинового рецептора типа A приводит к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всему перечисленному</li> <li>• Вазоконстрикции</li> <li>• Бронхоконстрикции</li> <li>• Высвобождению альдостерона</li> </ul>
1135.	Эффект препаратов группы метилксантина, например, аминофиллина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бронходилатация</li> <li>• Вазоконстрикция во многих сосудистых областях</li> <li>• Снижение количества цАМФ в тучных клетках</li> <li>• Активация фермента фосфодиэстеразы</li> </ul>
1136.	Препараты для лечения астмы, которые часто вызывают тахикардию и тремор:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метапротеренол</li> <li>• Беклометазон</li> <li>• Кромолин-натрий</li> <li>• Ипратропия бромид</li> </ul>
1137.	Калий-сберегающий диуретик, который ингибирует действие альдостерона:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спиринолоктон</li> <li>• Амилорид</li> <li>• Триамтерен</li> <li>• Все перечисленные</li> </ul>
1138.	Какой из перечисленных препаратов достоверно удлиняет интервал PR и повышает сердечную сократимость?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дигоксин</li> <li>• Лидокаин</li> <li>• Пропранолол</li> <li>• Верапамил</li> </ul>
1139.	Какое утверждение в отношении верапамила ложное?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верапамил противопоказан пациентам с астмой</li> <li>• Верапамил используют в лечении наджелудочковых тахикардий</li> <li>• Верапамил расслабляет гладкую мускулатуру сосудов</li> <li>• Верапамил замедляет фазу деполяризации потенциала действия в клетках АВ-узла</li> </ul>
1140.	Фармакодинамический тип взаимодействия лекарственных средств может проявиться на этапе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Взаимодействия с рецепторами</li> <li>• Всасывания</li> <li>• Распределения</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биотрансформации</li> </ul>
1141.	Потребность миокарда в кислороде возрастает во всех случаях кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Приема атенолола</li> <li>• Физической нагрузки</li> <li>• Курения</li> <li>• Эмоционального стресса</li> </ul>
1142.	НПВС влияют на эффективность «петлевых» диуретиков:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ослабляя их действие</li> <li>• Незначительно усиливая их действие</li> <li>• Значительно усиливая их действие</li> <li>• Вначале усиливая их действие, а затем ослабляя</li> </ul>
1143.	Оральная абсорбция какого из перечисленных осмотических диуретиков незначительна?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Маннитола</li> <li>• Глицерина</li> <li>• Изосорбида</li> <li>• Всех перечисленных</li> </ul>
1144.	Нижеприведенный калий-сберегающий диуретик является антагонистом минералкортикоидных рецепторов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спиринолактон</li> <li>• Амилорид</li> <li>• Триамтерен</li> <li>• Все перечисленные</li> </ul>
1145.	При сочетанном применении с каким препаратом повышается концентрация дабигатрана в крови?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кетоконазол</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Дилтиазем</li> <li>• Флюканозол</li> </ul>
1146.	С какими препаратами нельзя сочетать прием аписабана?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рифампицин</li> <li>• Верапамил</li> <li>• Дилтиазем</li> <li>• Аспирин</li> </ul>
1147.	При совместном применении с каким препаратом снижается концентрация ривароксабана в крови?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Карбамазепин</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Верапамил</li> <li>• Амиодарон</li> </ul>
1148.	Какие дозы допамина используются у пациентов с ХСН для достижения положительного инотропного эффекта?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-10 мкг/кг/мин</li> <li>• 2,0 мкг/кг/мин</li> <li>• 10-20 мкг/кг/мин</li> <li>• 40 мкг/кг/мин</li> </ul>
1149.	Нефракционированный гепарин связывается с антитромбином III и инактивирует факторы свертывания:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные</li> <li>• Ха</li> <li>• IXa</li> <li>• Па</li> </ul>
1150.	Острая почечная недостаточность может быть вызвана всем кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперкалиемии</li> <li>• Использования контрастного вещества</li> <li>• Снижения сердечного выброса</li> <li>• Гемолиза, миоглобинурии</li> </ul>
1151.	В течение 2 фазы потенциала действия в кардиомиоците деполяризация, протекающая за счет кальциевых каналов, регулируется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Замедленным восстановлением калиевого тока</li> <li>• Внешними каналами хлора</li> <li>• Верны оба варианта</li> <li>• Ничем из перечисленного</li> </ul>
1152.	Передозировка гликозидами выражается в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Накопительной интоксикации</li> <li>• Развитии толерантности</li> <li>• Психологической зависимости от препарата</li> <li>• Физической зависимости от препарата</li> </ul>
1153.	В сердце калиевые каналы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Участвуют в пейсмейкерной функции</li> <li>• Определяют потенциал покоя</li> <li>• Определяют продолжительность потенциала действия</li> </ul>

1154.	Гипотирозидизм – это возможное последствие пролонгированной терапии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амидароном</li> <li>• Прокаинамидом</li> <li>• Мексилетином</li> <li>• Соталолом</li> </ul>
1155.	Органические нитраты расслабляют гладкую мускулатуру посредством:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличения внутриклеточного цГМФ</li> <li>• Увеличения внутриклеточного цАМФ</li> <li>• Уменьшения внеклеточного цАМФ</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1156.	Повышенный автоматизм кардиальных клеток может возникнуть вследствие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего перечисленного</li> <li>• Бета-адренергической стимуляции</li> <li>• Гипокалиемии</li> <li>• Механического перерастяжения сердечной мышцы</li> </ul>
1157.	Способ введения нитроглицерина тринитрата может быть любым из указанных кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутримышечного</li> <li>• Перорального</li> <li>• Сублингвального</li> <li>• Внутривенного</li> </ul>
1158.	В клетках сердца аденозинтрифосфат (АТФ):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вызывает укорочение длительности потенциала действия</li> <li>• Участвует в деполяризации</li> <li>• Увеличивается при нормальном автоматизме</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1159.	Какие из нижеперечисленных противоишемических препаратов обладают побочным эффектом в виде тахикардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нифедипин</li> <li>• Метопролол</li> <li>• Дилтиазем</li> <li>• Верапамил</li> </ul>
1160.	Что из перечисленного не относится к действию амлодипина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Создает активный метаболит</li> <li>• Высокая и стабильная биодоступность при пероральном приеме</li> <li>• Большой объем распределения</li> <li>• Длительный период полувыведения</li> </ul>
1161.	Бисопролол не следует назначать пациенту со стенокардией, который уже принимает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верапамил</li> <li>• Нифедипин</li> <li>• Фелодипин</li> <li>• Изосорбида мононитрат</li> </ul>
1162.	Какой из прямых антикоагулянтов является пролекарством?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дабигатран</li> <li>• Эдоксабан</li> <li>• Ривароксабан</li> <li>• Апиксабан</li> </ul>
1163.	Увеличенное количество инфарктов миокарда и повышенная смертность были ассоциированы с назначением этого препарата:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нифедипин короткого действия</li> <li>• Верапамил</li> <li>• Дилтиазем</li> <li>• Лизиноприл</li> </ul>
1164.	После перорального приема дигоксина пик его концентрации достигается через	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 - 6 часов</li> <li>• 1 – 2 мин</li> <li>• 30 – 60 мин</li> <li>• 5 – 10 мин</li> </ul>
1165.	Нормальная концентрации гликозидов в плазме крови составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,5 – 1,5 нг/мл и токсичность проявляется после 3 мг/мл</li> <li>• 1 – 5 нг/мл и токсичность проявляется после 50 мг/мл</li> <li>• 0,1 – 0,5 нг/мл и токсичность проявляется после 5 мг/мл</li> <li>• 0,5 – 1,5 нг/мл и токсичность проявляется после 5 мг/мл</li> </ul>



1166.	Что из перечисленного наиболее вероятно принесет пользу пациенту с острым отеком легких вследствие сердечной недостаточности?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фуросемид внутривенно</li> <li>• Морфин внутривенно</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Наложение жгута</li> </ul>
1167.	Самими ранними симптомами интоксикации при постоянном приеме гликозидов являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анорексия (отказ от пищи), тошнота, рвота</li> <li>• Нарушение цветовосприятия</li> <li>• Нарушение психики</li> <li>• Загрудинная боль</li> </ul>
1168.	На фоне лечения ХСН сердечными гликозидами, частота сердечных сокращений у пациента снижается с 86 в мин до 40 в мин. Это обусловлено:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возможно, это результат лекарственно индуцированной АВ-блокады</li> <li>• Может быть не связано с назначенной терапией</li> <li>• Это желаемый эффект от препаратов</li> <li>• Следует увеличить дозу назначенного препарата</li> </ul>
1169.	Метгемоглобинемия может возникнуть при высоких дозах	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитратов</li> <li>• Гликозидов</li> <li>• Биспролола</li> <li>• Всего перечисленного</li> </ul>
1170.	При назначении флуконазола пациентам, принимающим антагонисты кальция, возрастает риск	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипотензии</li> <li>• Нефротоксичности</li> <li>• Аллергических реакций</li> <li>• Гипогликемии</li> </ul>
1171.	Активация протромбина до тромбина осуществляется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фактором V</li> <li>• Фактором VIII</li> <li>• Фактором IX</li> <li>• Всеми перечисленными</li> </ul>
1172.	При проведении рентгеноконтрастных процедур пациентам, получающим аминогликозиды для парентерального введения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Растет риск нефротоксичности</li> <li>• Снижается антимикробная активность антибиотиков</li> <li>• Повышается риск тромбозов</li> <li>• Ухудшается визуализация во время процедуры</li> </ul>
1173.	Ингибитор АПФ, который применяют в неотложной терапии гипертензивных состояний:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эналаприлат</li> <li>• Бензолаприл</li> <li>• Фозиноприл</li> <li>• Квинаприл</li> </ul>
1174.	При назначении левофлоксацина пациенту, принимающему амиодарон:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличивается интервал QT</li> <li>• Повышается ЧСС</li> <li>• Быстро нарастает концентрация левофлоксацина</li> <li>• Снижается антибактериальный эффект</li> </ul>
1175.	При одновременном приеме внутрь аторвастатина и суспензии, содержащей магния гидроксид и алюминия гидроксид концентрация аторвастатина в плазме крови:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшается</li> <li>• Увеличивается</li> <li>• Не изменяется</li> <li>• Сначала увеличивается, затем уменьшается</li> </ul>
1176.	При одновременном применении аторвастатина с какими препаратами его концентрация в крови не увеличивается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амиодарона</li> <li>• Флюканозола</li> <li>• Дилтиазема</li> <li>• Кларитромицина</li> </ul>
1177.	При одновременном применении аторвастатина и контрацептива для приема внутрь, содержащего норэтиндрон и этинилэстрадиол, происходит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение концентрации этинилэстрадиола</li> <li>• Повышение концентрации аторвастатина</li> <li>• Снижение концентрации аторвастатина</li> <li>• Снижение концентрации норэтиндрона</li> </ul>
1178.	Амиодарон не опасно сочетать с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бета-адреноблокаторами</li> <li>• Трициклическими антидепрессантами</li> <li>• Фторхинолонами</li> <li>• Нейролептиками</li> </ul>

1179.	Риск развития желудочковой тахикардии типа «пируэт» повышается при одновременном применении амиодарона с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Системными глюкокортикостероидами</li> <li>• Бета-адреноблокаторами</li> <li>• Калийсберегающими диуретиками</li> <li>• Статинами</li> </ul>
1180.	Риск развития желудочковой тахикардии типа «пируэт» повышается при одновременном применении амиодарона с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Слабительными средствами</li> <li>• Нитратами</li> <li>• Ингибиторами АПФ</li> <li>• Препаратами железа</li> </ul>
1181.	Амиодарон в сочетании со средствами для ингаляционной анестезии и оксигенотерапия повышают риск развития	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все ответы верные</li> <li>• Брадикардии</li> <li>• Гипотонии</li> <li>• Нарушений проводимости</li> </ul>
1182.	Рифампицин и препараты зверобоя, взаимодействуя с амиодароном	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижают концентрацию амиодарона в крови</li> <li>• Повышают концентрацию амиодарона в крови</li> <li>• Увеличивают риск брадикардии</li> <li>• Увеличивают интервал QT</li> </ul>
1183.	При сочетанном приеме варфарина и амиодарона	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возрастает риск кровотечений</li> <li>• Увеличивается интервал QT</li> <li>• Возрастает риск тромбозов</li> <li>• Увеличивается риск аритмий</li> </ul>
1184.	Во время приема амиодарона рекомендуется проводить	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Рентгенологическое исследование органов грудной клетки</li> <li>• Анализ ЭКГ</li> <li>• Контроль активности ферментов печени</li> </ul>
1185.	При взаимодействии амиодарона и клопидогрела	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижается концентрация клопидогрела</li> <li>• Повышается концентрация амиодарона</li> <li>• Повышается концентрация клопидогрела</li> <li>• Снижается концентрация амиодарона</li> </ul>
1186.	При приеме амиодарона рекомендуется	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Избегать инсоляции</li> <li>• Избегать чрезмерных физических нагрузок</li> <li>• Избегать переохлаждения</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
1187.	Гепарин натрия для внутривенной инфузии следует разводить	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раствором NaCl 0,9%</li> <li>• Раствором 5% глюкозы</li> <li>• Раствором Рингера</li> <li>• Любым из перечисленных</li> </ul>
1188.	Антикоагулянтное действие гепарина натрия снижается при одновременном применении с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем перечисленным</li> <li>• Антигистаминными препаратами</li> <li>• Аскорбиновой кислотой</li> <li>• Сердечными гликозидами</li> </ul>
1189.	Антикоагулянтное действие гепарина натрия усиливается при одновременном применении с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем перечисленным</li> <li>• Нестероидными противовоспалительными препаратами</li> <li>• Глюкокортикостероидами</li> <li>• Декстраном</li> </ul>
1190.	К рациональным комбинациям антигипертензивных препаратов относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• иАПФ + диуретик</li> <li>• БРА + диуретик</li> <li>• иАПФ + дигидропиридиновый антагонист кальция</li> </ul>
1191.	Риск развития желудочковой тахикардии типа «пируэт» повышается при одновременном применении амиодарона с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Системными глюкокортикостероидами</li> <li>• иАПФ</li> <li>• Калийсберегающими диуретиками</li> <li>• Статинами</li> </ul>

1192.	При назначении эритромицина пациенту, принимающему статины:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышается риск рабдомиолиза</li> <li>• Снижается концентрация симвастатина</li> <li>• Снижается концентрация эритромицина</li> <li>• Повышается уровень холестерина</li> </ul>
1193.	Абсолютными противопоказаниями к назначению иАПФ являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Беременность</li> <li>• Двухсторонний стеноз почечных артерий</li> <li>• Гиперкалиемия</li> </ul>
1194.	При выборе антигипертензивного препарата необходимо руководствоваться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем перечисленным</li> <li>• Наличием противопоказаний</li> <li>• Наличием особых клинических ситуаций</li> <li>• Возможностью взаимодействия с лекарственными препаратами, применяемыми по поводу лечения других заболеваний</li> </ul>
1195.	Какие препараты из группы статинов метаболизируются через изофермент 3A4 цитохрома P450:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные</li> <li>• Аторвастатин</li> <li>• Симвастатин</li> <li>• Ни один из перечисленных</li> </ul>
1196.	Какие препараты из группы статинов метаболизируются через изофермент 2C9 цитохрома P450:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Розувастатин</li> <li>• Флювастатин</li> <li>• Ни один из перечисленных</li> </ul>
1197.	При одновременном применении аторвастатина с этим препаратом повышается риск развития рабдомиолиза:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Циклоспорин</li> <li>• Варфарин</li> <li>• Нифедипин</li> <li>• Метронидазол</li> </ul>
1198.	Какое состояние наиболее вероятно может исказить реальную концентрацию ферритина сыворотки крови?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острое воспаление</li> <li>• Голод</li> <li>• Анемия</li> <li>• Гиповолемия</li> </ul>
1199.	Для гипопролиферативной формы анемии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нормохромия</li> <li>• Гиперхромия</li> <li>• Ретикулоцитоз</li> <li>• Резкое снижение СОЭ</li> </ul>
1200.	При низком индексе продукции ретикулоцитов (<2,5) и анамнезе гломерулонефрита наиболее вероятное заключение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефект синтеза эритропоэтина</li> <li>• Железодефицитная анемия</li> <li>• Постгеморрагическая анемия</li> <li>• Мегалобластная анемия</li> </ul>
1201.	При высоком индексе продукции ретикулоцитов (>2,5) наиболее вероятна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постгеморрагическая анемия</li> <li>• Железодефицитная анемия</li> <li>• Мегалобластная анемия</li> <li>• Дефект синтеза эритропоэтина</li> </ul>
1202.	При каком варианте гемолитической анемии образуются антитела к эритроцитам?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Холодовая гемоглобинурия</li> <li>• Дефицит пируваткиназы</li> <li>• Дефицит аденилатциклазы</li> <li>• Серповидно-клеточная анемия</li> </ul>
1203.	Анемия Минковского-Шофара – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наследственный сфероцитоз</li> <li>• Наследственный эллиптоцитоз</li> <li>• Наследственный стоматоцитоз</li> <li>• Все ответы неверны</li> </ul>
1204.	Выберите правильное суждение о терапии В12-дефицитной анемии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пожизненная терапия рекомендуется всем, если нет устранимой причины анемии</li> <li>• Препарат кобаламина вводится до нормализации параметров крови и ещё полгода</li> <li>• Препарат кобаламина вводится до нормализации параметров крови</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам рекомендуется пожизненная терапия</li> </ul>
1205.	Лечение фолиеводефицитной анемии необходимо сочетать с терапией витамином В12. Почему?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Без В12 развивается нейротоксичность</li> <li>• Это неверно</li> <li>• Без В12 фолат не действует</li> <li>• Чтобы устранить скрытый дефицит В12</li> </ul>
1206.	Укажите заболевание, для которого нехарактерно наличие микроцитарного эритроцитоза:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезнь Минковского-Шофара</li> <li>• Истинная полицитемия</li> <li>• Гипоксический эритроцитоз</li> <li>• Бета-талассемия</li> </ul>
1207.	К причинам вторичного абсолютного эритроцитоза не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапия диуретиками</li> <li>• Проживание в высокогорье</li> <li>• Стеноз почечных артерий</li> <li>• Синдром ночного апноэ</li> </ul>
1208.	При каком инфекционном заболевании возможна выраженная нейтропения вплоть до агранулоцитоза?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Туберкулез</li> <li>• Пиелонефрит</li> <li>• Сифилис</li> <li>• Лептоспироз</li> </ul>
1209.	У лиц какого пола и возраста чаще развивается миелодисплазия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У пожилых женщин</li> <li>• У молодых женщин</li> <li>• У молодых мужчин</li> <li>• У пожилых мужчин</li> </ul>
1210.	Эффективны ли препараты витамина В12 при лечении миелодисплазии?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет</li> <li>• Да</li> <li>• Да, в сочетании с препаратами железа</li> <li>• Да, только в сочетании с фолиевой кислотой</li> </ul>
1211.	Миеломная болезнь связана с пролиферацией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В-лимфоцитов</li> <li>• Т-лимфоцитов</li> <li>• Нейтрофилов</li> <li>• Тромбоцитов</li> </ul>
1212.	При каком заболевании картину электрофореза белков сыворотки нужно дифференцировать с миеломной болезнью?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Абсцесс легкого</li> <li>• Грипп</li> <li>• ВИЧ-инфекция</li> <li>• Сифилис</li> </ul>
1213.	Увеличение кальция в сыворотке крови при миеломной болезни означает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прогрессирование миеломной болезни</li> <li>• Выздоровление</li> <li>• Не имеет значения</li> <li>• Присоединение инфекции</li> </ul>
1214.	Основная причина почечной недостаточности при миеломной болезни:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперкальциемия</li> <li>• Глюкозурия</li> <li>• Почки не поражаются</li> <li>• Протеинурия</li> </ul>
1215.	Что не входит в триаду симптомов миеломной болезни?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лимфаденопатия</li> <li>• М-градиент</li> <li>• Остеолитические очаги</li> <li>• Плазматитоз костного мозга</li> </ul>
1216.	Какой фактор свёртывания поражён при гемофилии А? Является ли он ферментом гемостаза?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VIII, не является</li> <li>• VII, является</li> <li>• VII, не является</li> <li>• VIII, является</li> </ul>

1217.	Чем отличается болезнь фон Виллебранда от гемофилии А ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Это заболевания разных компонентов крови</li> <li>• Это синонимы - не отличается</li> <li>• Это разные формы поражения внутреннего пути гемостаза</li> <li>• Все ответы неверные</li> </ul>
1218.	Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефицит ADAMTS13</li> <li>• То же, что и гепарин-индуцированная тромбоцитопения</li> <li>• Дефицит фактора VIII</li> <li>• Такого заболевания нет</li> </ul>
1219.	Какой фазы нет в ДВС-синдроме?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трансформации</li> <li>• Коагулопатии потребления</li> <li>• Диссеминированного тромбоза</li> <li>• Полиорганной недостаточности</li> </ul>
1220.	Может ли у больного гемофилией мужчины родиться больной гемофилией внук?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да, если у него будет дочь</li> <li>• Да, если у него будет сын</li> <li>• Нет</li> <li>• Да, если у него будут близнецы</li> </ul>
1221.	Для диагностики гемофилии применяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Время свертывания крови</li> <li>• Время кровотечения</li> <li>• МНО</li> <li>• АЧТВ</li> </ul>
1222.	Для амилоидоза почек наиболее характерна	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Протеинурия</li> <li>• Лейкоцитурия</li> <li>• Гематурия</li> <li>• Бактериурия</li> </ul>
1223.	При каком заболевании может развиваться наследственный (генетический) амилоидоз почек?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При периодической болезни</li> <li>• При ревматоидном артрите</li> <li>• При туберкулезе</li> <li>• При миеломной болезни</li> </ul>
1224.	Патогенез отеков при нефротическом синдроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все ответы верны</li> <li>• Снижение онкотического давления плазмы</li> <li>• Выход воды и электролитов в интерстициальную ткань</li> <li>• Активация ренин-альдостероновой системы</li> </ul>
1225.	Доклиническая стадия амилоидоза почек характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преобладанием симптомов основного заболевания</li> <li>• Появлением бессимптомной альбуминурии</li> <li>• Появлением массивных отеков</li> <li>• Нарастающей мышечной слабостью</li> </ul>
1226.	Степень тяжести течения нефротического синдрома определяет	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Степень гипоальбуминемии</li> <li>• Выраженность протеинурии</li> <li>• Вариант ответа на терапию глюкокортикостероидами</li> <li>• Наличие заболевания, вызывавшего нефротический синдром</li> </ul>
1227.	Крайне тяжелая степень нефротического синдрома устанавливается при гипоальбуминемии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 10 г/л</li> <li>• 10-20 г/л</li> <li>• Менее 20 г/л</li> <li>• Менее 30 г/л</li> </ul>
1228.	Какой тип дислипидемии наиболее часто диагностируют при нефротическом синдроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• II</li> <li>• I</li> <li>• III</li> <li>• IV</li> </ul>

1229.	Диспротеинемия при нефротическом синдроме проявляется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижением содержания альбуминов, увеличение <math>\alpha</math>(альфа)2- и <math>\beta</math>(бета)-глобулинов</li> <li>• Увеличением содержания альбуминов, содержание глобулинов не меняется</li> <li>• Увеличением гамма-глобулинов при неизменном содержании альбуминов</li> <li>• Нет правильного ответа</li> </ul>
1230.	Через какое время развивается хроническая почечная недостаточность у больных нефротическим синдромом с персистирующим вариантом течения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Через 8-10 лет</li> <li>• Через 1-3 года</li> <li>• Через 5-6 лет</li> <li>• Развивается сразу при развитии нефротического синдрома</li> </ul>
1231.	Через какое время развивается хроническая почечная недостаточность у больных нефротическим синдромом с прогрессирующим вариантом течения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Через 1-3 года</li> <li>• Через 5-6 лет</li> <li>• Через 8-10 лет</li> <li>• Развивается сразу при развитии нефротического синдрома</li> </ul>
1232.	Осложнениями нефротического синдрома являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все ответы верны</li> <li>• Развитие гипохромной микроцитарной железодефицитной анемии, резистентной к терапии препаратами железа</li> <li>• Атеросклероз</li> <li>• Снижение иммунитета, частые инфекционные заболевания</li> </ul>
1233.	Лечение глюкокортикостероидами при нефротическом синдроме показано во всех случаях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диабетического гломерулосклероза</li> <li>• Острого гломерулонефрита</li> <li>• Системной красной волчанки</li> <li>• Лекарственной болезни</li> </ul>
1234.	Рекомендованное количество белка в суточном рационе при амилоидозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Количество белка уменьшено</li> <li>• Количество белка не изменяется</li> <li>• Количество белка увеличено</li> <li>• Не имеет значения</li> </ul>
1235.	Какие признаки позволяют отличить нефротическую форму хронического гломерулонефрита от амилоидоза?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные ответы верны</li> <li>• Отсутствие в анамнезе заболевания гнойной или воспалительной природы, способного вызвать амилоидоз</li> <li>• Раннее падение клубочковой фильтрации</li> <li>• Отрицательные результаты биопсии органов на амилоидоз</li> </ul>
1236.	Диагностическими критериями диабетического гломерулосклероза при наличии нефротического синдрома являются все перечисленные, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Положительная проба Беннхольда с конго красным</li> <li>• Наличие в анамнезе длительного сахарного диабета</li> <li>• Уменьшение глюкозурии и гликемии</li> <li>• Снижение удельного веса мочи</li> </ul>
1237.	Если у больного туберкулезом развивается нефротический синдром, то в первую очередь следует думать о наличии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амилоидоза почек</li> <li>• Туберкулеза почек</li> <li>• Острого гломерулонефрита</li> <li>• Медикаментозного поражения почек</li> </ul>
1238.	Морфологическими характеристиками поражения почек у больных волчаночным нефритом с нефротическим синдромом при системной красной волчанке являются все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отложения IgA на базальной мембране клубочков</li> <li>• Гиалиновых тромбов в капиллярах</li> <li>• Пролиферативных изменений клубочков с фибриноидным некрозом</li> <li>• Изменений базальных мембран клубочков</li> </ul>
1239.	Развитие нефротического синдрома у больных ревматоидным артритом может быть вызвано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные ответы верны</li> <li>• Вторичным амилоидозом</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интерстициальным нефритом</li> <li>• Лекарственным нефритом</li> </ul>
1240.	У здорового человека допустимое суточное выделение белка с мочой составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• До 30 мг в сутки</li> <li>• До 10 мг в сутки</li> <li>• До 20 мг в сутки</li> <li>• До 40 мг в сутки</li> </ul>
1241.	Характеристиками нефротического синдрома являются все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперальбуминемии</li> <li>• Массивной протеинурии</li> <li>• Гипоальбуминемии</li> <li>• Гиперлипидемии</li> </ul>
1242.	Клетки юкстагломерулярного аппарата почки наиболее активно вырабатывают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ренин</li> <li>• Инсулин</li> <li>• Альдостерон</li> <li>• Ангиотензин</li> </ul>
1243.	Какие цилиндры из перечисленных могут встречаться в норме в моче?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиалиновые</li> <li>• Зернистые</li> <li>• Восковидные</li> <li>• Эритроцитарные</li> </ul>
1244.	Острая обструкция мочевых путей, при которой развивается острая почечная недостаточность, может встречаться при всех перечисленных состояниях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Воздействия нефротропных ядов</li> <li>• Мочекаменной болезни</li> <li>• Рака мочевого пузыря</li> <li>• Блокады канальцев уратами при естественном течении лейкозов</li> </ul>
1245.	Острая почечная недостаточная недостаточность, обусловленная расстройствами общей циркуляции, называется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преренальная</li> <li>• Ренальная</li> <li>• Постренальная</li> <li>• Вазоренальная</li> </ul>
1246.	Причинами преренальной острой почечной недостаточности являются все перечисленные состояния, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рентгенконтрастной нефропатии</li> <li>• Ожогов</li> <li>• Кардиогенного шока</li> <li>• Анафилаксии</li> </ul>
1247.	Группа антибиотиков, обладающая нефротоксичностью	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аминогликозиды</li> <li>• Цефалоспорины</li> <li>• Пенициллины</li> <li>• Макролиды</li> </ul>
1248.	Особенности лечения острой почечной недостаточности при остром интерстициальном нефрите:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Применение высоких доз глюкокортикостероидов</li> <li>• Профилактическое применение гемодиализа</li> <li>• Применение высоких доз петлевых диуретиков</li> <li>• Назначение дезагрегантной терапии</li> </ul>
1249.	Характеристика мочи в период олигурии при острой почечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все ответы верны</li> <li>• Содержит большое количество белка и цилиндров</li> <li>• Содержание натрия не более 50 ммоль/л</li> <li>• Осмоляльность мочи не превышает осмоляльность плазмы</li> </ul>
1250.	Функциональное состояние почек и стадию хронической почечной недостаточности наиболее точно отражает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клубочковая фильтрация</li> <li>• Протеинурия</li> <li>• Канальцевая реабсорбция</li> <li>• Относительная плотность мочи</li> </ul>
1251.	Какой тип анемии имеет патогенетическое значение у больных хронической почечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анемия вследствие дефицита синтеза эритропоэтина</li> <li>• В12-дефицитная анемия</li> <li>• Железодефицитная анемия</li> <li>• Апластическая анемия</li> </ul>

1252.	Что из нижеперечисленного наиболее эффективно для лечения анемии при хронической почечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рекомбинантный эритропоэтин</li> <li>• Дисферал</li> <li>• Препараты фолиевой кислоты</li> <li>• Препараты железа</li> </ul>
1253.	Гипокалиемия может наблюдаться при всех указанных состояниях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Олигурической почечной недостаточности</li> <li>• Первичного гиперальдостеронизма</li> <li>• Болезни Иценко-Кушинга</li> <li>• Ренинсекретирующей опухоли</li> </ul>
1254.	Кровоточивость при хронической почечной недостаточности в основном вызвана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Патологией тромбоцитарного звена гемостаза</li> <li>• Дефицитом X фактора свертывания</li> <li>• Дефицитом VII фактора свертывания</li> <li>• Все ответы верны</li> </ul>
1255.	Для поражения костной системы у больных ХПН, связанным с нарушениями фосфорно-кальциевого обмена, характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все ответы верны</li> <li>• Остеомаляция</li> <li>• Почечный фиброзирующий остеит</li> <li>• Остеопороз</li> </ul>
1256.	Острый гломерулонефрит НАИБОЛЕЕ вероятно вызывается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\beta</math>(бета)-гемолитическим стрептококком</li> <li>• Стафилококком</li> <li>• Кишечной палочкой</li> <li>• Протеем</li> </ul>
1257.	Больной мужчина, 35 лет, перенес ангину. Спустя 15 дней появились отеки под глазами, слабость, утомляемость, а через 3 недели присоединились отеки ног. В анализе мочи: уд. вес-1022, белок-4,0 г/л, эр-20-25 в п/зр, гиалиновые цилиндры в препарате. Какой из перечисленных диагнозов НАИБОЛЕЕ вероятен?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острый гломерулонефрит</li> <li>• Амилоидоз почек</li> <li>• Острый пиелонефрит</li> <li>• Обострение хронического гломерулонефрита</li> </ul>
1258.	К пролиферативным гломерулонефритам относятся все, КРОМЕ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Минимальных изменений</li> <li>• Диффузный пролиферативный эндокапиллярный (острый инфекционный)</li> <li>• Экстракапиллярный (диффузный с полулуниями, быстро прогрессирующий)</li> <li>• Мезангио-пролиферативный (Ig нефропатия, болезнь Берже)</li> </ul>
1259.	Для хронического гломерулонефрита характерно наличие всех синдромов, КРОМЕ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болевого</li> <li>• Нефротического;</li> <li>• Мочевого</li> <li>• Гипертензионного</li> </ul>
1260.	Для обострения хронического гломерулонефрита характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарастание протеинурии и гематурии, усиление отеков</li> <li>• Нарастание протеинурии, появление хронической почечной недостаточности, гипотензия, пиурия</li> <li>• Появление гипертензионного синдрома, острая почечная недостаточность, гипохолестеринемия, микрогематурия</li> <li>• Верного ответа нет</li> </ul>
1261.	Для какого морфологического варианта хронического гломерулонефрита наиболее характерна гематурия?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пролиферативный нефрит</li> <li>• Мембранозный нефрит</li> <li>• Минимальных изменений</li> <li>• Фибропластический нефрит</li> </ul>



1262.	Морфологическим вариантом хронического гломерулонефрита, при котором происходит деформация подоцитов и очаговые утолщения базальных мембран, является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нефрит с минимальными изменениями</li> <li>• Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит</li> <li>• Пролиферативный гломерулонефрит</li> <li>• Фибропластический гломерулонефрит</li> </ul>
1263.	Морфологическим вариантом хронического гломерулонефрита, при котором происходит пролиферация эндотелия, мезагиума и нефротелия (эпителия капсулы Шумлянско-Боумана), является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пролиферативный гломерулонефрит</li> <li>• Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит</li> <li>• Фибропластический гломерулонефрит</li> <li>• Нефрит с минимальными изменениями</li> </ul>
1264.	Какой из перечисленных возбудителей наиболее часто выявляются при хроническом пиелонефрите:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кишечная палочка</li> <li>• Стафилококк</li> <li>• Стрептококк</li> <li>• Энтерококк</li> </ul>
1265.	Какой удельный вес мочи характерен для больных хроническим пиелонефритом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкий с небольшими колебаниями в течение суток (изостенурия)</li> <li>• Нормальный удельный вес мочи</li> <li>• Высокий</li> <li>• Возможны все варианты</li> </ul>
1266.	Для подтверждения диагноза обострения хронического пиелонефрита НАИБОЛЕЕ целесообразно провести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пробу Нечипоренко</li> <li>• Пробу Реберга</li> <li>• Пробу Зимницкого</li> <li>• Определение суточной протеинурии</li> </ul>
1267.	В слизи дыхательных путей преобладают иммуноглобулины	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Класса А</li> <li>• Класса М</li> <li>• Класса G</li> <li>• Класса E</li> </ul>
1268.	Ингибиторами протеолитических ферментов бронхиального секрета, предохраняющими опорный аппарат стенки бронха и легкого от разрушения являются	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Альфа-1-антитрипсин и альфа-1-антихимопсин</li> <li>• Интерлейкин</li> <li>• Простагландин</li> <li>• Простациклин</li> </ul>
1269.	При цитологическом исследовании мокроты у больного бронхоэктатической болезнью можно выявить все перечисленное, кроме одного:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эластические волокна</li> <li>• Скопления нейтрофилов</li> <li>• Макрофаги</li> <li>• Эпителиальные клетки</li> </ul>
1270.	Астма, вызываемая физическим усилием, может быть предотвращена предупредительным приемом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем вышеперечисленным</li> <li>• Хромглицата натрия</li> <li>• Теофиллина</li> <li>• Симпатомиметиков</li> </ul>
1271.	Резкая отмена системных стероидов, кроме усиления симптомов астмы, может вызвать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все из перечисленного</li> <li>• Артралгии</li> <li>• Боль в животе, тошноту и рвоту</li> <li>• Головную боль</li> </ul>
1272.	Индекс Тиффно — это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\text{ОФВ}_1, \text{сек} / \text{ЖЕЛ} \times 100\%</math></li> <li>• <math>\text{ОФВ}_1, \text{сек} / \text{МОС}25 \times 100\%</math></li> <li>• <math>\text{ЖЕЛ} / \text{дЖЕЛ} \times 100\%</math></li> </ul>
1273.	Ранним функциональным признаком бронхиальной обструкции является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшение всех перечисленных показателей.</li> <li>• Снижение <math>\text{ОФВ}_1, \text{сек}</math></li> <li>• Уменьшение индекса Тиффно;</li> <li>• Уменьшение ПОС выд</li> </ul>
1274.	Какой из указанных препаратов не относится к ингалируемым стероидам:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дексаметазон.</li> <li>• Бекотид (беклометазона дипропионат)</li> <li>• Фликсотид (флутиказона пропионат)</li> <li>• Флунизолид</li> </ul>

1275.	Укажите побочный эффект ингаляционных стероидов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кандидоз полости рта</li> <li>• Недостаточность коры надпочечников</li> <li>• Остеопороз</li> <li>• Гипергликемия</li> </ul>
1276.	У больного во время приступа бронхиальной астмы обнаруживаются следующие аускультативные признаки:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы</li> <li>• Ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы,</li> <li>• Бронхиальное дыхание, крепитация</li> <li>• Амфорическое дыхание, влажные крупнопузырчатые хрипы.</li> </ul>
1277.	Характерным осложнением бронхиальной астмы и ХОБЛ является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмфизема</li> <li>• Пневмоторакс</li> <li>• Гидроторакс</li> <li>• Легочное кровотечение</li> </ul>
1278.	Основой лечения бронхиальной астмы в настоящее время является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комбинация ИГКС с <math>\beta_2</math>-агонистами длительного действия</li> <li>• Комбинация ИГКС с <math>\beta_2</math>-агонистами короткого действия</li> <li>• Комбинация ИГКС с антилейкотриеновыми препаратами</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
1279.	Частично контролируемая бронхиальная астма это, когда у больного:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более 2 приступов в неделю днем</li> <li>• Нет ночных приступов</li> <li>• ОФВ1 &gt; 60%</li> <li>• По показанием ФВД- N</li> </ul>
1280.	Какие из представленных заболеваний не относятся к гранулематозам:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Альвеолярный протеиноз</li> <li>• Саркоидоз легких</li> <li>• Гистиоцитоз</li> <li>• Пневмомикоз</li> </ul>
1281.	Какое из представленных заболеваний относится к редким формам диссеминированных процессов в легких:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лейомиоматоз легких</li> <li>• Интерстициальный фиброз при хроническом активном гепатите</li> <li>• Раковый лимфоангиит</li> <li>• Криптококкоз легких</li> </ul>
1282.	Какие лимфатические узлы первыми вовлекаются в процесс при саркоидозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бронхопульмональные</li> <li>• Паратрахеальные</li> <li>• Подключичные</li> <li>• Диафрагмальные</li> </ul>
1283.	Этиологический фактор вызывающий токсический фиброзирующий альвеолит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекарственные химиопрепараты и производственные токсические вещества</li> <li>• Лекарственные химиопрепараты и аллергические агенты</li> <li>• Производственные токсические вещества</li> <li>• Аллергические агенты, лекарственные химиопрепараты и производственные токсические вещества</li> </ul>
1284.	Какой альвеолит известен под названием - болезнь Хаммена-Рича:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• идиопатический фиброзирующий альвеолит</li> <li>• токсический фиброзирующий альвеолит</li> <li>• экзогенный аллергический альвеолит</li> <li>• все вышеперечисленное</li> </ul>

1285.	Что характерно для гистиоцитарного гранулематоза:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первичная пролиферация дифференцированных клеток системы мононуклеарных фагоцитов и образование в легких, а также в других тканях гистиоцитарных инфильтратов</li> <li>• Первичная пролиферация дифференцированных клеток системы мононуклеарных фагоцитов и образование только в легких гистиоцитарных инфильтратов</li> <li>• Первичная пролиферация клеток лимфоидного ряда и образованием в легких, а также в других тканях гистиоцитарных инфильтратов</li> <li>• Первичная пролиферация клеток лимфоидного ряда и образование только в легких гистиоцитарных инфильтратов</li> </ul>
1286.	Одно из частых осложнений гистиоцитоза Х:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спонтанный пневмоторакс</li> <li>• Легочное кровотечение</li> <li>• Гидропневмоторакс</li> <li>• Плеврит</li> </ul>
1287.	Что в общем анализе крови характерно на ранних сроках развития синдрома Гудпасчера:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипохромная анемии с ретикулоцитозом, умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ</li> <li>• Гиперхромная анемия, склонность к панцитопении</li> <li>• Повышение СОЭ, лейкоцитоз, нормохромная анемия</li> <li>• Вторичный эритроцитоз</li> </ul>
1288.	Для профилактики катетерных тромбозов во время чрескожных коронарных вмешательств могут применяться все перечисленные препараты, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фондапаринукс</li> <li>• Бивалирудин</li> <li>• Нефракционированный гепарин</li> <li>• Эноксапарин</li> </ul>
1289.	Рекомендуемым методом диагностики ИБС при низкой претестовой вероятности (<15%) является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ни один из перечисленных</li> <li>• Коронарная ангиография</li> <li>• Стресс-эхокардиография с добутамином</li> <li>• Стресс-МРТ</li> </ul>
1290.	Рекомендуемым методом диагностики ИБС при высокой претестовой вероятности (>85%) является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коронарная ангиография</li> <li>• Стресс-эхокардиография с добутамином</li> <li>• КТ-ангиография коронарных артерий</li> <li>• Стресс-МРТ</li> </ul>
1291.	Показанием к реваскуляризации миокарда при хронической ИБС является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Множественное стенотическое поражение коронарных артерий с документированной ишемией и ФВЛЖ &lt; 40%</li> <li>• Множественное стенотическое поражение коронарных артерий при SYNTAX Score &gt; 22 без верифицированной гемодинамической значимости стенозов</li> <li>• Множественное стенотическое поражение коронарных артерий при наличии обширных рубцовых изменений миокарда</li> <li>• Множественное стенотическое поражение коронарных артерий при SYNTAX Score &lt; 22 без верифицированной гемодинамической значимости стенозов</li> </ul>
1292.	Показанием к реваскуляризации миокарда при хронической ИБС является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие гемодинамически значимого стеноза ствола левой коронарной артерии</li> <li>• Множественное стенотическое поражение коронарных артерий при SYNTAX Score &gt; 33</li> <li>• Множественное стенотическое поражение коронарных артерий в сочетании обширных рубцовых изменений миокарда</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Наличие стеноза ствола левой коронарной артерии, независимо от его гемодинамической значимости</li> </ul>
1293.	Показанием к реваскуляризации миокарда при хронической ИБС является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Любой гемодинамически значимый стеноз коронарной артерии при наличии лимитирующей стенокардии напряжения, резистентной к медикаментозной терапии</li> <li>Наличие стеноза ствола левой коронарной артерии, независимо от его гемодинамической значимости</li> <li>Наличие стеноза в среднем отделе передней межжелудочковой артерии</li> <li>Сопутствующее поражение аортального клапана</li> </ul>
1294.	При хронической ИБС реваскуляризация миокарда улучшит прогноз в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Наличия гемодинамически значимого стеноза ствола левой коронарной артерии</li> <li>Наличия мышечного моста</li> <li>Любой стеноз коронарной артерии с FFR &lt; 0.8 при наличии лимитирующей стенокардии напряжения, резистентной к медикаментозной терапии</li> <li>Микроваскулярной стенокардии</li> </ul>
1295.	Чрескожное коронарное вмешательство является предпочтительным методом реваскуляризации миокарда в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Одно- или двухсосудистое поражение коронарных артерий без вовлечения проксимального отдела передней межжелудочковой артерии</li> <li>Поражение ствола левой коронарной артерии при SYNTAX Score &gt; 32</li> <li>Многососудистое поражение коронарных артерий при SYNTAX Score &gt; 32</li> <li>Коронарный синдром X</li> </ul>
1296.	У больного с хронической ИБС и множественным стенотическим поражением коронарных артерий при SYNTAX Score > 32 и низким хирургическим риском в качестве метода реваскуляризации рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Коронарное шунтирование</li> <li>Чрескожное коронарное вмешательство</li> <li>Интракоронарная брахитерапия</li> <li>Лазерная реваскуляризация</li> </ul>
1297.	У больного с поражением ствола левой коронарной артерии и SYNTAX Score < 22 при низком хирургическом риске рекомендованным методом реваскуляризации является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Коронарное шунтирование или чрескожное коронарное вмешательство</li> <li>Только коронарное шунтирование</li> <li>Только чрескожное коронарное вмешательство</li> <li>Гибридная реваскуляризация</li> </ul>
1298.	У больного с хронической ИБС и множественным стенотическим поражением коронарных артерий при SYNTAX Score 22-32 и низким хирургическим риском в качестве метода реваскуляризации рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Коронарное шунтирование</li> <li>Чрескожное коронарное вмешательство</li> <li>Интракоронарная брахитерапия</li> <li>Лазерная реваскуляризация</li> </ul>
1299.	Ургентная (в течение 2 часов) коронарография показана больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST во всех случаях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Повышенного уровня тропонина при поступлении</li> <li>Рефрактерных ангинозных болей</li> <li>Кардиогенного шока</li> <li>Жизнеугрожающих аритмий</li> </ul>

1300.	Ургентная (в течение 2 часов) коронарография показана больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нестабильной гемодинамики</li> <li>• Динамики сегмента ST и зубца T на ЭКГ</li> <li>• Повышения уровня тропонина</li> <li>• Наличия чрескожного коронарного шунтирования в анамнезе</li> </ul>
1301.	Ургентная (в течение 2 часов) коронарография не показана больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличия повышения уровня тропонина</li> <li>• Наличия ассоциированной сердечной недостаточности</li> <li>• Рефрактерных ангинозных болей</li> <li>• Кардиогенного шока</li> </ul>
1302.	Проведение коронарографии в течение 24 часов показано больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличия повышения или снижения уровня тропонина в динамике</li> <li>• При коронарном шунтировании или чрескожном коронарном вмешательстве в анамнезе</li> <li>• При уровне риска по шкале GRACE &lt; 108</li> <li>• При уровне риска по шкале GRACE 108-140</li> </ul>
1303.	Проведение коронарографии в течение 24 часов показано больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ишемической динамики сегмента ST и зубца T на ЭКГ</li> <li>• При коронарном шунтировании или чрескожном коронарном вмешательстве в анамнезе</li> <li>• При уровне риска по шкале GRACE &lt; 108</li> <li>• При уровне риска по шкале GRACE 108-140</li> </ul>
1304.	Проведение коронарографии в течение 24 часов показано больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При уровне риска по шкале GRACE &gt; 140</li> <li>• При сопутствующем сахарном диабете</li> <li>• При коронарном шунтировании или чрескожном коронарном вмешательстве в анамнезе</li> <li>• При уровне риска по шкале GRACE 108-140</li> </ul>
1305.	При первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты должна составлять:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150-300 мг</li> <li>• 300-500 мг</li> <li>• 500 мг</li> <li>• 500 – 1000 мг</li> </ul>
1306.	После выполнения чрескожного коронарного вмешательства по поводу острого инфаркта миокарда длительность двойной антиагрегантной терапии должна составлять:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 месяцев</li> <li>• 6 месяцев</li> <li>• 3 месяца</li> <li>• 18 месяцев</li> </ul>
1307.	Для блокады P2Y12 рецепторов тромбоцитов во время «спасительного» чрескожного коронарного вмешательства после неэффективного тромболизиса должен применяться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клопидогрель</li> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Прасугрель</li> <li>• Тиклопидин</li> </ul>
1308.	Нагрузочная доза клопидогрела при первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST должна составлять:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 600 мг</li> <li>• 180 мг</li> <li>• 60 мг</li> <li>• 300 мг</li> </ul>
1309.	Нагрузочная доза тикагрелора при первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST должна составлять:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 180 мг</li> <li>• 60 мг</li> <li>• 300 мг</li> <li>• 600 мг</li> </ul>

1310.	При проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства больным с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST нагрузочная доза блокаторов P2Y12 рецепторов тромбоцитов должна быть дана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При первом медицинском контакте</li> <li>• В рентгенооперационной, непосредственно перед вмешательством</li> <li>• За 4-6 часов до вмешательства</li> <li>• За 1-3 часа до вмешательства</li> </ul>
1311.	Применение блокаторов Пб/Ша гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов при первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST показано в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В случае тромботических осложнений или признаках развития синдрома no-reflow</li> <li>• Во всех случаях</li> <li>• При сопутствующей гепарининдуцированной тромбоцитопении</li> <li>• Во всех случаях при низком риске кровотечения</li> </ul>
1312.	Во время первичного чрескожного коронарного вмешательства антикоагулянты назначаются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам</li> <li>• При наличии тромбоза в полостях сердца</li> <li>• При сопутствующем флеботромбозе</li> <li>• При сопутствующей мерцательной аритмии</li> </ul>
1313.	При проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым вводятся блокаторы гликопротеиновых Пб/Ша рецепторов тромбоцитов, доза нефракционированного гепарина должна составлять:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50-70 Ед/кг</li> <li>• 100 Ед/кг</li> <li>• 70-100 ЕД/кг</li> <li>• 30-50 Ед/кг</li> </ul>
1314.	При проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым не вводятся блокаторы гликопротеиновых Пб/Ша рецепторов тромбоцитов, доза нефракционированного гепарина должна составлять:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 70-100 ЕД/кг</li> <li>• 100 Ед/кг</li> <li>• 50-70 Ед/кг</li> <li>• 30-50 Ед/кг</li> </ul>
1315.	При проведении чрескожных коронарных вмешательств могут использоваться все перечисленные антикоагулянты, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фондапаринукса</li> <li>• Нефракционированного гепарина</li> <li>• Эноксапарина</li> <li>• Бивалирудина</li> </ul>
1316.	При поздней недостаточности коронарных шунтов предпочтительным методом реваскуляризации является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЧКВ нативных коронарных артерий</li> <li>• Повторное коронарное шунтирование</li> <li>• ЧКВ шунтов</li> <li>• Лазерная реваскуляризация</li> </ul>
1317.	Механическая реканализация инфаркт-связанной коронарной артерии при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST должна быть проведена не позднее, чем:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Через 120 мин от первого медицинского контакта</li> <li>• Через 180 мин от первого медицинского контакта</li> <li>• Через 120 мин от момента начала симптомов</li> <li>• Через 90 мин от начала симптомов</li> </ul>
1318.	При остром инфаркте миокарда с кардиогенным шоком первичное чрескожное коронарное вмешательство показано в следующие сроки:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Независимо от времени, прошедшего от начала симптомов</li> <li>• Не позднее 18 часов от развития шока</li> <li>• Не позднее 36 часов от развития инфаркта</li> <li>• Не позднее 48 часов от развития инфаркта</li> </ul>

1319.	При остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST время от момента поступления больного в клинику с возможностью проведения чрескожного коронарного вмешательства до реканализации инфаркт-связанной коронарной артерии не должно превышать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 минут</li> <li>• 120 минут</li> <li>• 30 минут</li> <li>• 90 минут</li> </ul>
1320.	После успешного чрескожного коронарного вмешательства на инфаркт-связанной коронарной артерии у пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST без шока, у которого в других коронарных артериях имеются выраженные стенозы, рекомендована следующая тактика:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рассмотреть поэтапную реваскуляризацию до выписки из стационара при диагностированной ишемии миокарда</li> <li>• Во всех подобных случаях выполнить одномоментную реваскуляризацию всех пораженных коронарных артерий</li> <li>• Выполнить вмешательство на инфаркт-связанной артерии и направить пациента на АКШ</li> <li>• Выполнить полную реваскуляризацию при Syntax Score &lt; 22</li> </ul>
1321.	При выполнении первичного чрескожного коронарного вмешательства при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST рекомендованной тактикой является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стентирование инфаркт-связанной коронарной артерии</li> <li>• Баллонная ангиопластика инфаркт-связанной коронарной артерии</li> <li>• Мануальная тромбоаспирация</li> <li>• Интракоронарный тромболитизис</li> </ul>
1322.	При стентировании инфаркт-связанной коронарной артерии у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST рекомендовано использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенты с лекарственным покрытием 2-го поколения</li> <li>• Голометаллические стенты</li> <li>• Биорезорбируемые скаффолды</li> <li>• Стенты, покрытые полимерной сеткой</li> </ul>
1323.	Первичное чрескожное коронарное вмешательство у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST рекомендовано проводить, используя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Радиальный доступ</li> <li>• Феморальный доступ</li> <li>• Паравертебральный доступ</li> <li>• Брахиальный доступ</li> </ul>
1324.	Мануальная тромбоаспирация при первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может рассматриваться у отдельных пациентов</li> <li>• Должна применяться во всех случаях</li> <li>• Не применяется</li> <li>• Может рассматриваться только в сочетании с блокаторами P<sub>2</sub>/Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов</li> </ul>
1325.	После проведения эффективной тромболитической терапии у больного с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST коронарная ангиография должна быть проведена в течение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 часов</li> <li>• 3 часов</li> <li>• 48 часов</li> <li>• 72 часов</li> </ul>
1326.	В случае неэффективной тромболитической терапии у больного с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST «спасительное» чрескожное коронарное вмешательство должно быть проведено:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как можно раньше</li> <li>• В течение 3-24 часов после тромболитизиса</li> <li>• В течение 48 часов после тромболитизиса</li> <li>• После того как АСТ станет меньше 180 секунд</li> </ul>
1327.	Перед проведением чрескожного коронарного вмешательства у больного с острым коронарным синдромом, осложненным кардиогенным шоком, рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести немедленную эхокардиографию для исключения механических осложнений, требующих хирургического вмешательства</li> <li>• Получить результаты общего клинического анализа крови для исключения кровотечения</li> <li>• Во всех случаях начать механическую поддержку левого желудочка</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Катетеризировать легочную артерию катетером Свана-Ганса для оценки параметров центральной гемодинамики</li> </ul>
1328.	Для профилактики контраст-индуцированной нефропатии рекомендовано все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначения N-ацетилцистеина перед процедурой</li> <li>• Гидратации физиологическим раствором</li> <li>• Использования низко- и изоосмолярных контрастных препаратов</li> <li>• Краткосрочной терапии высокими дозами статинов</li> </ul>
1329.	Для профилактики контраст-индуцированной нефропатии рекомендовано все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гидратация раствором бикарбоната натрия</li> <li>• Гидратация физиологическим раствором</li> <li>• Использование низко- и изоосмолярных контрастных препаратов</li> <li>• Минимизация дозы контрастного препарата</li> </ul>
1330.	У пациентов, которым планируется хирургическое вмешательство на клапанах сердца проведение коронарной ангиографии рекомендовано во всех случаях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкой вероятности ИБС</li> <li>• Наличия ИБС в анамнезе</li> <li>• Мужчин старше 40 лет и у женщин в постменопаузе</li> <li>• При систолической дисфункции левого желудочка</li> </ul>
1331.	У пациентов, которым планируется хирургическое вмешательство на клапанах сердца проведение коронарной ангиографии рекомендовано во всех случаях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При низкой вероятности ИБС</li> <li>• Наличия ИБС в анамнезе</li> <li>• При наличии более 1 фактора риска развития ИБС</li> <li>• При систолической дисфункции левого желудочка</li> </ul>
1332.	При наличии первичных показаний к хирургическому вмешательству на аортальном или митральном клапанах и стеноза эпикардиальной коронарной артерии более 70% предпочтительным методом реваскуляризации является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коронарное шунтирование</li> <li>• Стентирование с имплантацией стента, выделяющего лекарство последнего поколения</li> <li>• Стентирование с имплантацией голометаллического стента</li> <li>• Баллонная ангиопластика</li> </ul>
1333.	У пациента, которому планируется проведение транскатетерной имплантации аортального клапана, при наличии стеноза эпикардиальной коронарной артерии более 70% чрескожное коронарное вмешательство:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может рассматриваться</li> <li>• Противопоказано</li> <li>• Должно проводиться во всех таких случаях</li> </ul>
1334.	У пациента, которому планируется проведение транскатетерного вмешательства на митральном клапане, при наличии стеноза эпикардиальной коронарной артерии более 70% чрескожное коронарное вмешательство:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может рассматриваться</li> <li>• Противопоказано</li> <li>• Должно проводиться во всех таких случаях</li> </ul>
1335.	Минимальная рекомендованная продолжительность двойной антиагрегантной терапии после стентирования коронарных артерий составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 месяц</li> <li>• 12 месяцев</li> <li>• 6 месяцев</li> <li>• 3 месяца</li> </ul>
1336.	Для чрескожных коронарных вмешательств на венозных аорто-коронарных шунтах справедливо следующее утверждение :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рекомендовано применение стентов с лекарственным покрытием</li> <li>• Рекомендовано применение голометаллических стентов</li> <li>• Рекомендовано применение биорезорбируемых скаффолдов</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рекомендована агрессивная баллонная предилатация</li> </ul>
1337.	У пациента с рестенозом голометаллического стента рекомендованная тактика реваскуляризации может заключаться в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантации стента, с лекарственным покрытием в рестенозированный сегмент</li> <li>• Имплантации еще одного голометаллического стента в рестенозированный сегмент</li> <li>• Простой баллонной ангиопластике рестенозированного сегмента</li> <li>• Коронарном шунтировании</li> </ul>
1338.	У пациента с рестенозом стента с лекарственным покрытием, рекомендованная тактика реваскуляризации может заключаться в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Баллонной ангиопластике с использованием баллона с лекарственным покрытием</li> <li>• Имплантации голометаллического стента в рестенозированный сегмент</li> <li>• Простой баллонной ангиопластике рестенозированного сегмента</li> <li>• Коронарном шунтировании</li> </ul>
1339.	Для оценки тяжести поражения и результата стентирования незащищенного ствола левой коронарной артерии рекомендовано использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутрисосудистое ультразвуковое исследование</li> <li>• Оптическую когерентную томографию</li> <li>• Ангиоскопию</li> <li>• Виртуальную гистологию</li> </ul>
1340.	Баллонная аортальная вальвулопластика может рассматриваться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В качестве «моста» к хирургическому или транскатетерному протезированию аортального клапана у гемодинамически нестабильных пациентов</li> <li>• В качестве изолированного метода лечения тяжелого симптоматического аортального стеноза</li> <li>• В качестве изолированного метода лечения умеренного аортального стеноза</li> <li>• Как метод выбора лечения аортального стеноза при сопутствующем поражении устьев коронарных артерий</li> </ul>
1341.	При расслаивающей аневризме грудной аорты эндоваскулярное протезирование рекомендовано в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осложненном течении диссекции аорты типа В</li> <li>• Диссекции аорты типа А</li> <li>• Неосложненном течении диссекции аорты типа В</li> <li>• Неосложненном течении диссекции аорты типа А</li> </ul>
1342.	Тип кровоснабжения миокарда определяется артерией, которая отдает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заднюю межжелудочковую ветвь</li> <li>• Переднюю межжелудочковую ветвь</li> <li>• Заднебоковую ветвь</li> <li>• Ветвь тупого края</li> </ul>
1343.	Одномоментная полная реваскуляризация при множественном стенотическом поражении при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST должна рассматриваться в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При наличии кардиогенного шока, сохраняющегося, несмотря на восстановление кровотока по инфаркт-связанной артерии</li> <li>• Во всех случаях</li> <li>• Только при наличии гемодинамически значимых стенозов в не-инфаркт-связанных артериях</li> <li>• Только при наличии окклюзий в бассейнах не-инфаркт-связанных артерий</li> </ul>
1344.	К рекомендованным к применению стентам с лекарственным покрытием 2-го поколения относятся стенты, выделяющие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эверолимус</li> <li>• Такролимус</li> <li>• Сиролимус</li> <li>• Паклитаксель</li> </ul>
1345.	К стентам с лекарственным покрытием 1-го поколения относятся стенты, выделяющие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Паклитаксель</li> <li>• Эверолимус</li> <li>• Зотаролимус</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биолимус А9</li> </ul>
1346.	Необходимо провести коронарографию у пациентов с хронической ИБС, если по результатам стресс-теста:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех вышеуказанных случаях</li> <li>• Зона индуцированной ишемии миокарда левого желудочка &gt; 10%</li> <li>• Индекс Дьюка = -11</li> <li>• Произошло снижение цифр АД во время нагрузки <math>\geq 20</math> мм рт.ст.</li> </ul>
1347.	Мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием коронарных артерий может быть проведена	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Для исключения ИБС у пациентов с частой симптомной желудочковой экстрасистолией</li> <li>• Для исключения ИБС при невысокой вероятности и сомнительном стресс –тесте</li> <li>• Для диагностики ИБС у пациентов с промежуточной претестовой вероятностью</li> </ul>
1348.	Функциональный резерв кровотока (FFR) это	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соотношение между давлением в дистальном отделе коронарной артерии и давлением в аорте в условиях максимальной гиперемии.</li> <li>• Соотношение между скоростью кровотока в условиях максимальной гиперемии и базальной скоростью кровотока в коронарной артерии</li> <li>• Соотношение престенотического и постстенотического диаметра артерии</li> <li>• Разница между систолическим и диастолическим давлением в коронарной артерии</li> </ul>
1349.	При стенозе ствола левой коронарной артерии и syntax score менее 22 целесообразно	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано чрескожное коронарное вмешательство, аорто- коронарное шунтирование нецелесообразно</li> <li>• Реваскуляризация не показана</li> <li>• Показано аорто- коронарное шунтирование, чрескожное коронарное вмешательство противопоказано</li> <li>• Возможно проведение как АКШ, так и чрескожного коронарного вмешательства</li> </ul>
1350.	При трехсосудистом поражении коронарных артерий и syntax score 23-32:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возможно проведение как АКШ, так и чрескожного коронарного вмешательства</li> <li>• Реваскуляризация не показана</li> <li>• Показано аорто- коронарное шунтирование</li> <li>• Показано чрескожное коронарное вмешательство</li> </ul>
1351.	Чрескожное коронарное вмешательство у пациентов с хронической ИБС предпочтительнее аорто-коронарного шунтирования, при :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличии одно- или двухсосудистого поражения коронарных артерий без вовлечения проксимального отдела передней межжелудочковой артерии</li> <li>• Наличии поражения ствола левой коронарной артерии с SYNTAX Score &gt; 32</li> <li>• Наличии трехсосудистого поражения коронарных артерий с SYNTAX Score в диапазоне 23-32</li> <li>• Во всех перечисленных случаях</li> </ul>
1352.	Внутривенная инфузия физиологического раствора в периоперационном периоде при чрескожных коронарных вмешательствах используется для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактики контраст-индуцированной нефропатии</li> <li>• Коррекции скрытой гиповолемии</li> <li>• Улучшения реологических свойств крови</li> <li>• Коррекции интраоперационной кровопотери</li> </ul>

1353.	Показанием к реваскуляризации при хронических формах ИБС является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенокардия напряжения, ухудшающая качество жизни пациента, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию</li> <li>• Стеноз ствола левой коронарной артерии при FFR &gt; 0.8</li> <li>• Бессимптомная окклюзия коронарной артерии при отсутствии коллатералей</li> <li>• Стеноз передней межжелудочковой артерии 60% и функциональный резерв кровотока (FFR)= 0.9</li> </ul>
1354.	Синусовый узел кровоснабжается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Из правой коронарной артерии более, чем у 55 % людей, из огибающей артерии у 40% людей, менее, чем в 5 % случаев имеет двойное кровоснабжение</li> <li>• Из передней нисходящей артерии у 55% людей, из ветви острого края у 45% людей</li> <li>• Из основного ствола левой коронарной артерии из коронарного синуса у 85 % людей</li> <li>• Из ветви тупого края в 90% случаев</li> </ul>
1355.	К ветвям правой коронарной артерии при правом типе коронарного кровоснабжения относятся все перечисленные ветви, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ветвь тупого края</li> <li>• Ветвь острого края</li> <li>• Правожелудочковая ветвь</li> <li>• Задняя межжелудочковая ветвь</li> </ul>
1356.	У больного с острым нижним инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST инфаркт связанной артерией является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правая коронарная или огибающая артерия в зависимости от типа коронарного кровоснабжения</li> <li>• Правая коронарная артерия</li> <li>• Передняя межжелудочковая артерия</li> <li>• Правая коронарная артерия или передняя межжелудочковая коронарная артерия в зависимости от типа коронарного кровоснабжения</li> </ul>
1357.	При проведении диагностических и лечебных интервенций на коронарных артериях для обеспечения артериального доступа предпочтительно использовать (если выполняется опытным оператором данного доступа):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лучевую артерию</li> <li>• Общую бедренную артерию</li> <li>• Наружную бедренная артерия</li> <li>• Плечевую артерию</li> </ul>
1358.	Ветвью огибающей артерии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ветвь тупого края</li> <li>• Ветвь острого края</li> <li>• Диагональная ветвь</li> <li>• Конусная ветвь</li> </ul>
1359.	Потенциально смертельной аномалией коронарных артерий является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отхождение ствола левой коронарной артерии от правого коронарного синуса с интерартериальным прохождением на переднюю поверхность сердца</li> <li>• Отхождение огибающей артерии от правого коронарного синуса</li> <li>• Отхождение правой коронарной артерии от левого коронарного синуса</li> <li>• Раздельное отхождение ветвей левой коронарной артерии от аорты</li> </ul>
1360.	К аномалиям развития коронарных артерий относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отхождение передней межжелудочковой ветви от правой коронарной артерии</li> <li>• Отхождение задней межжелудочковой ветви от огибающей артерии</li> <li>• Отхождение заднебоковой ветви от правой коронарной артерии</li> <li>• Отхождение диагональной ветви от среднего отдела передней межжелудочковой артерии</li> </ul>

1361.	Транслюминальная баллонная ангиопластика коронарных артерий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может использоваться для лечения рестенозов в стентированных сегментах в случае использования баллонов с лекарственным покрытием</li> <li>• Является методом выбора для лечения стенотических поражений</li> <li>• В настоящее время применяется только для подготовки поражения к имплантации биорезорбируемых скаффолдов</li> <li>• Является золотым стандартом эндоваскулярного лечения острого инфаркта миокарда</li> </ul>
1362.	К методам внутрисосудистой визуализации относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оптическая когерентная томография</li> <li>• Цифровая субтракционная ангиография</li> <li>• КТ-коронарография</li> <li>• Однофотонная эмиссионная компьютерная томография</li> </ul>
1363.	Наиболее частым осложнением лучевого доступа является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Окклюзия лучевой артерии</li> <li>• Повреждение лучевого нерва</li> <li>• Формирование псевдоаневризмы</li> <li>• Формирование артериовенозной фистулы</li> </ul>
1364.	Для подтверждения диагноза синдрома no-reflow используется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• МРТ сердца с гадолинием</li> <li>• ЭКГ</li> <li>• Стресс-ЭХОКГ</li> <li>• КТ-коронарография</li> </ul>
1365.	Для лечения синдрома no-reflow используются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокаторы P<sub>2b</sub>/P<sub>2a</sub> гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Интракоронарное введение стрептокиназы</li> <li>• Интракоронарное введение адреналина</li> <li>• Интракоронарное введение протамина</li> </ul>
1366.	70% стеноз коронарной артерии, выявленный при коронарной ангиографии, рассматривается как гемодинамически значимый в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При функциональном резерве кровотока (FFR) &lt; 0.8</li> <li>• В любом случае, так как все стенозы более 50% являются гемодинамически значимыми</li> <li>• При функциональном резерве кровотока (FFR) &gt; 0.8</li> <li>• Стенозы менее 80% не являются гемодинамически значимыми</li> </ul>
1367.	К 1 группе в клинической классификации легочной гипертензии относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Идиопатическая ЛГ</li> <li>• Индуцируемая приемом лекарств и токсинов</li> <li>• Ассоциированная с системными заболеваниями соединительной ткани</li> </ul>
1368.	К первой группе в клинической классификации легочной гипертензии относятся все перечисленные, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЛГ, связанная с систолической дисфункцией ЛЖ</li> <li>• ЛГ, связанная с ВИЧ-инфекцией</li> <li>• ЛГ, связанная с пороками сердца (системно-легочные шунты)</li> <li>• ЛГ, связанная с портальной гипертензией</li> </ul>
1369.	К третьей группе в клинической классификации легочной гипертензии относятся все перечисленные, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия</li> <li>• ЛГ, ассоциированная с ХОБЛ</li> <li>• ЛГ при интерстициальных заболеваниях легких</li> <li>• ЛГ при нарушении дыхания во время сна</li> </ul>
1370.	Критериями прекапиллярной ЛГ являются все перечисленные, кроме	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ДЗЛА <math>\geq</math> 15 мм.рт.ст.</li> <li>• Среднее давление в легочной артерии &gt; 25 мм.рт.ст</li> <li>• ДЗЛА &lt; 15 мм.рт.ст</li> <li>• Сердечный выброс в норме или снижен</li> </ul>

1371.	ЛГ, ассоциированная с системными заболеваниями соединительной ткани наиболее часто возникает при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Системной склеродермии</li> <li>• Ревматоидном артрите</li> <li>• Дерматомиозите</li> <li>• Синдроме Шегрена</li> </ul>
1372.	Синдром Эйзенменгера наиболее часто развивается у пациентов с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неоперированным открытым артериальным протоком</li> <li>• ДМЖП с диаметром дефекта менее 1 см</li> <li>• ДМПП с диаметром дефекта менее 2 см</li> <li>• ДМЖП с диаметром дефекта более 0,5 см</li> </ul>
1373.	К определенным факторам риска развития легочной гипертензии относятся следующие лекарственные вещества и токсины:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рапсовое масло</li> <li>• Статины</li> <li>• Оральные контрацептивы</li> <li>• Антидепрессанты</li> </ul>
1374.	К возможным факторам риска ЛГ и ассоциированным клиническим состояниям относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Заболевания щитовидной железы</li> <li>• Состояние после спленэктомии</li> <li>• Серповидно-клеточная анемия</li> </ul>
1375.	Клинические симптомы ЛГ включают в себя все перечисленное, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ортопноэ</li> <li>• Одышку при физической нагрузке</li> <li>• Кашель</li> <li>• Акроцианоз</li> </ul>
1376.	Для верификации диагноза ЛГ применяют все перечисленное, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Исследование функции внешнего дыхания</li> <li>• Трансторакальную ЭХО-КГ</li> <li>• Рентгенографию органов грудной клетки</li> <li>• Катетеризацию правых отделов сердца</li> </ul>
1377.	При катетеризации правых отделов сердца необходимо оценивать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Давление в легочной артерии систолическое</li> <li>• Давление в легочной артерии диастолическое</li> <li>• Давление в легочной артерии среднее</li> </ul>
1378.	При катетеризации правых отделов сердца необходимо оценивать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• ДЗЛА</li> <li>• Сердечный выброс</li> <li>• Легочное сосудистое сопротивление</li> </ul>
1379.	Для проведения острой фармакологической пробы на вазореактивность во время катетеризации правых отделов сердца используют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оксид азота</li> <li>• Дипиридамо́л</li> <li>• Верапамил внутривенно</li> <li>• Верапамил перорально</li> </ul>
1380.	Положительным считается тест на вазореактивность при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Снижении среднего ДЛА более чем на 10 мм.рт.ст.</li> <li>• Достижении абсолютной величины среднего ДЛА менее 40 мм.рт.ст.</li> <li>• Увеличении сердечного выброса</li> </ul>
1381.	Какой процент пациентов с положительным тестом на вазореактивность можно успешно лечить с помощью антагонистов кальция?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25%</li> <li>• 90%</li> <li>• 75%</li> <li>• 50%</li> </ul>
1382.	Для оценки функциональных способностей пациентов с ЛГ рекомендованы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тест 6-минутной ходьбы</li> <li>• МРТ с нагрузкой</li> <li>• Стресс-ЭХО-КГ</li> <li>• Нагрузочная сцинтиграфия миокарда</li> </ul>

1383.	Функциональный класс ЛГ определяется по:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Модифицированной классификации NYHA для пациентов с сердечной недостаточностью</li> <li>• Уровню легочного сосудистого сопротивления, измеряемого в единицах Вуда</li> <li>• Динамикой насыщения артериальной крови при нагрузке</li> <li>• Результатами оценки шкалы одышки по Боргу при физической нагрузке</li> </ul>
1384.	Прогностические факторы худшего прогноза у пациентов с ЛАГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие синкопальных состояний</li> <li>• Наличие трикуспидальной регургитации</li> <li>• Систолическая экскурсия трикуспидального клапана более 2 см при ЭХО-КГ</li> <li>• Пиковое потребление O<sub>2</sub>&gt;15 мл/мин/кг по данным кардиопульмонального нагрузочного теста</li> </ul>
1385.	Прогностическими факторами благоприятного прогноза у пациентов с ЛАГ являются все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сердечный индекс &lt; 2,0 л/мин/м<sup>2</sup></li> <li>• Давление в правом предсердии &lt; 8 мм.рт.ст.</li> <li>• Систолическая экскурсия трикуспидального клапана более 2 см при ЭХО-КГ</li> <li>• Пиковое потребление O<sub>2</sub>&gt;15 мл/мин/кг по данным кардиопульмонального нагрузочного теста</li> </ul>
1386.	Рекомендуемая кратность проведения ЭКГ при наблюдении за пациентами с легочной гипертензией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Исходно</li> <li>• Каждые 3-4 месяца</li> <li>• Через 3-4 месяца после начала или смены терапии</li> </ul>
1387.	Рекомендуемая кратность проведения теста с 6-минутной ходьбой при наблюдении за пациентами с легочной гипертензией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Исходно</li> <li>• Каждые 3-4 месяца</li> <li>• Через 3-4 месяца после начала или смены терапии</li> </ul>
1388.	Рекомендуемая кратность проведения кардиопульмонального нагрузочного теста при наблюдении за пациентами с легочной гипертензией. Правильны все ответы, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Каждые 3-4 месяца</li> <li>• Исходно</li> <li>• Через 3-4 месяца после начала или смены терапии</li> <li>• В случае клинического ухудшения</li> </ul>
1389.	Рекомендуемая кратность проведения катетеризации правых отделов сердца при наблюдении за пациентами с легочной гипертензией. Правильны все ответы, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Каждые 3-4 месяца</li> <li>• Исходно</li> <li>• Через 3-4 месяца после начала или смены терапии</li> <li>• В случае клинического ухудшения</li> </ul>
1390.	При беременности у пациенток с ЛГ согласно существующим рекомендациям:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано прерывание беременности в связи с высоким риском фатального исхода</li> <li>• Пациентка должна находиться под тщательным наблюдением врача</li> <li>• Пациентка должна прекратить прием ЛАГ-специфичной терапии</li> <li>• Необходимо ограничение физических нагрузок</li> </ul>
1391.	Для контрацепции пациентки с ЛГ должны применять все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эстроген-содержащие оральные контрацептивы</li> <li>• Барьерные методы</li> <li>• Прогестерон-содержащие контрацептивы</li> <li>• Сочетание двух методов контрацепции</li> </ul>
1392.	Предпочтительным методом анестезии при хирургических вмешательствах у пациентов с легочной гипертензией являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эпидуральная анестезия</li> <li>• Ингаляционный наркоз</li> <li>• Комбинированная анестезия</li> <li>• Внутривенная анестезия</li> </ul>

1393.	По данным клинических исследований, благоприятные эффекты оральных антикоагулянтов у больных легочной гипертензией показаны у пациентов с этой патологией, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдроме Эйзенменгера</li> <li>• Идиопатической легочной гипертензией</li> <li>• Наследуемой ЛАГ</li> <li>• ЛАГ вследствие приема аноректиков</li> </ul>
1394.	Целевое МНО при терапии варфарином идиопатической легочной гипертензии составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,5-2,5</li> <li>• 2-3</li> <li>• 2,5-3,5</li> <li>• 2-2,5</li> </ul>
1395.	При хронической тромбоэмболической легочной гипертензии целевые уровни МНО при терапии варфарином составляют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,5-3,5</li> <li>• 2-2,5</li> <li>• 1,5-2,5</li> <li>• 2-3</li> </ul>
1396.	Какие дозы пролонгированного нифедипина считаются эффективными для лечения ЛГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 120-240 мг</li> <li>• 30-60 мг</li> <li>• 60-90 мг</li> <li>• 90-120 мг</li> </ul>
1397.	Какие дозы дилтиазема считаются эффективными для лечения ЛГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 240-720 мг</li> <li>• 60-90 мг</li> <li>• 90-120 мг</li> <li>• 120-240 мг</li> </ul>
1398.	Терапия антагонистами кальция у пациентов с положительным вазореактивным тестом противопоказана во всех случаях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пиковое потребление <math>O_2 &gt; 15</math> мл/мин/кг по данным кардиопульмонального нагрузочного теста</li> <li>• Сердечный индекс менее 2,1 л/мин/м<sup>2</sup></li> <li>• Сатурация <math>O_2</math> венозной крови менее 63%</li> <li>• Давление в правом предсердии более 10 мм.рт.ст.</li> </ul>
1399.	К антагонистам рецепторов эндотелина относятся следующие препараты лечения легочной гипертензии, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Риоцигуат</li> <li>• Бозентан</li> <li>• Мацицентан</li> <li>• Амбризентан</li> </ul>
1400.	Кардиогенный отек легких не может быть вызван:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острым перикардитом</li> <li>• Пароксизмом мерцательной аритмии</li> <li>• Острым инфарктом миокарда</li> <li>• Острым миокардитом</li> </ul>
1401.	При развитии у больного острым инфарктом миокарда клинической картины шока и появлении грубого систолического шума поперек грудины наиболее вероятно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> <li>• Отрыв сосочковой мышцы</li> <li>• Разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Разрыв свободной стенки правого желудочка</li> </ul>
1402.	При развитии отека легких ДЗЛА:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышается.</li> <li>• Снижается</li> <li>• Не изменяется</li> <li>• Отрицательное</li> </ul>
1403.	Причиной развития кардиогенного отека легких является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение гидростатического давления в легочных капиллярах</li> <li>• Понижение гидростатического давления в легочных капиллярах</li> <li>• Понижение онкотического давления</li> <li>• Повышение проницаемости сосудистой стенки</li> </ul>
1404.	При развитии отека легких появление кашля с розовой мокротой свидетельствует о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прогрессировании левожелудочковой недостаточности</li> <li>• О начале разрешения процесса</li> <li>• Присоединении пневмонии</li> <li>• Нехарактерно для отека легких</li> </ul>

1405.	Наиболее эффективным методом респираторной поддержки при отеке легких является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неинвазивная вспомогательная вентиляция легких с повышенным ПДКВ</li> <li>• Ингаляция кислорода через носовой катетер</li> <li>• Ингаляция кислорода через маску</li> <li>• Неинвазивная вспомогательная вентиляция легких</li> </ul>
1406.	При лечении отека легких в качестве вазодилататора рекомендуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузия нитроглицерина или нитропрусида натрия</li> <li>• <math>\beta</math>(бета)-адреноблокаторы</li> <li>• Антагонисты кальция</li> <li>• Возможно применение любого из этих препаратов</li> </ul>
1407.	Препаратом выбора для лечения отека легких будут:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Петлевые диуретики</li> <li>• <math>\beta</math>(бета)-адреноблокаторы</li> <li>• Тиазидовые диуретики</li> <li>• Антагонисты кальция</li> </ul>
1408.	Применение катехоламинов при отеке легких целесообразно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При гипотонии</li> <li>• При снижении ФВ левого желудочка</li> <li>• При наличии других признаков НК</li> <li>• При отеке легких любого генеза</li> </ul>
1409.	При развитии отека легких с низким АД применяются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Максимальные дозы мочегонных, респираторная поддержка, при необходимости катехоламинов</li> <li>• Сочетание вазодилататоров с инфузией ктехоламинов, респираторная поддержка</li> <li>• Инфузия допамина с переводом больного на ИВЛ</li> <li>• Перевод больного на ИВЛ, применение вазодилататоров и мочегонных противопоказано</li> </ul>
1410.	При пароксизме мерцательной аритмии, осложненном отеком легких больному показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение экстренной кардиоверсии</li> <li>• Введение дигоксина</li> <li>• Восстановление синусового ритма новокаиномидом</li> <li>• Контроль ритма <math>\beta</math>(бета)-адреноблокаторами</li> </ul>
1411.	Причиной развития кардиогенного отека легких может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пароксизм мерцательной аритмии</li> <li>• Двусторонняя пневмония</li> <li>• Аллергическая реакция</li> <li>• Черепно-мозговая травма</li> </ul>
1412.	При появлении крупнопузырчатых влажных хрипов с максимумом над грудиной у больного с ОНМК с нормальной сатурацией можно думать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Застое мокроты в трахее</li> <li>• Отеке легких</li> <li>• Развитии приступа сердечной астмы</li> <li>• Наличии острого респираторного заболевания</li> </ul>
1413.	Для застойных хрипов в нижних отделах легких характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Смещение при повороте больного на бок</li> <li>• Хрипы звонкие</li> <li>• Появление шума трения плевры</li> <li>• Появление шума трения перикарда</li> </ul>
1414.	При аускультации сердца у больного с острой сердечной недостаточностью характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление ритма галопа</li> <li>• Появление систолического шума на аорте</li> <li>• Появление диастолического шума на аорте</li> <li>• Появление диастолического шума на легочной артерии</li> </ul>
1415.	По классификации Killip при I классе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Признаки левожелудочковой недостаточности отсутствуют</li> <li>• Появляются застойные хрипы в нижних отделах легких</li> <li>• Развивается отек легких</li> <li>• Развивается кардиогенный шок</li> </ul>
1416.	По классификации Killip при II классе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появляются застойные хрипы в нижних отделах легких</li> <li>• Признаки левожелудочковой недостаточности отсутствуют</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Развивается отек легких</li> <li>• Развивается кардиогенный шок</li> </ul>
1417.	По классификации Killip при III классе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Развивается отек легких</li> <li>• Признаки левожелудочковой недостаточности отсутствуют</li> <li>• Появляются застойные хрипы в нижних отделах легких</li> <li>• Развивается кардиогенный шок</li> </ul>
1418.	По классификации Killip при IV классе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Развивается кардиогенный шок</li> <li>• Признаки левожелудочковой недостаточности отсутствуют</li> <li>• Появляются застойные хрипы в нижних отделах легких</li> <li>• Развивается отек легких</li> </ul>
1419.	При развитии стойкого отека легких и появлении систолического шума на верхушке сердца можно думать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острой митральной регургитации с возможным отрывом сосочковой мышцы</li> <li>• Остром перикардите</li> <li>• Разрыве межжелудочковой перегородки</li> <li>• Разрыве наружной стенки левого желудочка</li> </ul>
1420.	Критериями развития шока являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение систолического АД менее 90 мм рт ст у нормотоников с признаками гипоперфузии органов и тканей</li> <li>• Снижение АД менее 90 мм рт ст независимо от базового уровня АД</li> <li>• Снижение АД у гипертоников без медикаментозной терапии</li> <li>• Бессимптомное снижение АД у гипотоников</li> </ul>
1421.	Признаками гипоперфузии органов и тканей являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Олигурия, холодная кожа, заторможенность</li> <li>• Иктеричная кожа, Пульсирующие яремные вены, олигурия</li> <li>• Психомоторное возбуждение, наличие застойных хрипов в легких</li> <li>• Глубокий сон, редкое и шумное дыхание</li> </ul>
1422.	Признаками рефлекса Бецольда-Яриша являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипотония и относительная брадикардия</li> <li>• Тахикардия и повышение АД</li> <li>• Тахикардия и гипотония</li> <li>• Брадикардия и повышение АД</li> </ul>
1423.	Для лечения рефлекса Бецольда-Яриша применяются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Атропин и инфузия жидкости</li> <li>• <math>\beta</math>(бета)-адреноблокаторы и инфузия нитроглицерина</li> <li>• Инфузия добутамина</li> <li>• Инфузия допамина</li> </ul>
1424.	При развитии пароксизма мерцательной аритмии, осложненного шоком показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение экстренной кардиоверсии</li> <li>• Введение дигоксина</li> <li>• Восстановление синусового ритма новокаиномидом</li> <li>• Контроль ритма <math>\beta</math>(бета)-адреноблокаторами</li> </ul>
1425.	При развитии пароксизма желудочковой тахикардии, осложненной шоком показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренная кардиоверсия</li> <li>• Инфузия лидокаина и катехоламинов</li> <li>• Инфузия кордарона</li> <li>• Экстренная имплантация кардиовертера-дефибрилятора</li> </ul>

1426.	Рефлекс Бецольда-Яриша чаще развивается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При нижней локализации инфаркта миокарда</li> <li>• Передней локализации инфаркта миокарда</li> <li>• При развитии инфаркта межжелудочковой перегородки и поражении проводящих путей</li> <li>• При боковой локализации инфаркта миокарда</li> </ul>
1427.	Механизмом развития рефлекса Бецольда-Яриша является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Активация блуждающего нерва</li> <li>• Поражение межжелудочковой перегородки и проводящих путей</li> <li>• Активация звездчатого ганглия</li> <li>• Развитие гиповолемии</li> </ul>
1428.	Измерение давления заклинивания легочной артерии применяют для оценки:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Конечно-диастолического давления в левом желудочке</li> <li>• Центрального венозного давления</li> <li>• Давления в нижней полой вене</li> <li>• Конечно-диастолического давления в правом желудочке</li> </ul>
1429.	Пре- и посткапиллярную легочную гипертензию можно дифференцировать при помощи измерения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Давления заклинивания легочной артерии</li> <li>• Центрального венозного давления</li> <li>• Измерения сердечного выброса</li> <li>• Инвазивного измерения артериального давления</li> </ul>
1430.	В норме давление заклинивания легочной артерии составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12-14 мм рт.ст.</li> <li>• 3-5 мм рт.ст.</li> <li>• 20-24 мм рт.ст.</li> <li>• 5 мм рт.ст.</li> </ul>
1431.	У больного острым инфарктом миокарда при развитии гипотонии неадекватное наполнение левого желудочка в диастолу можно выявить при помощи измерения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Давления заклинивания легочной артерии</li> <li>• Центрального венозного давления</li> <li>• Фракции выброса левого желудочка</li> <li>• Давления в нижней полой вене</li> </ul>
1432.	При развитии относительной гиповолемии у больного острым инфарктом миокарда для инфузионной терапии используется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Физиологический раствор</li> <li>• Реополиглюкин</li> <li>• ХЕСС</li> <li>• Свежезамороженная плазма</li> </ul>
1433.	Какой из препаратов может провоцировать развитие кардиогенного шока:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\beta</math>(бета)-адреноблокаторы</li> <li>• Аспирин</li> <li>• Статины</li> <li>• Тикагрелор</li> </ul>
1434.	У каких пациентов $\beta$ (бета)-адреноблокаторы повышают риск развития кардиогенного шока:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пожилые пациенты с инфарктом миокарда</li> <li>• Молодые пациенты с инфарктом миокарда и нормальной ФВ</li> <li>• Пациенты с инфарктом миокарда, которым проведено ЧКВ без признаков НК</li> <li>• Пациенты, страдающие артериальной гипертензией</li> </ul>
1435.	Каким образом развивается гипотония у больных инфарктом миокарда с поражением правого желудочка:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение сердечного выброса из-за недонаполнения левого желудочка</li> <li>• Повышение давления в легочной артерии</li> <li>• Повышение центрального венозного давления</li> <li>• Депонирование крови в большом круге кровообращения</li> </ul>
1436.	Измерение давления заклинивания легочной артерии производится с помощью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Катетера Сван-Ганса</li> <li>• Чрезпищеводного ЭХОКГ</li> <li>• Мультиспирального КТ</li> <li>• Катетеризации коронарных артерий</li> </ul>
1437.	Одним из критериев истинного кардиогенного шока является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение ДЗЛА</li> <li>• Повышение ЦВД</li> <li>• Повышение диаметра нижней полой вены</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение давления в легочной артерии</li> </ul>
1438.	При развитии относительной гиповолемии у больного с инфарктом правого желудочка критерием диагноза является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пониженное ДЗЛА</li> <li>• Повышение ДЗЛА</li> <li>• Повышение ЦВД</li> <li>• Нормальное или пониженное ЦВД</li> </ul>
1439.	При развитии истинного кардиогенного шока с преимущественным поражением правого желудочка препаратом выбора для поддержания гемодинамики будет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Добутамин</li> <li>• Допамин</li> <li>• Норадrenalин</li> <li>• Адреналин</li> </ul>
1440.	При клинической картине кардиогенного шока и снижении ДЗЛА для поддержания гемодинамики показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузия физиологического раствора</li> <li>• Инфузия адреналина</li> <li>• Инфузия допамина</li> <li>• Инфузия мезатона</li> </ul>
1441.	При развитии кардиогенного шока у больного с острым инфарктом миокарда пациенту показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренное проведение ЧКВ</li> <li>• Инфузия адреналина</li> <li>• Инфузия гепарина</li> <li>• Инфузия нитроглицерина</li> </ul>
1442.	При развитии шока у больного с ТЭЛА показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение тромболитической терапии</li> <li>• Проведение инфузионной терапии</li> <li>• Проведение антикоагулянтной терапии варфарином</li> <li>• Проведение антикоагулянтной терапии НОАК</li> </ul>
1443.	При кардиогенном шоке, вызванном разрывом межжелудочковой перегородки для стабилизации гемодинамики больному показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение внутриаортальной баллонной контрапульсации</li> <li>• Инфузия добутамина</li> <li>• Проведение тромболитической терапии</li> <li>• Проведение ЧКВ</li> </ul>
1444.	У больных острым инфарктом миокарда, осложнившегося кардиогенным шоком методом выбора реперфузии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренное ЧКВ</li> <li>• Реперфузия не показана</li> <li>• Тромболитическая терапия</li> <li>• Тромболитическая терапия или ЧКВ</li> </ul>
1445.	При развитии у больного острым инфарктом миокарда гемоперикарда со снижением АД для стабилизации гемодинамики показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузия жидкости</li> <li>• Инфузия адреналина</li> <li>• Инфузия допамина</li> <li>• Проведение ЧКВ</li> </ul>
1446.	При развитии истинного кардиогенного шока у больного острым инфарктом миокарда достоверно улучшает прогноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение экстренного ЧКВ</li> <li>• Проведение внутриаортальной баллонной контрапульсации</li> <li>• Проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации</li> <li>• Инфузия добутамина</li> </ul>
1447.	Развитие ятрогенного кардиогенного шока у больного острым инфарктом миокарда с поражением правого желудочка может быть вызвано назначением:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фуросемида</li> <li>• Аспирин</li> <li>• Тикагрелора</li> <li>• Клопидогреля</li> </ul>
1448.	При развитии посткапиллярной легочной гипертензии ДЗЛА:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличивается</li> <li>• Снижается</li> <li>• Не изменяется</li> <li>• Становится отрицательным</li> </ul>
1449.	Методом выбора диагностики выявления острой митральной регургитации при отеке легких является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭХОКГ</li> <li>• Коронароангиография</li> <li>• Рентгенография грудной клетки</li> <li>• ЭКГ</li> </ul>

1450.	Методом выбора для диагностики гемотампонады является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭХОКГ</li> <li>• Рентгенография грудной клетки</li> <li>• ЭКГ</li> <li>• Измерение ДЗЛА</li> </ul>
1451.	При развитии отека легких на фоне пароксизма мерцательной аритмии больному показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренная кардиоверсия</li> <li>• Введение дигоксина</li> <li>• Инфузия новокаинамида</li> <li>• Инфузия электролитов</li> </ul>
1452.	При развитии относительной гиповолемии у больного острым инфарктом миокарда ДЗЛА:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшается</li> <li>• Увеличивается</li> <li>• Не меняется</li> <li>• Определение ДЗЛА при инфаркте миокарда противопоказано</li> </ul>
1453.	При развитии истинного кардиогенного шока проведение внутриаортальной баллонной контрапульсации:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволяет стабилизировать гемодинамику</li> <li>• Достоверно улучшает прогноз</li> <li>• Заменяет проведение ЧКВ</li> <li>• Заменяет проведение тромболитической терапии</li> </ul>
1454.	Проведение экстренной кардиоверсии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При пароксизме мерцательной аритмии, осложнившимся отеком легких</li> <li>• При пароксизме мерцательной аритмии длительностью менее 48 часов</li> <li>• При пароксизме мерцательной аритмии длительностью более 48 часов</li> <li>• При пароксизме мерцательной аритмии, осложнившимся ОНМК</li> </ul>
1455.	При назначении верапамила больным с низкой фракцией выброса:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возрастает риск развития острой левожелудочковой недостаточности</li> <li>• Повышается фракция выброса</li> <li>• Увеличивается ударный объем</li> <li>• Увеличивается частота сердечных сокращений</li> </ul>
1456.	У больных острым инфарктом миокарда, осложнившегося развитием кардиогенного шока при проведении ЧКВ рекомендуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стентирование всех гемодинамически значимых стенозов</li> <li>• Стентирование только инфарктсвязанной артерии</li> <li>• Стентирование всех стенозов, не зависимо от влияния на гемодинамику</li> <li>• Проведение ЧКВ не показано</li> </ul>
1457.	При развитии аритмогенного шока у больного с пароксизмом мерцательной аритмии показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренная кардиоверсия</li> <li>• Инфузия новокаинамида</li> <li>• Инфузия дигоксина</li> <li>• Инфузия жидкости</li> </ul>
1458.	При развитии кардиогенного шока у больного острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST проведение ЧКВ показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В экстренном порядке</li> <li>• В течение суток</li> <li>• После стабилизации гемодинамики</li> <li>• Показано проведение тромболитической терапии</li> </ul>
1459.	У больного острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST при развитии отека легких показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренное проведение ЧКВ</li> <li>• Перевод больного на искусственную вентиляцию легких</li> <li>• Проведение ЧКВ после купирования отека легких</li> <li>• Проведение ЧКВ в плановом порядке</li> </ul>
1460.	При развитии отека легких у больного с хронической сердечной недостаточностью с нормальным уровнем АД показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапия мочегонными, инфузия нитроглицерина</li> <li>• Экстренное проведение ЧКВ</li> <li>• Инфузия добутамина</li> <li>• Инфузия дигоксина</li> </ul>
1461.	Критерием истинного кардиогенного шока является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение ДЗЛА более 18 мм рт.ст</li> <li>• Снижение ДЗЛА менее 12 мм рт.ст.</li> <li>• Отрицательное ДЗЛА</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение ЦВД более 12мм рт.ст</li> </ul>
1462.	Больным острым инфарктом миокарда, осложнившегося развитием кардиогенного шока показано проведение ЧКВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В экстренном порядке</li> <li>• После стабилизации уровня артериального давления</li> <li>• Показано только больным острым инфарктом с подъемом сегмента ST</li> <li>• Проведение ЧКВ не показано по тяжести состояния</li> </ul>
1463.	Катетер Сван-Ганса используется для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Измерения давления заклинивания легочной артерии</li> <li>• Измерения давления в коронарных артериях</li> <li>• Измерения давления градиента давления на аортальном клапане</li> <li>• Контроля сердечного ритма</li> </ul>
1464.	Проведение внутриаортальной баллонной контрапульсации противопоказано при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортальной регургитации</li> <li>• Митральной регургитации</li> <li>• Трикуспидальной регургитации</li> <li>• Митральном стенозе</li> </ul>
1465.	При отрыве сосочковой мышцы у больного можно ожидать развития:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отека легких</li> <li>• Гипертонического криза</li> <li>• Гемотампонады</li> <li>• Тяжелой аортальной регургитации</li> </ul>
1466.	При инфузии добутамина осуществляется в основном стимуляция:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\beta</math>(бета)- адренорецепторов</li> <li>• Дофаминовых рецепторов</li> <li>• <math>\alpha</math>(альфа)-адренорецепторов</li> <li>• П<math>\beta</math>3А рецепторов</li> </ul>
1467.	При снижении АД до 80/40 у пациента с кардиогенным шоком и ДЗЛА > 18 мм рт ст. для стабилизации гемодинамики показана инфузия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Добутамина</li> <li>• Норадrenalина</li> <li>• Левосимендана</li> <li>• Адреналина</li> </ul>
1468.	При снижении АД до 70/40 у пациента с кардиогенным шоком и ДЗЛА > 18 мм рт ст. для стабилизации гемодинамики показана инфузия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Норадrenalина</li> <li>• Допамина</li> <li>• Левосимендана</li> <li>• Физиологического раствора</li> </ul>
1469.	При снижении АД до 60/40 у пациента с кардиогенным шоком и ДЗЛА > 18 мм рт ст. для стабилизации гемодинамики показана инфузия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Норадrenalина</li> <li>• Левосимендана</li> <li>• Добутамина</li> <li>• Физиологического раствора</li> </ul>
1470.	Преимуществом добутамина перед вазопрессорными препаратами является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффективнее улучшает перфузию тканей</li> <li>• Эффективнее повышает уровень АД</li> <li>• Снижает потребность миокарда в кислороде</li> <li>• Преимуществ не имеет</li> </ul>
1471.	Преимуществом допамина перед добутамином является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффективнее повышает уровень АД</li> <li>• Эффективнее повышает сердечный выброс</li> <li>• Снижает потребность миокарда в кислороде</li> <li>• Преимуществ не имеет</li> </ul>
1472.	При инфузии допамина в высоких дозах осуществляется в основном стимуляция:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\alpha</math>(альфа)-адренорецепторов.</li> <li>• Дофаминовых рецепторов</li> <li>• <math>\beta</math>(бета)- адренорецепторов.</li> <li>• П<math>\beta</math>3А рецепторов.</li> </ul>
1473.	Недостатком $\beta$ (бета)-адреностимуляторов является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Повышают потребность миокарда в кислороде</li> <li>• Повышают риск развития аритмии</li> <li>• Недостаточно эффективны при снижении АД ниже 80 мм рт.ст.</li> </ul>

1474.	Признаком развития кардиогенного шока является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Олигурия</li> <li>• Усиление ангинозных болей</li> <li>• Появление мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких</li> <li>• Появление желудочковой тахикардии</li> </ul>
1475.	Характерными признаками отека легких являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одышка с распространенными двусторонними влажными хрипами над верхними и нижними отделами легких</li> <li>• Наличие выраженного психомоторного возбуждения</li> <li>• Удушье с развитием «немного легкого»</li> <li>• Олигурия</li> </ul>
1476.	Проведение экстренной кардиоверсии показано при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отеке легких на фоне мерцательной аритмии</li> <li>• Передозировке морфина</li> <li>• Выраженной брадикардии</li> <li>• Постоянной форме мерцательной аритмии</li> </ul>
1477.	Причиной развития кардиогенного шока может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пароксизм тахиаритмии</li> <li>• Кровотечение</li> <li>• Гипертрофия левого желудочка</li> <li>• Блокада правой ножки пучка Гиса</li> </ul>
1478.	Одной из причин развития шока при инфаркте миокарда является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Желудочковые тахиаритмии</li> <li>• Гипертонический криз</li> <li>• Синдром Дреслера</li> <li>• Наличие выраженная гипертрофия левого желудочка</li> </ul>
1479.	Причиной развития относительного гиповолемического шока при инфаркте миокарда является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение растяжимости миокарда</li> <li>• Массивное кровотечение</li> <li>• Рефлекс Берцольда-Яриша</li> <li>• Рефлекторное понижение парасимпатического тонуса при болевом приступе</li> </ul>
1480.	Для относительной гиповолемии у больного острым инфарктом миокарда не характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Повышение ДЗЛА более 20 мм рт.ст.</li> <li>• Развитие отека легких</li> <li>• Развитие гипертонического криза</li> </ul>
1481.	При аритмогенном шоке артериальное давление:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Восстанавливается вскоре после восстановления ритма</li> <li>• Восстанавливается в течение 2 суток после восстановления ритма</li> <li>• Не зависит от частоты ритма сердца</li> <li>• Не восстанавливается после восстановления сердечного ритма</li> </ul>
1482.	Отрыв сосочковой мышцы может вести к развитию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острой левожелудочковой недостаточности</li> <li>• Гипертонического криза</li> <li>• Острого инфаркта миокарда</li> <li>• Ортодромной WPW тахикардии</li> </ul>
1483.	Разрыв межжелудочковой перегородки с массивным сбросом крови слева направо ведет к развитию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кардиогенного шока</li> <li>• Отека легких</li> <li>• Гипертонического криза</li> <li>• Антидромной WPW тахикардии</li> </ul>
1484.	Признаком кардиогенного шока, вызванного разрывом межжелудочковой перегородки является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Систолический шум, проводящийся поперек грудины</li> <li>• Грубый систолический шум на верхушке сердца</li> <li>• Шум трения перикарда</li> <li>• Систолический шум на аорте, проводящийся на сосуды шеи</li> </ul>

1485.	При развитии у больного острым инфарктом миокарда интенсивного болевого приступа с развитием шока и переходом в электро-механическую диссоциацию наиболее вероятно развитие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гемотампонады</li> <li>• Отрыва сосочковой мышцы</li> <li>• Разрыва межжелудочковой перегородки</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
1486.	У больного с острым нижним инфарктом миокарда рецидивируют тяжелые, плохо купирующиеся отеки легких. При аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца. Наиболее вероятным осложнением инфаркта является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дисфункция сосочковой мышцы</li> <li>• Разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Разрыв свободной стенки правого желудочка</li> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> </ul>
1487.	У больного острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST отмечается развитие шока. При аускультации определяется систолический шум, проводящийся поперек грудины. Наиболее вероятным осложнением инфаркта является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> <li>• Разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Разрыв свободной стенки правого желудочка</li> <li>• Отрыв сосочковой мышцы</li> </ul>
1488.	У больного острым инфарктом миокарда нижней стенки с подъемом сегмента ST отмечается снижение АД до 80/50 мм рт ст с ЧСС 55 в мин. Наиболее вероятным осложнением инфаркта является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Развитие рефлекса Бецоляда-Яриша</li> <li>• Развитие относительной гиповолемии</li> <li>• Отрыв сосочковой мышцы</li> <li>• Развитие внутреннего кровотечения</li> </ul>
1489.	У больного острым инфарктом миокарда нижней стенки с подъемом сегмента ST на фоне инфузии нитроглицерина отмечается снижение АД до 80/50 мм рт ст с ЧСС 95 в мин. Наиболее вероятным осложнением инфаркта является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Распространение инфаркта на правый желудочек</li> <li>• Развитие рефлекса Бецоляда-Яриша</li> <li>• Отрыв сосочковой мышцы</li> <li>• Развитие блокады левой ножки пучка Гиса</li> </ul>
1490.	У больного острым инфарктом миокарда отмечается снижение АД до 80/50 мм рт ст. На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 95 в мин. В легких выслушивается небольшое количество застойных хрипов. Наиболее вероятной причиной снижения АД является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Истинный кардиогенный шок</li> <li>• Аритмогенный шок</li> <li>• Гиповолемический шок</li> <li>• Рефлекс Бецоляда-Яриша</li> </ul>
1491.	У больного острым инфарктом миокарда отмечается снижение АД до 70/50 мм рт ст. ЧСС 155 в мин. Наиболее вероятной причиной снижения АД является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аритмогенный шок</li> <li>• Гиповолемический шок</li> <li>• Истинный кардиогенный шок</li> <li>• Рефлекс Бецоляда-Яриша</li> </ul>
1492.	У больного острым инфарктом миокарда отмечается снижение АД до 75/50 мм рт. ст. ЧСС 95 в мин. В легких хрипов нет. Для определения вида шока необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Измерить ДЗЛА</li> <li>• Провести ЭХОКГ</li> <li>• Провести пункцию перикарда</li> <li>• Измерить ЦВД</li> </ul>
1493.	У больного острым инфарктом миокарда отмечается снижение АД до 75/50 мм рт. ст. ЧСС 95 в мин. В легких хрипов нет. ДЗЛА 12 мм рт ст. Признаков кровотечения нет. Что является причиной гипотонии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Относительная гиповолемия</li> <li>• Аритмогенный шок</li> <li>• Истинный кардиогенный шок</li> <li>• Рефлекс Бецоляда-Яриша</li> </ul>
1494.	У больного острым инфарктом миокарда отмечается снижение АД до 75/50 мм рт ст. ЧСС 95 в мин. В легких хрипов нет.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузия жидкости под контролем ДЗЛА</li> <li>• Инфузия добутамина под контролем ДЗЛА</li> <li>• Инфузия допамина под контролем ДЗЛА</li> <li>• Инфузия норадреналина под контролем ДЗЛА</li> </ul>

	ДЗЛА 14 мм рт ст. Какая терапия показана:	
1495.	У больного острым инфарктом миокарда отмечается снижение АД до 80/50 мм рт. ст. ЧСС 95 в мин. В легких хрипов нет. ДЗЛА 20 мм рт ст. Что является причиной гипотонии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Истинный кардиогенный шок</li> <li>• Аритмогенный шок</li> <li>• Относительная гиповолемия</li> <li>• Рефлекс Бецольда-Яриша</li> </ul>
1496.	У больного острым инфарктом миокарда отмечается снижение АД до 80/50 мм рт.ст. с клиническими признаками шока. ЧСС 95 в мин. В легких хрипов нет. ДЗЛА 20 мм рт.ст. Какая медикаментозная терапия показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузия добутамина</li> <li>• Инфузия нитроглицерина</li> <li>• Инфузия жидкости под контролем ДЗЛА</li> <li>• Инфузия кордарона</li> </ul>
1497.	Снижение АД может быть расценено как проявление шока при наличии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Олигурии</li> <li>• Запаха ацетона изо рта</li> <li>• Пота с резким запахом</li> <li>• Психомоторного-возбуждения</li> </ul>
1498.	При отсутствии возможности определить давление заклинивания легочной артерии наличия относительной гиповолемии доказывается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нормализацией АД после быстрого (за 10-15 мин) переливания 200 мл физраствора</li> <li>• Определением тургора тканей</li> <li>• Отсутствием нормализации АД после быстрого переливания физраствора</li> <li>• Наличием признаков застоя крови по малому кругу</li> </ul>
1499.	Механизмом развития кардиогенного шока является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Резкое падение сердечного выброса</li> <li>• Падение объема циркулирующей крови</li> <li>• Снижение периферического сосудистого сопротивления</li> <li>• Верно все вышеперечисленное</li> </ul>
1500.	Признаком развития кардиогенного шока является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Олигурия</li> <li>• Усиление ангинозных болей</li> <li>• Появление мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких</li> <li>• Появление желудочковой тахикардии</li> </ul>
1501.	Проведение внутриаортальной баллонной контропульсации у пациента с разрывом межжелудочковой перегородки и шоком позволяет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стабилизировать гемодинамику</li> <li>• Предотвратить разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Предотвратить развитие отека легких</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
1502.	Проведение внутриаортальной баллонной контропульсации у пациента с отрывом сосочковой мышцы позволяет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшить степень митральной регургитации</li> <li>• Увеличить венозный возврат к сердцу</li> <li>• Предотвратить разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
1503.	Проведение внутриаортальной баллонной контропульсации у пациента с тяжелой аортальной регургитацией ведет к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарастанию аортальной регургитации</li> <li>• Увеличению венозного возврата к сердцу</li> <li>• Уменьшению степени митральной регургитации</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
1504.	Проведение внутриаортальной баллонной контропульсации у пациента с истинным кардиогенным шоком позволяет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стабилизировать гемодинамику</li> <li>• Предотвратить разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Достоверно повысить выживаемость</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>



1505.	Проведение внутриаортальной баллонной контрпульсации у пациента с шоком на фоне гиповолемии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Малоэффективно до устранения гиповолемии</li> <li>• Позволяет предотвратить разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Достоверно повышает выживаемость</li> <li>• Увеличивает риск развития аритмий</li> </ul>
1506.	Проведение внутриаортальной баллонной контрпульсации у пациента с аритмогенным шоком:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показано</li> <li>• Позволяет предотвратить разрыв свободной стенки левого желудочка</li> <li>• Достоверно повышает выживаемость</li> <li>• Позволяет стабилизировать гемодинамику</li> </ul>
1507.	У больного на фоне желудочковой тахикардии отмечается снижение АД до 80/50 мм рт.ст. с клиническими признаками шока. ЧСС 95 в мин. В легких хрипов нет. Какая тактика ведения больного:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение экстренной кардиоверсии</li> <li>• Проведение инфузии лидокаина</li> <li>• Проведение инфузии электролитов</li> <li>• Инфузия физ. р-ра для стабилизации гемодинамики</li> </ul>
1508.	Признаком начала развития отека легких может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление одышки, усиливающейся в положении лежа</li> <li>• Появление одышки при физической нагрузке</li> <li>• Увеличение отеков нижних конечностей</li> <li>• Увеличение частоты и интенсивности ангинозных приступов</li> </ul>
1509.	Лечение кардиогенного отека легких на фоне нормального АД целесообразно начинать с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузии нитроглицерина + введение лазикса</li> <li>• Введения зуфиллина</li> <li>• Инфузии вазопрессоров</li> <li>• Инфузии преднизолона</li> </ul>
1510.	При развитии отека легких существенно ухудшает прогноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Падение артериального давления</li> <li>• Наличие бронхиальной астмы в анамнезе</li> <li>• Повышение артериального давления</li> <li>• Наличие сахарного диабета I типа</li> </ul>
1511.	У больного острым инфарктом миокарда при развитии бурного отека легких с падением АД при появлении выраженного систолического шума на верхушке наиболее вероятно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрыв сосочковой мышцы</li> <li>• Распространение инфаркта на правый желудочек</li> <li>• Разрыв свободной стенки миокарда</li> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> </ul>
1512.	Кардиогенный отек легких развивается при конечно-диастолическом давлении в легочной артерии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более 20-25 мм рт.ст.</li> <li>• Более 10 мм рт.ст</li> <li>• Менее 5 мм рт.ст</li> <li>• Более 5 мм рт.ст</li> </ul>
1513.	При развитии отека легких у больных с острым инфарктом миокарда на фоне нормального или повышенного АД показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузия нитратов и внутривенное введение лазикса</li> <li>• Инфузия добутамина</li> <li>• Параллельная инфузия допамина и нитроглицерина</li> <li>• Инфузия ингибиторов АПФ</li> </ul>
1514.	При развитии вагусного шока тактика лечения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Введение атропина, инфузия физиологического раствора</li> <li>• Внутриаортальная баллонная контрпульсация</li> <li>• Введение катехоламинов</li> <li>• Инфузия ингибиторов АПФ</li> </ul>
1515.	Развитие кардиогенного отека легких не характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыва межжелудочковой перегородки</li> <li>• Пароксизма мерцательной аритмии</li> <li>• Гипертонического криза</li> <li>• Митральной регургитации</li> </ul>
1516.	Развитие кардиогенного шока не характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертонического криза</li> <li>• Пароксизма мерцательной аритмии</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыва межжелудочковой перегородки</li> <li>• Для всего вышеперечисленного</li> </ul>
1517.	При лечении кардиогенного шока не показано назначение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мезатона</li> <li>• Допамина</li> <li>• Добутамина</li> <li>• Норадrenalина</li> </ul>
1518.	При лечении отека легких не показано назначение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эуфиллина</li> <li>• Фуросемида</li> <li>• Нитратов</li> <li>• Всего вышеперечисленного</li> </ul>
1519.	Для приступа сердечной астмы типичным является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одышка, усиливающаяся в положении лежа</li> <li>• Одышка, уменьшающаяся при ходьбе</li> <li>• Одышка, уменьшающаяся в положении на левом боку</li> <li>• Боль за грудиной</li> </ul>
1520.	Для купирования приступа сердечной астмы не применяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эуфиллин</li> <li>• Нитроглицерин</li> <li>• Фуросемид</li> <li>• Изокет</li> </ul>
1521.	Развитие сердечной астмы не характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перикардита</li> <li>• Пароксизма мерцательной аритмии</li> <li>• Гипертонического криза</li> <li>• Митральной регургитации</li> </ul>
1522.	Развитие ятрогенного кардиогенного шока возможно при назначении:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верапамила</li> <li>• Аспирина</li> <li>• Статинов</li> <li>• Тикагрелора</li> </ul>
1523.	Диагноз истинного кардиогенного шока может быть поставлен при отсутствии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего вышеперечисленного</li> <li>• Клинически значимых аритмий</li> <li>• Признаков рефлекса Бецольда-Яриша</li> <li>• Ятрогении</li> </ul>
1524.	Диагноз истинного кардиогенного шока при отсутствии застоя в малом круге кровообращения может быть поставлен если ДЗЛА:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более 18 мм рт.ст.</li> <li>• Менее 5 мм рт.ст.</li> <li>• Отрицательное</li> <li>• Измерения ДЗЛА не требуется</li> </ul>
1525.	К признакам гипоперфузии органов и тканей при шоке относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Олигоанурия</li> <li>• Печеночная недостаточность</li> <li>• Признаки застоя в малом круге кровообращения</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
1526.	Для клинической картины кардиогенного шока характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Холодная влажная кожа</li> <li>• Психомоторное возбуждение</li> <li>• Появление застойных хрипов в легких</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
1527.	Для клинической картины отека легких характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Положение ортопноэ</li> <li>• Положение сидя, максимально наклонившись вперед</li> <li>• Положение лежа</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
1528.	Возможно ли развитие кардиогенного шока при полной поперечной блокаде сердца.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возможно</li> <li>• Не возможно</li> <li>• Возможно только при перенесенном инфаркте миокарда</li> <li>• Возможно только при наличии артериальной гипертензии</li> </ul>

1529.	При развитии полной поперечной блокады сердца, осложнившейся шоком показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постановка ЭКС</li> <li>• Проведение кардиоверсии</li> <li>• Инфузия адреналина</li> <li>• Инфузия норадреналина</li> </ul>
1530.	Какой из приведенных вариантов не характерен для осложнений инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Геморрагический шок</li> <li>• Аритмогенный шок</li> <li>• Вагусный шок</li> <li>• Механический шок</li> </ul>
1531.	Принципом лечения кардиогенного шока является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Восстановление сократимости миокарда</li> <li>• Стабилизация гемодинамики</li> <li>• Предотвращение развития необратимой полиорганной недостаточности</li> </ul>
1532.	При шоке кардиоверсия не показана при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синусовой аритмии</li> <li>• Желудочковой тахикардии</li> <li>• Мерцательной тахикардии</li> <li>• Предсердной тахикардии</li> </ul>
1533.	При кардиогенном шоке мониторинг ДЗЛА проводится для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечения оптимального диастолического наполнения левого желудочка</li> <li>• Предотвращения желудочковых тахикардий</li> <li>• Раннего выявления нарушений проводимости сердца</li> <li>• Для всего вышеперечисленного</li> </ul>
1534.	Механизм действия левосимендана основан на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышении чувствительности сократительных белков к кальцию и открытию калиевых каналов гладкомышечных клеток</li> <li>• Стимуляции <math>\beta</math>(бета)-адренорецепторов и открытию натриевых каналов кардиомиоцитов</li> <li>• Стимуляции <math>\alpha</math>(альфа)-адренорецепторов</li> <li>• Стимуляции ПвША рецепторов</li> </ul>
1535.	Применение внутриаортальной баллонной контрпульсации при кардиогенном шоке:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышает диастолическое давление</li> <li>• Уменьшает аортальную регургитацию</li> <li>• Повышает риск развития аритмии</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
1536.	Проведение внутриаортальной баллонной контрпульсации:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышает ударный объем</li> <li>• Понижает ударный объем</li> <li>• Не изменяет ударный объем</li> <li>• Повышает ударный объем при наличии гипертрофии левого желудочка</li> </ul>
1537.	Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST, осложненным кардиогенным шоком:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показана при невозможности проведения ЧКВ</li> <li>• Показана всем больным</li> <li>• Противопоказана всем больным</li> <li>• Показана в первые 4 часа развития инфаркта</li> </ul>
1538.	Проведение кардиоверсии при отеке легких показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При наличии гемодинамически значимой аритмии</li> <li>• При отсутствии диуреза на фоне проводимой терапии</li> <li>• При выраженном тахипноэ</li> <li>• Развитии отека легких на фоне ОИМ</li> </ul>
1539.	Проведение кардиоверсии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышает риск осложнений у больных с длительностью пароксизма мерцательной аритмии более 48 часов</li> <li>• Не показано при развитии отека легких</li> <li>• Исключает возможность применения антикоагулянтов</li> <li>• Не показано в острой фазе инфаркта миокарда</li> </ul>

1540.	Помимо резкого падения ударного объема сердца причиной развития шока может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Сепсис</li> <li>• Анафилаксия</li> <li>• Рефлекторное повышение парасимпатического тонуса</li> </ul>
1541.	Картина передозировки морфина при ОИМ отличается от картины кардиогенного шока:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличием теплых кожных покровов, сужения зрачков и признаков угнетения дыхательного центра</li> <li>• Наличием теплых кожных покровов, расширения зрачков и признаков угнетения дыхательного центра</li> <li>• Выраженной краснотой лица в сочетании с похолоданием кожных покровов и наличием признаков угнетения дыхательного центра</li> <li>• Ничем не отличается</li> </ul>
1542.	При гиповолемическом механизме развития шока у больных с ОИМ наиболее эффективной терапией будет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфузионная терапия</li> <li>• Обезболивание</li> <li>• Назначение мочегонных</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
1543.	Отек легких с наибольшей вероятностью развивается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При поражении сосочковой мышцы</li> <li>• При наличии цирроза печени</li> <li>• У больных с артериальной гипотензией</li> <li>• При остром перикардите</li> </ul>
1544.	Причинами развития острой сердечной недостаточности являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Острое поражение миокарда</li> <li>• Значимые аритмии</li> <li>• Декомпенсация хронической сердечной недостаточности</li> </ul>
1545.	При интенсивной боли за грудиной с последующим развитием шока необходимо исключить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Расслаивающую аневризму аорты</li> <li>• Тромбоэмболию легочной артерии</li> <li>• Острый инфаркт миокарда с кардиогенным шоком</li> </ul>
1546.	При интенсивной боли за грудиной с последующим развитием шока оптимальным диагностическим методом будет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• КТ ангиография по «тройному протоколу»</li> <li>• МРТ с контрастированием</li> <li>• Трансторакальное ЭХОКГ</li> <li>• Коронароангиография</li> </ul>
1547.	У больного на фоне пароксизма мерцательной аритмии отмечается снижение АД до 80/50 мм рт.ст. с развитием олигурии. В легких хрипов нет. Больному необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполнить экстренную кардиоверсию</li> <li>• Снять чреспищеводную ЭКГ для уточнения характера аритмии</li> <li>• Выполнить ЭХОКГ для уточнения сократимости миокарда</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
1548.	Наличие гемодинамически значимых аритмий при отеке легких является показанием к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведению электрической кардиоверсии</li> <li>• Назначению пропанорма</li> <li>• Назначению фуросемида</li> <li>• Капельному введению новокаинамида</li> </ul>
1549.	Наличие выраженной брадиаритмии при атриовентрикулярной блокаде у больного с кардиогенным шоком является показанием к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Установке ЭКС</li> <li>• Назначению пропанорма</li> <li>• Назначению новокаинамида</li> <li>• Проведению кардиоверсии</li> </ul>
1550.	Причиной возникновения шока при ОИМ может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Нарушение ритма сердца</li> <li>• Активация парасимпатического тонуса с неадекватной вазодилатацией</li> <li>• Относительная гиповолемия</li> </ul>

1551.	О появлении риска развития отека легких на фоне инфузионной терапии говорят:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Увеличение ЧСС</li> <li>• Появление ритма галопа</li> <li>• Появление застойных хрипов</li> </ul>
1552.	Назовите листки перикарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parietalный и висцеральный</li> <li>• Наружный и внутренний</li> <li>• Диафрагмальный и наружно-реберный</li> <li>• Передний и задний</li> </ul>
1553.	Количество жидкости в полости перикарда в норме составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-50 мл</li> <li>• 80-100 мл</li> <li>• 150-300 мл</li> <li>• До 1 литра</li> </ul>
1554.	Показаниями к пункции перикарда являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тампонада сердца</li> <li>• Сепарация листков перикарда &gt;10мм</li> <li>• Гемоперикард, независимо от гемодинамики</li> <li>• Рецидив перикардита</li> </ul>
1555.	Следующие заболевания могут осложниться развитием перикардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Системные аутоиммунные заболевания</li> <li>• Инфаркт миокарда</li> <li>• Туберкулез</li> </ul>
1556.	Для острого перикардита характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боли в грудной клетке, связанные с дыханием</li> <li>• Повышение пульсового давления</li> <li>• Отеки голеней и стоп</li> <li>• Смещаемые влажные хрипы в нижних отделах лёгких</li> </ul>
1557.	Наиболее типичными электрокардиографическими признаками острого перикардита являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диффузные элевации сегмента ST на ЭКГ</li> <li>• Депрессия сегмента ST более, чем в восьми отведениях в сочетании с элевацией ST в aVR</li> <li>• Элевация сегмента ST более 2 мм у мужчин и более 1,5мм у женщин в отведениях V2-V3 и более 1 мм в остальных отведениях</li> <li>• Формирование патологических зубцов q</li> </ul>
1558.	К частым причинам вторичного констриктивного перикардита относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ионизирующее излучение</li> <li>• Рецидивирующий перикардит</li> <li>• Сахарный диабет</li> <li>• Вич-инфекция</li> </ul>
1559.	Наиболее распространенное заболевание перикарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острый идиопатический перикардит</li> <li>• Тампонада сердца</li> <li>• Констриктивный перикардит</li> <li>• Перикардальный выпот</li> </ul>
1560.	Наиболее частая причина перикардита в развитых странах:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вирусы</li> <li>• Туберкулёз</li> <li>• Аутоиммунные процессы</li> <li>• Опухоли</li> </ul>
1561.	Наиболее частая причина перикардита в развивающихся странах:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Туберкулёз</li> <li>• Вирусы</li> <li>• Аутоиммунные процессы</li> <li>• Опухоли</li> </ul>
1562.	Для острого перикардита характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Боли в груди, связанные с дыханием</li> <li>• Шум трения перикарда</li> <li>• Диффузные элевации сегмента ST или депрессии сегмента PR на экг</li> </ul>
1563.	К «большим» предикторам плохого прогноза при остром перикардите относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лихорадка &gt;38(градус)°с</li> <li>• Острое начало</li> <li>• Шум трения перикарда</li> <li>• Тахикардия</li> </ul>

1564.	К «малым» предикторам плохого прогноза при остром перикардите относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Миоперикардит</li> <li>• Терапия пероральными антикоагулянтами</li> <li>• Иммуносупрессия</li> </ul>
1565.	Показания для госпитализации при подозрении на перикардит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие предикторов плохого прогноза</li> <li>• Одышка</li> <li>• Боли в прекардиальной области при дыхании</li> <li>• Сепарация листков перикарда до 5 мм при эхокардиографии</li> </ul>
1566.	Для лечения острого перикардита в качестве препаратов первой линии используют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аспирин или другие нестероидные противовоспалительные препараты</li> <li>• Кортикостероиды</li> <li>• Иммуноглобулины</li> <li>• Цитостатики</li> </ul>
1567.	При развитии острого перикардита у пациентов, нуждающихся в приёме антитромбоцитарных препаратов, в качестве противовоспалительной терапии предпочтительно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аспирин</li> <li>• Индометацин</li> <li>• Колхицин</li> <li>• Кортикостероиды</li> </ul>
1568.	Колхицин - средство первого выбора для добавления к стандартной противовоспалительной терапии при остром и рецидивирующем перикардите для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижения частоты рецидивов</li> <li>• Уменьшения длительности терапии</li> <li>• Улучшения самочувствия</li> <li>• Уменьшения доз аспирина или других нестероидных противовоспалительных препаратов</li> </ul>
1569.	При назначении колхицина при перикардитах рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Начинать терапию без нагрузочной дозы</li> <li>• Начинать терапию с нагрузочной дозы препарата</li> <li>• Применять в одной дозировке, независимо от массы тела</li> <li>• Применять вместо аспирина или нестероидных противовоспалительных препаратов</li> </ul>
1570.	При подозрении на перикардит рекомендовано проведение диагностических тестов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трансторакальная эхокардиография</li> <li>• Чреспищеводная эхокардиография</li> <li>• Коронароангиография</li> <li>• Суточное мониторирование ЭКГ</li> </ul>
1571.	Глюкокортикостероиды при остром перикардите:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Используются в малых дозах при противопоказаниях/безуспешности применения аспирина/нестероидных противовоспалительных препаратов</li> <li>• Рекомендуются в качестве препаратов первой линии</li> <li>• Рекомендовано применение в больших дозах</li> <li>• Не рекомендованы для лечения</li> </ul>
1572.	Осложнения острого перикардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тампонада сердца</li> <li>• АВ-блокада 3 степени</li> <li>• Кардиогенный шок</li> <li>• Тромбоэмболия легочной артерии</li> </ul>
1573.	Нефармакологические рекомендации для пациентов с острым перикардитом включают в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ограничение физических нагрузок</li> <li>• Соблюдение диеты</li> <li>• Контроль температуры</li> <li>• Контроль АД</li> </ul>

1574.	Для рецидивирующего перикардита характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рецидив перикардита через 4-6 недель бессимптомного периода после острого перикардита</li> <li>• Рецидив перикардита через 4-6 месяцев бессимптомного периода после острого перикардита</li> <li>• Сохраняющиеся &gt; 4-6 недель (с момента возникновения) симптомы перикардита</li> <li>• Сохраняющиеся &gt; 3 месяцев (с момента возникновения) симптомы перикардита</li> </ul>
1575.	Причины рецидивирования перикардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Применение глюкокортикоидов в качестве первой линии терапии острого перикардита</li> <li>• Ассоциация перикардита с аутоиммунным заболеванием</li> <li>• Преждевременный возврат к физической активности</li> </ul>
1576.	Для лечения рецидивирующего перикардита в качестве препаратов первой линии используют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аспирин или нестероидные противовоспалительные препараты + колхицин</li> <li>• Глюкокортикостероиды</li> <li>• Иммуноглобулины</li> <li>• Цитостатики</li> </ul>
1577.	Для лечения рецидивирующего перикардита в качестве второй линии используют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкие дозы кортикостероидов</li> <li>• Циклоспорин</li> <li>• Кортикостероиды в больших дозах</li> <li>• Перикардэктомию</li> </ul>
1578.	У пациента с рецидивирующим перикардитом, на фоне терапии ибупрофен+кортикостероиды планируется постепенный выход из терапии. Чтобы не повышать дозы кортикостероидов для контроля симптомов рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Увеличить дозу ибупрофена до максимальной (2400мг/сут)</li> <li>• Назначить для контроля боли анальгетики</li> <li>• Добавить колхицин</li> </ul>
1579.	Для визуализации и диагностики заболеваний перикарда используются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Компьютерная томография сердца</li> <li>• Магнитно-резонансная томография сердца</li> </ul>
1580.	При лечении перикардитов у пожилых рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Избегать назначения индометацина</li> <li>• Уменьшить дозу колхицина вдвое</li> <li>• Контролировать функцию почек</li> </ul>
1581.	Клинические признаки тампонады сердца:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Парадоксальный пульс &gt; 10 mmHg</li> <li>• Тахикардия</li> <li>• Гипотензия</li> </ul>
1582.	Лечение тампонады сердца включает в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пункционный перикардиоцентез</li> <li>• Введение диуретиков</li> <li>• Применение вазодилататоров</li> <li>• Всё перечисленное</li> </ul>
1583.	Продолжительность терапии туберкулезного перикардита составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 месяцев</li> <li>• 3 месяца</li> <li>• 9 месяцев</li> <li>• 12 месяцев</li> </ul>
1584.	Причиной выпота в полость перикарда может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перикардит</li> <li>• Открытое овальное окно</li> <li>• Артериальная гипертензия</li> <li>• Синдром WPW</li> </ul>

1585.	Основные специфические причины перикардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Бактериальный (туберкулезный) перикардит</li> <li>• Новообразования</li> <li>• Системные аутоиммунные заболевания</li> </ul>
1586.	Основные ятрогенные причины перикардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Чрескожные коронарные вмешательства</li> <li>• Катетерная абляция</li> <li>• Имплантация пейсмекера</li> </ul>
1587.	Развитие ранней реперфузионной терапии инфаркта миокарда привело к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более редкому развитию раннего и позднего постинфарктного перикардита</li> <li>• Более частому развитию синдрома дресслера</li> <li>• Более частому развитию раннего постинфарктного перикардита</li> <li>• Не повлияло на частоту позднего постинфарктного перикардита</li> </ul>
1588.	Перикардиальные осложнения острого инфаркта миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Выпот</li> <li>• Ранний постинфарктный перикардит</li> <li>• Поздний постинфарктный перикардит</li> </ul>
1589.	Для постинфарктного перикардита верно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Отражает большой размер инфаркта миокарда</li> <li>• Реже развивается при ранней реперфузионной терапии инфаркта миокарда</li> <li>• Имеет аутоиммунную природу</li> </ul>
1590.	При развитии перикардита у пациентов с острым инфарктом миокарда в качестве первой линии противовоспалительной терапии используют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аспирин</li> <li>• Нестероидные противовоспалительные препараты</li> <li>• Кортикостероиды</li> <li>• Колхицин</li> </ul>
1591.	Основная тактика лечения при хроническом констриктивном перикардите:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перикардэктомия</li> <li>• Противовоспалительная терапия</li> <li>• Применение противотуберкулезных препаратов</li> <li>• Терапия глюкокортикостероидами</li> </ul>
1592.	Для оценки степени тяжести аортального стеноза используются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Площадь открытия аортального клапана</li> <li>• Амплитуда открытия аортального клапана</li> <li>• Степень кальциноза аортального клапана</li> <li>• Все вышеперечисленные параметры</li> </ul>
1593.	Аортальный стеноз является тяжелым если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Средний градиент давления превышает 40 мм.рт.ст.</li> <li>• Пиковый градиент давления превышает 40 мм.рт.ст</li> <li>• Пиковая скорость через аортальный клапан превышает 2 м/сек</li> <li>• Имеется тяжелая легочная гипертензия</li> </ul>
1594.	Показанием к оперативному вмешательству на аортальном клапане является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление симптоматики у больного с тяжелым аортальным стенозом</li> <li>• Оперативное лечение у пациентов с тяжелым аортальным стенозом необходимо начинать до появления симптоматики</li> <li>• Появление тяжелой симптоматики является противопоказанием к оперативному лечению</li> <li>• Появление легочной гипертензии</li> </ul>
1595.	Основным методом для оценки степени тяжести аортального стеноза является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Компьютерная томография с контрастированием и кардиосинхронизацией</li> <li>• Магнитно-резонансная томография</li> <li>• Данные физикального обследования</li> </ul>



1596.	Аортальный стеноз является тяжелым, если площадь открытия аортального клапана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 1,0 см<sup>2</sup></li> <li>• Менее 0,6 см<sup>2</sup></li> <li>• Менее 1,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Менее 2,0 см<sup>2</sup></li> </ul>
1597.	Для оценки степени тяжести митрального стеноза используются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Площадь открытия клапана</li> <li>• Скорость потока митральной регургитации</li> <li>• Систолическое давление в легочной артерии</li> <li>• Все перечисленное выше верно</li> </ul>
1598.	Митральный стеноз является тяжелым если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Площадь открытия митрального клапана менее 1,0 см<sup>2</sup></li> <li>• Амплитуда открытия митрального клапана менее 1,0 см<sup>2</sup></li> <li>• Амплитуда открытия митрального клапана менее 1,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Площадь открытия митрального клапана менее 1,5 см<sup>2</sup></li> </ul>
1599.	Показанием к оперативному лечению пациента с хронической аортальной недостаточностью является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление симптоматики у пациента с тяжелой аортальной недостаточностью</li> <li>• Увеличение КДР лж более 40 мм у бессимптомных пациентов</li> <li>• Снижение ФВ лж менее 60% у бессимптомных пациентов</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
1600.	Показанием к оперативному лечению пациента с хронической тяжелой аортальной недостаточностью является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Отсутствии симптоматики при снижении ФВ лж менее 50% в покое</li> <li>• Планируемая операция акш или вмешательство на другом клапане</li> <li>• Появление симптоматики</li> </ul>
1601.	Хирургическое лечения бессимптомного пациента с тяжелой аортальной недостаточностью может обсуждаться в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширению кдрлж более 70 мм в диастолу и 50 мм в систолу</li> <li>• Появления легочной гипертензии</li> <li>• Появлению мерцательной аритмии</li> <li>• Расширению кдрлж более 50 мм и снижению фвлж менее 60%</li> </ul>
1602.	Хирургическое лечение пациента с аортальной регургитацией и расширением восходящего отдела аорты показано в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширение восходящего отдела аорты более 50 мм у пациента с синдромом морфана</li> <li>• Расширения восходящего отдела аорты более 40 мм у пациента с синдромом морфана</li> <li>• Расширение восходящего отдела аорты более 35 мм у пациента с синдромом морфана</li> <li>• Расширение восходящего отдела аорты более 45 мм у пациента с синдромом морфана</li> </ul>
1603.	Хирургическое лечение пациента с аортальной регургитацией и расширением восходящего отдела аорты может обсуждаться в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Расширения восходящего отдела аорты более 45 мм у пациента с синдромом морфана при наличии факторов риска</li> <li>• Расширения восходящего отдела аорты более 50 мм у пациента с двустворчатым аортальным клапаном при наличии факторов риска</li> <li>• Расширение восходящего отдела аорты более 55 мм для остальных пациентов</li> </ul>
1604.	У пациента с тяжелым аортальным стенозом синкопальное состояние может быть спровоцировано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитроглицерином</li> <li>• Аспирином</li> <li>• Отменой ингибитора апф</li> <li>• Бета-блокатором</li> </ul>

1605.	Коронарография пациентам перед хирургическим лечением порока сердца показана в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Анамнеза ИБС</li> <li>• Дисфункции левого желудочка</li> <li>• У женщин в постменопаузе</li> </ul>
1606.	Основным методом диагностики порока сердца является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Рентгенография</li> <li>• Компьютерная ангиография</li> <li>• МРТ</li> </ul>
1607.	У пациентов с синдромом морфана следующий препарат может замедлить дальнейшее расширение аорты и снизить риск аортальных осложнений:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бета-блокаторы</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Антагонисты кальция</li> <li>• Дезагреганты</li> </ul>
1608.	Соревновательный спорт и интенсивные физические нагрузки не показаны в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдроме морфана с расширением аорты</li> <li>• Пропалса митрального клапана с регургитацией 1 степени</li> <li>• Наличием ложных хорд в полости левого желудочка</li> <li>• При наличии бипнг у пациента с открытым овальным окном</li> </ul>
1609.	Характерной симптоматикой для тяжелой аортальной недостаточности является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одышка при физической нагрузке</li> <li>• Стенокардия</li> <li>• Цианоз</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
1610.	Хирургическое лечения бессимптомного пациента с тяжелой аортальной недостаточностью показано в случае снижения ФВ лж менее:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50%</li> <li>• 55%</li> <li>• 60%</li> <li>• 65%</li> </ul>
1611.	Пациенту с тяжелой аортальной недостаточностью без показания к оперативному лечению показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторное наблюдение</li> <li>• Терапия метаболическими препаратами</li> <li>• Пожизненная терапия аспирином</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1612.	Митральный стеноз является тяжелым если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Средний градиент давления превышает 10 мм.рт.ст.</li> <li>• Амплитуда открытия митрального клапана менее 1,5см</li> <li>• Амплитуда открытия митрального клапана менее 1,0 см</li> <li>• Амплитуда открытия митрального клапана менее 0,8 см</li> </ul>
1613.	Трикуспидальный стеноз является тяжёлым если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Средний градиент давления превышает 5мм.рт.ст.</li> <li>• Амплитуда открытия трикуспидального клапана менее 1,5см</li> <li>• Амплитуда открытия трикуспидального клапана менее 1,0 см</li> <li>• Амплитуда открытия трикуспидального клапана менее 0,8 см</li> </ul>
1614.	Аортальный стеноз является тяжелым если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Индексированная площадь открытия клапана менее 0,6 см<sup>2</sup>/м<sup>2</sup></li> <li>• Максимальная трансаортальная скорость кровотока более 4 м/с</li> <li>• Площадь открытия аортального клапана менее 1,0 см<sup>2</sup></li> </ul>
1615.	Клинической симптоматикой тяжелого аортального стеноза являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Обмороки при физической нагрузке</li> <li>• Стенокардия</li> <li>• Одышка при физической нагрузке</li> </ul>

1616.	Массивное новообразование в левом предсердии может клинически проявляться как:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелый митральный стеноз</li> <li>• Тяжелый стеноз трикуспидального клапана</li> <li>• Аномалия Эбштейна</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1617.	При аномалии Эбштейна происходит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшение полости правого желудочка</li> <li>• Уменьшение полезной полости левого желудочка</li> <li>• Расширение левого предсердия</li> <li>• Гипертрофия левого желудочка</li> </ul>
1618.	Причиной острой аортальной недостаточности может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Расслаивающая аневризма аорты</li> <li>• Инфекционный эндокардит</li> <li>• Тупая травма грудной клетки</li> </ul>
1619.	При эхокардиографии выявлено уменьшение полости левого желудочка, расширение левого предсердия, однонаправленное движение створок митрального клапана. О какой патологии можно думать?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• О митральном стенозе</li> <li>• О тяжелой митральной недостаточности</li> <li>• О аортальном стенозе</li> <li>• О аортальной недостаточности</li> </ul>
1620.	Оперативное вмешательство на митральном клапане рассматривается при площади открытия клапана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 1,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Менее 2,0 см<sup>2</sup></li> <li>• Менее 1,75 см<sup>2</sup></li> <li>• Менее 2,5 см<sup>2</sup></li> </ul>
1621.	Противопоказаниями для чрескожной митральной комиссуротомии являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Площадь открытия митрального клапана более 1,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Митральная недостаточность более 2 степени</li> <li>• Наличия сопутствующего тяжелого порока другого клапана</li> </ul>
1622.	Характерной симптоматикой тяжелого трикуспидального стеноза является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение печени и периферические отеки</li> <li>• Синкопальные состояния</li> <li>• Мерцательная аритмия</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1623.	Вмешательство на трикуспидальном клапане при тяжелой трикуспидальной регургитации может рассматриваться в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Планирующейся операции на митральном или аортальном клапанах</li> <li>• Легочной гипертензии</li> <li>• Рецидивирующей ТЭЛА</li> <li>• Возникновении нарушений ритма сердца</li> </ul>
1624.	Терапия пероральными антикоагулянтами у пациента с механическим протезом аортального клапана показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пожизненно</li> <li>• В течение первого года после операции</li> <li>• В течение 6 месяцев после операции</li> <li>• В случае рецидивирующих онмк</li> </ul>
1625.	У пациента с механическим протезом митрального клапана на фоне терапии варфарином достигнуто значение мнО 2,2. Что необходимо предпринять лечащему врачу?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличить дозу антикоагулянта</li> <li>• Уменьшить дозу антикоагулянта</li> <li>• Оставить прежнюю дозу антикоагулянта</li> <li>• Заменить терапию варфарином на аспирин</li> </ul>
1626.	При подозрении на тромбоз механического протеза клапана подтвердить диагноз можно с помощью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Трансторакальной эхокардиографии</li> <li>• Чреспищеводной эхокардиографии</li> <li>• Флюороскопии</li> </ul>
1627.	Терапия пероральными антикоагулянтами у пациента с биологическим протезом аортального клапана и пароксизмами фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показана пожизненно</li> <li>• Не показана</li> <li>• Показана в течение 6 месяцев после операции</li> <li>• Показана в течении года после операции</li> </ul>

1628.	Биологический протез клапана в отличии от механического связан с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышением частоты повторных оперативных вмешательств на клапане</li> <li>• Повышенным риском тромбоза</li> <li>• Снижением частоты повторных вмешательств на <b>клапане</b></li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1629.	При противопоказаниях к длительной антикоагулянтной терапии у пациента в качестве протеза митрального клапана целесообразнее выбрать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биологический протез</li> <li>• Механический протез</li> <li>• Механический протез с минимальным профилем</li> <li>• Любой протез</li> </ul>
1630.	У пациента с механическим протезом аортального клапана при протезировании митрального клапана целесообразнее выбрать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Механический протез</li> <li>• Биологический протез</li> <li>• Любой протез</li> <li>• Оперативное лечение такому пациенту противопоказано</li> </ul>
1631.	При протезировании аортального клапана у пациента с большой ожидаемой продолжительностью жизни и высоким риском повторного вмешательство по замене клапана в будущем целесообразно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Механический протез</li> <li>• Биологический протез</li> <li>• Любой тип протеза</li> <li>• Оперативное лечение такому пациенту противопоказано</li> </ul>
1632.	После протезирования митрального или трикуспидального клапана биологическим протезом терапия антикоагулянтами:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Должна обсуждаться в течение 3 месяцев после операции</li> <li>• Показана пожизненно</li> <li>• Противопоказана</li> <li>• Может обсуждаться в течение 7 месяцев после операции</li> </ul>
1633.	Тяжелая аортальная недостаточность может возникнуть вследствие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфекционного эндокардита</li> <li>• Острого инфаркта миокарда правого желудочка</li> <li>• Острого инфаркта миокарда левого желудочка</li> <li>• Тромбозмболии легочной артерии</li> </ul>
1634.	Репротезирование биологического клапана в левых отделах сердца показано/может обсуждаться в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Появлении симптоматики при значимом нарастании трансвальвулярных градиентов давления</li> <li>• Появлении симптоматики при тяжелой регургитации на протезированном клапане</li> <li>• При тяжелой дисфункции протеза у бессимптомных больных с низким операционным риском</li> </ul>
1635.	Критический стеноз в огибающей или правой коронарной артерии может приводить к ангинозным приступам с развитием тяжелой недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митрального клапана</li> <li>• Клапана легочной артерии</li> <li>• Трикуспидального клапана</li> <li>• Аортального клапана</li> </ul>
1636.	Причиной вторичной митральной регургитации могут быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Дилатационная кардиомиопатия</li> <li>• ИБС</li> <li>• Алкогольная кардиомиопатия</li> </ul>
1637.	Показанием к оперативному вмешательству при вторичной митральной регургитации является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелая митральная регургитация при ФВЛЖ более 30% при планирующемся акш</li> <li>• Легкая митральная регургитация при ФВЛЖ менее 30% при планирующемся акш</li> <li>• Тяжелая митральная регургитация при КДРЛЖ более 70 мм</li> <li>• Умеренно выраженная митральная регургитация при низком хирургическом риске</li> </ul>

1638.	Хирургическое вмешательство на митральном клапане у пациента вторичной митральной регургитацией может обсуждаться в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Умеренно выраженной митральной регургитации при планирующемся акш</li> <li>• Наличии симптоматики у пациента с тяжелой митральной регургитацией при фв менее 30% при наличии жизнеспособного миокарда и возможной реваскуляризации</li> <li>• Тяжелой митральной регургитации у пациентов с фвлж менее 30% с сохраняющейся симптоматикой на фоне оптимальной медикаментозной терапии при невозможности реваскуляризации миокарда</li> </ul>
1639.	При лечении тяжелой симптоматичной вторичной митральной регургитации следует рассматривать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Медикаментозную терапию</li> <li>• Ресинхронизирующую терапию</li> <li>• Хирургическое лечение</li> </ul>
1640.	Причиной тяжелой острой митральной регургитации может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Острый инфаркт миокарда</li> <li>• Отрыв хорды митрального клапана</li> <li>• Инфекционный эндокардит</li> </ul>
1641.	Показанием к хирургическому лечению первичной тяжелой митральной регургитации является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие симптоматики при фвлж &gt; 30% и кср лж &lt; 55 мм</li> <li>• Фвлж &gt; 30% и КСР лж &lt; 55 мм вне зависимости от наличия или отсутствия симптоматики</li> <li>• Тяжелая легочная гипертензия</li> <li>• Увеличение КДР левого желудочка более 55 мм</li> </ul>
1642.	Показанием к хирургическому лечению первичной тяжелой митральной регургитации является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дисфункция левого желудочка (ФВ менее 60% и КСР ЛЖ более 45 мм) у бессимптомных пациентов</li> <li>• Дисфункция левого желудочка (ФВ более 60% и КСР ЛЖ менее 45 мм) у бессимптомных пациентов</li> <li>• Дисфункция правого желудочка (КДР ПЖ более 40 мм)</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1643.	Наиболее важной эхокардиографической находкой, подтверждающей наличие тяжелого аортального стеноза является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Средний трансортальный градиент давления более 40 мм.рт.ст</li> <li>• Амплитуда открытия аортального клапана менее 1,0 см</li> <li>• Гипертрофию левого желудочка с толщиной стенок более 15 мм</li> <li>• Расширение левых отделов сердца</li> </ul>
1644.	У пациента с тяжелым ревматическим митральным стенозом и высоким риском хирургического вмешательства при появлении симптоматики целесообразно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чрескожную митральную комиссуротомию</li> <li>• Протезирование с использованием биологического клапана</li> <li>• Только консервативное лечение</li> <li>• Протезирование с использованием механического клапана</li> </ul>
1645.	Тяжелый митральный стеноз приводит к :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Расширению левого предсердия</li> <li>• Расширению правых отделов сердца</li> <li>• Уменьшению полости левого желудочка</li> </ul>
1646.	Осложнением тяжелого митрального стеноза могут быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Инфаркт миокарда</li> <li>• Мерцательная аритмия</li> <li>• Отек легких</li> </ul>
1647.	Противопоказанием к эндоваскулярному протезированию аортального клапана является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Ожидаемая продолжительность жизни менее 1 года</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоз левого желудочка</li> <li>• Острый инфекционный эндокардит</li> </ul>
1648.	К значимому сужению левого атриовентрикулярного отверстия могут приводить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Миксома левого предсердия</li> <li>• Ревматизм</li> <li>• Кальциноз</li> </ul>
1649.	Баллонная вальвулопластика аортального клапана может рассматриваться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У пациентов с тяжелым аортальным стенозом и нестабильной гемодинамикой.</li> <li>• У пациентов с умеренным аортальным стенозом</li> <li>• У пациентов с острой аортальной недостаточностью</li> <li>• У пациентов с аневризмой аорты</li> </ul>
1650.	Появление головокружения при физической нагрузке у пациента с гипертрофической кардиомиопатией при нормальном градиенте давления в выносящем тракте левого желудочка в покое может свидетельствовать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Динамической обструкции выносящего тракта левого желудочка</li> <li>• Появлении систолической дисфункции левого желудочка</li> <li>• Появлении диастолической дисфункции левого желудочка</li> <li>• Легочной гипертензии</li> </ul>
1651.	Причиной возникновения парадоксальной эмболии может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефект межпредсердной перегородки</li> <li>• Ложная хорда в левом желудочке</li> <li>• Аортальный стеноз</li> <li>• Митральная недостаточность</li> </ul>
1652.	У пациента с механическим протезом аортального клапана при протезировании митрального клапана целесообразнее выбрать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Механический протез</li> <li>• Биологический протез</li> <li>• Любой протез</li> <li>• Оперативное лечение такому пациенту противопоказано</li> </ul>
1653.	Использование механического, а не биологического клапана при протезировании аортального клапана целесообразно обсудить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У пациентов младше 60 лет</li> <li>• У пациентов старше 75 лет</li> <li>• У пациентов старше 60 лет</li> <li>• У пациентов младше 65 лет</li> </ul>
1654.	У пожилого пациента с невозможностью проведения адекватной терапии антикоагулянтами целесообразно при протезировании аортального клапана использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биологический протез</li> <li>• Механический протез</li> <li>• Любой тип протеза</li> <li>• Оперативное лечение такому пациенту противопоказано</li> </ul>
1655.	У пациента с тромбозом механического протеза клапана в случае репротезирования целесообразно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биологический протез</li> <li>• Механический протез</li> <li>• Любой тип протеза</li> <li>• Оперативное лечение такому пациенту противопоказано</li> </ul>
1656.	У пациента с механическим протезом митрального клапана добавление низких доз аспирина целесообразно в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сопутствующей ИБС</li> <li>• Во всех случаях</li> <li>• Наличия второго протеза в аортальной позиции</li> <li>• Добавление к терапии аспирина противопоказано</li> </ul>
1657.	Тяжелая трикуспидальная недостаточность может возникнуть вследствие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Инфекционного эндокардита</li> <li>• ТЭЛА</li> <li>• Аномалии Эбштейна</li> </ul>
1658.	При возникновении тяжелого рестеноза биологического клапана в левых отделах сердца чрескожная баллонная вальвулопластика:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не рекомендуется</li> <li>• Показана у пациентов с высоким операционным риском</li> <li>• Показана у пациентов с низким операционным риском</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может обсуждаться у пациентов с высоким операционным риском</li> </ul>
1659.	При отсутствии серьезной деформации трикуспидального клапана основным методом хирургической коррекции является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пластика кольца трикуспидального клапана</li> <li>• Протезирование механическим искусственным клапаном</li> <li>• Протезирование биологическим искусственным клапаном</li> <li>• Все перечисленное выше верно</li> </ul>
1660.	Для лечения вторичной митральной регургитации используются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ресинхронизирующая терапия</li> <li>• Дезагреганты</li> <li>• Антикоагулянты</li> <li>• Метаболические препараты в малых дозах</li> </ul>
1661.	Хирургическое лечение вторичной митральной регургитации может применяться в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелой и умеренно выраженной регургитации</li> <li>• Только тяжелой митральной регургитации</li> <li>• Легкой, тяжелой и умеренно выраженной регургитации</li> <li>• Только умеренно выраженной регургитации</li> </ul>
1662.	У пациентов с первичной тяжелой митральной недостаточностью (при возможности провести как протезирование, так и пластику митрального клапана) при выборе хирургической стратегии верно следующее утверждение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пластика митрального клапана является предпочтительной процедурой</li> <li>• Протезирование механическим клапаном является методом выбора</li> <li>• Протезирование биологическим клапаном является методом выбора</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1663.	Хирургическое лечение тяжелой первичной митральной недостаточности следует обсуждать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У бессимптомных пациентов с сохраненной функцией левого желудочка при впервые возникшей мерцательной аритмии или легочной гипертензии (систолическое давление в ЛА более 50 мм.рт.ст. в покое)</li> <li>• У бессимптомных пациентов с сохраненной функцией левого желудочка и высокой вероятности успешной операции</li> <li>• У бессимптомных пациентов выраженной миксоматозной дегенерацией митрального клапана</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1664.	Тяжелый стеноз митрального клапана приводит к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Мерцательной аритмии</li> <li>• Легочной гипертензии</li> <li>• Расширению левого предсердия</li> </ul>
1665.	Однонаправленный характер движения створок митрального клапана со снижением амплитуды открытия может свидетельствовать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ревматическом поражении митрального клапана с формированием стеноза</li> <li>• Тяжелой митральной недостаточности</li> <li>• Инфекционном эндокардите с поражением митрального клапана</li> <li>• Отрыве хорды митрального клапана с формированием «молотящей створки»</li> </ul>
1666.	При отрыве хорды митрального клапана может наблюдаться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Отек легких</li> <li>• Гипотония</li> <li>• Появление систолического шума на верхушке сердца</li> </ul>
1667.	Причиной выраженной гипертрофии левого желудочка может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Аортальный стеноз</li> <li>• Коарктация аорты</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертрофическая кардиомиопатия</li> </ul>
1668.	При острой тяжелой митральной регургитации, сопровождающейся отеком легких незамедлительное лечение может включать в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Мочегонные</li> <li>• Внутриаортальный баллонный контрпульсатор</li> </ul>
1669.	При остром инфаркте миокарда причиной острой митральной регургитации может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Отрыв головки папиллярной мышцы</li> <li>• Изменение геометрии левого желудочка</li> <li>• Разрыв папиллярной мышцы</li> </ul>
1670.	Тяжелая трикуспидальная недостаточность клинически проявляется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличением печени и периферическими отеками</li> <li>• Отеком легких</li> <li>• Пароксизмом мерцательной аритмии</li> <li>• Шоком</li> </ul>
1671.	Противопоказанием к чрескожной митральной комиссуротомии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Площадь митрального клапана более 1,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Тромбоз левого предсердия</li> <li>• Тяжелый бикоммиссуральный кальциноз</li> </ul>
1672.	Проведение чрескожной митральной комиссуротомии невозможно в следующем случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Наличие показаний к АКШ</li> <li>• Сопутствующий тяжелый стеноз трикуспидального клапана</li> <li>• Сопутствующая тяжелая трикуспидальная недостаточность</li> </ul>
1673.	Вмешательство на митральном клапане по поводу стеноза не показано в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Площади открытия митрального клапана более 1,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Площади открытия митрального клапана менее 1,0 см<sup>2</sup></li> <li>• Площади открытия митрального клапана 1,0-1,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1674.	У пациента с тяжелым бессимптомным ревматическим митральным стенозом с низким риском декомпенсации и эмболий целесообразно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдение в динамике</li> <li>• Чрескожная митральная комиссуротомия</li> <li>• Протезирование митрального клапана с использованием биологического клапана</li> <li>• Протезирование с использованием механического клапана</li> </ul>
1675.	У пациента с тяжелым бессимптомным ревматическим митральным стенозом с высоким риском декомпенсации и эмболий целесообразно обсуждать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чрескожную митральную комиссуротомию</li> <li>• Операцию Альфиери</li> <li>• Протезирование митрального клапана с использованием биологического клапана</li> <li>• Протезирование с использованием механического клапана</li> </ul>
1676.	У пациента с тяжелым бессимптомным ревматическим митральным стенозом с высоким риском декомпенсации и эмболий при невозможности выполнить чрескожную митральную комиссуротомию целесообразно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдение в динамике</li> <li>• Пластику кольца митрального клапана</li> <li>• Протезирование митрального клапана с использованием биологического клапана</li> <li>• Протезирование с использованием механического клапана</li> </ul>
1677.	Тяжелый трикуспидальный стеноз приводит к :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширению правого предсердия и снижению экскурсии нижней полой вены при дыхании</li> <li>• Расширению правого желудочка с развитием легочной гипертензии</li> <li>• Гипертрофии правого желудочка</li> <li>• Смещению межжелудочковой перегородки справа налево</li> </ul>



1678.	Грубый систолический шум в точке Боткина и над проекцией аортального клапана, проводящийся на сосуды шеи и сопровождающийся дрожанием, характерен для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортального стеноза</li> <li>• Митрального стеноза</li> <li>• Аортальной недостаточности</li> <li>• Митральной недостаточности</li> </ul>
1679.	Возникновение обмороков на высоте физической нагрузки характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелого аортального стеноза</li> <li>• Тяжелой аортальной недостаточности</li> <li>• Тяжелой трикуспидальной недостаточности</li> <li>• Тяжелого стеноза легочной артерии</li> </ul>
1680.	Проведение стресс-теста у пациента с тяжелым аортальным стенозом при наличии симптоматики:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показано</li> <li>• Показано при сохраненной фракцией выброса левого желудочка</li> <li>• Не показано только при наличии обмороков</li> <li>• Показано при площади открытия 0,8-1 см<sup>2</sup></li> </ul>
1681.	В большинстве случаев причиной трикуспидального стеноза являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ревматизм</li> <li>• Бактериальный эндокардит</li> <li>• Атеросклероз</li> <li>• Синдром Марфана</li> </ul>
1682.	Открытое овальное окно - это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отверстие в межпредсердной перегородке</li> <li>• Отверстие в межжелудочковой перегородке</li> <li>• Артерио-венозная фистула</li> <li>• Синус Вальсальвы</li> </ul>
1683.	При митральной недостаточности систолический шум с вертушки может проводиться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В подмышечную впадину</li> <li>• На сосуды шеи</li> <li>• На аорту</li> <li>• В межлопаточную область</li> </ul>
1684.	Для митральной недостаточности характерен:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Систолический шум на вертушке</li> <li>• Диастолический шум на вертушке</li> <li>• Систолический шум у основания мечевидного отростка</li> <li>• Щелчок открытия митрального клапана</li> </ul>
1685.	При врожденном стенозе легочной артерии возникает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертрофия правого желудочка</li> <li>• Гипертрофия левого желудочка</li> <li>• Расширение левых отделов сердца</li> <li>• Легочная гипертензия</li> </ul>
1686.	При тяжелом митральном стенозе давление в легочной артерии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличивается</li> <li>• Уменьшается</li> <li>• Не меняется</li> <li>• Увеличивается при наличии мерцательной аритмии</li> </ul>
1687.	При гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка продолжительность жизни по сравнению с общей в популяции:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшается</li> <li>• Не меняется</li> <li>• Увеличивается</li> <li>• Зависит от наличия митральной регургитации</li> </ul>
1688.	Большая разница систолического и диастолического давления указывает на следующий порока сердца:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортальная недостаточность</li> <li>• Аортальный стеноз</li> <li>• Митральная недостаточность</li> <li>• Митральный стеноз</li> </ul>
1689.	Диагностический метод выбора при подозрении на митральную недостаточность вследствие инфекционного эндокардита:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эхокардиография</li> <li>• ЭКГ</li> <li>• МРТ</li> <li>• КТ</li> </ul>
1690.	Терапия непрямыми антикоагулянтами при тяжелом митральном стенозе показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При мерцательной аритмии</li> <li>• Всем пациентам</li> <li>• При легочной гипертензии</li> <li>• При ревматическом генезе стеноза</li> </ul>

1691.	Внутриаортальная баллонная контрпульсация оправдана в случае шока вследствие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелой митральной недостаточности</li> <li>• Тяжелой аортальной недостаточности</li> <li>• Тяжелом аортальном стенозе</li> <li>• Расслаивающей аневризме аорты</li> </ul>
1692.	Осложнением протезирования клапана является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Инфекционный эндокардит</li> <li>• Парапротезная фистула</li> <li>• Тромбоз протеза</li> </ul>
1693.	Наиболее частой причиной аортального стеноза является	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кальциноз клапана</li> <li>• Аневризма аорты</li> <li>• Ревматизм</li> <li>• Инфекционный эндокардит</li> </ul>
1694.	При аортальном стенозе систолический шум иррадирует	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На сосуды шеи</li> <li>• В левую подмышечную область</li> <li>• В область мечевидного отростка грудины</li> <li>• Иррадиация нехарактерна</li> </ul>
1695.	Характерные изменения экг при тяжелом аортальном стенозе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Признаки гипертрофии левого желудочка</li> <li>• Блокада правой ножки пучка Гиса</li> <li>• Депрессии сегмента ST в отведениях III, aVF</li> <li>• Элевация сегмента ST в V4-V6</li> </ul>
1696.	У пациентки с тяжелым аортальным стенозом и фракцией выброса левого желудочка 60% средний градиент на аортальном клапане может быть меньше 40 мм.рт.ст. из-за:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелой митральной недостаточности</li> <li>• Тяжелой интоксикации</li> <li>• Нарушении функции трикуспидального клапана</li> <li>• Легочной гипертензии</li> </ul>
1697.	Умеренному аортальному стенозу соответствуют следующие показатели:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Площадь открытия 1-1,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Площадь открытия более 6 см<sup>2</sup></li> <li>• Площадь открытия менее 1 см<sup>2</sup></li> <li>• Площадь открытия более 1 мм</li> </ul>
1698.	При аномалии Эбштейна возникает недостаточность:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трикуспидального клапана</li> <li>• Клапана легочной артерии</li> <li>• Митрального клапана</li> <li>• Аортального клапана</li> </ul>
1699.	Расширение полости левого желудочка приводит к развитию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральной недостаточности</li> <li>• Аортальной недостаточности</li> <li>• Митральному стенозу</li> <li>• Расширение полостей сердца на функцию клапанов не влияет</li> </ul>
1700.	Патогномоничный признак митрального стеноза по эхокардиографии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Однонаправленное движение передней и задней створок митрального клапана</li> <li>• Диастолическая дисфункция</li> <li>• Митральная недостаточность</li> <li>• Легочная гипертензия</li> </ul>
1701.	Аускультативная картина при отрыве хорды митрального клапана включает в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Систолический шум на верхушке</li> <li>• Диастолический шум</li> <li>• Грубый систолический шум над всей областью сердца и над сосудами шеи</li> <li>• Щелчок открытия митрального клапана</li> </ul>
1702.	Развитие тяжелой трикуспидальной недостаточности характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфекционного эндокардита у наркоманов</li> <li>• Диссекции правой коронарной артерии</li> <li>• Перикардита</li> <li>• Тромбоза ушка левого предсердия</li> </ul>
1703.	Необратимая тяжелая легочная гипертензия с двунаправленным сбросом крови справа налево называется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром Эйзенменгера</li> <li>• Синдром Марфана</li> <li>• Дисмезенхимоз</li> <li>• Тромбофилия</li> </ul>

1704.	Проведение транскатетерной имплантации аортального клапана показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам с тяжелым аортальным стенозом, которым противопоказано проведение операции по протезированию аортального клапана, с ожидаемой продолжительностью жизни более 1 года</li> <li>• Всем пациентам с тяжелым аортальным стенозом</li> <li>• Пациентам с умеренным аортальным стенозом при ожидаемой продолжительности жизни более 1 года</li> <li>• Пациентам с тяжелым аортальным стенозом и аортальной недостаточностью</li> </ul>
1705.	У пациента с хронической умеренно выраженной аортальной недостаточностью возник отрыв папиллярной мышцы митрального клапана с развитием отека легких. Что противопоказано пациенту?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутриаортальная баллонная контрпульсация</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Мочегонные</li> <li>• Катехоламины</li> </ul>
1706.	При разрыве хорды митрального клапана с формированием отека легких возможно применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Нитратов</li> <li>• Мочегонных</li> <li>• Внутриаортальной баллонной контрпульсации</li> </ul>
1707.	Систолическое дрожание в области сердца может быть следствием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Аортального стеноза</li> <li>• Дефекта межжелудочковой перегородки</li> <li>• Разрыва синуса Вальсальвы в правый желудочек</li> </ul>
1708.	Появление диастолического шума на 2 и 5 точках аускультации, сопровождающегося отеком легких, у пациента с расслаивающей аневризмой аорты может свидетельствовать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Острой аортальной недостаточности</li> <li>• Распространении процесса на восходящий отдел аорты</li> <li>• Необходимости экстренной операции</li> </ul>
1709.	Миксома левого предсердия может приводить к :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Обструкции левого атриовентрикулярного отверстия</li> <li>• Одышке при ходьбе</li> <li>• Сердечной астме</li> </ul>
1710.	Причиной отека легких при остром инфаркте миокарда может быть следствием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрыва папиллярной мышцы митрального клапана</li> <li>• Разрыва межжелудочковой перегородки</li> <li>• Формировании аневризмы верхушки левого желудочка</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1711.	Появление систолического шума на верхушке сердца у пациента с острым инфарктом миокарда может свидетельствовать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральной недостаточности</li> <li>• Аневризме верхушки левого желудочка</li> <li>• Тромбе в полости левого желудочка</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1712.	При Тетраде Фалло наблюдается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Гипертрофия правого желудочка</li> <li>• Дефект межжелудочковой перегородки</li> <li>• Стеноз легочной артерии</li> </ul>
1713.	Инфекционный эндокардит может осложниться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Острой аортальной недостаточностью</li> <li>• Острой митральной недостаточностью</li> <li>• Острой недостаточностью трикуспидального клапана</li> </ul>

1714.	У пациента 22 лет при физической нагрузке пиковый и средний градиенты давления в выносящем тракте левого желудочка возрастают более чем в 4 раза и возникает «залипание створки митрального клапана». У пациента:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Субаортальный стеноз</li> <li>• Аортальный стеноз</li> <li>• ИБС</li> <li>• Это нормальные изменения при интенсивной физической нагрузке</li> </ul>
1715.	У пациента с инфекционным эндокардитом митрального клапана возник отек легких, а при эхокардиографии появилась «молотящая створка» митрального клапана и тяжелая митральная регургитация. У пациента произошел:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрыв хорды митрального клапана, требующий оперативного вмешательства</li> <li>• Гипертонический криз, повысивший давление в полости левого желудочка</li> <li>• Острый инфаркт миокарда</li> <li>• Эпизод тромбоэмболии легочной артерии</li> </ul>
1716.	Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка может приводить к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральной недостаточности</li> <li>• Аортальной недостаточности</li> <li>• Митральному стенозу</li> <li>• Функция клапанов при этой патологии не нарушается</li> </ul>
1717.	Митральный стеноз приводит к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Расширению левого предсердия</li> <li>• Расширению правого желудочка</li> <li>• Расширению правого предсердия</li> </ul>
1718.	Причиной острой аортальной недостаточности может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Инфекционный эндокардит</li> <li>• Расслаивающаяся аневризма аорты</li> <li>• Травма грудной клетки</li> </ul>
1719.	Ослабление щелчка запирающего элемента и появление одышки при незначительной физической нагрузке у пациента механическим протезом митрального клапана могут быть следствием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоза клапана</li> <li>• Нарушении ритма сердца</li> <li>• Острого инфаркта миокарда</li> <li>• Передозировки гипотензивных препаратов</li> </ul>
1720.	Приобретенный дефект межжелудочковой перегородки может быть следствием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острого инфаркта миокарда</li> <li>• Расслаивающейся аневризмы аорты</li> <li>• Перикардита</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1721.	Появление при цветном доплеровском картировании кровотока через верхушечную часть межжелудочковой перегородки может свидетельствовать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Приобретенном дефекте межжелудочковой перегородки</li> <li>• Аневризме верхушки левого желудочка</li> <li>• Ложных хордах в области верхушки</li> <li>• Повышенной трабекулярности области верхушки левого желудочка</li> </ul>
1722.	Появление диастолического шума над легочной артерией у пациента с инфекционным эндокардитом может свидетельствовать о возникновении:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточности легочной артерии</li> <li>• Стеноза легочной артерии</li> <li>• Тромбозе легочной артерии</li> <li>• Легочной гипертензии</li> </ul>
1723.	Тяжелая хроническая трикуспидальная недостаточность может приводить к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Печеночной недостаточности с повышением МНО</li> <li>• Периферическим отекам</li> <li>• Расширению печеночных вен</li> </ul>
1724.	Стеноз трикуспидального клапана может возникнуть при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ревматизме</li> <li>• Остром инфаркте миокарда</li> <li>• Длительно существующей легочной гипертензии</li> <li>• При рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии</li> </ul>
1725.	Имплантированный кардиостимулятор VVI может нарушать функцию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трикуспидального клапана</li> <li>• Митрального клапана</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клапана легочной артерии</li> <li>• Аортального клапана</li> </ul>
1726.	У пациента со стенокардией III ф.к. выявлено многососудистое поражение коронарных артерий и планируется аортокоронарное шунтирование. Однако при эхокардиографии выявлен кальциноз аортального клапана со средним градиентом давления 44 мм.рт.ст. Учитывая эту находку, пациенту:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано аортокоронарное шунтирование с вмешательством на аортальном клапане</li> <li>• Противопоказано аортокоронарное шунтирование</li> <li>• Протезирование аортального клапана возможно только после чрескожного коронарного вмешательства</li> <li>• Показана только медикаментозная терапия</li> </ul>
1727.	У пациента с интенсивным приступом боли за грудиной, при поступлении в стационар появился диастолический шум над аортальным клапаном. Для уточнения диагноза пациенту незамедлительно показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эхокардиография и компьютерная томография</li> <li>• Незамедлительная ангиография и вентрикулография с оценкой функции аортального клапана</li> <li>• Постоянное мониторирование ЭКГ в 12 отведениях в условиях реанимационного блока</li> <li>• Проведение тестов крови на кардиоспецифические белки</li> </ul>
1728.	У бессимптомной пациентки с тяжелой митральной недостаточностью по данным эхокардиографии выявлена фракция выброса левого желудочка = 49%, конечно-систолический размер левого желудочка = 47 мм. Какая лечебная стратегия показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано оперативное лечение</li> <li>• Амбулаторное наблюдение и решение вопроса об операции после появления симптоматики.</li> <li>• Показано суточное мониторирование ЭКГ</li> <li>• Показано только медикаментозное лечение</li> </ul>
1729.	У пациента с тяжелым аортальным стенозом, клинически проявляющимся стенокардией напряжения и обмороками, улучшить прогноз может:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оперативное лечение</li> <li>• Оптимальная медикаментозная терапия с правильно подобранной дозой нитратов</li> <li>• Оптимальная медикаментозная терапия с добавлением к терапии триметазидина</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1730.	Митральный стеноз может приводить к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Левожелудочковой недостаточности кровообращения</li> <li>• Правожелудочковой недостаточности кровообращения</li> <li>• Тромбозам левого предсердия</li> </ul>
1731.	У пациента с рецидивирующими нарушениями мозгового кровообращения необходимо исключить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Мерцательную аритмию</li> <li>• Дефект межпредсердной перегородки</li> <li>• Дефект межжелудочковой перегородки</li> </ul>
1732.	К легочной гипертензии может привести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Митральный стеноз</li> <li>• Аортальный стеноз</li> <li>• Митральная недостаточность</li> </ul>
1733.	При дилатационной кардиомиопатии возникает нарушение функции:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митрального клапана</li> <li>• Аортального клапана</li> <li>• Клапана легочной артерии</li> <li>• Это заболевание не нарушает функцию клапанов</li> </ul>

1734.	Причиной острой тяжелой митральной недостаточности, приводящей к отеку легких может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Острый инфаркт миокарда</li> <li>• Разрыв хорды митрального клапана</li> <li>• Инфекционный эндокардит</li> </ul>
1735.	Какой клапан поражается при ИБС:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральный</li> <li>• Трикуспидальный</li> <li>• Легочной артерии</li> <li>• Аортальный</li> </ul>
1736.	Выберете наиболее точный ответ. Меньше какой площади открытия митрального клапана следует ожидать клинические проявления?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 1,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Менее 5,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Менее 4,5 см<sup>2</sup></li> <li>• Менее 1,0 см<sup>2</sup></li> </ul>
1737.	Расширение левого предсердия при пороке митрального клапана приводит к следующему типу аритмии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мерцательной аритмии</li> <li>• Желудочковой тахикардии</li> <li>• Атриовентрикулярной блокаде</li> <li>• Сино-атриальной блокаде</li> </ul>
1738.	Что обычно выслушивается у пациентов с хронической митральной недостаточностью?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Систолический шум на верхушке</li> <li>• Щелчок открытия митрального клапана</li> <li>• Диастолический шум на верхушке</li> <li>• Все перечисленное выше</li> </ul>
1739.	Какое лечение является наиболее предпочтительным у пациента с хронической тяжелой митральной недостаточностью?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хирургическая реконструкция нативного клапана</li> <li>• Протезирование клапана</li> <li>• Длительная терапия мочегонными</li> <li>• Длительная терапия вазодилататорами</li> </ul>
1740.	У пациентов с систолическим шумом на верхушке наиболее часто выявляют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пролапс митрального клапана</li> <li>• Митральный стеноз</li> <li>• Трикуспидальный стеноз</li> <li>• Аортальный стеноз</li> </ul>
1741.	Выберете правильное утверждение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При митральной и трикуспидальной недостаточности возникает систолический шум</li> <li>• При митральной и трикуспидальном стенозах возникает систолический шум</li> <li>• При аортальном стенозе и стенозе легочной артерии возникает диастолический шум</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1742.	У пожилых пациентов кальциноз этого клапана обычно приводит к тяжелому пороку сердца, требующему оперативного лечения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортального</li> <li>• Митрального</li> <li>• Трикуспидального</li> <li>• Легочной артерии</li> </ul>
1743.	Аортальная недостаточность может быть следствием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Расширения восходящего отдела аорты</li> <li>• Инфекционного эндокардита</li> <li>• Расслаивающейся аневризмы аорты</li> </ul>
1744.	При аортальной недостаточности возникает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дилатация левого желудочка</li> <li>• Гипертрофия левого желудочка</li> <li>• Гипертрофия левого желудочка и левого предсердия</li> <li>• Уменьшение полости левого желудочка</li> </ul>
1745.	О патологии какого клапана может свидетельствовать изменение пульсового давления:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортального</li> <li>• Митрального</li> <li>• Трикуспидального</li> <li>• Легочной артерии</li> </ul>
1746.	Трикуспидальный стеноз может приводить к :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличению печени и вен шеи</li> <li>• Сердечной астме и периферическим отекам</li> <li>• Расширению правого желудочка</li> <li>• Легочной гипертензии</li> </ul>

1747.	Нитраты могут приводить к резкому снижению артериального давления при следующем пороке сердца:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортальный стеноз</li> <li>• Митральный стеноз</li> <li>• Аортальная недостаточность</li> <li>• Трикуспидальный стеноз</li> </ul>
1748.	Легочная гипертензия не наблюдается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенозе легочной артерии</li> <li>• Аортальном стенозе</li> <li>• Аортальной недостаточности</li> <li>• Митральном стенозе</li> </ul>
1749.	Гипертрофия левого желудочка и артериальная гипертензия наблюдается при следующем пороке сердца:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коарктация аорты</li> <li>• Аортальная недостаточность</li> <li>• Дефект межжелудочковой перегородки</li> <li>• Открытый артериальный проток</li> </ul>
1750.	При коарктации аорты в типичном месте наиболее частым симптомом является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль в ногах</li> <li>• Одышка</li> <li>• Стенокардия</li> <li>• Отеки ног</li> </ul>
1751.	В каком случае при измерении артериального давления можно заподозрить аортальную недостаточность:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артериальное давление 120/30 мм.рт.ст.</li> <li>• Артериальное давление 130/70 мм.рт.ст.</li> <li>• Артериальное давление 140/90 мм.рт.ст.</li> <li>• Артериальное давление 130/100 мм.рт.ст.</li> </ul>
1752.	Нарушение наполнения левого желудочка с уменьшением его объема наблюдается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральном стенозе</li> <li>• Митральной недостаточности</li> <li>• Аортальном стенозе</li> <li>• Аортальной недостаточности</li> </ul>
1753.	Приобретенный дефект межжелудочковой перегородки приводит к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширению правого желудочка и правого предсердия</li> <li>• Расширению левого желудочка</li> <li>• Расширению левого предсердия</li> <li>• Расширению левого желудочка и левого предсердия</li> </ul>
1754.	Эндоваскулярные окклюдеры применяются для лечения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефекта межжелудочковой перегородки</li> <li>• Аортальной недостаточности</li> <li>• Миксомы левого предсердия</li> <li>• Митрального стеноза</li> </ul>
1755.	Расширение и пульсация вен шеи может указывать на следующую клапанную патологию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трикуспидальная недостаточность</li> <li>• Аортальный стеноз</li> <li>• Митральный стеноз</li> <li>• Митральная недостаточность</li> </ul>
1756.	При наличии грубого систолического шума на 2 и 5 точках аускультации с иррадиацией на сосуды шеи следует заподозрить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортальный стеноз</li> <li>• Митральный стеноз</li> <li>• Митральную недостаточность</li> <li>• Аортальную недостаточность</li> </ul>
1757.	Цианоз со снижением легочного кровотока характерен для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Тетрады Фалло</li> <li>• Атризитарно-трикуспидального клапана</li> <li>• Аномалии Эбштейна</li> </ul>
1758.	Дефект межжелудочковой перегородки может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Мембранный</li> <li>• Мышечный</li> <li>• Премембранозный</li> </ul>
1759.	Хирургическое лечение врожденного дефекта межпредсердной перегородки не показано при соотношении легочного к системному кровотоку:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 0,7</li> <li>• Менее 1,5</li> <li>• Менее 2,0</li> <li>• Более 1,5</li> </ul>

1760.	Причиной приобретенной недостаточности клапана легочной артерии может быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфекционный эндокардит</li> <li>• Артериальная гипертензия</li> <li>• Острый инфаркт миокарда правого желудочка</li> <li>• Осложнение радиочастотной абляции</li> </ul>
1761.	После чрескожной баллонной вальвулопластики по поводу тяжелого митрального стеноза у пациента возникла одышка, заставившая принять положение ортопноэ, грубый систолический шум на верхушке. Наиболее вероятное осложнение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелая митральная недостаточность</li> <li>• Неэффективная баллонная дилатация</li> <li>• Тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>• Острый инфаркт миокарда</li> </ul>
1762.	У пациента с острым инфарктом миокарда, осложненным дефектом межжелудочковой перегородки и выявленном трехсосудистом поражении коронарного русла показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хирургическое лечение: аортокоронарное шунтирование и коррекция дефекта межжелудочковой перегородки</li> <li>• Эндоваскулярное вмешательство на коронарных артериях</li> <li>• Медикаментозная терапия</li> <li>• Только хирургическая коррекция дефекта межжелудочковой перегородки</li> </ul>
1763.	У пациента с дефектом межжелудочковой перегородки с резвившимся синдромом Эйзенменгера следует:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отказаться от вмешательства на дефекте перегородки</li> <li>• Провести операцию с использованием окклюдера</li> <li>• Провести кардиохирургическую коррекцию дефекта</li> <li>• Провести кардиохирургическую коррекцию дефекта после подбора оптимальной медикаментозной терапии</li> </ul>
1764.	Открытый артериальный проток это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сообщение между нисходящей аортой и левой легочной артерией</li> <li>• Сообщение между легочной артерией и нижней полую вену</li> <li>• Сообщение между легочными артериями</li> <li>• Сообщение между восходящем отделом аорты и правыми отделами сердца</li> </ul>
1765.	У пациента с открытым артериальным протоком с признаками перегрузки левых отделов сердца:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано оперативное лечение</li> <li>• Показана медикаментозная терапия</li> <li>• Оперативное лечение показано только в случае неэффективности медикаментозной терапии</li> <li>• Оперативное лечение показано только в случае нарушений ритма сердца</li> </ul>
1766.	От оперативного закрытия открытого артериального протока следует отказаться в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Развития синдрома Эйзенменгера</li> <li>• Бессимптомного малого дефекта (не проявляющимся шумом) без признаков перегрузки левых отделов сердца</li> <li>• При возникновении десатурации нижних конечностей при физической нагрузке</li> </ul>
1767.	Прогноз пациентов с аортальным стенозом ухудшается в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Синкопальных состояний</li> <li>• Стенокардии</li> <li>• Недостаточности кровообращения</li> </ul>
1768.	Оперативное лечение субаортального стеноза показано/может обсуждаться в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Наличия симптоматики при среднем градиенте давления более 50 мм.рт.ст</li> <li>• Наличия симптоматики и тяжелой аортальной недостаточности</li> <li>• Снижения фракции выброса менее 50%</li> </ul>



1769.	Методом выбора для диагностики субаортального стеноза является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Компьютерная томография с кардиосинхронизацией</li> <li>• Магнитно-резонансная томография с кардиосинхронизацией</li> <li>• Зондирование полости сердца</li> </ul>
1770.	У пациентов с коарктацией аорты при наличии разницы в артериальном давлении между верхними и нижними конечностями более 20 мм рт.ст оперативное лечение показано в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Гипертензии на верхних конечностях (более 140/90 мм рт.ст у взрослых)</li> <li>• Выраженной гипертрофии левого желудочка</li> <li>• Патологической реакции артериального давления на нагрузку</li> </ul>
1771.	Для лечения коарктации аорты у взрослых возможно проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Хирургического лечения</li> <li>• Стентирования</li> <li>• Баллонной ангиопластики</li> </ul>
1772.	У пациентов с синдромом Морфана повышается риск:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Митральной недостаточности</li> <li>• Аортальной недостаточности</li> <li>• Трикуспидальной недостаточности</li> </ul>
1773.	У пациентов с синдромом Морфана оперативное лечение показано, если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Имеется расширение корня аорты более 50 мм</li> <li>• Имеется расширение корня аорты от 46 мм до 50 мм при наличии диссекции аорты у родственников</li> <li>• Имеется расширение корня аорты от 46 мм до 50 мм при ежегодном прогрессе более 2 мм в год</li> </ul>
1774.	У пациентов с синдромом Морфана оперативное лечение показано, если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется расширение корня аорты от 46 мм до 50 мм при планируемой беременности</li> <li>• Имеется расширение корня аорты более 35 мм при значимой гипертрофии левого желудочка</li> <li>• Имеется расширение корня аорты от 46 мм до 50 мм при появлении нарушений ритма сердца</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1775.	При клапанном стенозе легочной артерии методом выбора является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Баллонная вальвулотомия</li> <li>• Стентирование</li> <li>• Протезирование</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1776.	Пациентам с врожденными цианотическими пороками сердца следует избегать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Дегидратации</li> <li>• Беременности</li> <li>• Курения</li> </ul>
1777.	Стеноз трикуспидального клапана является тяжелым, если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Средний градиент давления превышает 5 мм рт.ст.</li> <li>• Пиковая скорость кровотока превышает 2м/с</li> <li>• Площадь открытия клапана менее 10 см<sup>2</sup></li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1778.	У пациента с длительно существующей тяжелой первичной митральной недостаточностью происходит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Расширение левого предсердия</li> <li>• Расширение левого желудочка</li> <li>• Снижение сократимости левого желудочка</li> </ul>
1779.	У пациента с Тетрадой Фалло:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возникает гипертрофия правого желудочка</li> <li>• Увеличивается легочный кровоток</li> <li>• Отсутствует дефект межжелудочковой перегородки</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1780.	Парадоксальные эмболии могут возникать при следующем пороке/пороках сердца:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Тетрада Фалло</li> <li>• Дефект межжелудочковой перегородки</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефект межпредсердной перегородки</li> </ul>
1781.	Отек легких может возникнуть при следующем пороке/пороках сердца:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральная недостаточность</li> <li>• Тетрада Фалло</li> <li>• Стеноз трикуспидального клапана</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1782.	Внутриаортальный баллонный контрпульсатор может быть эффективен при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острой митральной недостаточности при разрыве сосочковой мышцы</li> <li>• Острой аортальной недостаточности при расслаивающей аневризме аорты</li> <li>• Острой аортальной недостаточности при инфекционном эндокардите</li> <li>• Декомпенсированном митральном стенозе</li> </ul>
1783.	Внутриаортальный баллонный контрпульсатор противопоказан при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортальной недостаточности</li> <li>• Митральной недостаточности</li> <li>• Приобретенном дефекте межжелудочковой перегородки</li> <li>• Митральном стенозе</li> </ul>
1784.	Систолическое дрожание может наблюдаться при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортальном стенозе</li> <li>• Митральном стенозе</li> <li>• Стенозе трикуспидального клапана</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1785.	Изменения при митральном стенозе включают в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширение левого предсердия</li> <li>• Гипертрофию левого желудочка</li> <li>• Расширение полости левого желудочка</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1786.	Выраженная гипертрофия левого желудочка характерна для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортального стеноза</li> <li>• Аномалии Эбштейна</li> <li>• Митрального стеноза</li> <li>• Митральной недостаточности</li> </ul>
1787.	Характерное изменение формы зубца Р на ЭКГ возникает при следующем пороке:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральном стенозе</li> <li>• Аортальном стенозе</li> <li>• Аортальной недостаточности</li> <li>• Недостаточности клапана легочной артерии</li> </ul>
1788.	Заброс крови из правых в левые отделы сердца при вентрикулографии возможен при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефекте межжелудочковой перегородки</li> <li>• Аномалии Эбштейна</li> <li>• Митральном стенозе</li> <li>• Митральной недостаточности</li> </ul>
1789.	Какой клапан наиболее часто поражается у пожилых пациентов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортальный</li> <li>• Митральный</li> <li>• Трикуспидальный</li> <li>• Клапан легочной артерии</li> </ul>
1790.	Какие цели у оперативного лечения порока сердца у пожилых пациентов?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Увеличение продолжительности жизни</li> <li>• Улучшение качества жизни</li> <li>• Необходимость проведения другой операции</li> </ul>
1791.	Какая этиология клапанного порока сердца преобладает у пожилых пациентов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дегенеративный процесс</li> <li>• Инфекционный эндокардит</li> <li>• Врожденный порок</li> <li>• Травматическая</li> </ul>
1792.	Выберете правильное утверждение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Склероз аортального клапана выявляется более чем у 35% пациентов старше 75 лет</li> <li>• Кальциноз аортального клапана редко выявляется у пациентов с аортальным стенозом</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Склероз аортального клапана чаще выявляется у пациентов младше 25 лет по сравнению с пациентами старше 75 лет</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1793.	Что является наиболее значимым для принятия решения об оперативном лечении аортального стеноза?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптоматика</li> <li>• Степень легочной гипертензии</li> <li>• Наличие нарушений ритма сердца</li> <li>• Степень кальциноза аортального клапана</li> </ul>
1794.	При лечении тяжелого аортального стеноза можно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Хирургическое протезирование с использованием механического протеза</li> <li>• Хирургическое протезирование с использованием биологического протеза протеза</li> <li>• Эндоваскулярное протезирование клапана</li> </ul>
1795.	Инфекционный эндокардит может возникать в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Наличия биологического протеза клапана сердца</li> <li>• Наличия механического протеза клапана сердца</li> <li>• Нативного клапана сердца</li> </ul>
1796.	Недостаточность клапана сердца может возникнуть вследствие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Инфекционного эндокардита</li> <li>• ИБС</li> <li>• Травмы</li> </ul>
1797.	Увеличение пиковой скорости кровотока через аортальный клапан более 4 м/сек свидетельствует о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелом аортальном стенозе</li> <li>• Легком аортальном стенозе</li> <li>• Умеренно выраженном аортальном стенозе</li> <li>• Отсутствии стеноза клапана</li> </ul>
1798.	Увеличение среднего градиента более 40 мм.рт.ст на аортальном клапане по данным эхокардиографии свидетельствует о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортальном стенозе</li> <li>• Нормально функционирующем клапане</li> <li>• Тяжелой аортальной недостаточности</li> <li>• Умеренно выраженной аортальной недостаточности</li> </ul>
1799.	Индексированная площадь открытия аортального клапана 0,5 см <sup>2</sup> /м <sup>2</sup> площади поверхности тела свидетельствует в пользу:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелого аортального стеноза</li> <li>• Нормально функционирующего клапана</li> <li>• Легкого аортального стеноза</li> <li>• Умеренно выраженного аортального стеноза</li> </ul>
1800.	Увеличение среднего градиента более 10 мм рт.ст. на митральном клапане при эхокардиографии свидетельствует о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелом митральном стенозе</li> <li>• Легком митральном стенозе</li> <li>• Тяжелой митральной недостаточности</li> <li>• Нормально функционирующем клапане</li> </ul>
1801.	Риск тромбоза ушка левого предсердия увеличивается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральном стенозе</li> <li>• Митральной недостаточности</li> <li>• Аортальном стенозе</li> <li>• Трикуспидальном стенозе</li> </ul>
1802.	При подозрении на инфекционный эндокардит биологического протеза клапана сердца наиболее ценным исследованием является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чреспищеводная эхокардиография</li> <li>• Компьютерная томография</li> <li>• Рентгенография</li> <li>• ЭКГ</li> </ul>
1803.	Нагрузочный стресс-тест может быть использован для принятия решения о тактике лечения следующего порока сердца:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортального стеноза</li> <li>• Митральной недостаточности</li> <li>• Трикуспидального стеноза</li> <li>• Стресс-тест противопоказан больным с пороками сердца</li> </ul>

1804.	У пациента с значимым многососудистым поражением коронарных артерий и тяжелым аортальным стенозом при наличии стенокардии 3 ф.к. целесообразно рассмотреть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортокоронарное шунтирование и протезирование аортального клапана</li> <li>• Только медикаментозную терапию</li> <li>• Толькочрескожное коронарное вмешательство на коронарных артериях</li> <li>• Только протезирование аортального клапана</li> </ul>
1805.	При разрыве сосочковой мышцы у пациента с острым инфарктом миокарда возник отек легких и шок. В этом случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано экстренное оперативное вмешательство</li> <li>• Оперативное лечение противопоказано из-за тяжести состояния</li> <li>• Наиболее эффективна медикаментозная терапия</li> <li>• Противопоказано проведение внутриаортальной баллонной контрпульсации</li> </ul>
1806.	При длительно существующей тяжелой аортальной недостаточности происходят следующие изменения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Расширяются левые отделы сердца</li> <li>• Расширяются правые отделы сердца</li> <li>• Снижается сократимость левого желудочка</li> </ul>
1807.	Бессимптомному пациенту с тяжелым аортальным стенозом оперативное вмешательство на клапане сердца показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При планирующейся операции аортокоронарного шунтирования</li> <li>• Во всех случаях</li> <li>• При площади аортального клапана менее 1,0 см<sup>2</sup></li> <li>• При среднем градиенте давления более 40 мм.рт.ст</li> </ul>
1808.	Хирургическое вмешательство у бессимптомного пациента с тяжелой аортальной недостаточностью следует обсуждать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В случае расширения левого желудочка более 70 мм в диастолу и 50 мм в систолу</li> <li>• Во всех случаях</li> <li>• В случае наличия турбулентного потока аортальной регургитации в полости левого желудочка</li> <li>• В случае критического уменьшения объема полости левого желудочка</li> </ul>
1809.	Недооценка степени тяжести аортального стеноза при снижении сократимости левого желудочка после перенесенного инфаркта миокарда может быть по причине:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Снижения пиковой скорости кровотока</li> <li>• Снижения максимального градиента давления</li> <li>• Снижения среднего градиента давления</li> </ul>
1810.	У пациента 18 лет выявлена артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка, слабость и боли в ногах при ходьбе. О каком пороке следует думать?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коарктации аорты</li> <li>• Аортальном стенозе</li> <li>• Открытом артериальном протоке</li> <li>• Тетраде Фалло</li> </ul>
1811.	У инъекционного наркомана в течении 3 недель лихорадка. Обратился к врачу из-за отеков ног, а при осмотре выявлен систолический шум у мечевидного отростка, набухание и пульсация шейных вен. О поражении какого клапана можно думать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трикуспидального</li> <li>• Аортального</li> <li>• Митрального</li> <li>• Клапан легочной артерии</li> </ul>
1812.	Инфекционный эндокардит может поражать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Митральный клапан</li> <li>• Трикуспидальный клапан</li> <li>• Аортальный клапан</li> </ul>
1813.	Для принятия решения об оперативном лечении аортального стеноза необходимы следующие данные эхокардиографии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фракция выброса левого желудочка</li> <li>• Амплитуда открытия аортального клапана</li> <li>• Объем левого предсердия</li> <li>• Объем левого желудочка</li> </ul>

1814.	У пациента с кальцинозом аортального клапана и средним градиентом давления 44 мм рт.ст при стресс-тесте на пике нагрузки артериальное давление снизилось ниже исходного уровня и появилась слабость. Пациенту показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оперативное лечение</li> <li>• Медикаментозная терапия с использованием нитратов</li> <li>• Проведение стресс-эхокардиографии</li> <li>• Зондирование полостей сердца и аорты с точным инвазивным измерением градиентов давления</li> </ul>
1815.	Противопоказанием к оперативному лечению тяжелого аортального стеноза является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отказ пациента от операции</li> <li>• Синкопальные состояния</li> <li>• Сопутствующая ИБС</li> <li>• Массивный кальциноз аортального клапана</li> </ul>
1816.	У пациента с тяжелым аортальным стенозом с неадекватным размером кольца клапана (менее 18 мм или более 29 мм):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Противопоказано транскатетерное протезирование клапана</li> <li>• Противопоказано оперативное лечение</li> <li>• Невозможно с помощью эхокардиографии оценить степень тяжести стеноза</li> <li>• Эти данные не влияют на выбор лечебной стратегии</li> </ul>
1817.	У пациента с инфекционным эндокардитом с возникновением тяжелой аортальной недостаточности, проявляющейся симптоматически:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Противопоказано транскатетерное протезирование клапана</li> <li>• Противопоказано оперативное лечение</li> <li>• Показано только медикаментозное лечение</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1818.	У пациента с периферическими отеками при эхокардиографии выявлена тяжелая трикуспидальная недостаточность и смещение трикуспидального клапана в полость правого желудочка. Какой порок сердца у пациента?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аномалия Эбштейна</li> <li>• Тетрада Фалло</li> <li>• Единственный желудочек сердца</li> <li>• Приобретенный порок сердца</li> </ul>
1819.	Для принятия решения об оперативном лечении тяжелой аортальной недостаточности необходимы следующие данные эхокардиографии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Размеры левого желудочка</li> <li>• Площадь открытия аортального клапана</li> <li>• Размеры левого предсердия</li> <li>• Пиковый трансортальный градиент давления</li> </ul>
1820.	Острый инфаркт миокарда может привести к острой недостаточности, требующей оперативного лечения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митрального клапана</li> <li>• Клапана легочной артерии</li> <li>• Аортального клапана</li> <li>• Инфаркт миокарда не нарушает работу клапанов, поражая только миокард</li> </ul>
1821.	При отеке легких, вызванном острой аортальной недостаточностью противопоказано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Применение внутриаортальной баллонной контрпульсации</li> <li>• Применение нитратов</li> <li>• Применение мочегонных</li> <li>• Применение катехоламинов</li> </ul>
1822.	При остром инфаркте миокарда не может возникнуть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефект межпредсердной перегородки</li> <li>• Митральная недостаточность вследствие разрыва сосочковой мышцы</li> <li>• Дефект межжелудочковой перегородки</li> <li>• Митральная недостаточность вследствие нарушения сократимости и геометрии под клапанного аппарата</li> </ul>
1823.	У пациента перед соревнованиями по каратэ проведено обследование, при котором выявлены ложные хорды в полости левого желудочка. Какими должны быть действия врача?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрешить участие в соревнованиях</li> <li>• Запретить соревновательный спорт, но разрешить занятия физкультурой</li> <li>• Провести холтеровское мониторирование ЭКГ</li> <li>• Провести эхокардиографию в динамике</li> </ul>

1824.	Митральная недостаточность может возникнуть при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Инфекционном эндокардите</li> <li>• Остром инфаркте миокарда</li> <li>• Разрыве хорды митрального клапана</li> </ul>
1825.	Расслаивающаяся аневризма аорты может нарушить функцию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортального клапана</li> <li>• Митрального клапана</li> <li>• Аортального, митрального и трикуспидального</li> <li>• Расслаивающаяся аневризма аорты не нарушает функцию клапанов сердца</li> </ul>
1826.	Аортальный стеноз клинически может быть похожим на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИБС</li> <li>• Аритмогенную дисплазию правого желудочка</li> <li>• Инфекционный эндокардит</li> <li>• Симптоматика аортального стеноза уникальна</li> </ul>
1827.	Какую симптоматику следует ожидать у пациента с длительно существующей тяжелой митральной недостаточностью?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одышку</li> <li>• Стенокардию</li> <li>• Обмороки при физической нагрузке</li> <li>• Атриовентрикулярную блокаду</li> </ul>
1828.	У пациента при осмотре выявлен систолический шум в сердце. Какие пороки сердца могли вызвать это состояние?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Дефект межжелудочковой перегородки</li> <li>• Прорыв синуса Вальсальвы в правый желудочек</li> <li>• Субаортальный стеноз</li> </ul>
1829.	У спортсмена при эхокардиографии выявлена сеть Хиари. Клинических проявлений нет. Какие действия врача являются правильными?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрешить занятия спортом</li> <li>• Запретить занятия спортом и физкультуру</li> <li>• Провести суточное мониторирование ЭКГ</li> <li>• Запретить только соревновательный спорт и разрешить занятие физкультурой</li> </ul>
1830.	В каком случае стоит рассмотреть транскатетерное протезирование аортального клапана у пожилого пациента с тяжелым аортальным стенозом?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокий риск хирургического вмешательства</li> <li>• Площадь открытия аортального клапана менее 0,8 см<sup>2</sup></li> <li>• Кальциноз аортального клапана</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1831.	Какие осложнения могут быть в послеоперационном периоде при хирургическом лечении порока сердца у пожилых пациентов?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Послеоперационная энцефалопатия</li> <li>• Анемия</li> <li>• Почечная недостаточность</li> </ul>
1832.	Состояние подклапанных структур влияет на развитие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральной недостаточности</li> <li>• Аортального стеноза</li> <li>• Недостаточности клапана легочной артерии</li> <li>• Стеноза клапана легочной артерии</li> </ul>
1833.	Самой частой причиной тяжелого митрального стеноза является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ревматизм</li> <li>• Кальциноз кольца митрального клапана</li> <li>• Врожденная патология клапана</li> <li>• Карциноидный синдром</li> </ul>
1834.	Синдром Лютембаше это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сочетание митрального стеноза с дефектом межпредсердной перегородки</li> <li>• Сочетание дефекта межжелудочковой перегородки с дефектом межпредсердной перегородки</li> <li>• Сочетание митрального и трикуспидального стенозов</li> <li>• Сочетание дефекта межжелудочковой перегородки со стенозом легочной артерии, «верхом сидящей аортой» и гипертрофией правого желудочка</li> </ul>
1835.	Какая симптоматика не укладывается в клиническую картину тяжелого митрального стеноза?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмороки при физической нагрузке</li> <li>• Нарушения ритма сердца</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Периферические отеки</li> <li>• Одышка при физической нагрузке</li> </ul>
1836.	Какая симптоматика не укладывается в картину стеноза трикуспидального клапана	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сердечная астма</li> <li>• Массивные периферические отеки</li> <li>• Увеличенная печень</li> <li>• Набухание вен шеи</li> </ul>
1837.	Размеры какой камеры сердца входят в показания к оперативному лечению аортальной недостаточности?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Левого желудочка</li> <li>• Левого предсердия</li> <li>• Правого желудочка</li> <li>• Правого предсердия</li> </ul>
1838.	При острой тяжелой аортальной недостаточности наилучшая лечебная стратегия заключается в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немедленном оперативном лечении</li> <li>• Немедленном проведении внутриаортальной баллонной контрпульсации</li> <li>• Инфузии добутамина и нитропруссиды натрия</li> <li>• Все перечисленное выше неверно</li> </ul>
1839.	Какая фракция регургитации указывает на тяжелую митральную недостаточность?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более 60%</li> <li>• Более 20%</li> <li>• Более 40%</li> <li>• Более 30%</li> </ul>
1840.	Как и в какой момент лучше выслушать шум аортальной недостаточности?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сидя с наклоном вперед, в конце выдоха</li> <li>• Лежа на правом боку, в начале вдоха</li> <li>• Лежа на животе, в начале вдоха</li> <li>• Положение тела и дыхание не влияют на выслушивание шума</li> </ul>
1841.	В каком случае оперативное лечение пациенту с тяжелой аортальной недостаточностью не показано?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бессимптомный пациент с двустворчатым аортальным клапаном с фракцией выброса = 60% и конечно-диастолическим размером левого желудочка = 52 мм</li> <li>• Бессимптомный пациент с фракцией выброса левого желудочка = 45%</li> <li>• Бессимптомный пациент с конечно-диастолическим размером левого желудочка = 74 мм</li> <li>• Бессимптомный пациент с конечно-систолическим размером левого желудочка = 53 мм</li> </ul>
1842.	Какое медикаментозное лечение доказано стабилизирует гемодинамику, позволяя отложить на срок более 1 месяца оперативное лечение пациента с острой тяжелой аортальной недостаточностью?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ни один из перечисленных</li> <li>• Катехоламины</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Препараты магния</li> </ul>
1843.	Какое из перечисленных ниже заболеваний вызывает функциональную митральную недостаточность?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Миокардит</li> <li>• Ревматизм</li> <li>• Проплапс митрального клапана</li> <li>• Отрыв хорды митрального клапана</li> </ul>
1844.	Что из перечисленного ниже наиболее часто вызывает разрыв сосочковой мышцы с формированием тяжелой митральной недостаточности?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркт миокарда нижней локализации</li> <li>• Миокардит</li> <li>• Инфаркт миокарда передней локализации</li> <li>• Соревновательный спорт</li> </ul>
1845.	Следующее медикаментозное лечение является альтернативой хирургическому лечению у пациентов с острой тяжелой митральной недостаточностью вследствие разрыва папиллярной мышцы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медикаментозная терапия не является альтернативой хирургическому лечению</li> <li>• Инфузия нитратов</li> <li>• Инфузия катехоламинов</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> </ul>

1846.	Появление мерцательной аритмии у пациентов с тяжелым митральным стенозом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Является показанием к терапии антикоагулянтами</li> <li>• Является противопоказанием к терапии антикоагулянтами</li> <li>• Является противопоказанием к оперативному лечению</li> <li>• Не влияет на прогноз пациентов</li> </ul>
1847.	Какие данные эхокардиографии противоречат тяжелому аортальному стенозу:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Толщина межжелудочковой перегородки 9 мм</li> <li>• Гипертрофия левого желудочка</li> <li>• Калициноз аортального клапана</li> <li>• Расширение правого желудочка более 42 мм в диастолу</li> </ul>
1848.	Что из ниже указанного является неверным? Синдром Морфана является причиной формирования:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медленно прогрессирующих стенозов клапанов</li> <li>• Тяжелых регургитаций на клапанах сердца</li> <li>• Расширения аорты</li> <li>• Умеренно выраженных и легких регургитаций на клапанах сердца</li> </ul>
1849.	При каком пороке сердца происходит атриализация части желудочка сердца?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аномалия Эбштейна</li> <li>• Аортальный стеноз</li> <li>• Субаортальный стеноз</li> <li>• Дефект межжелудочковой перегородки</li> </ul>
1850.	У половины пациентов с тяжелым аортальным стенозом этот симптом является первым клиническим проявлением заболевания:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одышка при физической нагрузке</li> <li>• Стенокардия</li> <li>• Обмороки</li> <li>• Перебои в работе сердца</li> </ul>
1851.	Каков механизм синкопальных состояний у пациентов с тяжелым аортальным стенозом?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Падение мозгового кровотока на фоне недостаточного ударного объема</li> <li>• Желудочковые нарушения ритма сердца</li> <li>• Брадикардия на фоне физической нагрузки</li> <li>• Ни один из перечисленных выше</li> </ul>
1852.	Массивная тромбоэмболия легочной артерии вызывает дисфункцию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трикуспидального клапана</li> <li>• Аортального клапана</li> <li>• Митрального клапана</li> <li>• Не влияет на функцию клапанов</li> </ul>
1853.	Поражение какого клапана часто сопутствует ревматическому аортальному стенозу?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митрального клапана</li> <li>• Клапана легочной артерии</li> <li>• Трикуспидального клапана</li> <li>• Ни одного из указанных</li> </ul>
1854.	Какова средняя продолжительность жизни пациентов с аортальным стенозом при появлении синкопальных состояний в случае отказа от оперативного лечения?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 года</li> <li>• 20 лет</li> <li>• 10 лет</li> <li>• 6 месяцев</li> </ul>
1855.	Какой из симптомов не входит в классическую триаду симптомов тяжелого аортального стеноза?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Слабость</li> <li>• Одышка</li> <li>• Стенокардия</li> <li>• Синкопальные состояния</li> </ul>
1856.	Причиной стенокардии у пациентов с тяжелым аортальным стенозом является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Несоответствие между потребностью и доставкой</li> <li>• Сужение коронарных артерий</li> <li>• Спазм коронарных артерий</li> <li>• Гипотония</li> </ul>
1857.	При необходимости исключения тромбоза ушка левого предсердия следует провести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чреспищеводную эхокардиографию</li> <li>• Трансторакальную эхокардиографию</li> <li>• Трансторакальную эхокардиографию с контрастированием</li> <li>• Магнитно-резонансную томографию сердца</li> </ul>



1858.	Эхокардиографическая картина при тромбоэмболии легочной артерии выглядит следующим образом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширение правых отделов сердца со смещением межжелудочковой перегородки справа налево</li> <li>• Расширение левых отделов сердца со смещением межжелудочковой перегородки слева направо</li> <li>• Расширение легочной артерии и коллабирование нижней полой вены</li> <li>• Появление зон нарушенной сократимости левого и правого желудочков</li> </ul>
1859.	В норме при ультразвуковом исследовании нижняя полая вена во время глубокого вдоха:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коллабирует</li> <li>• Расширяется незначительно</li> <li>• Ее диаметр не меняется</li> <li>• Расширяется значительно</li> </ul>
1860.	При возникновении тампонады сердца по данным эхокардиографии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Появляется сепарация листков эпикарда и перикарда в диастолу</li> <li>• Расширяется нижняя полая вена и снижается ее экскурсия при дыхании</li> <li>• Уменьшается размер правых отделов сердца</li> </ul>
1861.	Регистрация при цветном доплеровском исследовании кровотока через межжелудочковую перегородку слева направо у больного с острым инфарктом миокарда соответствует:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыву межжелудочковой перегородки</li> <li>• Отрыву сосочковой мышцы</li> <li>• Тампонаде сердца</li> <li>• Гипертрофии межжелудочковой перегородки</li> </ul>
1862.	У пациента с хронической обструктивной болезнью легких при отсутствии визуализации в апикальной и парастернальной проекциях для оценки сократимости сердца целесообразно провести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чреспищеводное исследование</li> <li>• Перкуссии и аускультацию сердца</li> <li>• Рентгеновское исследование сердца</li> <li>• Электрокардиографию</li> </ul>
1863.	При подозрении на инфекционный эндокардит митрального клапана необходимо провести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трансторакальное и чреспищеводное исследования</li> <li>• Трансторакальное эхокардиографическое исследование</li> <li>• Чреспищеводное эхокардиографическое исследование</li> <li>• Трансторакальное и чреспищеводное исследование с контрастированием</li> </ul>
1864.	Для эхокардиографического определения фракции выброса левого желудочка используется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Модифицированный метод Симпсона в апикальной 4-камерной и 2-камерной проекциях</li> <li>• Модифицированный метод Симпсона в парастернальной проекции по длинной оси левого желудочка</li> <li>• Модифицированный метод Симпсона в парастернальной проекции по короткой оси левого желудочка на уровне папиллярных мышц</li> <li>• Все вышеперечисленные способы</li> </ul>
1865.	Для выявления тромба в аневризме верхушке левого желудочка необходимо использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Апикальную четырехкамерную проекцию</li> <li>• Парастернальную проекцию на уровне короткой оси митрального клапана</li> <li>• Парастернальную проекцию по длинной оси левого желудочка</li> <li>• Парастернальную проекцию по короткой оси левого желудочка на уровне папиллярных мышц</li> </ul>
1866.	У пациента с хроническим легочным сердцем при эхокардиографии выявляется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертрофия правого желудочка</li> <li>• Аневризма верхушки правого желудочка</li> <li>• Расширение левого предсердия</li> <li>• Уменьшение полости правых отделов сердца</li> </ul>

1867.	У пациента с гипертрофической кардиомиопатией с обмороками на высоте физической нагрузки при стресс-эхокардиографии можно выявить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Залипание» передней створки митрального клапана</li> <li>• Залипание левой коронарной створки аортального клапана</li> <li>• Залипание правой коронарной створки аортального клапана</li> <li>• Залипание некоронарной створки аортального клапана</li> </ul>
1868.	У пациента с гипертрофической кардиомиопатией с обмороками на высоте физической нагрузки при стресс-эхокардиографии можно выявить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возрастание градиента давления в выносящем тракте левого желудочка</li> <li>• Падение градиента давления в выносящем тракте левого желудочка</li> <li>• Падение градиента давления на уровне аортального клапана</li> <li>• Гипокинезию межжелудочковой перегородки</li> </ul>
1869.	Сегменты компенсаторного гиперкинеза левого желудочка характерны для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИБС</li> <li>• Алкогольной кардиомиопатии</li> <li>• Дилатационной кардиомиопатии</li> <li>• Гипертрофической кардиомиопатии</li> </ul>
1870.	Характерная эхокардиографическая картина левого желудочка сердца у пациентов с дилатационной кардиомиопатией выглядит следующим образом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширение полости, диффузное снижение сократимости левого желудочка</li> <li>• Расширение полости, аневризма верхушки левого желудочка</li> <li>• Расширение полости, снижение сократимости левого желудочка сочетается с участками компенсаторного гиперкинеза</li> <li>• Уменьшение объема полости, диффузное снижение сократимости левого желудочка</li> </ul>
1871.	При стресс-эхокардиографии у пациента с гемодинамически значимым стенозом в среднем отделе передней межжелудочковой артерии можно ожидать нарушение сократимости:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верхушки левого желудочка</li> <li>• Средних сегментов левого желудочка при нормальной сократимости верхушки левого желудочка</li> <li>• Нарушение сократимости нижней стенки левого желудочка</li> <li>• Нарушение сократимости базальных сегментов левого желудочка</li> </ul>
1872.	При стресс-эхокардиографии у пациента с гемодинамически значимым стенозом в среднем отделе правой коронарной артерии при левом типе кровоснабжения сердца артерии можно ожидать нарушение сократимости:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушение сократимости нижней стенки левого желудочка</li> <li>• Верхушки левого желудочка</li> <li>• Средних сегментов передней и передне-боковой стенки левого желудочка при нормальной сократимости верхушки левого желудочка</li> <li>• Нарушение сократимости базальных сегментов левого желудочка</li> </ul>
1873.	При эхокардиографии у пациента с шоком выявлено резкое расширение правых отделов сердца со снижением объема левых отделов сердца и смещением межжелудочковой перегородки справа налево. О каком заболевании можно думать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>• Инфаркт миокарда</li> <li>• Миокардит</li> <li>• Внутреннее кровотечение</li> </ul>
1874.	При эхокардиографии у пациента с шоком выявлено резкое снижение объема правых отделов сердца, уменьшение диаметра нижней полой вены. О каком заболевании можно думать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутреннее кровотечение</li> <li>• Тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>• Инфаркт миокарда</li> <li>• Пневмоторакс</li> </ul>

1875.	У пациента с острым инфарктом миокарда на 2 сутки появился систолический шума на верхушке сердца, отек легких и гипотония. Какая эхокардиографическая картина наиболее вероятна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрыв сосочковой мышцы</li> <li>• Аневризма верхушки левого желудочка</li> <li>• Картина тромбоза легочной артерии</li> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> </ul>
1876.	У пациента с острым инфарктом миокарда на 8 сутки появился систолический шум вдоль левого края грудины, появились отеки ног и увеличение печени. Какая эхокардиографическая картина наиболее вероятна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв межжелудочковой перегородки</li> <li>• Аневризма верхушки левого желудочка</li> <li>• Картина тромбоза легочной артерии</li> <li>• Псевдо-аневризма нижней стенки левого желудочка</li> </ul>
1877.	В апикальной четырехкамерной позиции визуализируется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральный клапан</li> <li>• Клапан легочной артерии</li> <li>• Аортальный клапан</li> <li>• Все перечисленные клапаны</li> </ul>
1878.	Отсутствие кровотока по ушку левого предсердия при цветном доплеровском картировании во время чреспищеводной эхокардиографии является признаком:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоза ушка левого предсердия</li> <li>• Мерцательной аритмии</li> <li>• Резкого снижения сократимости левого желудочка</li> <li>• Парадоксальной эмболии</li> </ul>
1879.	Ультразвуковым признаком перфорации коронарной артерии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление сепарации листков эпикарда и перикарда</li> <li>• Резкое снижение сократимости сердца</li> <li>• Расширение правых отделов сердца</li> <li>• Коллапс нижней полой вены</li> </ul>
1880.	Для оценки функции клапана сердца при эхокардиографии определяется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленные параметры</li> <li>• Пиковый градиент давления</li> <li>• Средний градиент давления</li> <li>• Площадь открытия клапана</li> </ul>
1881.	Признаком жизнеспособного сегмента миокарда при стресс-эхокардиографии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление сократимости сегмента с исходным акинезом</li> <li>• Псевдоаневризма левого желудочка</li> <li>• Усиление дискинеза гиперэхогенного сегмента с толщиной стенки 4 мм</li> <li>• Сохранении аневризматического выпячивания сегмента и в систолу и в диастолу</li> </ul>
1882.	Эхокардиографическая картина при разрыве межжелудочковой перегородки у пациента с острым инфарктом миокарда включает в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление при цветном доплеровском картировании кровотока через межжелудочковую перегородку слева направо с расширением правых отделов сердца и расширением нижней полой вены</li> <li>• Появление при цветном доплеровском картировании кровотока через межжелудочковую перегородку справа налево с расширением правых отделов сердца и расширением нижней полой вены</li> <li>• Появление при цветном доплеровском картировании кровотока через межжелудочковую перегородку справа налево с расширением правых отделов сердца и уменьшением диаметра нижней полой вены</li> <li>• Появление при цветном доплеровском картировании кровотока через межжелудочковую перегородку справа налево с уменьшением правых отделов сердца</li> </ul>

1883.	При остром инфаркте миокарда с окклюзией среднего отдела передней межжелудочковой артерии при эхокардиографическом исследовании зона нарушенной сократимости будет располагаться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В верхушке левого желудочка</li> <li>• В базальных сегментах нижней стенки левого желудочка</li> <li>• В средних сегментах нижней стенки левого желудочка</li> <li>• В средних и базальных сегментах нижне-боковой стенки левого желудочка</li> </ul>
1884.	Эхокардиографическая картина у пациента с гипотонией вследствие гиповолемии выглядит следующим образом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшение объема преимущественно правых отделов сердца, уменьшение диаметра нижней полой вены.</li> <li>• Диффузный гипокинез левого желудочка с расширением его полости</li> <li>• Расширение правых отделов сердца при уменьшении объема левых отделов сердца</li> <li>• Уменьшение диаметра аорты и легочной артерии</li> </ul>
1885.	Эхокардиографические находки при инфекционном эндокардите могут включать в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Vegetацию</li> <li>• Абсцесс кольца клапана</li> <li>• Гидроперикард</li> </ul>
1886.	При разрыве свободной стенки левого желудочка типичная эхокардиографическая картина выглядит следующим образом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление эхонегативного пространства в полости перикарда с уменьшением объема преимущественно правых отделов сердца и расширением нижней полой вены</li> <li>• Появление эхонегативного пространства в полости перикарда только перед левыми отделами сердца с расширением объема правых отделов сердца и уменьшением объема левых отделов сердца</li> <li>• Появление эхонегативного пространства в полости перикарда с уменьшением объема преимущественно правых отделов сердца и расширением левых отделов сердца</li> <li>• Появление эхонегативного пространства в полости перикарда с увеличением объема преимущественно правых отделов сердца и расширением нижней полой вены</li> </ul>
1887.	У пациента с острым инфарктом миокарда на 3 сутки возник отек легких и появился систолический шум на верхушке сердца. Какую эхокардиографическую картину можно наблюдать у пациента:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление «молотящей створки»митрального клапана с формированием тяжелой митральной регургитации</li> <li>• Появление эхонегативного пространства в полости перикарда со сдавлением правых отделов сердца и формированием тяжелой трикуспидальной недостаточности</li> <li>• Появление тяжелой аортальной регургитации вследствие расширения левых отделов сердца</li> <li>• Появление «молотящей створки» трикуспидального клапана с формированием тяжелой трикуспидальной регургитации</li> </ul>
1888.	При внутривенном контрастировании правых отделов сердца «активированным» физиологическим раствором появлением пузырьков воздуха в левых отделах сердца может быть следствием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефекта межпредсердной перегородки</li> <li>• Легочной гипертензии</li> <li>• Псевдоаневризмы левого желудочка</li> <li>• Тромбоза ушка правого предсердия</li> </ul>
1889.	Для тяжелого митрального стеноза характерна следующая эхокардиографическая картина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширение левого предсердия и уменьшение левого желудочка</li> <li>• Уменьшение левого предсердия с расширением правых отделов сердца</li> <li>• Расширение левого и правого желудочков</li> <li>• Расширение всех камер сердца</li> </ul>

1890.	При проксимальной окклюзии правой коронарной артерии у пациента с острым инфарктом миокарда наиболее характерна следующая эхокардиографическая картина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушение сократимости нижней стенки левого желудочка и свободной стенки правого желудочка</li> <li>• Нарушение сократимости верхушки левого желудочка и гиперкинез свободной стенки правого желудочка</li> <li>• Нарушение сократимости боковой стенки левого желудочка</li> <li>• Гиперкинезия левого и правого желудочков</li> </ul>
1891.	Для хронической аневризмы верхушки левого желудочка характерны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Истончение и гиперэхогенность верхушки левого желудочка с выбуханием как в систолу, так и в диастолу</li> <li>• Компенсаторная гипертрофия верхушки левого желудочка с выбуханием в систолу</li> <li>• Истончение и гиперэхогенность верхушки левого желудочка с выбуханием только в диастолу</li> <li>• Изоэхогенность и гипокинезия верхушки левого желудочка</li> </ul>
1892.	При эхокардиографии выявлены подвижные червеобразные подвижные образования в расширенных правых отделах сердца. Для какого заболевания характерна такая находка?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для тромбоэмболии легочной артерии</li> <li>• Для инфекционного эндокардита</li> <li>• Для первичной легочной гипертензии</li> <li>• Для ВИЧ инфекции</li> </ul>
1893.	У пациента выявлено снижение фракции выброса левого желудочка до 14%, диффузное снижение сократимости левого желудочка с конечно-диастолическим размером левого желудочка = 430 мл, кардиомегалия, расширение нижней полой вены с уменьшением ее экскурсии при дыхании, правосторонний гидроторакс. О каком заболевании следует думать?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дилатационная кардиомиопатия</li> <li>• Острейшая стадия инфаркта миокарда</li> <li>• Тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>• Гипертрофическая кардиомиопатия</li> </ul>
1894.	У пациента с синкопальными состояниями при физической нагрузке при эхокардиографии выявлено утолщение межжелудочковой перегородки с нормальным пиковым и средним градиентами на аортальном клапане и повышенным градиентом давления в выносящем тракте левого желудочка. О каком заболевании следует думать?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• О гипертрофической кардиомиопатии</li> <li>• О перенесенном инфаркте миокарда в области межжелудочковой перегородки</li> <li>• О тромбоэмболии легочной артерии</li> <li>• О миокардите</li> </ul>
1895.	Появление локальной зоны нарушенной сократимости на фоне внутривенного введения добутамина свидетельствует о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенотическом поражении коронарных артерий</li> <li>• О тяжелом аортальном стенозе</li> <li>• О тяжелом митральном стенозе</li> <li>• Все перечисленное выше верно</li> </ul>
1896.	Выраженная гипертрофия левого желудочка может быть при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Тяжелом аортальном стенозе</li> <li>• Гипертрофической кардиомиопатии</li> <li>• Коарктации аорты</li> </ul>
1897.	Расширение полости левого желудочка характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортальной недостаточности</li> <li>• Митрального стеноза</li> <li>• Стеноза трикуспидального клапана</li> <li>• Стенозе клапана легочной артерии</li> </ul>

1898.	У двадцатилетнего пациента при эхокардиографии выявлен поток из восходящего отдела аорты в правое предсердие. Наиболее вероятный диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв синуса Вальсальвы</li> <li>• Коарктация аорты</li> <li>• Аортальный стеноз</li> <li>• Дефект межжелудочковой перегородки</li> </ul>
1899.	У пациента с тяжелым митральным стенозом и постоянной формой мерцательной аритмии выявлено округлое свободно перемещающееся изоэхогенное образование в левом предсердии 22 мм в диаметре. Наиболее вероятно это образование является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбом</li> <li>• Вегетацией</li> <li>• Миксомой</li> <li>• Евстахиевой заслонкой</li> </ul>
1900.	У пациента с клинической картиной стенокардии напряжения толщина верхушки левого желудочка 2,5 см. Наиболее вероятный диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертрофическая кардиомиопатия</li> <li>• Артериальная гипертензия</li> <li>• Аномалия Эбштейна</li> <li>• Аортальная недостаточность</li> </ul>
1901.	У пациентки после стрессового состояния возник приступ боли в грудной клетке сопровождающийся элевацией сегмента ST V1-4. При эхокардиографии выявлена дискинезия верхушки левого желудочка. При ангиографии патология не выявлена. Через 4 дня сократимости миокарда полностью восстановилась. Наиболее вероятный диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром</li> <li>• Острый инфаркт миокарда</li> <li>• Острый Миокардит</li> <li>• Острый перикардит в области верхушки</li> </ul>
1902.	У пациента во время эхокардиографии проводилось внутривенное введение препарата. При этом врач увидел эхоконтрастирование микропузырьками правых и левых отделов сердца. В каком случае возможна такая картина?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При дефекте межжелудочковой или межпредсердной перегородок</li> <li>• В норме</li> <li>• Такая ультразвуковая картина невозможна</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>
1903.	Ультразвуковая и ЭКГ картина, схожие на картину тромбоэмболии легочной артерии может наблюдаться при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пневмотораксе</li> <li>• Остром инфаркте миокарда</li> <li>• Перикардите</li> <li>• Тампонаде сердца</li> </ul>
1904.	Механическое сокращение левого желудочка при эхокардиографии при синхронной записи ЭКГ возникает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• После комплекса qRs</li> <li>• В момент зубца р</li> <li>• На зубце q</li> <li>• На зубце R</li> </ul>
1905.	Массивный выпот в полости перикарда, выявленный при эхокардиографии не характерен для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыва миокарда при остром инфаркте</li> <li>• Метастатического поражения перикарда</li> <li>• Туберкулеза</li> <li>• Гипотиреоза</li> </ul>
1906.	При шоке, вызванном внутренним кровотечением при эхокардиографии выявляется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшение объема правых отделов сердца и уменьшение диаметра нижней полой вены</li> <li>• Расширение полостей сердца</li> <li>• Смещение межжелудочковой перегородки справа налево</li> <li>• Диффузное снижение сократимости правых и левых отделов сердца</li> </ul>
1907.	Чреспищеводная эхокардиография противопоказана при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дивертикуле пищевода</li> <li>• Выраженном рвотном рефлексе</li> <li>• Плохой визуализации структур сердца при трансторакальном ультразвуковом исследовании</li> <li>• Все перечисленное верно</li> </ul>

1908.	Какая ультразвуковая находка противоречит диагнозу дилатационной кардиомиопатии?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперэхогенная аневризма верхушки левого желудочка с истончением стенки до 4 мм</li> <li>• Расширение объема левого желудочка более 400 мл с диффузно сниженной его сократимостью</li> <li>• Выявленная при доплеровском исследовании тяжелая митральная недостаточность</li> <li>• Расширение не только левых, но и правых отделов сердца</li> </ul>
1909.	К антикоагулянтам прямого действия относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гепарин</li> <li>• Варфарин, фенилин</li> <li>• Свежезамороженная плазма</li> <li>• Аминокапроновая кислота</li> </ul>
1910.	К антикоагулянтам непрямого действия относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Варфарин</li> <li>• Гепарин</li> <li>• Свежезамороженная плазма</li> <li>• Клопидогрель</li> </ul>
1911.	Образование тромбов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часто наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов.</li> <li>• Редко наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов.</li> <li>• Не зависит от сосуда.</li> <li>• Происходит чаще при линейном кровотоке по сосуду</li> </ul>
1912.	Фибринолитическая активность крови при применении гепарина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не изменяется.</li> <li>• Повышается.</li> <li>• Понижается.</li> <li>• Правильного ответа нет</li> </ul>
1913.	Замедление тока крови:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сопровождается повышением риска тромбообразования.</li> <li>• Сочетается с повышением содержания тромбоцитов в крови.</li> <li>• Сопровождается повышением вязкости крови.</li> <li>• Сопровождается снижением фибринолитической активности крови.</li> </ul>
1914.	Основное место синтеза плазменных факторов свертывания:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Печень</li> <li>• Красный костный мозг</li> <li>• Селезенка</li> <li>• Толстый кишечник</li> </ul>
1915.	Какой фермент разрушает нити фибрина?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плазмин</li> <li>• Тромбин</li> <li>• Плазминоген</li> <li>• Протромбиназа</li> </ul>
1916.	Адгезии тромбоцитов способствует:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коллаген</li> <li>• XII (фактор хагемана)</li> <li>• Амф</li> <li>• Плазмин</li> </ul>
1917.	Укажите фермент, на долю которого приходится 85% антикоагулянтной активности противосвертывающей системы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антитромбин III</li> <li>• Плазмин</li> <li>• Гепарин</li> <li>• Протромбин</li> </ul>
1918.	Система гемостаза участвует во всем, кроме	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддержании постоянства онкотического давления плазмы крови</li> <li>• Остановке кровотечений из мелких и средних артерий и вен</li> <li>• Сохранении жидкого состояния крови в сосудистом русле</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Восстановлении проходимости сосуда после его тромбирования</li> </ul>
1919.	К естественным первичным антикоагулянтам относится все, кроме	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фактор виллебранда</li> <li>• Гепарин</li> <li>• Антитромбин III</li> <li>• Протеины S и C</li> </ul>
1920.	Укажите антикоагулянты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Цитрат натрия</li> <li>• Плазмин</li> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Прасугрел</li> </ul>
1921.	Факторы, препятствующие свертыванию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гепарин при добавлении его к цельной крови</li> <li>• Поврежденная сосудистая стенка</li> <li>• Замедление кровотока, например, при длительной неподвижности</li> <li>• Нет верного ответа</li> </ul>
1922.	Выберите из перечисленных функции тромбоцитов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Остановка кровотечения из мелких сосудов</li> <li>• Транспортная</li> <li>• Остановка кровотечения из крупных сосудов</li> <li>• Нет верного ответа</li> </ul>
1923.	Назовите факторы, препятствующие гемокоагуляции:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефицит кальция в плазме крови</li> <li>• Курение</li> <li>• Длительная физическая нагрузка</li> <li>• Употребление алкоголя</li> </ul>
1924.	Свертыванию плазмы препятствуют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антитромбин III</li> <li>• Аромбин</li> <li>• Фибрин</li> <li>• Фибриноген</li> </ul>
1925.	Укажите естественные вторичные антикоагулянты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нити фибрина</li> <li>• Трипсин</li> <li>• Антитромбин III</li> <li>• Протеины S и C</li> </ul>
1926.	Как называется белок в составе плазмы крови, участвующий в процессе свёртывания?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фибриноген</li> <li>• Альбумин</li> <li>• Гамма-глобулин</li> <li>• Протеины C и S</li> </ul>
1927.	Для протекания всех фаз гемокоагуляции необходимо участие ионов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кальция</li> <li>• Хлора</li> <li>• Натрия</li> <li>• Калия</li> </ul>
1928.	К активаторам фибринолитической системы не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гепарин</li> <li>• XIIa фактор (Хагемана.</li> <li>• Тканевые лизокиназы (tPA-тканевый активатор плазминогена).</li> <li>• Калликреин</li> </ul>
1929.	Агрегацию тромбоцитов не активирует:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Простаглицлин</li> <li>• Адреналин</li> <li>• АДФ</li> <li>• Тромбин</li> </ul>
1930.	Свёртывание крови ускоряется при повышенном содержании в крови:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Адреналина</li> <li>• Ионов натрия</li> <li>• Инсулина</li> <li>• Ионов калия</li> </ul>



1931.	Образование протромбина в печени зависит от присутствия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Витамина К</li> <li>• Кальция</li> <li>• Билирубина</li> <li>• Витамина В12</li> </ul>
1932.	Препятствуют адгезии тромбоцитов на сосудистой стенке:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эндотелиальные клетки неповреждённой стенки сосуда</li> <li>• Тромбоксан</li> <li>• Белок тромбостенин</li> <li>• Эндотелиальные клетки повреждённой стенки сосуда</li> </ul>
1933.	Витамин К необходим:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для синтеза факторов свертывания</li> <li>• Для адгезии тромбоцитов</li> <li>• Для образования тромбопластина</li> <li>• Для активации XI фактора</li> </ul>
1934.	К эффектам тромбоксана можно отнести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Усиление агрегации тромбоцитов</li> <li>• Расширение сосудов</li> <li>• Лизис тромбоцитарного тромба</li> <li>• Активация контактной фазы свертывания</li> </ul>
1935.	К факторам, способствующим свертыванию крови нельзя отнести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефицит кальция или витамина К</li> <li>• Обширные травмы мягких тканей с поступлением в кровоток тканевого тромбопластина</li> <li>• Замедление кровотока, например, при длительной неподвижности</li> <li>• Большое количество эритроцитов в капиллярах</li> </ul>
1936.	К витамин К-зависимым факторам свертывания не относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кальций</li> <li>• X фактор</li> <li>• IX фактор</li> <li>• VII фактор</li> </ul>
1937.	Какое вещество вызывает превращение плазминогена в плазмин?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Урокиназа</li> <li>• Тромбин</li> <li>• Протромбиназа</li> <li>• X фактор (Стюарта-Прауэра)</li> </ul>
1938.	Ферментативное разрушение фибрина на отдельные полипептидные цепи, называется	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фибринолизом</li> <li>• Гемолизом</li> <li>• Гемостазом</li> <li>• Гомеостазом</li> </ul>
1939.	Фибринолиз включает	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фибринолитическую активность плазмы</li> <li>• Клеточный фибринолиз</li> <li>• Фиброзную организацию тромба</li> <li>• Нет правильного ответа</li> </ul>
1940.	К компонентам фибринолитической системы нельзя отнести	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ионы кальция</li> <li>• Активаторы фибринолиза</li> <li>• Плазмин</li> <li>• Плазминоген</li> </ul>
1941.	К эффектам пламина в фибринолизе относят все перечисленные процессы за исключением	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Активация тромбина</li> <li>• Деграция тромбоцитарных гликопротеинов</li> <li>• Деграция фибрина на фрагменты</li> <li>• Протеолиз ряда факторов свертывания крови</li> </ul>
1942.	Выберите верную последовательность процессов фибринолиза	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плазминоген - плазмин - лизис тромба</li> <li>• Плазмин - плазминоген - лизис тромба</li> <li>• Плазминоген - лизис тромба- плазмин</li> <li>• Нет правильного ответа</li> </ul>
1943.	Ключевым в фибринолизе является фермент	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плазмин</li> <li>• Акцелерин</li> <li>• Тромбин</li> <li>• Тромбиназа</li> </ul>

1944.	Функцией фибринолиза является	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Восстановление просвета сосудов, закупоренных тромбом</li> <li>• Образование первичного тромба</li> <li>• Сужение просвета сосудов для остановки кровотечения</li> <li>• Уплотнение тромба</li> </ul>
1945.	Если нарушается процесс фибринолиза, возникает угроза развития	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбоземболии (закупорки сосудов тромбами.</li> <li>• Гемолиза эритроцитов</li> <li>• Гемотрансфузионного шока</li> <li>• Массивной кровопотери</li> </ul>
1946.	Инициатором образования тромбов в сосудах служит	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повреждение эндотелия</li> <li>• Антигеморрагический витамин К</li> <li>• Протромбин</li> <li>• Фактор VIII (антигемофильный глобулин.</li> </ul>
1947.	Тромбин в системе гемостаза катализирует	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Превращения фибриногена в фибрин</li> <li>• Образование протромбиназы по внешнему пути</li> <li>• Образование протромбиназы по внутреннему пути</li> <li>• Превращение фибрина в фибриноген</li> </ul>
1948.	Фактор Виллебранда принимает участие в	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сосудисто-тромбоцитарном гемостазе</li> <li>• Фибринолизе</li> <li>• Полимеризации фибрина</li> <li>• Нет верного ответа</li> </ul>
1949.	Эндотелий в интактных сосудах обладает свойством	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антикоагулянтной поверхности</li> <li>• Прокоагулянтной поверхности</li> <li>• ибринолитической поверхности</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
1950.	Эндотелий сосудов в поврежденных сосудах обладает свойством	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прокоагулянтной поверхности</li> <li>• Антикоагулянтной поверхности</li> <li>• Фибринолитической поверхности</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
1951.	Укажите лекарственное средство, относящееся к группе прямых антикоагулянтов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фраксипарин</li> <li>• Альтеплаза</li> <li>• Варфарин</li> <li>• Клопидогрель</li> </ul>
1952.	Укажите лекарственное средство, относящееся к группе антиагрегантов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ацетилсалициловая кислота</li> <li>• Фраксипарин</li> <li>• Урокиназа</li> <li>• Гирудин</li> </ul>
1953.	Укажите лекарственное средство, относящееся к группе тромболитиков:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тенектеплаза</li> <li>• Ацетилсалициловая кислота</li> <li>• Варфарин</li> <li>• Гепарин</li> </ul>
1954.	Каков механизм антиагрегантного действия ацетилсалициловой кислоты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необратимое подавление активности циклооксигеназы</li> <li>• Обратимое подавление циклооксигеназы</li> <li>• Подавление тромбосансинтазы</li> <li>• Блокада гликопротеидных комплексов IIb/IIIa</li> </ul>
1955.	Укажите показатель, который следует контролировать при проведении терапии гепарином:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Активированное частичное тромбопластиновое время</li> <li>• Протромбиновое время</li> <li>• Международное нормализованное отношение</li> <li>• Время кровотечения</li> </ul>
1956.	Укажите механизм антикоагулянтного действия гепарина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Торможение активности тромбина в присутствии антитромбина III</li> <li>• Ингибирование тромбина независимо от антитромбина III</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Нарушение образования в печени активной формы витамина К</li> <li>Растворение фибрина</li> </ul>
1957.	К какому классу лекарственных препаратов относится фраксипарин:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Низкомолекулярные гепарины</li> <li>Тромболитики</li> <li>Антиагреганты</li> <li>Антагонисты витамина К</li> </ul>
1958.	При назначении гепарина больному с низкой активностью антитромбина III целесообразно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Гепарин комбинировать со свежезамороженной плазмой</li> <li>Вводить гепарин в больших дозах</li> <li>Заменить гепарин на низкомолекулярные аналоги</li> <li>Отменить антикоагулянтную терапию</li> </ul>
1959.	Укажите механизм действия клопидогрела:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Блокада рецепторов к АДФ</li> <li>Блокада ЦОГ</li> <li>Блокада рецепторов Пв\Ша</li> <li>Блокада синтеза факторов свертывания в печени</li> </ul>
1960.	Какой показатель следует контролировать при лечении варфарином:	<ul style="list-style-type: none"> <li>МНО</li> <li>АЧТВ</li> <li>Время кровотечения</li> <li>Время свертывания</li> </ul>
1961.	Для растворения фибринового тромба используют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Альтеплазу</li> <li>Гепарин</li> <li>Аспирин</li> <li>Клопидогрель</li> </ul>
1962.	К препаратам, снижающим агрегацию тромбоцитов не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Гепарин.</li> <li>Ацетилсалициловая кислота.</li> <li>Клопидогрел.</li> <li>Тикагрелор.</li> </ul>
1963.	К препаратам, снижающим агрегацию тромбоцитов не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ривароксабан.</li> <li>Клопидогрел.</li> <li>Кислота ацетилсалициловая.</li> <li>Абциксимаб.</li> </ul>
1964.	Препарат, угнетающий биосинтез тромбосана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ацетилсалициловая кислота.</li> <li>Дипиридабол.</li> <li>Клопидогрел.</li> <li>Абциксимаб.</li> </ul>
1965.	Выберите препарат относящийся к группе блокаторов гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Абциксимаб.</li> <li>Кислота ацетилсалициловая.</li> <li>Клопидогрел.</li> <li>Тикагрелор.</li> </ul>
1966.	Выберите препарат относящийся к группе блокаторов рецепторов АДФ тромбоцитов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Тикагрелор.</li> <li>Кислота ацетилсалициловая.</li> <li>Интегрилин</li> <li>Абциксимаб.</li> </ul>
1967.	Выберите препарат не относящийся к группе антикоагулянтов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Интегрилин.</li> <li>Гепарин.</li> <li>Эноксапарин.</li> <li>Синкумар.</li> </ul>
1968.	К группе антикоагулянтов не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Тикагрелор.</li> <li>Синкумар.</li> <li>Эноксапарин.</li> <li>Гепарин.</li> </ul>
1969.	Выберите препарат - антикоагулянт прямого действия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эноксапарин.</li> <li>Варфарин.</li> <li>Клопидогрел</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синкумар.</li> </ul>
1970.	Выберите препарат низкомолекулярного гепарина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эноксапарин.</li> <li>• Варфарин.</li> <li>• Абциксимаб.</li> <li>• Клопидогрел.</li> </ul>
1971.	К антикоагулянтам непрямого действия не относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эноксапарин.</li> <li>• Варфарин.</li> <li>• Синкумар.</li> <li>• Неодикумарин.</li> </ul>
1972.	Выберите фибринолитик из представленных препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Алтеплаза.</li> <li>• Синкумар.</li> <li>• Кислота аминокaproновая.</li> <li>• Гепарин.</li> </ul>
1973.	Выберите из перечисленных антагонист гепарина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Протамина сульфат.</li> <li>• Абциксимаб.</li> <li>• Викасол.</li> <li>• Аминокaproновая кислота</li> </ul>
1974.	Выберите из перечисленных антагонист антикоагулянтов непрямого действия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Викасол.</li> <li>• Протамина сульфат.</li> <li>• Алтеплаза.</li> <li>• аминокaproновая кислота</li> </ul>
1975.	Что не относится к возможным механизмам действия антиагрегантов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Угнетение циклооксигеназы в эндотелиоцитах.</li> <li>• Угнетение циклооксигеназы в тромбоцитах.</li> <li>• Блокада тромбоксановых рецепторов.</li> <li>• Блокада фибриногеновых рецепторов тромбоцитов.</li> </ul>
1976.	Антиагрегантное действие вызывают вещества, которые:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• все ответы верные</li> <li>• Снижают синтез тромбоксана.</li> <li>• блокируют P2 Y12 рецепторы тромбоцитов</li> <li>• Угнетают циклооксигеназу тромбоцитов</li> </ul>
1977.	При действии простациклина в тромбоцитах активируется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аденилатциклаза.</li> <li>• Циклооксигеназа.</li> <li>• Простациклинсинтетаза.</li> <li>• Фосфодиэстераза.</li> </ul>
1978.	Антиагрегантное действие ацетилсалициловой кислоты связано с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибированием циклооксигеназы.</li> <li>• Ингибированием 5-липоксигеназы.</li> <li>• Ингибированием тромбоксансинтетазы.</li> <li>• Блокадой тромбоксановых рецепторов.</li> </ul>
1979.	Клопидогрел и тикагрелор:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокируют рецепторы P2Y12 тромбоцитов.</li> <li>• Ингибируют фосфодиэстеразу.</li> <li>• Блокируют тромбоксановые рецепторы.</li> <li>• Повышают содержание ионов кальция в цитоплазме тромбоцитов.</li> </ul>
1980.	Абциксимаб:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Препятствует взаимодействию фибриногена с гликопротеиновыми рецепторами тромбоцитов.</li> <li>• Блокатор тромбоксановых рецепторов.</li> <li>• Угнетает фосфолипазу C.</li> <li>• Блокирует серотониновые рецепторы.</li> </ul>
1981.	Выберите верное утверждение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прасугрел препятствует действию АДФ.</li> <li>• Кислота ацетилсалициловая - ингибитор тромбоксансинтетазы.</li> <li>• Абциксимаб - блокатор тромбоксановых рецепторов.</li> <li>• Кислота аминокaproновая и кислота салициловая - ингибиторы циклооксигеназы</li> </ul>

1982.	Выберите верное утверждение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Простациклин снижает уровень кальция в цитоплазме тромбоцитов.</li> <li>• Абциксимаб - блокатор простациклиновых рецепторов.</li> <li>• Тиклопидин и клопидогрел стимулируют рецепторы АДФ.</li> <li>• Простациклин повышает уровень кальция в цитоплазме тромбоцитов</li> </ul>
1983.	Выберите ложное утверждение относительно гепарина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антагонист витамина К1.</li> <li>• Кофактор антитромбина III.</li> <li>• Нарушает переход протромбина в тромбин.</li> <li>• Снижает активность тромбина.</li> </ul>
1984.	В отличие от гепарина низкомолекулярные гепарины:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В меньшей степени влияют на активность тромбина.</li> <li>• Нарушают переход протромбина в тромбин.</li> <li>• Снижают активность фактора Ха.</li> <li>• Эффективны при приеме внутрь.</li> </ul>
1985.	Выберите верные утверждения относительно варфарина и синкумара:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Препятствуют образованию активной формы витамина К.</li> <li>• Блокируют ПвIIIa рецепторы тромбоцитов</li> <li>• Активируют антитромбин III.</li> <li>• Нет верного ответа</li> </ul>
1986.	Препятствуют образованию протромбина в печени:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Варфарин.</li> <li>• Гепарин.</li> <li>• Эноксапарин.</li> <li>• Фондапаринукс</li> </ul>
1987.	Выберите верные утверждения относительно антифосфолипидного синдрома:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часто сопутствует системной красной волчанке.</li> <li>• Увеличением риска кровотечений при родах</li> <li>• Ассоциирован с риском кровотечений.</li> <li>• Нет верного ответа</li> </ul>
1988.	Аномалия Лейдена ассоциирована с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тромбозами</li> <li>• Кровотечениями</li> <li>• Увеличением риска кровотечений при родах</li> <li>• Нет верного ответа</li> </ul>
1989.	Показанием для имплантации подкожного монитора ЭКГ являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синкопальные состояния, генез которых неясен после полного неинвазивного обследования</li> <li>• Частые синкопальные состояния, в случае если при холтеровском мониторировании не выявлено связи обмороков с нарушениями ритма сердца</li> <li>• Синусовая брадикардия менее 40 в минуту без клинической симптоматики</li> <li>• Атриовентрикулярная блокада 1 степени в сочетании с полной блокадой левой ножки пучка Гиса без клинической симптоматики</li> </ul>
1990.	Патогенетическим механизмом развития обморока является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Церебральная гипоперфузия</li> <li>• Травма головы</li> <li>• Гипогликемия</li> <li>• Интоксикация</li> </ul>
1991.	Обморок представляет собой кратковременную транзиторную потерю сознания, обусловленную церебральной гипоперфузией, которая может быть вызвана следующими причинами, за исключением:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипогликемии</li> <li>• Резким падением сердечного выброса вследствие аритмии</li> <li>• Ортостатической гипотензии</li> <li>• Вазо-вагальными реакциями</li> </ul>
1992.	К рефлекторным обморокам относятся следующие из перечисленных:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмороки при гиперчувствительности каротидного синуса</li> <li>• Обмороки при легочной гипертензии</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аритмогенные</li> <li>• Ортостатические</li> </ul>
1993.	Развитие обморока в положении лежа достоверно исключает следующий вид обмороков:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ортостатический</li> <li>• Аритмогенный</li> <li>• Обусловленный механическим препятствием сердечном выбросу</li> <li>• Гиперчувствительность каротидного синуса</li> </ul>
1994.	Наиболее часто встречающимся видом рефлекторных обмороков является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вазо-вагальный</li> <li>• Ситуационный</li> <li>• Обусловленный гиперчувствительностью каротидного синуса</li> <li>• Конституциональный</li> </ul>
1995.	Под ортостатической гипотонией понимают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение систолического АД на <math>\geq 20</math> мм рт. ст. или диастолического АД на <math>\geq 10</math> мм рт. ст. в ответ на переход из горизонтального в вертикальное положение</li> <li>• Снижение систолического АД на <math>\geq 30</math> мм рт. ст. или диастолического АД на <math>\geq 20</math> мм рт. ст. в ответ на переход из горизонтального в вертикальное положение</li> <li>• Снижение систолического АД на <math>\geq 20</math> мм рт. ст. или диастолического АД на <math>\geq 10</math> мм рт. ст. после наклона туловища вперед</li> <li>• Снижение систолического АД на <math>\geq 30</math> мм рт. ст. или диастолического АД на <math>\geq 15</math> мм рт. ст. после наклона туловища вперед</li> </ul>
1996.	На мысль о кардиогенном механизме обморока может наводить наличие всех перечисленных факторов, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обморок возник из положения стоя после приема нитроглицерина</li> <li>• Обморок возник в положение лежа</li> <li>• Обморок возник во время физической нагрузки</li> <li>• Возраст больного более 60 лет</li> </ul>
1997.	Физическая нагрузка может спровоцировать обморок всех перечисленных заболеваний, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперчувствительности каротидного синуса</li> <li>• Гипертрофической кардиомиопатии</li> <li>• Стенозе аортального клапана</li> <li>• Синдроме удлинённого интервала QT I типа</li> </ul>
1998.	Гиперчувствительность каротидного синуса диагностируется в случае, если в ответ на стимуляцию каротидного синуса:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регистрируется пауза <math>\geq 3</math> секунд и/или снижение систолического АД <math>\geq 50</math> мм рт. ст.</li> <li>• Регистрируется пауза <math>\geq 3</math> секунд и/или снижение систолического АД <math>\geq 20</math> мм рт. ст.</li> <li>• Регистрируется пауза <math>\geq 2</math> секунд и/или снижение систолического АД <math>\geq 30</math> мм рт. ст.</li> <li>• Регистрируется пауза <math>\geq 2</math> секунд и/или снижение систолического АД <math>\geq 20</math> мм рт. ст.</li> </ul>
1999.	Электрофизиологическое исследование у больного с синкопальными состояниями может назначаться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для диагностики причин обмороков у отдельных пациентов с подозрением на аритмогенные обмороки</li> <li>• Для подтверждения ортостатического механизма развития обмороков</li> <li>• Для подтверждения диагноза в случае подозрения на синдром каротидного синуса</li> <li>• Для диагностики причин обмороков у всех пациентов с заболеванием сердца</li> </ul>
2000.	Тилт-тест применяется для диагностики синкопальных состояний, обусловленных:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ортостатической гипотензией</li> <li>• Брадиаритмиями</li> <li>• Тахиаритмиями</li> <li>• Гиперчувствительностью каротидного синуса</li> </ul>

2001.	Тилт-тест не должен применяться для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценки ответа на медикаментозную терапию при вазо-вагальных обмороках</li> <li>• Дифференциальной диагностики псевдосинкопальных состояний и конвульсивных обмороков</li> <li>• Диагностики обмороков, обусловленных отсроченной ортостатической гипотензией</li> <li>• Диагностики вазовагальных обмороков</li> </ul>
2002.	В случае необходимости проведение дифференциальной диагностики между конвульсивными обмороками, психогенными псевдосинкопами и эпилептическими припадками рекомендовано проводить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тилт-тест с одновременной записью ЭЭГ</li> <li>• ЭЭГ</li> <li>• Электрофизиологическое исследование с одновременной записью ЭЭГ</li> <li>• Ничего из перечисленного</li> </ul>
2003.	МРТ и КТ головного мозга у больных с обмороками рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При наличии очагового неврологического дефицита или указаний на травму головы во время обморока</li> <li>• Во всех случаях в качестве скринингового метода</li> <li>• Только при наличии судорог</li> <li>• Только при отягощенном онкоанамнезе</li> </ul>
2004.	Для пациентов с нечастыми повторными необъяснимыми обмороками, при подозрении на их аритмогенный генез, в качестве метода длительной регистрации ЭКГ рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантируемый сердечный монитор</li> <li>• Длительное холтеровское мониторирование (до 72 часов)</li> <li>• Наружный петлевой рекордер</li> <li>• ЭКГ-телеметрия</li> </ul>
2005.	Для пациентов с синкопальными состояниями с частыми симптомами, которые могут с достаточной вероятностью рецидивировать в период 24-72 часа, для длительной регистрации ЭКГ рекомендован следующий метод:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Холтеровское мониторирование</li> <li>• Имплантируемый сердечный монитор</li> <li>• Наружный петлевой рекордер</li> <li>• ЭКГ-телеметрия</li> </ul>
2006.	Для пациентов с синкопальными состояниями с частыми симптомами, которые с достаточной вероятностью могут рецидивировать в период до 6 недель, для длительной регистрации ЭКГ рекомендован следующий метод:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наружный петлевой рекордер</li> <li>• Холтеровское мониторирование</li> <li>• Имплантируемый сердечный монитор</li> <li>• Инвазивное электрофизиологическое исследование</li> </ul>
2007.	В случае возникновения обмороков у пациента с аритмогенной кардиомиопатией правого желудочка при наличии документированной устойчивой желудочковой тахикардии рекомендованной тактикой лечения является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация кардиовертера-дефибриллятора</li> <li>• Назначение кордарона</li> <li>• Назначение пропафенона</li> <li>• Имплантация ресинхронизирующей системы с функцией дефибриллятора</li> </ul>
2008.	При подозрении на аритмогенные обмороки у больных с идиопатическим синдромом удлиненного интервала QT терапией первой линии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение бета-адреноблокаторов</li> <li>• Имплантация кардиовертера-дефибриллятора</li> <li>• Левосторонняя симпатическая денервация сердца</li> <li>• Назначение кордарона</li> </ul>
2009.	При подозрении на аритмогенные обмороки у больных с катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардией лечебными мероприятиями первой линии являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение бета-адреноблокаторов</li> <li>• Имплантация кардиовертера-дефибриллятора</li> <li>• Назначение мидодрина</li> <li>• Назначение флекаинида</li> </ul>
2010.	Предотвратить развитие вазо-вагального обморока при наличии продромальных симптомов может:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Маневр с изометрическим напряжением мышц</li> <li>• Прием нитроглицерина</li> <li>• Немедленный прием мидодрина</li> <li>• Гипервентиляция</li> </ul>

2011.	Для профилактики обмороков у больных с рецидивирующими вазо-вагальными синкопами (без артериальной гипертензии и сердечной недостаточности) может применяться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мидодрин</li> <li>• Изопротеренол</li> <li>• Теофиллин</li> <li>• Кофеин</li> </ul>
2012.	При лечении больных с рецидивирующими вазо-вагальными обмороками имплантация двухкамерного стимулятора может быть целесообразна у следующих категорий пациентов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Старше 40 лет с документированными спонтанными паузами <math>\geq 3</math> секунд, ассоциированными с обмороками</li> <li>• Старше 40 лет с документированными спонтанными паузами <math>\geq 2</math> секунд, ассоциированными с обмороками</li> <li>• Младше 40 лет, положительный тилт-тест, вазодепрессорный ответ</li> <li>• Ни в одном из перечисленных случаев</li> </ul>
2013.	При обмороках, связанных с синдромом каротидного синуса имплантация постоянного ЭКС может быть целесообразна для уменьшения симптомов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При кардиоингибиторном или смешанном варианте</li> <li>• При вазодепрессорном варианте</li> <li>• При наличии АВ-блокады 1 степени</li> <li>• При положительном тилт-тесте</li> </ul>
2014.	К сосудистым обморокам не относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмороки при первичной легочной гипертензии</li> <li>• Вазодепрессорные обмороки</li> <li>• Ортостатические обмороки</li> <li>• Обмороки при синдроме каротидного синуса</li> </ul>
2015.	Обморок, возникший во время пункции вены и с наибольшей долей вероятности является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вазо-вагальным</li> <li>• Ортостатическим</li> <li>• Обусловленным гиперчувствительностью каротидного синуса</li> <li>• Кардиальным</li> </ul>
2016.	На наличие заболевания вегетативной нервной системы как причины синкопальных состояний может указывать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие учащения пульса при ортостатической пробе</li> <li>• Отсутствие гемодинамически значимых желудочковых аритмий в момент обморока по данным холтеровского мониторирования</li> <li>• Наличие гиперчувствительности каротидного синуса</li> <li>• Отсроченная ортостатическая гипотония, выявленная при тилт-тесте</li> </ul>
2017.	Если обморок возник внезапно в положении лежа у пожилого пациента с заболеванием сердца, то наиболее вероятный генез обморока из перечисленных:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аритмогенный</li> <li>• Синдром каротидного синуса</li> <li>• Ортостатический</li> <li>• Ситуационный</li> </ul>
2018.	У больного с синкопальными состояниями во время сбора анамнеза необходимо выяснить все перечисленное кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Какая ширина зрачков во время обморока</li> <li>• В каком положении тела развиваются обмороки</li> <li>• Как чувствует себя пациент после обморока</li> <li>• Бывают ли судороги во время обмороков</li> </ul>
2019.	Причины синусовой тахикардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Лихорадка</li> <li>• Сердечная недостаточность</li> <li>• Физическая нагрузка</li> </ul>
2020.	При тахиаритмиях снижение сердечного выброса обусловлено:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшением преднагрузки</li> <li>• Снижением сократимости миокарда</li> <li>• Увеличением постнагрузки</li> <li>• Укорочением систолы</li> </ul>



2021.	При частой суправентрикулярной экстрасистолии следует	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обследовать пациента для выявления причины суправентрикулярной экстрасистолии</li> <li>• Назначить верапамил</li> <li>• Назначить амиодарон</li> <li>• Назначить прием омега -3 жирных кислот</li> </ul>
2022.	Тахикардия типа пируэт возникает по механизму	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ранней триггерной активности</li> <li>• Поздней триггерной активности</li> <li>• Повышенного автоматизма</li> <li>• Повторного входа возбуждения</li> </ul>
2023.	У пациента по данным холтеровского мониторирования ЭКГ выявлено 2500 бессимптомных желудочковых экстрасистол в течение суток. Данных за ИБС, другую структурную патологию не получено.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лечение не требуется, повторное обследование только при появлении симптомов</li> <li>• Показано назначение бета- адреноблокаторов</li> <li>• Показано назначение антиаритмиков 1 с класса</li> <li>• Показано назначение амиодарона</li> </ul>
2024.	Частая бессимптомная желудочковая экстрасистолия у людей без структурной патологии сердца	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лечение не требует, однако при количестве экстрасистол более 10000 в сутки показано динамическое наблюдение для исключения развития аритмогенной кардиомиопатии.</li> <li>• Указывает на высокий риск аритмогенных осложнений</li> <li>• Требуется назначения антиаритмической терапии</li> <li>• является показанием к катетерной абляции аритмогенного очага</li> </ul>
2025.	Антиаритмические препараты IC группы при желудочковой экстрасистолии у больных с органическим заболеванием сердца	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффективно устраняют экстрасистолию, повышают летальность</li> <li>• Эффективно устраняют экстрасистолию, не влияют на летальность</li> <li>• увеличивают риск развития острого инфаркта миокарда</li> <li>• Малоэффективны</li> </ul>
2026.	Длительность неустойчивой желудочковой тахикардии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 30 сек.</li> <li>• Менее 6 сек.</li> <li>• Менее 6 мин.</li> <li>• Менее 30 мин</li> </ul>
2027.	У пациента при проведении стресс - теста возник неустойчивый пароксизм полиморфной желудочковой тахикардии. По данным ЭхоКГ структурной патологии не найдено. На ЭКГ в покое изменений нет. Наиболее вероятный диагноз	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Катехоламинэргическая желудочковая тахикардия</li> <li>• Скрытый синдром wrw</li> <li>• Идиопатическая тахикардия из выходного тракта правого желудочка</li> <li>• Миокардит</li> </ul>
2028.	У пациента при проведении стресс - теста возник неустойчивый пароксизм полиморфной желудочковой тахикардии. По данным ЭхоКГ структурной патологии не найдено. Какое обследование необходимо провести в первую очередь?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коронарографию</li> <li>• Холтеровское мониторирование экг</li> <li>• Стресс – эхокг с добутамином</li> <li>• Эфи с программируемой стимуляцией желудочков</li> </ul>
2029.	У пациента 26 лет тахикардия с широкими комплексами QRS имеет морфологию блокады левой ножки пучка Гиса, электрическая ось отклонена вправо. Заболеваний сердца в анамнезе нет. Экг в покое не изменена. Следует проводить дифференциальный диагноз между:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аритмогенной дисплазией правого желудочка и идиопатической тахикардией из выходного тракта правого желудочка</li> <li>• Синдромом удлинения QT и скрытым синдромом WPW</li> <li>• Трепетанием предсердий с аберрантным проведением и катехоламинэргической желудочковой тахикардией</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>

2030.	Пациент с ИБС, инфарктом миокарда нижней стенки в анамнезе перенес пароксизм устойчивой желудочковой тахикардии, сопровождавшийся падением АД. Данных за повторный инфаркт миокарда нет. При коронарографии хроническая окклюзия правой коронарной артерии. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация кардиовертера- дефибриллятора, назначение амиодарона. При повторяющихся пароксизмах – катетерная абляция аритмогенного очага.</li> <li>• Назначение амиодарона, при неэффективности – имплантация кардиовертера- дефибриллятора.</li> <li>• Катетерная абляция аритмогенного очага, при неэффективности - имплантация кардиовертера – дефибриллятора.</li> <li>• Аорто- коронарное шунтирование</li> </ul>
2031.	Фибрилляция желудочков в острейшую стадию инфаркта миокарда в случае успешной реанимации:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не влияет риск аритмогенных и других неблагоприятных событий в дальнейшем</li> <li>• Указывает на высокий риск госпитальной и отдаленной летальности</li> <li>• Является показанием для имплантации кардиовертера – дефибриллятора</li> <li>• Является показанием для длительной терапии амиодароном</li> </ul>
2032.	Тактика выбора при рецидивирующих пароксизмах тахикардии из выходного тракта правого желудочка:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Катетерная абляция</li> <li>• Имплантация кардиовертера – дефибриллятора</li> <li>• Прием амиодарона</li> <li>• Прием пропафенона</li> </ul>
2033.	Имплантация кардиовертера – дефибриллятора показана	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам, успешно реанимированным в связи фибрилляцией желудочков или гемодинамически значимой желудочковой тахикардией, если нарушения ритма не были связаны с корректируемыми факторами или острой фазой инфаркта миокарда ( до 48 часов), при условии прогнозируемой продолжительности жизни хорошего качества не менее 1 года:</li> <li>• Пациентам с непрерывно рецидивирующими неустойчивыми эпизодами желудочковой тахикардии на фоне оптимальной медикаментозной терапии</li> <li>• Пациентам с рецидивирующими пароксизмами желудочковой тахикардии из выходного тракта правого желудочка</li> <li>• Во всех вышеперечисленных случаях</li> </ul>
2034.	Лидокаин:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Относится к антиаритмическим препаратам I B группы</li> <li>• Эффективен как при суправентрикулярных, так и при желудочковых аритмиях</li> <li>• Препарат выбора для лечения желудочковых аритмий в остром периоде инфаркта миокарда</li> <li>• Эффективен при фибрилляции предсердий</li> </ul>
2035.	У пациента после успешной реваскуляризации в первые сутки острого инфаркта миокарда развился устойчивый пароксизм желудочковой тахикардии, сопровождающийся аритмогенным шоком. Показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренная кардиоверсия, затем повторная коронарография для исключения тромбоза стента</li> <li>• Внутривенное введение амиодарона, затем повторная коронарография</li> <li>• Экстренная кардиоверсия, анализ крови на Т-тропонин для исключения рецидива инфаркта миокарда</li> <li>• Экстренная кардиоверсия, затем экстренная абляция аритмогенного очага</li> </ul>
2036.	При скрытом синдроме WPW:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеют место пароксизмы ортодромной тахикардии</li> <li>• Дополнительный проводящий путь проводит импульсы только в антеградном направлении</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• На ЭКГ регистрируется дельта – волна</li> <li>• Имеют место пароксизмы антидромной тахикардии</li> </ul>
2037.	Ивабрадин:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшает скорость медленной диастолической деполяризации в синусовом узле</li> <li>• Увеличивает скорость медленной диастолической деполяризации в синусовом узле</li> <li>• Замедляет проведение импульса по быстрому пути АВ – соединения</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного не верно</li> </ul>
2038.	Фибрилляция предсердий у пациентов с синдромом WPW:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Является потенциально жизнеугрожающим осложнением, может вызвать фибрилляцию желудочков</li> <li>• Часто приводит к диссинхронии и развитию сердечной недостаточности</li> <li>• Является абсолютным показанием к катетерной абляции устьев легочных вен</li> <li>• Не приводит к жизнеугрожающим осложнениям при наличии антеградного проведения по пучку Кента</li> </ul>
2039.	Пациентка 18 лет потеряла сознание во время занятий спортом. На ЭКГ, снятой после обморока, синусовый ритм. Без очаговых и ишемических изменений. Интервал QT 0.5 с . Мать пациентки умерла внезапно в возрасте 32 лет. В первую очередь следует думать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Врожденном синдроме удлинения QT</li> <li>• Синдроме Бругады</li> <li>• Аритмогенной дисплазии правого желудочка</li> <li>• Синдроме WPW</li> </ul>
2040.	При антидромной тахикардии с участием дополнительного проводящего пути:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> <li>• Регистрируется дельта – волна в правых грудных отведениях</li> <li>• Имеет место предсердно- желудочковая диссоциация</li> <li>• Регистрируется дельта – волна в левых грудных отведениях</li> </ul>
2041.	При ортодромной тахикардии с участием дополнительного проводящего пути:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> <li>• Регистрируется дельта – волна в правых грудных отведениях</li> <li>• Имеет место предсердно- желудочковая диссоциация</li> <li>• Регистрируется дельта – волна в левых грудных отведениях</li> </ul>
2042.	Пациентка 20 лет жалуется на приступы сердцебиения. На экг во время приступа тахикардия с ЧСС 200 уд в мин. Ритм правильный, комплексы QRS узкие. Следует думать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АВ – узловой реципрокной тахикардии или ортодромной тахикардии с участием дополнительного проводящего пути</li> <li>• Трепетании предсердий или фибрилляции предсердий с проведением по пучку Кента</li> <li>• Наследственном синдроме удлинения QT</li> <li>• Всем вышеперечисленным</li> </ul>

2043.	У пациента с постинфаркным кардиосклерозом, обширными рубцовыми изменениями миокарда и сниженной фракцией выброса левого желудочка возник пароксизм тахикардии с широкими комплексами QRS с ЧСС 160 уд в мин без четкой визуализации зубцов Р. Предварительный диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Желудочковая тахикардия</li> <li>● Трепетание предсердий 2:1 с аберрантным проведением</li> <li>● Антидромная тахикардия с участием дополнительного проводящего пути</li> <li>● Узловая тахикардия с блокадой ножки пучка Гиса</li> </ul>
2044.	У пациента без органической патологии сердца желудочковая экстрасистолия. Медикаментозное лечение следует рассмотреть при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Выраженной субъективной симптоматике</li> <li>● Количестве экстрасистол более 2500 в сутки</li> <li>● Левожелудочковых экстрасистолах</li> <li>● Политопных экстрасистолах</li> </ul>
2045.	Пациент без сознания. АД не определяется. На ЭКГ тахикардия с широкими комплексами. Показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Экстренная дефибрилляция</li> <li>● Срочная установка временного электрокардиостимулятора</li> <li>● Внутривенное введение амиодарона</li> <li>● Внутривенное введение норадrenalина</li> </ul>
2046.	При синдроме WPW антидромная и ортодромная тахикардия возникают по механизму:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Макрореентри</li> <li>● Микрореентри</li> <li>● Триггерной активности</li> <li>● Патологического автоматизма</li> </ul>
2047.	Для купирования АВ-узловой реципрокной тахикардии при нормальном АД целесообразно начать с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Вагусных проб</li> <li>● Введения амиодарона</li> <li>● Введения новокаинамида</li> <li>● Введения дигоксина</li> </ul>
2048.	При пароксизме АВ -узловой реципрокной тахикардии эффективны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Все вышеперечисленные</li> <li>● Вагусные пробы</li> <li>● Верапамил</li> <li>● АТФ</li> </ul>
2049.	АТФ при пароксизме АВ-узловой тахикардии :	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Высокоэффективен</li> <li>● Опасен, может вызвать стойкую асистолию</li> <li>● Должен вводиться медленно на большом разведении</li> <li>● Неэффективен</li> </ul>
2050.	Наиболее эффективная тактика лечения при рецидивирующих пароксизмах АВ – узловой реципрокной тахикардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Катетерная абляция медленного пути АВ – соединения</li> <li>● Постоянный прием верапамила или дилтиазема</li> <li>● Постоянный прием бета – адреноблокаторов</li> <li>● Постоянный прием пропафенона</li> </ul>
2051.	Сульфат магния эффективен при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Желудочковой тахикардии типа «пируэт»</li> <li>● Реперфузионных желудочковых аритмиях на фоне острого инфаркта миокарда</li> <li>● Мультифокусной предсердной тахикардии</li> <li>● Фибрилляции желудочков</li> </ul>
2052.	Электрический шторм это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Три и более эпизода устойчивой желудочковой тахикардии/фибрилляции желудочков в течение суток.</li> <li>● Длительный эпизод желудочковой бигеминии, сопровождающийся выраженной симптоматикой</li> <li>● Тахикардия типа пируэт</li> <li>● Фибрилляция предсердий с проведением по пучку Кента и большой частотой сокращения желудочков</li> </ul>
2053.	Риск внезапной смерти у пациентов со сниженной фракцией выброса левого желудочка уменьшают :	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Биспролол</li> <li>● Прокаинамид</li> <li>● Дронедарон</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эсмолол</li> </ul>
2054.	При электрическом шторме показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Устранение провоцирующих факторов (ишемии, электролитных нарушений, декомпенсации недостаточности кровообращения)</li> <li>• Экстренная катетерная абляция</li> <li>• Амиодарон внутривенно</li> </ul>
2055.	Препараты, удлиняющие интервал QT:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дронедарон</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Карведилол</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
2056.	Препараты, удлиняющие интервал QT:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Амиодарон</li> <li>• Хинидин</li> <li>• Эритромицин</li> </ul>
2057.	Желудочковая тахикардия типа пируэт:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные верно</li> <li>• Полиморфная желудочковая тахикардия</li> <li>• Может быть спровоцированная приемом соталола</li> <li>• Связана с удлинением интервала QT</li> </ul>
2058.	Лекарственные препараты, эффективные при желудочковой тахикардии типа пируэт:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сульфат магния</li> <li>• Соталол</li> <li>• Прокаинамид</li> <li>• Амиодарон</li> </ul>
2059.	У пациента с постинфарктным кардиосклерозом, фракцией выброса левого желудочка 28% на фоне оптимальной терапии при холтеровском мониторировании ЭКГ зарегистрированы частые желудочковые экстрасистолы, неустойчивые эпизоды желудочковой тахикардии. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация кардиовертера- дефибриллятора</li> <li>• Назначение амиодарона, при неэффективности- имплантация кардиовертера – дефибриллятора</li> <li>• Назначение сотагексала</li> <li>• Назначение аллапинина</li> </ul>
2060.	У пациента с постинфарктным кардиосклерозом и нормальной фракцией выброса левого желудочка при холтеровском мониторировании ЭКГ зарегистрированы частые желудочковые экстрасистолы, неустойчивые эпизоды желудочковой тахикардии. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение бета – адреноблокаторов</li> <li>• Имплантация кардиовертера- дефибриллятора</li> <li>• Назначение соталола</li> <li>• Назначение аллапинина</li> </ul>
2061.	При эхокардиографическом исследовании у пациентов с синдромом Бругада часто выявляют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Структурных изменений сердца не выявляют</li> <li>• Незаращенный артериальный проток</li> <li>• Ассиметричную гипертрофию межжелудочковой перегородки</li> <li>• Повышенную трабекулярность левого желудочка</li> </ul>
2062.	У пациента с имплантированным кардиовертером – дефибриллятором электрический шторм. Внутривенное введение амиодарона без эффекта. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренная катетерная абляция</li> <li>• Увеличение мощности разряда кардиовертера</li> <li>• Внутривенное введение новокаинамида</li> <li>• Наружняя электрическая кардиоверсия</li> </ul>
2063.	Устранимыми причинами электрического шторма у пациентов с имплантированным кардиовертером дефибриллятором могут быть:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острая ишемия миокарда</li> <li>• Гиперкалиемия</li> <li>• Гипернатриемия</li> <li>• Передозировка бета-адреноблокаторов</li> </ul>

2064.	Противопоказания к имплантации кардиовертера- дефибриллятора:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Непрерывно рецидивирующие пароксизмы желудочковой тахикардии, несмотря на антиаритмическую терапию</li> <li>• Возраст старше 85 лет</li> <li>• Планируемая беременность</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
2065.	Показания к катетерной абляции при частой желудочковой экстрасистолии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выраженная клиническая симптоматика</li> <li>• Количество экстрасистол более 500 в сутки</li> <li>• Количество экстрасистол более 2500 в сутки</li> <li>• Политопная желудочковая экстрасистолия</li> </ul>
2066.	Применение блокаторов натриевых каналов IC группы при желудочковой экстрасистолии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Опасно у пациентов с органической патологией миокарда</li> <li>• Показано при количестве желудочковых экстрасистол более 10 000 в сутки</li> <li>• Неэффективно</li> <li>• Показано пациентам, перенесших инфаркт миокарда при выраженной симптоматике</li> </ul>
2067.	Побочные действия соталола:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Желудочковая тахикардия типа пируэт</li> <li>• Фибрилляция предсердий</li> <li>• Синусовая тахикардия</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
2068.	У молодого пациента, перенесшего пароксизм желудочковой тахикардии на экг выявляются отрицательные зубцы T V1-3. Это может указывать на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аритмогенную дисплазию правого желудочка</li> <li>• Синдром Бругада</li> <li>• Ишемическую кардиомиопатию</li> <li>• Тиреотоксикоз</li> </ul>
2069.	К эхокардиографическим признакам аритмогенной дисплазии правого желудочка относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Локальные аневризмы правого желудочка</li> <li>• Повышение систолического давления в легочной артерий</li> <li>• Смещение створок трикуспидального клапана в полость правого желудочка</li> <li>• Все вышеперечисленные</li> </ul>
2070.	Наиболее чувствительным визуализирующим методом диагностики аритмогенной дисплазии правого желудочка является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• МРТ сердца с контрастированием</li> <li>• Радиоизотопная сцинтиграфия миокарда</li> <li>• Компьютерная томография сердца с контрастированием</li> <li>• Чрезпищеводная ЭХОКГ</li> </ul>
2071.	Магнито-резонансная томография сердца с контрастированием используется для диагностики:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аритмогенной дисплазии правого желудочка</li> <li>• Синдрома Бругада</li> <li>• Синдрома удлинения QT</li> <li>• Гипертрофической кардиомиопатии</li> </ul>
2072.	При фибрилляции желудочков пациенты жалуются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не предъявляют жалоб</li> <li>• На сердцебиение</li> <li>• На одышку</li> <li>• На боли в области сердца</li> </ul>
2073.	Для купирования пароксизма АВ узловой тахикардии целесообразно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верапамил или АТФ</li> <li>• Лидокаин или мексилетин</li> <li>• Кордарон или соталол</li> <li>• Пропафенон или дигоксин</li> </ul>
2074.	Для купирования пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии, вызвавшей падение АД < 90 мм ртст, следует немедленно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Электроимпульсную терапию</li> <li>• В/в введение новокаинамида</li> <li>• В/м введение новокаинамида</li> <li>• В/в введение лидокаина</li> </ul>
2075.	Для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии, вызвавшей падение АД < 90 мм ртст следует немедленно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Электроимпульсную терапию</li> <li>• В/в введение новокаинамида</li> <li>• В/м введение новокаинамида</li> <li>• В/в введение лидокаина</li> </ul>

2076.	Массаж каротидного синуса может купировать пароксизм:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АВ узловой тахикардии</li> <li>• Хаотической предсердной тахикардии</li> <li>• Желудочковой тахикардии</li> <li>• Фибрилляции предсердий</li> </ul>
2077.	При частых приступах тахиаритмии у больных с синдромом WPW средством выбора является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Катетерная абляция дополнительного проводящего пути</li> <li>• Прием хинидина</li> <li>• Прием кордарона</li> <li>• Имплантация кардиовертера</li> </ul>
2078.	При антидромной тахикардии у пациента с синдромом WPW происходит следующее:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Электрический импульс проводится по АВ узлу ретроградно, по дополнительному пути - антеградно</li> <li>• Электрический импульс проводится по АВ узлу антеградно, по дополнительному пути – ретроградно</li> <li>• Электрический импульс исходит из АВ узла и проводится через дополнительный путь на желудочки</li> <li>• Электрический импульс исходит из источника в миокарде желудочков и проводится через дополнительный путь на предсердия</li> </ul>
2079.	При ортодромной тахикардии у пациента с синдромом WPW происходит следующее:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Электрический импульс проводится по АВ узлу антеградно, по дополнительному пути – ретроградно</li> <li>• Электрический импульс проводится по АВ узлу ретроградно, по дополнительному пути - антеградно</li> <li>• Электрический импульс исходит из АВ узла и проводится через дополнительный путь на желудочки</li> <li>• Электрический импульс исходит из источника в миокарде желудочков и проводится через дополнительный путь на предсердия</li> </ul>
2080.	Генетическое тестирование близких родственников показано при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аритмогенной дисплазии правого желудочка</li> <li>• Манифестном синдроме WPW</li> <li>• Идиопатической желудочковой тахикардии из выходного тракта правого желудочка</li> <li>• Все вышеперечисленное неверно</li> </ul>
2081.	Фибрилляцию желудочков при синдроме WPW с антеградным проведением по дополнительному проводящему пути может вызвать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фибрилляция предсердий</li> <li>• Частая желудочковая экстрасистолия</li> <li>• Частая предсердная экстрасистолия</li> <li>• Ортодромная тахикардия</li> </ul>
2082.	Пациенты с пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардией, как правило, имеют следующее:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Два пути проведения через АВ узел</li> <li>• Скрытый дополнительный путь проведения</li> <li>• Возможность ретроградного возбуждения предсердий от свободной стенки левого предсердия к межпредсердной перегородке</li> <li>• Уширенный комплекс QRS на синусовом ритме</li> </ul>
2083.	При каком нарушении ритма катетерная абляция медленного пути АВ соединения является наиболее предпочтительным способом лечения?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АВ узловая тахикардия</li> <li>• Типичное трепетание предсердий</li> <li>• Фибрилляция предсердий</li> <li>• Синдром WPW</li> </ul>
2084.	Механизмом действия катетерной абляции медленного пути АВ соединения при АВ узловой тахикардии является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв круга реентри</li> <li>• Уничтожение очага повышенного автоматизма</li> <li>• Уничтожение очага триггерной активности</li> <li>• Повышение автоматизма синусового узла</li> </ul>

2085.	Механизмом действия катетерной аблации дополнительного проводящего пути при синдроме WPW является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв круга реентри</li> <li>• Уничтожение очага повышенного автоматизма</li> <li>• Уничтожение очага триггерной активности</li> <li>• Повышение автоматизма синусового узла</li> </ul>
2086.	При АВ-узловой реципрокной тахикардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предсердия активируются одновременно или сразу после желудочков</li> <li>• Имеется предсердно- желудочковая диссоциация</li> <li>• Активации предсердий не происходит</li> <li>• Предсердия активируются перед активацией желудочков</li> </ul>
2087.	Пучок Кента может соединять	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Миокард предсердий с миокардом желудочков минуя АВ – соединение</li> <li>• Левое и правое предсердия</li> <li>• Правую ножку пучка Гиса с передней ветвью левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Правую ножку пучка Гиса с задней ветвью левой ножки пучка Гиса</li> </ul>
2088.	Для аритмогенной дисплазии правого желудочка характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мономорфная желудочковая тахикардия с формой комплекса QRS по типу блокады левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Мономорфная желудочковая тахикардия с формой комплекса QRS по типу блокады правой ножки пучка Гиса</li> <li>• Желудочковая тахикардия типа пируэт</li> <li>• Фибрилляция предсердий с большой частотой сокращения желудочков</li> </ul>
2089.	Дыхательная синусовая аритмия характеризуется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Учащением ЧСС на вдохе, урежением на выдохе</li> <li>• Урежением ЧСС на вдохе, учащением на выдохе</li> <li>• Усугубляется при задержке дыхания</li> <li>• Исчезает при задержке дыхания</li> </ul>
2090.	При нормальной функции АВ – узла точка Венкебаха составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 130-150 импульсов в минуту</li> <li>• 80-100 импульсов в минуту</li> <li>• 180-200 импульсов в минуту</li> <li>• 200-250 импульсов в минуту</li> </ul>
2091.	Наибольшим автоматизмом в норме обладает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синусовый узел</li> <li>• АВ – узел</li> <li>• Пучок Гиса</li> <li>• Волокна Пуркинье</li> </ul>
2092.	К проводящей системе сердца относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АВ- узел</li> <li>• Пучок Кента</li> <li>• Кавотрикуспидальный перешеек</li> <li>• Все вышеперечисленные</li> </ul>
2093.	При повышении тонуса симпатической нервной системы частота образования импульсов в синусовом узле:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышается</li> <li>• Уменьшается</li> <li>• Остается неизменной</li> <li>• Возникает синусовая аритмия</li> </ul>
2094.	При повышении тонуса парасимпатической нервной системы частота образования импульсов в синусовом узле:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшается</li> <li>• Повышается</li> <li>• Остается неизменной</li> <li>• Возникает синусовая аритмия</li> </ul>
2095.	Предсердно- желудочковая диссоциация характерна для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Желудочковой тахикардии</li> <li>• Антидромной тахикардии с участием дополнительного проводящего пути</li> <li>• АВ- узловой реципрокной тахикардии</li> <li>• Трепетания предсердий с проведением 2:1</li> </ul>



2096.	Антиаритмические препараты I B группы эффективны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Только при желудочковых аритмиях</li> <li>• Как при желудочковых, так и при суправентрикулярных аритмиях</li> <li>• При аритмиях с участием дополнительного проводящего пути</li> <li>• Только при суправентрикулярных аритмиях</li> </ul>
2097.	Антиаритмический эффект аденозина при суправентрикулярных тахикардиях основан на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подавлении проведения импульса через АВ-узел</li> <li>• Восстановлении нормального автоматизма синусового узла</li> <li>• Увеличении длительности абсолютного рефрактерного периода в миокарде желудочков</li> <li>• Увеличении автоматизма АВ – узла</li> </ul>
2098.	АТФ применяется для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Восстановления синусового ритма при пароксизмах АВ-узловой реципрокной тахикардии</li> <li>• Метаболической поддержки миокарда при рецидивирующих аритмиях</li> <li>• Восстановления ритма при истмус – зависимом трепетании предсердий</li> <li>• Экстренного урежения ритма при тахиформе фибрилляции предсердий</li> </ul>
2099.	Интервал QT удлиняется при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• приеме амиодарона</li> <li>• Гликозидной интоксикации</li> <li>• Гиперкалиемии</li> <li>• Все вышеперечисленном</li> </ul>
2100.	Интервал Q удлиняется при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленном</li> <li>• Наследственном дефекте генов, кодирующих натриевые каналы</li> <li>• приеме соталола</li> <li>• приеме хинидина</li> </ul>
2101.	Интервал QT укорачивается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гликозидной интоксикации</li> <li>• приеме верапамила</li> <li>• Гипокалиемии</li> <li>• приеме бета-адреноблокаторов</li> </ul>
2102.	Блокаторы натриевых каналов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не влияют на автоматизм синусового узла</li> <li>• Подавляют автоматизм синусового узла</li> <li>• Увеличивают автоматизм синусового узла</li> <li>• Подавляют автоматизм синусового узла только в условиях ишемии</li> </ul>
2103.	Верапамил и дилтиазем:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижают автоматизм синусового узла и уменьшают скорость АВ – проведения</li> <li>• Снижают автоматизм синусового узла, не влияют на скорость АВ- проведения</li> <li>• Не влияют на автоматизм синусового узла, уменьшают скорость АВ – проведения</li> <li>• Не влияют на автоматизм синусового узла и на скорость АВ – проведения.</li> </ul>
2104.	Какая фаза потенциала действия обусловлена входящим быстрым натриевым током:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фаза деполяризации</li> <li>• Фаза быстрой реполяризации</li> <li>• Фаза плато</li> <li>• Фаза реполяризации</li> </ul>
2105.	К какой группе антиаритмических препаратов относится новокаинамид?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IA</li> <li>• IB</li> <li>• IC</li> <li>• III</li> </ul>
2106.	Антиаритмическое действие новокаинамида обусловлено:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокадой входящего быстрого натриевого тока</li> <li>• Стимуляцией бета 2 адренорецепторов</li> <li>• Блокадой натрий – калиевой АТФ – азы</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокадой кальциевых каналов</li> </ul>
2107.	Длительное применение новокаинамида с антиаритмической целью нецелесообразно из-за:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокой частоты возникновения волчаночно-подобного синдрома</li> <li>• Высокой частоты возникновения АВ- блокады</li> <li>• Частых аллергических реакций</li> <li>• Малой антиаритмической эффективности</li> </ul>
2108.	Амиодарон:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> <li>• Ускоряет проведение импульса через АВ -узел</li> <li>• Обладает положительным инотропным действием</li> <li>• Укорачивает эффективный рефрактерный период</li> </ul>
2109.	Амиодарон:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффективен как при суправентрикулярных, так и при желудочковых нарушениях ритма</li> <li>• Повышает риск внезапной смерти у больных с низкой фракцией выброса левого желудочка</li> <li>• Укорачивает потенциал действия</li> <li>• Обладает выраженным проаритмогенным действием</li> </ul>
2110.	Риск внезапной смерти лучше всего коррелирует с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижением фракции выброса левого желудочка ниже 35%</li> <li>• Частой желудочковой экстрасистолией</li> <li>• Снижением толерантности к физической нагрузке</li> <li>• Наличием дополнительной хорды левого желудочка</li> </ul>
2111.	Тактика выбора при устойчивой предсердной тахикардии, осложнившейся формированием аритмогенной кардиомиопатии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Катетерная абляция аритмогенного очага</li> <li>• Прием амиодарона</li> <li>• Прием соталола</li> <li>• Прием пропафенона</li> </ul>
2112.	При холтеровском мониторинге ЭКГ зарегистрировано несколько неустойчивых бессимптомных эпизодов предсердной тахикардии. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапия не требуется</li> <li>• Назначение аспирина</li> <li>• Назначение бета-адреноблокаторов</li> <li>• Назначение пропафенона или аллапинина</li> </ul>
2113.	При АВ- узловой тахикардии могут иметь место следующие симптомы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Полиурия</li> <li>• Тикоподобные движения лицевой мускулатуры</li> <li>• Полидипсия</li> <li>• Диарея</li> </ul>
2114.	Применение соталола при желудочковой экстрасистолии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показано ни в одном из перечисленных случаев</li> <li>• Показано при гипертрофической кардиомиопатии</li> <li>• Показано при неэффективности амиодарона</li> <li>• Показано при количестве экстрасистол более 2500 в сутки вне зависимости от симптоматики</li> </ul>
2115.	Применение пропафенона при частой желудочковой экстрасистолии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может быть рассмотрено при выраженной симптоматике, ухудшающей качество жизни у пациентов без органической патологии сердца</li> <li>• Показано при ИБС</li> <li>• Противопоказано при сердечной недостаточности</li> <li>• Показано при количестве экстрасистол более 2500 в сутки вне зависимости от симптоматики</li> </ul>
2116.	Полиурия при АВ-узловой тахикардии обусловлена:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышенной выработкой натрий-уретического пептида в связи с повышением давления в предсердиях</li> <li>• Резким снижением артериального давления</li> <li>• Повышенным тонусом симпатической нервной системы</li> <li>• Падением сердечного выброса</li> </ul>

2117.	Повышенная выработка натрий – уретического пептида во время АВ-узловой тахикардии обусловлена:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тем, что систола предсердий совпадает с систолой желудочков при закрытых АВ – клапанах, что приводит к повышению давления в предсердиях.</li> <li>• Укорочением диастолы на фоне высокой ЧСС</li> <li>• Выпадением систолической функции предсердий</li> <li>• Всем вышеперечисленным</li> </ul>
2118.	Противопоказания к экстренной кардиоверсии устойчивой желудочковой тахикардии, вызвавшей снижение АД менее 90/60 мм.рт.ст:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Противопоказаний нет</li> <li>• Тромб в левом желудочке</li> <li>• Возраст старше 85 лет</li> <li>• Гипокалиемия</li> </ul>
2119.	Назначение амиодарона при частой желудочковой экстрасистолии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показано из-за высокого риска внекардиальных побочных эффектов</li> <li>• Неэффективно</li> <li>• Показано при всех случаях симптомной желудочковой экстрасистолии</li> <li>• Показано при количестве желудочковых экстрасистол более 2500 в сутки вне зависимости от наличия симптомов</li> </ul>
2120.	Катетерная абляция при частой желудочковой экстрасистолии оправдана при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выраженной симптоматике, ухудшающей качество жизни больного</li> <li>• ИБС</li> <li>• Проплапсе митрального клапана</li> <li>• Открытом овальном окне</li> </ul>
2121.	Причины частой желудочковой экстрасистолии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гликозидная интоксикация</li> <li>• Передозировка амиодарона</li> <li>• Гиперкалиемия</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
2122.	Пациенту с рецидивирующими неустойчивыми пароксизмами желудочковой тахикардии, блокадой левой ножки (QRS 150 мс) и фракцией выброса левого желудочка 34% показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация бивентрикулярного электрокардиостимулятора с функцией кардиовертера – дефибриллятора (CRT-D)</li> <li>• Имплантация кардиовертера – дефибриллятора</li> <li>• Назначение амиодарона</li> <li>• Имплантация бивентрикулярного электрокардиостимулятора (CRT –P)</li> </ul>
2123.	В норме скорость медленной диастолической деполяризации наибольшая:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В синусовом узле</li> <li>• В АВ- узле</li> <li>• В пучке Гиса</li> <li>• В волокнах Пуркинье</li> </ul>
2124.	Скорость медленной диастолической деполяризации влияет на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Частоту синусового ритма</li> <li>• Скорость АВ –проведения</li> <li>• Скорость распространения импульса по предсердиям</li> <li>• Скорость проведения импульса по системе Гиса-Пуркинье</li> </ul>
2125.	Препараты, вызывающие урежение синусового ритма:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Ивабрадин</li> <li>• Верапамил</li> <li>• Метопролол</li> </ul>
2126.	Препараты, вызывающие учащение синусового ритма:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Атропин</li> <li>• АТФ</li> <li>• Тикагрелор</li> <li>• Дилтиазем</li> </ul>
2127.	Риск возникновения желудочковой тахикардии типа пируэт на фоне соталола возрастает при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выраженной гипертрофии левого желудочка</li> <li>• Бронхиальной астме</li> <li>• ИБС</li> <li>• Проплапсе митрального клапана</li> </ul>

2128.	Риск возникновения фибрилляции желудочков при плановой электрической кардиоверсии выше при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем вышеперечисленном</li> <li>• Гипокалиемии</li> <li>• Гликозидной интоксикации</li> <li>• Неадекватной синхронизации</li> </ul>
2129.	При введении аденозина пациенту с предсердной тахикардией возможно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Восстановление синусового ритма или возникновение блокады проведения на желудочки с возможностью четкой визуализации зубцов Р и верификации диагноза</li> <li>• Переход в трепетание предсердий</li> <li>• Переход в желудочковую тахикардию</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
2130.	Лидокаин при АВ- узловой тахикардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неэффективен</li> <li>• Может использоваться для восстановления синусового ритма при нормальном АД</li> <li>• Опасен, т.к. может вызвать желудочковую тахикардию</li> <li>• Препарат выбора при остром коронарном синдроме</li> </ul>
2131.	Желудочковая тахикардия из выходного тракта правого желудочка:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Купируется верапамилом</li> <li>• Часто переходит в фибрилляцию желудочков</li> <li>• Показание к имплантации кардиовертера-дефибриллятора</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
2132.	При синдроме Бругада и рецидивирующих обмороках показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация кардиовертера- дефибриллятора</li> <li>• Назначение амиодарона</li> <li>• Абляция аритмогенного очага</li> <li>• Назначение бета-адреноблокаторов</li> </ul>
2133.	Врожденный порок сердца, при котором наиболее часто встречаются дополнительные проводящие пути:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аномалия Эбштейна</li> <li>• Двустворчатый аортальный клапан</li> <li>• Дефект межжелудочковой перегородки</li> <li>• Незаращенный артериальный проток</li> </ul>
2134.	У пациента 65 лет при проведении стресс – теста на высоте нагрузки возникли неустойчивые пароксизмы мономорфной желудочковой тахикардии. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение коронарографии</li> <li>• Имплантация кардиовертера – дефибриллятора</li> <li>• Назначение амиодарона</li> <li>• Назначение аллапинина</li> </ul>
2135.	Длительность интервала QT удлиняется при корригированном интервале QT в норме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 360-440 мс</li> <li>• 55-75 мс</li> <li>• 120-240 мс</li> <li>• 520-600 мс</li> </ul>
2136.	При учащении синусового ритма длительность потенциалов действия в рабочем миокарде:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшается</li> <li>• Увеличивается</li> <li>• Не меняется</li> <li>• Удлиняется на короткое время, затем возвращается к исходной</li> </ul>
2137.	У пациентки с тиреотоксикозом синусовая тахикардия с ЧСС 102 уд в мин в покое. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение бета-адреноблокаторов</li> <li>• Назначение ивабрадина</li> <li>• Назначение верапамила</li> <li>• Применение препаратов, влияющих на ЧСС, не показано.</li> </ul>
2138.	У пациента тахикардия с узкими комплексами интервалы RR одинаковые, ЧСС 180 уд. в мин, зубцы Р на чрезпищеводной ЭКГ и на стандартной ЭКГ не визуализируются. Вероятный диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АВ- узловая реципрокная тахикардия с одновременным возбуждением предсердий и желудочков</li> <li>• Фибрилляция предсердий</li> <li>• Ортодромная тахикардия с участием дополнительного проводящего пути</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Желудочковая тахикардия из выходного тракта правого желудочка</li> </ul>
2139.	Чрезпищеводная запись ЭКГ при тахиаритмиях позволяет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Более четко визуализировать предсердную активность</li> <li>Определить локализацию дополнительного проводящего пути</li> <li>Отдифференцировать тахикардию с широкими комплексами QRS от тахикардии с узкими комплексами</li> <li>Определить локализацию эктопического очага при желудочковой тахикардии</li> </ul>
2140.	У беременной женщины на ЭКГ единичные желудочковые экстрасистолы. По данным Эхокг структурной патологии не найдено. Показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>Терапия не требуется:</li> <li>Прием верапамила</li> <li>Прием метопролола</li> <li>Прием препаратов калия и омега -3 жирных кислот</li> </ul>
2141.	В первые сутки инфаркта миокарда после чрезкожного коронарного вмешательства по монитору регистрируются неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Бета-адреноблокаторы перорально при отсутствии противопоказаний</li> <li>Внутривенная инфузия利多卡因</li> <li>Внутривенная инфузия амиодарона</li> <li>Внутривенная инфузия магнезии</li> </ul>
2142.	У пациента 67 лет с блокадой левой ножки пучка Гиса развился пароксизм тахикардии с широкими комплексами с правильным ритмом и ЧСС 145 уд в мин. Форма комплексов QRS полностью аналогична таковой на синусовом ритме. Гемодинамика стабильна. С большей степенью вероятности следует предполагать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Трепетание предсердий с проведением 2:1</li> <li>Желудочковую тахикардию</li> <li>Антидромную тахикардию с проведением по дополнительному проводящему пути</li> <li>Фибрилляцию предсердий</li> </ul>
2143.	При манифестирующем синдроме WPW:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ничего из вышеперечисленного не верно</li> <li>Имеется только ретроградное проведение по дополнительному предсердно-желудочковому соединению.</li> <li>Могут возникать только ортодромные тахикардии</li> <li>Возникновение фибрилляции предсердий может привести к жизнеугрожающим осложнениям</li> </ul>
2144.	У профессионального спортсмена имели место пароксизмы АВ – узловой реципрокной тахикардии. Проведена успешная абляция медленного пути АВ-соединения. Какие рекомендации по занятиям спортом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ограничение нагрузок в раннем послеоперационном периоде, далее ограничений нет.</li> <li>Исключить силовые нагрузки, аэробные нагрузки не ограничены</li> <li>Исключить соревновательные виды спорта</li> <li>Контроль ЧСС, максимальная допустимая ЧСС 150 уд.в мин</li> </ul>
2145.	Бета-адреноблокаторы противопоказаны при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>АВ-блокаде 2 степени</li> <li>Аритмиях, провоцируемых повышенной адренэргической стимуляцией сердца</li> <li>Тахикардиях из АВ узла</li> <li>Аритмиях при гликозидной интоксикации и удлинении QT</li> </ul>

2146.	Лечение медикаментозно обусловленного удлинения интервала QT и тахикардии типа «пируэт» включает следующее:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Отмену вызвавшего ухудшение препарата</li> <li>• Коррекцию электролитного и кислотно-щелочного баланса</li> <li>• Внутривенное введение магнезии</li> </ul>
2147.	Фаза 4 потенциала действия пейсмекерных клеток – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медленная деполяризация</li> <li>• Медленная реполяризация</li> <li>• Плато</li> <li>• Потенциал покоя</li> </ul>
2148.	Элевация сегмента ST в каких электрокардиографических отведениях является проявлением синдрома Бругада?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V1-V3</li> <li>• I-III</li> <li>• aVR-aVF</li> <li>• V4-V6</li> </ul>
2149.	Фаза 0 потенциала действия кардиомиоцита – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Быстрая деполяризация</li> <li>• Потенциал покоя</li> <li>• Быстрая реполяризация</li> <li>• Плато</li> </ul>
2150.	Фаза 1 потенциала действия кардиомиоцита – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Быстрая реполяризация</li> <li>• Быстрая деполяризация</li> <li>• Потенциал покоя</li> <li>• Медленная реполяризация</li> </ul>
2151.	Фаза 2 потенциала действия кардиомиоцита – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плато</li> <li>• Потенциал покоя</li> <li>• Медленная реполяризация</li> <li>• Медленная деполяризация</li> </ul>
2152.	Фаза 3 потенциала действия кардиомиоцита – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медленная реполяризация</li> <li>• Быстрая деполяризация</li> <li>• Быстрая реполяризация</li> <li>• Медленная деполяризация</li> </ul>
2153.	Фаза 4 потенциала действия рабочего кардиомиоцита – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Потенциал покоя</li> <li>• Медленная деполяризация</li> <li>• Медленная реполяризация</li> <li>• Плато</li> </ul>
2154.	Пациентка 31 года страдает пароксизмами трепетания предсердий. В анамнезе ушивание дефекта межпредсердной перегородки в возрасте 5 лет. АД не повышается. Других заболеваний нет. Толерантность к нагрузкам высокая. Оцените риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2 – VASC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 балл</li> <li>• 0 баллов</li> <li>• 2 балла</li> <li>• 4 балла</li> </ul>
2155.	Пациенту с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом при неосложненном пароксизме фибрилляции предсердий для восстановления синусового ритма рекомендовано использовать	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амиодарон</li> <li>• Верапамил</li> <li>• Новокаиномид</li> <li>• Сотатегксал</li> </ul>
2156.	У пациента 75 лет с артериальной гипертензией постоянная форма фибрилляции предсердий. В анамнезе ОНМК. Данных за сердечную недостаточность, ИБС нет. Оцените риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2 – VASC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 баллов</li> <li>• 3 балла</li> <li>• 4 балла</li> <li>• 6 баллов</li> </ul>

2157.	У пациента при профилактическом осмотре выявлена фибрилляция предсердий. Пациент аритмию не ощущает. Жалоб не предъявляет. К какому классу по EHRA относится аритмия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Класс 1</li> <li>• Класс 0</li> <li>• Класс 2 а</li> <li>• Класс 2 в</li> </ul>
2158.	Во время пароксизма фибрилляции предсердий пациент ощущает сердцебиение. Болей, одышки нет. Повседневная активность не нарушена. К какому классу по EHRA относится аритмия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Класс 2 а</li> <li>• Класс 0</li> <li>• Класс 1</li> <li>• Класс 2 в</li> </ul>
2159.	У пациента, не получающего антикоагулянтную терапию, пароксизм фибрилляции предсердий. В течение какого времени от начала пароксизма можно провести кардиоверсию без предварительной чрезпищеводной эхокг	<ul style="list-style-type: none"> <li>• до 48 часов</li> <li>• До 36 часов</li> <li>• До 12 часов</li> <li>• До 72 часа</li> </ul>
2160.	У пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий и нормальной фракцией выброса левого желудочка для обеспечения контроля за частотой сердечных сокращений целесообразно использовать	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метопролол</li> <li>• Дронедарон</li> <li>• Пропафенон</li> <li>• Сотаксесал</li> </ul>
2161.	У пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий и фракцией выброса левого желудочка 25% для обеспечения контроля за частотой сердечных сокращений возможно использовать	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метопролол</li> <li>• Дронедарон</li> <li>• Верапамил</li> <li>• Амиодарон</li> </ul>
2162.	Факторы, преобладающие к развитию аритмогенной кардиопатии у пациентов с фибрилляцией предсердий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тахисистолия</li> <li>• Желудочковая экстрасистолия</li> <li>• Увеличение скорости проведения импульсов в АВ-соединении</li> <li>• Увеличение задержки при проведении импульсов в АВ – узле</li> </ul>
2163.	У пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий на фоне терапии 5 мг бисопролола частота сокращений желудочков в покое 100-107 уд. В мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Признаков недостаточности кровообращения нет.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Целевая частота сокращений желудочков достигнута, коррекция терапии не требуется</li> <li>• Целевая частота сокращений желудочков не достигнута. Показано постепенно увеличить дозу бисопролола до достижения чсж 70-75 уд. В мин.</li> <li>• Целевая частота сокращений желудочков не достигнута. Показано добавить к терапии дигоксин.</li> <li>• Целесообразно заменить бисопролол на верапамил с подбором дозы до достижения чсж 80-85 уд. В мин.</li> </ul>
2164.	Для фибрилляции предсердий характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие организованной электрической активности предсердий с выпадением сократительной функции</li> <li>• Тромбообразование в полости левого желудочка</li> <li>• Возникновение диссинхронии между левым и правым желудочком</li> <li>• Замедление проведения в СА – узле</li> </ul>
2165.	Для поддержания синусового ритма у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий целесообразно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сотаксесал</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Верапамил</li> <li>• Новокаионамид</li> </ul>

2166.	Для поддержания синусового ритма у пациента с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий и фракцией выброса левого желудочка 35% препаратом выбора является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амиодарон</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Дилтиазем</li> <li>• Бисопролол</li> </ul>
2167.	Шкала оценки симптомов, связанных с фибрилляцией предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EHRA (модифицированная)</li> <li>• NYHA</li> <li>• CHA2DS2- VASc</li> <li>• HAS-BLED</li> </ul>
2168.	У пациента пароксизм фибрилляции предсердий с частотой желудочковых сокращений 250 уд в мин. Комплексы QRS широкие, деформированные. Следует думать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведению по дополнительному проводящему пути</li> <li>• Синдроме Бругады</li> <li>• Аритмогенной дисплазии правого желудочка</li> <li>• Гипокалиемии</li> </ul>
2169.	Для профилактики тромбоэмболических осложнений у пациента с фибрилляцией предсердий следует применять варфарин, а не НОАК при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Митральном стенозе</li> <li>• Аортальном стенозе</li> <li>• Тяжелой митральной недостаточности</li> <li>• Сахарном диабете</li> </ul>
2170.	Для профилактики тромбоэмболических осложнений у пациента с фибрилляцией предсердий следует применять варфарин, а не ноак при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Механическом протезе аортального клапана</li> <li>• ТЭЛА в анамнезе</li> <li>• АКШ в анамнезе</li> <li>• Всем вышеперечисленном</li> </ul>
2171.	При применении дабигатрана в дозе 110 мг 2 раза в день по сравнению с варфарином:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Риск инсульта не отличается, риск кровотечения ниже.</li> <li>• Риск инсульта ниже, общий риск кровотечения не отличается, риск желудочно- кишечного кровотечения выше</li> <li>• Риски инсульта ниже, риск желудочно- кишечного кровотечения ниже, общий риск кровотечения не отличается</li> <li>• Риски инсульта и кровотечения не отличаются</li> </ul>
2172.	При применении дабигатрана в дозе 150 мг 2 раза в день по сравнению с варфарином:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Риск инсульта ниже, общий риск кровотечения не отличается, риск желудочно- кишечного кровотечения выше</li> <li>• Риск инсульта не отличается, общий риск кровотечения ниже.</li> <li>• Риски инсульта ниже, общий риск кровотечения выше, риск желудочно- кишечного кровотечения ниже.</li> <li>• Риски инсульта и кровотечения не отличаются</li> </ul>
2173.	Применение дозы ривароксабана 15 мг в сутки при фибрилляции предсердий рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При клиренсе креатинина 30-49 мл/мин</li> <li>• У женщин с сохраненной менструальной функцией</li> <li>• При клиренсе креатинина менее 30 мл/мин</li> <li>• При геморрагическом инсульте в анамнезе</li> </ul>
2174.	Применение апиксабана 2.5 мг 2 раза в сутки при фибрилляции предсердий рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У пациентов старше 80 лет с уровнем креатинина более 133 мкмоль/л и./или весом 60 кг и менее</li> <li>• У женщин с сохраненной менструальной функцией</li> <li>• У пациентов старше 80 лет вне зависимости от веса и уровня креатинина</li> <li>• При желудочно- кишечном кровотечении в анамнезе</li> </ul>



2175.	При назначении ривароксабана 20 мг в сутки у пациента с фибрилляцией предсердий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Риск геморрагического инсульта меньше по сравнению с варфарином</li> <li>• Увеличивает риск желудочно-кишечного кровотечения по сравнению с варфарином</li> <li>• Не менее эффективно, чем варфарин</li> <li>• профилактизирует ишемический инсульт</li> </ul>
2176.	У пациента с фибрилляцией предсердий планируется переход с приема варфарина на апиксабан. Если исходно МНО 1.8, следует:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отменить варфарин, начать прием апиксабана 5 мг 2 раза в сутки</li> <li>• Отменить варфарин, начать прием апиксабана в дозе 2.5 мг 2 раза в сутки, увеличить дозу до 5 мг 2 раза через 2-3 дня</li> <li>• Отменить варфарин, отложить начало приема апиксабана на 2-3 дня</li> <li>• Отменить варфарин, отложить начало приема апиксабана до снижения МНО до 1.0</li> </ul>
2177.	Тактика контроля за частотой желудочковых сокращений по сравнению с тактикой восстановления и поддержания синусового ритма у пациента с фибрилляцией предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшает количества госпитализаций</li> <li>• Улучшает выживаемость</li> <li>• Ухудшает выживаемость</li> <li>• Увеличивает количество госпитализаций</li> </ul>
2178.	У пациента с фибрилляцией предсердий риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASC 2 балла:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показана терапия новыми антикоагулянтами или антагонистами витамина К</li> <li>• Антикоагулянтная терапия не показана</li> <li>• Возможна как терапия ацетилсалициловой кислотой, так и терапия антикоагулянтами</li> <li>• Предпочтительна терапия ацетилсалициловой кислотой</li> </ul>
2179.	Электрофизиологические механизмы, которые могут приводить к возникновению фибрилляции предсердий относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Триггерная активность в устьях легочных вен</li> <li>• Разница в рефрактерном периоде быстрого и медленного путей в АВ-соединении</li> <li>• Повышение автоматизма АВ-узла</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
2180.	Фибрилляция предсердий класс 2 А по EHRA это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациент ощущает аритмию, однако это не мешает его обычной ежедневной активности</li> <li>• Ежедневная активность не нарушена, но аритмия ощутимо ухудшает качество жизни больного</li> <li>• Бессимптомная фибрилляция предсердий</li> <li>• Ежедневная активность невозможна</li> </ul>
2181.	Длительно-персистирующая фибрилляция предсердий это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существующая более одного года, однако рассматривается вопрос о восстановлении и поддержании синусового ритма</li> <li>• Существующая более одного года, однако вопрос о восстановлении и поддержании синусового ритма не рассматривается</li> <li>• Существующая более 6 месяцев, однако рассматривается вопрос о восстановлении и поддержании синусового ритма</li> <li>• Существующая более 6 месяцев, однако вопрос о восстановлении и поддержании синусового ритма не рассматривается</li> </ul>
2182.	Постоянная форма фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Планируется сохранение аритмии, вопрос о восстановлении и поддержании синусового ритма не рассматривается</li> <li>• Существующая более одного года, однако рассматривается вопрос о восстановлении и поддержании синусового ритма</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существующая более 7 дней вне зависимости от дальнейшей тактики лечения</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного не верно</li> </ul>
2183.	Шкала mEHRA:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Применяется для оценки выраженности симптомов фибрилляции предсердий</li> <li>• Применяется для оценки риска тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий</li> <li>• Применяется для оценки риска кровотечения при фибрилляции предсердий</li> <li>• Применяется для оценки выраженности симптомов хронической недостаточности кровообращения</li> </ul>
2184.	Чрезпищеводная эхокг при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проводится перед восстановлением синусового ритма у пациентов, не получавших адекватную антикоагулянтную терапию при длительности фибрилляции предсердий более 48 часов</li> <li>• Показана всем пациентам для определения тактики антикоагулянтной терапии</li> <li>• Проводится пациентам с устойчивым синусовым ритмом на фоне лечения для решения вопроса об отмене антикоагулянтов</li> <li>• Проводится при постоянной форме фибрилляции предсердий для оценки эффективности терапии антикоагулянтами</li> </ul>
2185.	При наличии сопоставимых факторов риска вероятность инсульта у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий по сравнению с персистирующей и постоянной формой:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не отличается</li> <li>• Ниже</li> <li>• Зависит от частоты пароксизмов</li> <li>• Зависит от частоты ритма при пароксизмах</li> </ul>
2186.	Факторы риска ишемического инсульта, выявляемые при трансторакальной эхокг у пациентов с фибрилляцией предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение фракции выброса левого желудочка менее 35%</li> <li>• Увеличение левого предсердия</li> <li>• Тяжелая митральная регургитация</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
2187.	Ривароксабан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокатор Ха фактора</li> <li>• Прямой ингибитор тромбина</li> <li>• Блокатор V фактора</li> <li>• Блокатор P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> </ul>
2188.	Апиксабан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокатор Ха фактора</li> <li>• Прямой ингибитор тромбина</li> <li>• Блокатор V фактора</li> <li>• Блокатор P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> </ul>
2189.	Дабигатран:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прямой ингибитор тромбина</li> <li>• Блокатор Ха фактора</li> <li>• Антагонист витамина К</li> <li>• Блокатор P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> </ul>
2190.	У пациентов с фибрилляцией предсердий при проведении терапии новыми антикоагулянтами необходимо контролировать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лабораторный контроль свертывающей системы крови не проводится</li> <li>• Международное нормализованное отношение</li> <li>• Активированное частичное тромбопластиновое время</li> <li>• Протромбиновое время</li> </ul>

2191.	Имплантация искусственного водителя ритма и абляция ав- узла при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может быть проведена при неэффективности медикаментозной терапии для контроля за частотой сокращения желудочков при постоянной форме фибрилляции предсердий</li> <li>• Является тактикой выбора у пациентов с тахиформой фибрилляции предсердий для контроля за частотой сокращений желудочков</li> <li>• Применяется у пациентов с бессимптомными пароксизмами фибрилляции предсердий при наличии противопоказаний к антиаритмической терапии</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
2192.	Абляция ав - узла при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рассматривается у пациентов с имплантированным ресинхронизирующим устройством у которых высокая частота сокращений желудочков не позволяет проводить эффективную бивентрикулярную стимуляцию .</li> <li>• Тактика выбора у пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий с имплантированным ранее по другим причинам ЭКС</li> <li>• Тактика выбора у пациента с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий с имплантированным ранее по другим причинам ЭКС</li> <li>• Тактика выбора при наличии противопоказаний к длительной антикоагулянтной терапии</li> </ul>
2193.	Электрическая кардиоверсия при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проводится немедленно в случае аритмогенного шока .</li> <li>• Не требует синхронизации с комплексом QRS</li> <li>• Проводится разрядом 400 Дж</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
2194.	Плановая электрическая кардиоверсия при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более эффективна, чем медикаментозная кардиоверсия</li> <li>• Не проводится у пациентов старше 85 лет</li> <li>• Не проводится при частоте сокращений желудочков менее 100 уд. в мин</li> <li>• Не требует синхронизации с комплексом QRS</li> </ul>
2195.	Трепетание предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В отсутствии лечения часто вызывает аритмогенную кардиомиопатию из-за большой частоты желудочковых сокращений</li> <li>• Характеризуется дезорганизованной электрической активностью предсердий с выпадением их сократительной функции</li> <li>• Не требует антикоагулянтной терапии</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
2196.	Типичное истмус- зависимое трепетание предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возникает по механизму macro-reentry в правом предсердии вокруг трикуспидального клапана с участием cavo- трикуспидального перешейка</li> <li>• Возникает в левом предсердии вокруг митрального клапана с участием митрального перешейка</li> <li>• Возникает по механизму триггерной активности в устье нижней правой легочной вены</li> <li>• Возникает вокруг рубца после ушивания дефекта межпредсердной перегородки</li> </ul>

2197.	Ацетилсалициловая кислота для профилактики тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показана</li> <li>• Предпочтительна при высоком риске кровотечения</li> <li>• Применяется у молодых пациентов с риском 0-1 балл по шкале CHA2DS2- VASc</li> <li>• Предпочтительна у женщин с сохраненной менструальной функцией</li> </ul>
2198.	Соталол при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Противопоказан при выраженной гипертрофии левого желудочка</li> <li>• Препарат выбора у пациентов с низкой фракцией выброса левого желудочка для поддержания синусового ритма</li> <li>• Может применяться для контроля за частотой сокращения желудочков у пациентов с постоянной формой</li> <li>• Противопоказан при блокаде левой ножке пучка Гиса</li> </ul>
2199.	Амиодарон для поддержания синусового ритма у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Применение ограничено из-за высокой частоты внекардиальных побочных эффектов</li> <li>• Эффективен и безопасен</li> <li>• Не показан у пациентов со сниженной фракцией выброса левого желудочка</li> <li>• Противопоказан при блокаде левой ножки пучка Гиса</li> </ul>
2200.	Амиодарон для поддержания синусового ритма у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Противопоказан у больных с тиреотоксикозом</li> <li>• Противопоказан у больных со сниженной фракцией выброса левого желудочка</li> <li>• Чаще, чем соталол вызывает тахикардию типа «пируэт»</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
2201.	Пропафенон при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Противопоказан при сердечной недостаточности</li> <li>• Препарат выбора у пациентов с низкой фракцией выброса левого желудочка для поддержания синусового ритма</li> <li>• Может применяться для контроля за частотой сокращения желудочков у пациентов с постоянной формой</li> <li>• Противопоказан при узловом или диффузном токсическом зобе</li> </ul>
2202.	Риск фибрилляции предсердий повышен при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Злоупотреблении алкоголем</li> <li>• Тиреотоксикозе</li> <li>• Гипокалиемии</li> </ul>
2203.	Плановое восстановление синусового ритма электрической кардиоверсией противопоказано при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличии тромба в ушке левого предсердия</li> <li>• Тиреотоксикозе</li> <li>• Наличии тромбированной аневризмы левого желудочка</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
2204.	У пациента с бессимптомной тяжелой митральной регургитацией, обусловленной миксоматозом митрального клапана, и сохраненной фракцией выброса левого желудочка развилась фибрилляция предсердий. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оперативное лечение митральной недостаточности с возможным хирургическим лечением аритмии</li> <li>• Катетерная абляция – изоляция устьев легочных вен</li> <li>• Консервативная терапия, направленная на восстановление и поддержание синусового ритма</li> <li>• Консервативная терапия с контролем за частотой сокращения желудочков</li> </ul>

2205.	При оценке риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc учитывается наличие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артериальной гипертензии</li> <li>• Ожирения</li> <li>• Курения</li> <li>• Всего вышеперечисленного</li> </ul>
2206.	При оценке риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc учитывается наличие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего вышеперечисленного</li> <li>• Ишемической болезни сердца</li> <li>• Сахарного диабета</li> <li>• Транзиторной ишемической атаки в анамнезе</li> </ul>
2207.	При оценке риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc учитывается наличие:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего вышеперечисленного</li> <li>• Атеросклероза сонных артерий</li> <li>• Недостаточности кровообращения</li> <li>• Ишемического инсульта в анамнезе</li> </ul>
2208.	Шкала CHA2DS2-VASc применяется для оценки риска:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инсульта, ТИА и системных тромбоэмболий при фибрилляции предсердий</li> <li>• Ишемического инсульта и ТИА при наличии тромбированной аневризмы левого желудочка</li> <li>• Ишемического инсульта и ТИА при атеросклеротическом поражении сонной артерии</li> <li>• Всего вышеперечисленного</li> </ul>
2209.	У пациента 67 лет с фибрилляцией предсердий, нормальной скоростью клубочковой фильтрации и желудочно-кишечным кровотечением на фоне передозировки варфарина в анамнезе для профилактики тромбоэмболических осложнений целесообразно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Апиксабан 5 мг 2 раза в день</li> <li>• Апиксабан 2.5 мг 2 раза в день</li> <li>• Ривароксабан 15 мг 1 раз в день</li> <li>• Дабигатран 150 мг 2 рвза в день</li> </ul>
2210.	При фибрилляции предсердий целесообразно проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Радиочастотной или криоаблации- изоляции устьев легочных вен</li> <li>• Криоаблации эктопических очагов в межпредсердной перегородке и выходном тракте правого желудочка изоляции устьев легочных вен</li> <li>• Аблации эктопических очагов в правом предсердии</li> <li>• Аблации медленного пути АВ- соединения</li> </ul>
2211.	При типичном истмус – зависимом трепетании предсердий показано проведение :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аблации каво- трикуспидального перешейка</li> <li>• Радиочастотной аблации- изоляции устьев легочных вен</li> <li>• Аблации эктопических очагов в правом предсердии</li> <li>• Аблации медленного пути АВ- соединения</li> </ul>
2212.	Аритмии, характеризующиеся дезорганизованной электрической активностью предсердий с выпадением их систолической функции:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фибрилляция предсердий</li> <li>• Эктопическая предсердная тахикардия</li> <li>• АВ- узловая реципрокная тахикардия</li> <li>• Миграция водителя ритма по предсердиям</li> </ul>
2213.	Целевая частота сокращений желудочков в покое при постоянной форме фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 110 уд. в минуту</li> <li>• Менее 90 уд. в минуту</li> <li>• Менее 130 уд. в минуту</li> <li>• 70-80 уд. в мин</li> </ul>
2214.	Побочные действия амиодарона:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Фотосенсибилизация</li> <li>• Гипотиреоз</li> <li>• Тиреотоксикоз</li> </ul>
2215.	Побочные действия соталола:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• АВ- блокада II-III степени</li> <li>• Тахикардия типа пируэт</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бронхоспазм</li> </ul>
2216.	Амиодрон - индуцированный тиреотоксикоз 1 типа характеризуется следующими чертами:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возникает при наличии исходной субклинической патологии щитовидной железы (узловой или диффузный зоб)</li> <li>• Обусловлен непосредственным деструктивным воздействием амиодарона на фолликулы щитовидной железы</li> <li>• Накопление <math>^{99m}\text{Tc}</math> технеция при радиоизотопной сцинтиграфии щитовидной железы снижено</li> <li>• Показано назначение глюкокортикоидов</li> </ul>
2217.	Амиодрон - индуцированный тиреотоксикоз 2 типа характеризуется следующими чертами:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обусловлен непосредственным деструктивным воздействием амиодарона на фолликулы щитовидной железы</li> <li>• Возникает при наличии исходной субклинической патологии щитовидной железы (узловой или диффузный зоб)</li> <li>• Накопление <math>^{99m}\text{Tc}</math> технеция при радиоизотопной сцинтиграфии щитовидной железы повышено</li> <li>• Глюкокортикоиды неэффективны</li> </ul>
2218.	Пациентка 75 лет с пароксизмальной формой фибрилляцией предсердий в молодости перенесла митральную комиссуротомию с резекцией ушка левого предсердия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С учетом риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, показана антикоагулянтная терапия</li> <li>• Антикоагулянтная терапия не показана, риск тромбоэмболических осложнений низкий</li> <li>• Следует провести чрезпищеводную ЭХОКГ с оценкой состояния культуры ушка левого предсердия, после чего решить вопрос о назначении антикоагулянтов</li> <li>• Показана терапия ацетилсалициловой кислотой</li> </ul>
2219.	Противопоказания к катетерной аблации – изоляции устьев легочных вен при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие тромба в ушке левого предсердия по данным чрезпищеводной ЭХОКГ или КТ ушка левого предсердия с контрастированием</li> <li>• Длительность фибрилляции предсердий более 1 года</li> <li>• Фракция выброса левого желудочка мене 40%</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
2220.	При трепетании предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предсердия сокращаются в правильном ритме с частотой 220-350 уд. в минуту</li> <li>• Предсердия сокращаются в правильном ритме с частотой 140-150 уд. в минуту</li> <li>• Предсердия сокращаются в неправильном ритме с частотой 200-350 уд. в минуту</li> <li>• Предсердия сокращаются в неправильном ритме с частотой 140-150 уд. в минуту</li> </ul>
2221.	Электрическая кардиоверсия при трепетании предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффективно восстанавливает синусовый ритм</li> <li>• Малоэффективна</li> <li>• Опасна, т.к. часто осложняется фибрилляцией желудочков</li> <li>• Применяется только при аритмогенном шоке</li> </ul>
2222.	Для трепетания предсердий с проведением 2:1 характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одинаковые интервалы RR</li> <li>• Широкие деформированные комплексы QRS</li> <li>• Разные по форма зубцы P</li> <li>• Частота сокращений желудочков 80-90 уд. в мин</li> </ul>
2223.	Осложнения фибрилляции пресердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ишемический инсульт</li> <li>• Аритмогенная дисплазия правого желудочка</li> <li>• Желудочковая тахикардия типа пируэт</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
2224.	Для контроля за частотой сокращения желудочков при постоянной форме фибрилляции предсердий возможно применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верапамила</li> <li>• Ивабрадина</li> <li>• Дронедарона</li> <li>• Всего вышеперечисленного</li> </ul>
2225.	Для контроля за частотой сокращения желудочков при постоянной форме трепетания предсердий возможно применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биспролола</li> <li>• Ивабрадина</li> <li>• Дронедарона</li> <li>• Пропафенона</li> </ul>
2226.	Для постоянного приема с антиаритмической целью при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий возможно применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всего вышеперечисленного</li> <li>• Пропафенона</li> <li>• Соталола</li> <li>• Амiodарона</li> </ul>
2227.	Для медикаментозной кардиверсии у пациента с тяжелым аортальным стенозом и фибрилляцией предсердий показано использование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амiodарона</li> <li>• Пропафенона</li> <li>• Прокаинамида</li> <li>• Соталола</li> </ul>
2228.	У пациента пароксизм фибрилляции предсердий с частотой сокращений желудочков 170-180 уд. В минуту. Ад 70/40 мм.рт.ст. : Показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренная электрическая кардиверсия</li> <li>• Внутривенное введение амiodарона</li> <li>• Срочное проведение чрезпищеводной ЭХОКГ для решения вопроса об электрической кардиверсии</li> <li>• Внутривенное введение дигоксина</li> </ul>
2229.	Тактика при пароксизме фибрилляции предсердий, осложненном ангинозными болями и острой левожелудочковой недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экстренная электрическая кардиверсия</li> <li>• Амiodарон болюсно , затем внутривенная инфузия</li> <li>• Лидокаин болюсно , затем внутривенная инфузия</li> <li>• Внутривенное введение дигоксина</li> </ul>
2230.	Для постоянного приема с антиаритмической целью при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий возможно применение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соталола</li> <li>• Ивабрадина</li> <li>• Прокаинамида</li> <li>• Ранолозина</li> </ul>
2231.	У женщины 35 года с диффузным токсическим зобом и тиреотоксикозом пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (органической патологии сердца, артериальной гипертензии нет) риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 балл</li> <li>• 0 баллов</li> <li>• 2 балла</li> <li>• 3 балла</li> </ul>
2232.	При неэффективности медикаментозного контроля за частотой сокращений желудочков при постоянной форме фибрилляции предсердий возможны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация однокамерного ЭКС и абляция АВ-узла</li> <li>• Имплантация двухкамерного ЭКС и абляция АВ-узла</li> <li>• Абляция быстрого пути АВ - соединения</li> <li>• Имплантация однокамерного ЭКС и абляция быстрого пути АВ- соединения</li> </ul>
2233.	Лидокаин для купирования фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неэффективен</li> <li>• Препарат выбора в остром периоде инфаркта миокарда</li> <li>• Применяется только при наличии противопоказаний к амiodарону</li> <li>• Может применяться у больных со сниженной фракцией выброса</li> </ul>

2234.	Блокаторы натриевых каналов ic класса для поддержания синусового ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших инфаркт миокарда:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не применяются из-за опасности проаритмогенного эффекта</li> <li>• Эффективны и безопасны</li> <li>• Могут применяться только при фракции выброса левого желудочка более 40%</li> <li>• Могут применяться у больных без блокады левой ножки пучка Гиса</li> </ul>
2235.	У пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий и фракцией выброса левого желудочка 35% на фоне терапии бисопрололом 10 мг в сутки частота сокращений желудочков в покое 130 в мин. Целесообразно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Добавить дигоксин</li> <li>• Увеличить дозу бисопролола</li> <li>• Заменить бисопролол на верапамил с подбором дозы</li> <li>• Добавить к бисопрололу дилтиазем в малых дозах</li> </ul>
2236.	Показания к катетерной абляции фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предпочтение пациента с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий и отсутствии противопоказаний к абляции</li> <li>• Неэффективность повторных попыток восстановления синусового ритма электрической кардиоверсией</li> <li>• Наличие противопоказаний к антикоагулянтной терапии</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
2237.	Дронедазон:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В отличие от амиодарона не вызывает дисфункции щитовидной железы</li> <li>• Может применяться для контроля за частотой сокращений желудочков при постоянной и персистирующей формой фибрилляции предсердий</li> <li>• Препарат выбора при хронической сердечной недостаточности</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
2238.	Аллапинин:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Блокатор натриевых каналов IC группы</li> <li>• Большие рандомизированные исследования по эффективности и безопасности при фибрилляции предсердий не проводились</li> <li>• Может применяться для поддержания синусового ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий без ИБС, недостаточности кровообращения, другой структурной патологии сердца</li> </ul>
2239.	Возможное осложнение катетерной абляции при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гемоперикард</li> <li>• Стеноз легочной артерии</li> <li>• АВ – блокада II-III степени</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
2240.	При рецидиве фибрилляции предсердий после катетерной абляции повторное вмешательство целесообразно проводить не ранее:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 месяцев после первой процедуры</li> <li>• 7 суток после первой процедуры</li> <li>• 1 месяца после первой процедуры</li> <li>• 1 года после первой процедуры</li> </ul>
2241.	Осложнения катетерной абляции при фибрилляции предсердий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стеноз легочной вены</li> <li>• Предсердно –желудочковая диссоциация</li> <li>• Острая трикуспидальная недостаточность</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
2242.	Клиническое значение тахисистолической формы фибрилляции предсердий связано с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• всем вышеперечисленным</li> <li>• укорочением диастолы</li> <li>• выпадением насосной функции предсердий</li> <li>• риском образования тромбов в предсердиях</li> </ul>



2243.	У пациента 70 лет с фибрилляцией предсердий клиренс креатинина 35 мл/мин. Для профилактики тромбоэмболических осложнений можно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Апиксабан 5 мг 2 раза в день</li> <li>• Ривароксабан 20 мг 1 раз в день</li> <li>• Ривароксабан 2.5 мг 2 раза в день</li> <li>• Апиксабан 2.5 мг 2 раза в день</li> </ul>
2244.	Пациентка 81 года с фибрилляцией предсердий весит 56 кг. Клиренс креатинина 40 мл/мин. Для профилактики тромбоэмболических осложнений можно использовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Любой препарат из вышеперечисленных</li> <li>• Ривароксабан 15 мг 1 раз в день</li> <li>• Варфарин с подбором дозы по МНО</li> <li>• Апиксабан 2.5 мг 2 раза в день</li> </ul>
2245.	Дозы новых антикоагулянтов, применяемые для профилактики тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Дабигатран 150 мг 2 раза в день</li> <li>• Апиксабан 5 мг 2 раза в день</li> <li>• Ривароксабан 20 мг 1 раз в день</li> </ul>
2246.	Противопоказания к назначению дабигатрана при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиренс креатинина менее 30 мл/мин</li> <li>• Ишемический инсульт давностью 1 месяц</li> <li>• Отсутствие возможности лабораторного контроля МНО</li> <li>• Сохраненная менструальная функция</li> </ul>
2247.	Противопоказания к назначению ривароксабана при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиренс креатинина менее 30 мл/мин</li> <li>• Ишемический инсульт давностью 1 месяц</li> <li>• Отсутствие возможности лабораторного контроля МНО</li> <li>• Клиренс креатинина менее 49 мл/мин</li> </ul>
2248.	Риск кровотечения на фоне антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий повышается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Злоупотреблении алкоголем</li> <li>• Неконтролируемой артериальной гипертензии</li> <li>• Эпилепсии с частыми судорожными припадками</li> <li>• Всем вышеперечисленным</li> </ul>
2249.	У пациента с фибрилляцией предсердий на фоне терапии варфарином произошел ишемический инсульт. Следует:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возобновить пероральную антикоагулянтную терапию через 3-12 дней , предпочтительно назначение новых антикоагулянтов.</li> <li>• В остром периоде прервать терапию варфарином , начать внутривенное введение нефракционированного гепарина</li> <li>• В остром периоде прервать терапию варфарином, назначить низкомолекулярный гепарин на 3-12 дней</li> <li>• Возобновить пероральную антикоагулянтную терапию через 3-12 дней , предпочтительно назначение новых антикоагулянтов в сочетании с ацетилсалициловой кислотой .</li> </ul>
2250.	У пациента с фибрилляцией предсердий на фоне терапии варфарином макрогематурия . МНО 8. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переливание свежзамороженной плазмы</li> <li>• Трансуретральное введение аминокапроновой кислоты</li> <li>• Внутримышечное введение викасола</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
2251.	При стабильной ИБС и фибрилляции предсердий для длительного приема рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Монотерапия антикоагулянтами</li> <li>• Монотерапия ацетилсалициловой кислотой</li> <li>• « Двойная » антиагрегантная терапия ацетилсалициловой кислотой и ингибитором P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Терапия оральным антикоагулянтом в сочетании с ацетилсалициловой кислотой 50-75 мг в сутки</li> </ul>

2252.	<p>Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия после экстренного чрескожного коронарного вмешательства со стентированием при остром коронарном синдроме у пациентов с фибрилляцией предсердий:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комбинированная «тройная» ацетилсалициловой кислотой, клопидогрелем и оральным антикоагулянтом 1-6 месяцев, затем комбинированная «двойная» терапия оральным антикоагулянтом и клопидогрелем (предпочтительно) или ацетилсалициловой кислотой до года от момента вмешательства, затем монотерапия оральным антикоагулянтом неопределенно долго</li> <li>• «Двойная» антиагрегантная терапия ацетилсалициловой кислотой и ингибитором P2Y12 рецепторов тромбоцитов в течение 1 года, затем монотерапия оральными антикоагулянтами</li> <li>• Комбинированная «тройная» ацетилсалициловой кислотой, тикагрелором и оральным антикоагулянтом 1-6 месяцев, затем комбинированная «двойная» терапия оральным антикоагулянтом и тикагрелором (предпочтительно) или ацетилсалициловой кислотой до года, затем монотерапия оральным антикоагулянтом длительно</li> <li>• У отдельных пациентов с первого дня может проводиться монотерапия оральными антикоагулянтами</li> </ul>
2253.	<p>Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия после планового чрескожного коронарного вмешательства со стентированием у пациентов с фибрилляцией предсердий:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комбинированная «тройная» ацетилсалициловой кислотой, клопидогрелем и оральным антикоагулянтом 1 месяц, затем комбинированная «двойная» терапия оральным антикоагулянтом и клопидогрелем (предпочтительно) или ацетилсалициловой кислотой до 6 месяцев, затем монотерапия оральным антикоагулянтом длительно</li> <li>• «Двойная» антиагрегантная терапия ацетилсалициловой кислотой и ингибитором P2Y12 рецепторов тромбоцитов в течение 1 года, затем монотерапия оральными антикоагулянтами</li> <li>• Комбинированная «тройная» ацетилсалициловой кислотой, клопидогрелем и оральным антикоагулянтом 6 месяцев, затем комбинированная «двойная» терапия оральным антикоагулянтом и клопидогрелем (предпочтительно) или ацетилсалициловой кислотой до года, затем монотерапия оральным антикоагулянтом длительно</li> <li>• У отдельных пациентов с первого дня может проводиться монотерапия оральными антикоагулянтами</li> </ul>
2254.	<p>Применение тикагрелора или прасургреля в составе комбинированной «двойной» или «тройной» терапии с оральным антикоагулянтом после чрескожного коронарного вмешательства у пациентов с фибрилляцией предсердий:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не рекомендовано</li> <li>• Показано при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST</li> <li>• Возможно только в сочетании с варфарином</li> <li>• Целесообразно при наличии механических протезов клапанов</li> </ul>
2255.	<p>Антиагреганты для профилактики тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не показаны</li> <li>• Показаны при риске 0 баллов по шкале CHA2DS2-VASc</li> <li>• Показаны при риске менее 2 балла по шкале CHA2DS2-VASc</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Показаны при риске более 2 балла по шкале CHA2DS2-VASc</li> </ul>
2256.	Клопидогрел в сочетании с ацетилсалициловой кислотой для профилактики тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Не показан</li> <li>Показан при риске менее 3 балла по шкале CHA2DS2-VASc</li> <li>Показан при сопутствующей ИБС</li> <li>Показан при риске более 3 балла по шкале CHA2DS2-VASc</li> </ul>
2257.	Введение АТФ пациенту с трепетанием желудочков может вызвать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Короткий период асистолии желудочков с сохраняющимся трепетанием предсердий</li> <li>Восстановление синусового ритма</li> <li>Короткий период асистолии предсердий и желудочков с последующим возобновлением трепетания</li> <li>Никаких изменений не произойдет</li> </ul>
2258.	У пациента с постоянным электрокардиостимулятором без фибрилляции предсердий в анамнезе при проверке устройства выявлены эпизоды частого предсердного ритма. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Повторное мониторирование ЭКГ по Холтеру для документирования фибрилляции предсердий</li> <li>Назначение антиаритмической терапии</li> <li>Перепрограммирование ЭКС</li> <li>Назначение антикоагулянтной терапии</li> </ul>
2259.	Применение амиодарона для поддержания синусового ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий без структурной патологии сердца ограничено в связи с	<ul style="list-style-type: none"> <li>Большим количеством внекардиальных побочных действий</li> <li>Малой эффективностью</li> <li>Высоким риском проаритмогенного эффекта</li> <li>Необходимостью постоянного лабораторного контроля</li> </ul>
2260.	При назначении соталолола с целью поддержания синусового ритма при фибрилляции предсердий требуется контроль за:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Длительностью интервала QT</li> <li>ЧСС</li> <li>Шириной комплекса QRS</li> <li>Функцией щитовидной железы</li> </ul>
2261.	Потенциально жизнеугрожающее осложнение амиодарона	<ul style="list-style-type: none"> <li>Фиброзирующий альвеолит</li> <li>Острая почечная недостаточность</li> <li>Кардиомиопатия</li> <li>Все вышеперечисленное</li> </ul>
2262.	Чрезпищеводная ЭХОКГ перед катетерной аблацией устьев легочных вен проводится для	<ul style="list-style-type: none"> <li>Исключения наличия тромба в ушке левого предсердия</li> <li>Определения размеров левого предсердия</li> <li>Определения наличия и степени митральной регургитации</li> <li>Уточнения анатомии легочных вен</li> </ul>
2263.	Для исключения наличия тромба в ушке левого предсердия перед проведением катетерной аблации устьев легочных вен показано проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Чрезпищеводной ЭХОКГ или компьютерной томографии ушка левого предсердия с контрастированием</li> <li>Анализа крови на D- димеры</li> <li>Трансторакальной ЭХОКГ</li> <li>МРТ сердца</li> </ul>
2264.	В какой камере сердца проводится катетерная радиочастотная аблация по поводу типичного трепетания предсердий?	<ul style="list-style-type: none"> <li>В правом предсердии</li> <li>В левом предсердии</li> <li>В правом желудочке</li> <li>В левом желудочке</li> </ul>
2265.	В какой камере сердца проводится катетерная радиочастотная аблация по поводу пароксизмальной фибрилляции предсердий?	<ul style="list-style-type: none"> <li>В левом предсердии</li> <li>В правом предсердии</li> <li>В правом желудочке</li> <li>Зависит от результатов эндокардиального картирования</li> </ul>

2266.	Механизмом действия катетерной аблации кавотрикуспидального перешейка при типичном трепетании предсердий является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрыв круга реентри</li> <li>• Уничтожение очага повышенного автоматизма</li> <li>• Уничтожение очага триггерной активности</li> <li>• Повышение автоматизма синусового узла</li> </ul>
2267.	Новокаиинамид при трепетании предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может вызвать трепетание предсердий с проведением 1:1</li> <li>• Более эффективно, чем электрическая кардиоверсия восстанавливает синусовый ритм</li> <li>• Может вызвать переход трепетания в фибрилляцию предсердий</li> <li>• Может применяться внутримышечно</li> </ul>
2268.	Максимальная энергия разряда при проведении электрической кардиоверсии при фибрилляции предсердий монополярным импульсом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 360 Дж</li> <li>• 50 Дж.</li> <li>• 500 Дж</li> <li>• 200 Дж</li> </ul>
2269.	Синхронизация с комплексом QRS при проведении электрической кардиоверсии фибрилляции предсердий необходима:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижения риска фибрилляции желудочков</li> <li>• Для увеличения эффективности процедуры</li> <li>• Снижения риска возникновения полной поперечной блокады</li> <li>• Использования более низкой энергии разряда</li> </ul>
2270.	Антикоагулянтная терапия после кардиоверсии должна продолжаться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не менее 4 недель, а при высоком риске тромбоэмболических осложнений неопределенно долго</li> <li>• Не менее 10 дней, а при высоком риске тромбоэмболических осложнений неопределенно долго</li> <li>• При низком риске – 1 сутки, а при высоком риске тромбоэмболических осложнений неопределенно долго</li> <li>• При низком риске не требуется</li> </ul>
2271.	При проведении чрезпищеводной эхокг перед планируемой кардиоверсией по поводу фибрилляции предсердий в ушке левого предсердия визуализирован тромб. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение антикоагулянтной терапии в течение 3 недель, повторная ЧП – ЭХОКГ, при отсутствии тромба – электрическая кардиоверсия</li> <li>• Проведение антикоагулянтной терапии в течение 10 дней, затем электрическая кардиоверсия</li> <li>• Проведение антикоагулянтной терапии не менее 2 месяцев, затем повторная ЧП – ЭХОКГ, при отсутствии тромба – электрическая кардиоверсия</li> <li>• Имплантация окклюдера ушка левого предсердия</li> </ul>
2272.	Легочные вены впадают в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Левое предсердие</li> <li>• Левый желудочек</li> <li>• Правый желудочек</li> <li>• Правое предсердие</li> </ul>
2273.	Для самостоятельного применения пациентом тактики «таблетка в кармане» при редких пароксизмах фибрилляции предсердий может быть использован:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пропафенон</li> <li>• Соталол</li> <li>• Амиодарон</li> <li>• Дронедарон</li> </ul>
2274.	У пациента 45 лет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. АД не повышается. Глюкоза крови в норме. При обследовании данных за органическую патологию сердца не выявлено.риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2VASc:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 баллов</li> <li>• 1 балл</li> <li>• 2 балла</li> <li>• 3 балла</li> </ul>

2275.	У пациентки 35лет с сахарным диабетом 1 типа, диабетической нефропатией и артериальной гипертензией пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Ибс, признаков сердечной недостаточности нет. Риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2VASc:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 балла</li> <li>• 1 балл</li> <li>• 2 балла</li> <li>• 4 балла</li> </ul>
2276.	При риске тромбоэмболических осложнений 3 балла по шкале CHA2DS2VASc показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапия новыми антикоагулянтами или варфарином</li> <li>• Антикоагулянтная терапия не показана</li> <li>• Возможна терапия ацетилсалициловой кислотой</li> <li>• Показана терапия варфарином, новые антикоагулянты не показаны</li> </ul>
2277.	При рецидиве фибрилляции предсердий после катетерной абляции изоляции устьев легочных вен целесообразно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести повторную абляцию – реизоляцию устьев легочных вен</li> <li>• Провести абляцию каво- трикуспидального истмуса</li> <li>• Провести абляцию АВ соединения созданием полной поперечной блокады и имплантацию ЭКС</li> <li>• Повторное вмешательство не показано, продолжить терапию с контролем за ЧСС</li> </ul>
2278.	При определении риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2- VASc возраст 76 лет оценивается в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 балла</li> <li>• 0 баллов</li> <li>• 1 балл</li> <li>• 3балла</li> </ul>
2279.	При определении риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2- VASc возраст 67 лет оценивается в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 балл</li> <li>• 0 баллов</li> <li>• 2 балла</li> <li>• 3 балла</li> </ul>
2280.	При определении риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2- VASc перенесенная транзиторная ишемическая атака оценивается в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 балла</li> <li>• 0 баллов</li> <li>• 1 балл</li> <li>• 3 балла</li> </ul>
2281.	При определении риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2- VASc мужской пол оценивается в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 баллов</li> <li>• 1 балл</li> <li>• 2 балла</li> <li>• 3 балла</li> </ul>
2282.	При определении риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2- VASc женский пол оценивается в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 балл</li> <li>• 0 баллов</li> <li>• 2 балла</li> <li>• 3балла</li> </ul>
2283.	У пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий на фоне терапии бисопрололом и дигоксином возникла частая желудочковая экстрасистолия. В первую очередь следует думать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гликозидной интоксикации</li> <li>• Передозировке бета- адреноблокаторов</li> <li>• Гиперкалиемии</li> <li>• Возникновении сердечной недостаточности</li> </ul>
2284.	Показания к имплантации бивентрикулярного электрокардиостимулятора при фибрилляции предсердий и сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• ХСН III-IV NYHA, ширина QRS<math>\geq</math>130мс, фракция выброса левого желудочка <math>\leq</math>35%</li> <li>• Паузы в ночное время более 5 сек, фракция выброса левого желудочка <math>\leq</math>35%.</li> <li>• Планируемая абляция АВ-узла для обеспечения адекватного контроля за числом сокращений</li> </ul>

		желудочков при неэффективности медикаментозной терапии
2285.	У пациента с тахиформой фибрилляции предсердий и фракцией выброса левого желудочка 30% на фоне медикаментозной терапии не удается достичь адекватного контроля за числом сокращений желудочков. Показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация бивентрикулярного ЭКС, абляция АВ –узла</li> <li>• Имплантация однокамерного ЭКС, абляция АВ – узла</li> <li>• Имплантация двухкамерного ЭКС, абляция АВ узла</li> <li>• Радиочастотная модификация АВ узла</li> </ul>
2286.	У пациента с хронической сердечной недостаточностью, имплантированным бивентрикулярным электрокардистимулятором не удается достичь адекватного ответа на стимуляцию. Возможные пути решения проблемы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести абляцию АВ –узла</li> <li>• Отключить правожелудочковый электрод, обеспечить однокамерную левожелудочковую стимуляцию</li> <li>• Отключить левожелудочковый электрод.</li> <li>• Увеличить пороговую частоту стимуляции желудочков</li> </ul>
2287.	У пациента 50 лет пароксизмальная форма трепетания предсердий с проведением 2:1. тактика выбора:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Абляция каво-трикуспидального истмуса</li> <li>• Терапия пропafenоном</li> <li>• Терапия амиодароном</li> <li>• Подбор терапии бета- адреноблокаторами для обеспечения контроля за частотой сокращения желудочков</li> </ul>
2288.	При возникновении трепетания предсердий у пациента с нормальной функцией АВ узла, не получающего антиаритмические препараты, будет иметь место проведение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правильная форма проведения 2:1</li> <li>• Правильная форма проведения 3:1</li> <li>• Неправильная форма проведения 2:1, 3:1, 4:1</li> <li>• Правильная форма проведения 4:1</li> </ul>
2289.	Для подтверждения диагноза стенокардии напряжения и уточнения дальнейшей тактики пациенту целесообразно провести	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стресс-тест с визуализацией миокарда или регистрацией ЭКГ</li> <li>• Суточное мониторирование экг</li> <li>• Электрофизиологическое исследование миокарда</li> <li>• Эхокардиографическое исследование</li> </ul>
2290.	Типичной клиникой стенокардии напряжения является	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление неприятных ощущений за грудиной при быстрой ходьбе, прекращение приступа в покое</li> <li>• Появление неприятных ощущений за грудиной после еды, уменьшающихся в положении сидя</li> <li>• Неприятные ощущения за грудиной при эмоциональной нагрузке, уменьшаются при ходьбе</li> <li>• Одышка, уменьшающаяся в положении ортопноэ</li> </ul>
2291.	Для стенокардии напряжения НЕ характерно	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все из вышеперечисленного</li> <li>• Возникновение боли при резких движениях, поворотах туловища</li> <li>• Локализация боли на ограниченном пространстве в области верхушки сердца</li> <li>• Ощущение « неполноты вдоха»</li> </ul>

2292.	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенокардия напряжения II ф.к.</li> <li>• Стенокардия напряжения I ф.к.</li> <li>• Стенокардия напряжения III ф.к.</li> <li>• Стенокардия напряжения IV ф.к.</li> </ul>
2293.	Показанием к проведению МСКТ коронарных артерий является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Исключение ИБС у пациентов с низкой претестовой вероятностью</li> <li>• Решение вопроса о необходимости проведении ЧКВ</li> <li>• Определение степени стенотического поражения коронарных артерий</li> <li>• Повышение уровня тропонина</li> </ul>
2294.	Для снижения уровня холестерина у больных ИБС предпочтительнее использовать	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Статины</li> <li>• Холестирамин</li> <li>• Фибраты</li> <li>• Никотиновую кислоту</li> </ul>
2295.	Препараты, увеличивающие риск рабдомиолиза при совместном приеме со статинами	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Циклоспорин, такролимус</li> <li>• Макролиды</li> <li>• Фибраты</li> </ul>
2296.	Прием пролонгированных нитратов показан	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Больным с повторяющимися ангинозными болями при невозможности реваскуляризации миокарда</li> <li>• Всем больным с ИБС</li> <li>• Больным, перенесшим острый инфаркт миокарда</li> <li>• Больным, перенесшим инфаркт миокарда с формированием аневризмы левого желудочка</li> </ul>
2297.	Для вторичной профилактики ИБС рекомендован прием ацетилсалициловой кислоты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80-100 мг</li> <li>• 300-500 мг</li> <li>• Предпочтительно использовать кишечнорастворимые формы</li> <li>• Прием ацетилсалициловой кислоты рекомендован в течение 1 года после перенесенного инфаркта миокарда</li> </ul>
2298.	Препараты, ингибирующие ГМГ- КоА редуктазу	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Статины</li> <li>• Фибраты</li> <li>• Эзетимиб</li> <li>• Никотиновая кислота</li> </ul>
2299.	Прием статинов показан пациентам с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем перечисленным группам пациентов</li> <li>• ИБС</li> <li>• Атеросклеротическим поражением сонных артерий</li> <li>• Артериальной гипертензией и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений</li> </ul>
2300.	Активация тромбоцитов может быть подавлена:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всеми вышеперечисленными препаратами</li> <li>• Ацетилсалициловой кислотой</li> <li>• Клопидогрелем</li> <li>• Ингибиторами P<sub>2</sub>Y<sub>12</sub> рецепторов</li> </ul>
2301.	Целевой уровень холестерина ЛПНП для лиц с очень высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ниже 1.8 ммоль/л</li> <li>• Ниже 2.5 ммоль/л</li> <li>• Ниже 1.1. Ммоль/л</li> <li>• Ниже 3.0 ммоль/л</li> </ul>
2302.	Целевой уровень холестерина ЛПНП для лиц с умеренным риском сердечно-сосудистых заболеваний	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ниже 3.0 ммоль/л</li> <li>• Ниже 1.8 ммоль/л</li> <li>• Ниже 2.6 ммоль/л</li> <li>• Ниже 2.0 ммоль/л у мужчин и 3.0 у женщин</li> </ul>

2303.	При непереносимости ацетилсалициловой кислоты пациентам со стабильными формами ИБС рекомендован постоянный прием	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клопидогреля</li> <li>• Тикагрелора</li> <li>• Дипиридамола</li> <li>• Ривароксабана</li> </ul>
2304.	Росту атеросклеротической бляшки способствует увеличение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Холестерина липопротеидов низкой плотности</li> <li>• Холестерина липопротеидов высокой плотности</li> <li>• Уровня кальция в крови</li> <li>• Хиломикронов</li> </ul>
2305.	При индексе Дьюка -11 пациент входит в группу	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИБС высокого риска</li> <li>• ИБС среднего риска</li> <li>• ИБС низкого риска</li> <li>• ИБС сомнительная</li> </ul>
2306.	Необходимо провести коронарографию у пациентов с хронической ИБС, если по результатам стресс-теста:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех вышеуказанных случаях</li> <li>• Индуцированная зона ишемии миокарда левого желудочка &gt; 10%</li> <li>• Индекс Дьюка = -11</li> <li>• Произошло снижение цифр АД во время нагрузки <math>\geq 20</math> мм рт.ст.</li> </ul>
2307.	Какие утверждения на счет претестовой вероятности ИБС верны	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Претестовая вероятность- это вероятность ибс у конкретного пациента в % , оцененная по клиническим данным до проведения диагностических тестов</li> <li>• При определении претестовой вероятности учитывается пол и возраст пациента</li> <li>• У мужчины старше 70 лет с болями за грудиной при небольших физических нагрузках претестовая вероятность ИБС превышает 85%</li> </ul>
2308.	Чувствительность ЭКГ- проб с физической нагрузкой ( тредмил- тест или велоэргометрия) для диагностики ибс составляет около 70%. Это означает, что	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У 70% пациентов с ИБС стресс- тест положительный</li> <li>• У 70% лиц без ИБС стресс – тест положительный</li> <li>• У 70% пациентов с ИБС стресс- тест отрицательный</li> <li>• У 70% лиц без ИБС стресс – тест отрицательный</li> </ul>
2309.	Специфичность ЭКГ- проб с физической нагрузкой ( тредмил- тест или велоэргометрия) для диагностики ибс составляет около 85 %. Это означает, что	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У 85 % лиц без ИБС стресс – тест отрицательный</li> <li>• У 85% пациентов с ИБС стресс- тест положительный</li> <li>• У 85% лиц без ИБС стресс – тест положительный</li> <li>• У 85 % пациентов с ИБС стресс- тест отрицательный</li> </ul>
2310.	МСКТ-коронарография коронарных артерий может быть проведена	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для исключения ИБС при невысокой вероятности и сомнительном стресс –тесте</li> <li>• Для исключения ИБС у пациентов с частой симптомной желудочковой экстрасистолией</li> <li>• Как скриннинговый метод у асимптомных пациентов</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
2311.	У пациента ангинозные боли возникают при ходьбе на 400м в обычном темпе. Определите функциональный класс стенокардии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенокардия напряжения II ф.к.</li> <li>• Стенокардия напряжения I ф.к.</li> <li>• Стенокардия напряжения III ф.к.</li> <li>• Стенокардия напряжения IV ф.к.</li> </ul>
2312.	Ангинозный характер дискомфорта в прекардиальной области высоковероятен, если	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Дискомфорт проходит после приема нитроглицерина сублингвально в течение 2-3 минут</li> <li>• Дискомфорт усиливается при ходьбе в холодную, ветренную погоду.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дискомфорт не изменяется при глубоком вдохе</li> </ul>
2313.	При отсутствии ИБС, прием ацетилсалициловой кислоты для первичной профилактики показан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам со стенотическими поражениями сонных артерий более 50%</li> <li>• Всем пациентам с артериальной гипертензией</li> <li>• Всем пациентам с сахарным диабетом</li> <li>• Всем пациентам с почечной недостаточностью</li> </ul>
2314.	Функциональный резерв кровотока (FFR) это	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соотношение между давлением в дистальном отделе коронарной артерии и давлением в аорте в условиях максимальной гиперемии.</li> <li>• Соотношение между скоростью кровотока в условиях максимальной гиперемии и базальной скоростью кровотока в коронарной артерии</li> <li>• Соотношение престенотического и постстенотического диаметра артерии</li> <li>• Разница между систолическим и диастолическим давлением в коронарной артерии</li> </ul>
2315.	При стенозе ствола левой коронарной артерии и Syntaxscore менее 22 целесообразно	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возможно проведение как АКШ, так и чрескожного коронарного вмешательства</li> <li>• Реваскуляризация не показана</li> <li>• Показано чрескожное коронарное вмешательство, аорто- коронарное шунтирование нецелесообразно</li> <li>• Показано аорто- коронарное шунтирование, чрескожное коронарное вмешательство противопоказано</li> </ul>
2316.	При трехсосудистом поражении коронарных артерий и Syntaxscore 23-32	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показано аорто- коронарное шунтирование</li> <li>• Реваскуляризация не показана</li> <li>• Показано чрескожное коронарное вмешательство</li> <li>• Возможно проведение как АКШ, так и чрескожного коронарного вмешательства</li> </ul>
2317.	Чрескожное коронарное вмешательство у пациентов с хронической ИБС предпочтительнее аорто-коронарного шунтирования, при :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличии одно- или двухсосудистого поражения коронарных артерий без вовлечения проксимального отдела передней межжелудочковой артерии</li> <li>• Наличии поражения ствола левой коронарной артерии с Syntaxscore &gt; 32</li> <li>• Наличии трехсосудистого поражения коронарных артерий с Syntaxscore в диапазоне 23-32</li> <li>• Во всех перечисленных случаях</li> </ul>
2318.	Внутривенная инфузия физиологического раствора в периоперационном периоде при чрескожных коронарных вмешательствах используется для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактики контраст-индуцированной нефропатии</li> <li>• Коррекции скрытой гиповолемии</li> <li>• Улучшения реологических свойств крови</li> <li>• Коррекции интраоперационной кровопотери</li> </ul>
2319.	Генетическое тестирование для индивидуального подбора антиагрегантной терапии у пациентов после ЧКВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рекомендовано пациентам с тромбозом стента</li> <li>• Показано всем пациентам</li> <li>• Показано при развитии ибс в молодом возрасте</li> <li>• Показано в случае применения клопидогреля</li> </ul>
2320.	Имплантация стента с лекарственным покрытием последнего поколения предпочтительна пациентам:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам</li> <li>• С высоким риском кровотечения</li> <li>• При планируемом хирургическом вмешательстве</li> <li>• С мерцательной аритмией</li> </ul>

2321.	Какие утверждения относительно пациентов с сахарным диабетом НЕ верны	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прием ацетилсалициловой кислоты рекомендован всем пациентам вне зависимости от клинических проявлений атеросклероза</li> <li>• Целевой уровень HbA1c для снижения сердечно-сосудистого риска- менее 7%</li> <li>• Прием статинов рекомендован всем пациентам для снижения сердечно-сосудистого риска</li> <li>• Целевой уровень АД &lt;140/80 мм рт.ст.</li> </ul>
2322.	У пациента с сахарным диабетом 2 типа стенокардия напряжения 3 ф.к. при коронарографии выявлено многососудистое поражение с Syntax Score 3. Наиболее оправдано для улучшения прогноза	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аортокоронарное шунтирование</li> <li>• Чрескожное коронарное вмешательство с установкой покрытых стентов нового поколения</li> <li>• Чрескожное коронарное вмешательство с установкой голометаллических стентов</li> <li>• Оптимальная медикаментозная терапия.</li> </ul>
2323.	Снижение уровня холестерина лпнп на 1 ммоль/л уменьшает летальность на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10%</li> <li>• 50%</li> <li>• 90%</li> <li>• Снижение уровня холестерина лпнп не влияет на прогноз у пациентов с ибс</li> </ul>
2324.	Развитие толерантности к нитратам можно преодолеть	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прерывистым применением с периодом, свободным от нитратов 8-12часов</li> <li>• Совместным применением с ацетилцистеином</li> <li>• Совместным применением с ингибиторами апф</li> <li>• Преимущественным применением моонитратов</li> </ul>
2325.	У пациентов со стенокардией напряжения и сахарным диабетом 2 типа гипогликемическим препаратом 1 линии являются	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метформин</li> <li>• Производные сульфанилмочевины</li> <li>• Ингибиторы альфа-глюкозидаз</li> <li>• Тиазолидиндионы</li> </ul>
2326.	Применение метформина для лечения сахарного диабета 2 типа у пациентов со стабильной стенокардией напряжения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижает риск сердечно-сосудистых осложнений</li> <li>• Не показано из-за риска лактацидоза</li> <li>• Сопровождается повышенным риском гипогликемии</li> <li>• Не имеет преимуществ перед применением препаратов сульфанилмочевины</li> </ul>
2327.	Противопоказания к приему бета-адреноблокаторов при стабильной ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бронхиальная астма</li> <li>• Фракция выброса менее 35%</li> <li>• Микроваскулярная стенокардия (кардиальный синдром х)</li> <li>• Хроническая болезнь почек со скоростью клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1.73м3</li> </ul>
2328.	Прогрессированию хронических форм ИБС способствует:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Злоупотребление жирной пищей</li> <li>• Злоупотребление спиртными напитками</li> <li>• Регулярные занятия физической нагрузкой</li> <li>• Длительное ношение тяжестей</li> </ul>
2329.	Для типичной стенокардии напряжения характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Сжимающие боли за грудиной, длящиеся от 1 до 15 минут</li> <li>• Боли, провоцирующиеся физической нагрузкой или эмоциональным стрессом</li> <li>• Боли купируются в покое самостоятельно или после приема нитратов</li> </ul>
2330.	При развитии у пациента 56 лет приступов давящих болей за грудиной при подъеме на один лестничный пролет, проходящих в покое за 1-2 минуты, следует думать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенокардии напряжения 3 фк</li> <li>• Остром инфаркте миокарда</li> <li>• Грыже пищеводного отверстия диафрагмы</li> <li>• Распространенном остеохондрозе позвоночника с вторичным корешковым синдромом</li> </ul>

2331.	Для первого функционального класса стенокардии напряжения характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обычная активность не вызывает приступов болей в грудной клетке, боли возникают только при интенсивной или длительной физической нагрузке</li> <li>• Небольшое ограничение повседневной активности. Боли возникают в холодную погоду, при ускорении темпа ходьбы, подъеме более, чем на один пролет, ходьбе на расстояние более 200 метров.</li> <li>• Выраженное ограничение повседневной активности. Боли возникают при ходьбе на расстояние 100-200 метров, подъеме на один лестничный пролет.</li> <li>• Невозможность выполнять повседневную активность, а также симптоматика в покое.</li> </ul>
2332.	Для второго функционального класса стенокардии напряжения характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Небольшое ограничение повседневной активности. Боли возникают в холодную погоду, при ускорении темпа ходьбы, подъеме более, чем на один пролет, ходьбе на расстояние более 200 метров.</li> <li>• Обычная активность не вызывает приступов болей в грудной клетке, боли возникают только при интенсивной или длительной физической нагрузке</li> <li>• Выраженное ограничение повседневной активности. Боли возникают при ходьбе на расстояние 100-200 метров, подъеме на один лестничный пролет.</li> <li>• Невозможность выполнять повседневную активность, а также симптоматика в покое.</li> </ul>
2333.	Для третьего функционального класса стенокардии напряжения характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выраженное ограничение повседневной активности. Боли возникают при ходьбе на расстояние 100-200 метров, подъеме на один лестничный пролет.</li> <li>• Обычная активность не вызывает приступов болей в грудной клетке, боли возникают только при интенсивной или длительной физической нагрузке</li> <li>• Небольшое ограничение повседневной активности. Боли возникают в холодную погоду, при ускорении темпа ходьбы, подъеме более, чем на один пролет, ходьбе на расстояние более 200 метров.</li> <li>• Невозможность выполнять повседневную активность, а также симптоматика в покое.</li> </ul>
2334.	Для четвертого функционального класса стенокардии напряжения характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Невозможность выполнять повседневную активность, а также симптоматика в покое.</li> <li>• Обычная активность не вызывает приступов болей в грудной клетке, боли возникают только при интенсивной или длительной физической нагрузке</li> <li>• Небольшое ограничение повседневной активности. Боли возникают в холодную погоду, при ускорении темпа ходьбы, подъеме более, чем на один пролет, ходьбе на расстояние более 200 метров.</li> <li>• Выраженное ограничение повседневной активности. Боли возникают при ходьбе на расстояние 100-200 метров, подъеме на один лестничный пролет.</li> </ul>

2335.	При подозрении на наличие у пациента ХИБС, необходимо сделать следующие лабораторные анализы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Клинический анализ крови</li> <li>• Уровень креатинина и липидный профиль</li> <li>• Уровень глюкозы натощак и гликированного гемоглобина</li> </ul>
2336.	При проведении скрининга на наличие сахарного диабета 2 типа у пациентов с ХИБС, необходимо выполнить следующие исследования:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определить уровень гликемии натощак + измерить гликированный гемоглобин, при сомнении в диагнозе провести глюкозо-толерантный тест</li> <li>• Только определить уровень гликемии натощак</li> <li>• Только измерить гликированный гемоглобин</li> <li>• Только провести глюкозо-толерантный тест</li> </ul>
2337.	Измерение BNP/NT-PROBNP целесообразно пациентам с ХИБС:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При наличии признаков сердечной недостаточности</li> <li>• В любом случае</li> <li>• При приеме статинов</li> <li>• При наличии патологии щитовидной железы</li> </ul>
2338.	Как часто необходимо проводить рутинное определение креатинина, липидного профиля, состояния углеводного обмена пациентам с ХИБС:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 раз в год</li> <li>• 1 раз в 3 месяца</li> <li>• 1 раз в 6 месяцев</li> <li>• 1 раз в 2 года</li> </ul>
2339.	В каком случае пациентам с ХИБС нужно снимать ЭКГ в покое:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам при первом обращении к врачу, при подозрении на острый коронарный синдром</li> <li>• Снимать ЭКГ в покое не имеет смысла</li> <li>• Рутинно 1 раз в месяц</li> <li>• Рутинно 1 раз в неделю</li> </ul>
2340.	Отсутствие изменений на ЭКГ, снятой в покое, у пациента, описывающего регулярное возникновение сжимающих болей за грудиной при физической нагрузке, позволяет думать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не позволяет снять диагноз ИБС</li> <li>• Связи этих болей с остеохондрозом позвоночника</li> <li>• Связи этих болей с наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы</li> <li>• Наличии психиатрического заболевания</li> </ul>
2341.	Проведение Эхо Кг в покое показано всем пациентам с ХИБС для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Исключения альтернативных причин стенокардии</li> <li>• Выявления зон нарушенной сократимости</li> <li>• Измерения фракции выброса левого желудочка для стратификации риска</li> </ul>
2342.	Суточное мониторирование ЭКГ показано пациентам с подозрением на ХИБС:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для диагностики нарушений ритма</li> <li>• Для подтверждения диагноза ибс</li> <li>• При подозрении на острый коронарный синдром</li> <li>• Не показано</li> </ul>
2343.	Определение претестовой вероятности наличия ХИБС проводится на основании:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Клинической картины</li> <li>• Возраста</li> <li>• Наличие артериальной гипертонии</li> </ul>
2344.	Низкий уровень претестовой вероятности наличия ХИБС имеет значения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 15%</li> <li>• От 15 до 65%</li> <li>• От 66 до 85%</li> <li>• Более 85%</li> </ul>
2345.	Промежуточный уровень претестовой вероятности наличия ХИБС имеет значения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• От 15 до 85%</li> <li>• От 1 до 5%</li> <li>• От 5 до 15%</li> <li>• Более 85%</li> </ul>
2346.	Высокий уровень претестовой вероятности наличия ХИБС имеет значения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более 85%</li> <li>• Менее 15%</li> <li>• От 15 до 65%</li> <li>• От 66 до 85%</li> </ul>

2347.	Определение уровня претестовой вероятности наличия ХИБС необходимо для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выбора метода подтверждения диагноза ИБС</li> <li>• Для назначения правильного медикаментозного лечения</li> <li>• Для выбора рекомендаций по модификации образа жизни</li> <li>• Рутинно не нужно</li> </ul>
2348.	При низкой претестовой вероятности наличия ХИБС (менее 15%) пациенту необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поиск альтернативных причин болей в грудной клетке</li> <li>• Проведение стресс-теста, стресс-теста с визуализацией или КТ-ангиографии</li> <li>• Пациент нуждается в стратификации риска ИБС, диагноз ИБС не вызывает сомнений.</li> <li>• Начать прием метаболических препаратов</li> </ul>
2349.	При промежуточном уровне претестовой вероятности наличия ХИБС (15%-85%) пациенту необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение стресс-теста, стресс-теста с визуализацией или КТ-ангиографии</li> <li>• Поиск альтернативных причин болей в грудной клетке</li> <li>• Пациент нуждается в стратификации риска ИБС, диагноз ИБС не вызывает сомнений.</li> <li>• Начать прием метаболических препаратов</li> </ul>
2350.	При высокой претестовой вероятности наличия ХИБС (более 85%) пациенту необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациент нуждается в стратификации риска ИБС, диагноз ИБС не вызывает сомнений.</li> <li>• Проведение стресс-теста, стресс-теста с визуализацией или КТ-ангиографии</li> <li>• Поиск альтернативных причин болей в грудной клетке</li> <li>• Начать прием метаболических препаратов</li> </ul>
2351.	Компьютерная томография коронарных артерий рекомендована в следующих случаях:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам с промежуточной претестовой вероятностью ХИБС как альтернатива стресс-тесту с визуализацией для исключения ИБС или если результаты теста неинформативны</li> <li>• Пациентам с высокой претестовой вероятностью ХИБС</li> <li>• Пациентам, которым ранее выполнялась чрескожное коронарное вмешательство</li> <li>• Бессимптомным пациентам в качестве скринингового теста.</li> </ul>
2352.	Индекс Дюка при проведении стресс-теста используется для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стратификации риска пациентов с ХИБС</li> <li>• Оценки качества жизни пациента</li> <li>• Подбора антиангинальной терапии</li> <li>• Рутинно не используется</li> </ul>
2353.	Для вычисления индекса Дюка используются следующие показатели стресс-теста:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Время нагрузки в минутах</li> <li>• Величина депрессии сегмента ST в мм</li> <li>• Клиническая картина</li> </ul>
2354.	В каком случае, на основании проведенных тестов, пациент будет относиться к группе высокого риска сердечно-сосудистой смертности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Индекс Дюка <math>\leq - 11</math> по результатам стресс-теста</li> <li>• Выявление 3 и более сегментов нарушенной сократимости по данным стресс-ЭХО КГ</li> <li>• Значимые стенозы по данным КТ-ангиографии (трехсосудистое поражение, стеноз ствола ЛКА или проксимальной части передней нисходящей артерии)</li> </ul>
2355.	Назовите абсолютные противопоказания к проведению стресс-теста с физической нагрузкой:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелый аортальный стеноз с клиническими проявлениями</li> <li>• 6-ые сутки острого инфаркта миокарда</li> <li>• Недостаточность кровообращения в стадии компенсации</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Наличие постоянного электрокардиостимулятора</li> </ul>
2356.	Укажите абсолютные показания к прекращению стресс-теста:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все перечисленное верно</li> <li>Снижение САД на 10 мм рт ст от исходного уровня, несмотря на возрастание нагрузки, сопровождающееся другими признаками ишемии</li> <li>Ангинозные боли в грудной клетке</li> <li>Неврологические нарушения (атаксия, головокружение, пресинкопальное состояние)</li> </ul>
2357.	Пациенту с ХИБС и высоким риском сердечно-сосудистой смерти (более 3% в год) следует рекомендовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Коронарографию с последующей реваскуляризацией миокарда</li> <li>Только подбор оптимальной медикаментозной терапии</li> <li>Прекращение любой физической активности</li> <li>Прием метаболических препаратов</li> </ul>
2358.	Пациенту с ХИБС, низким риском сердечно-сосудистой смерти (от 1 до 3% в год), хорошим качеством жизни следует рекомендовать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Только подбор оптимальной медикаментозной терапии</li> <li>Коронарографию с последующей реваскуляризацией миокарда</li> <li>Уменьшение аэробных физических нагрузок</li> <li>Прием метаболических препаратов</li> </ul>
2359.	Показаниями к реваскуляризации пациентов с ХИБС являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Низкое качество жизни пациента (вследствие стенокардии напряжения)</li> <li>Низкий риск сердечно-сосудистой смертности</li> <li>Наличие факторов риска (курение, дислипидемия и др.)</li> <li>Все вышеперечисленное</li> </ul>
2360.	Показаниями к реваскуляризации пациентов с ХИБС с целью влияния на прогноз являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное верно</li> <li>Стеноз ствола левой коронарной артерии более 50% при доказанной ишемии или FFR менее 0,8.</li> <li>Проксимальный стеноз передней межжелудочковой артерии более 50% при доказанной ишемии или FFR менее 0,8.</li> <li>Большая зона ишемии (более 10%)</li> </ul>
2361.	Показаниями к реваскуляризации пациентов с ХИБС с целью влияния на прогноз не являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Стеноз единственной коронарной артерии более 50% при FFR более 0,8.</li> <li>Стеноз ствола левой коронарной артерии более 50% при доказанной ишемии или FFR менее 0,8.</li> <li>Проксимальный стеноз передней межжелудочковой артерии более 50% при доказанной ишемии или FFR менее 0,8.</li> <li>Большая зона ишемии (более 10%)</li> </ul>
2362.	При каком значении SYNTAX SCORE при стенозе ствола левой коронарной артерии предпочтительно проведение аорто-коронарного шунтирования?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Более 32</li> <li>Менее 22</li> <li>Более 22</li> <li>Ни одном из вышеперечисленных</li> </ul>
2363.	При каком значении SYNTAX SCORE при трехсосудистом поражении коронарных артерий предпочтительно проведение аорто-коронарного шунтирования?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Более 22</li> <li>Менее 22</li> <li>Более 18</li> <li>Ни одном из вышеперечисленных</li> </ul>
2364.	Какие рекомендации по диете следует дать пациенту с ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все вышеперечисленное верно</li> <li>Употреблять жирную рыбу</li> <li>Ограничить употребление соли менее 5 г в день</li> <li>Ограничивать пищу, богатую животными жирами</li> </ul>

2365.	Выберите модифицируемые факторы риска развития ИБС:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Курение</li> <li>• Пол</li> <li>• Возраст</li> <li>• Наследственность</li> </ul>
2366.	К модификации образа жизни пациентов с ХИБС относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Отказ от курения</li> <li>• Соблюдение диеты</li> <li>• Регулярная физическая активность</li> </ul>
2367.	К факторам риска развития ИБС относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Курение</li> <li>• Дислипидемия</li> <li>• Ожирение</li> </ul>
2368.	Какой режим физической активности следует рекомендовать пациенту с ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам низкого риска- умеренная физическая аэробная нагрузка не менее 2 часов\неделю, у пациентов умеренного и высокого риска начинать следует с нагрузки менее 50% от максимально допустимой не менее 1 часа в неделю</li> <li>• Аэробная умеренная физическая нагрузка 1-2 раза в неделю по 2-3 часа</li> <li>• Интенсивная изотоническая физическая нагрузка ежедневно по 30-40 минут</li> <li>• Интенсивная изотоническая физическая нагрузка 1-2 раза в неделю по 2-3 часа</li> </ul>
2369.	К умеренной аэробной физической нагрузке относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ходьба со скоростью 4,8-6,5 км\час или езда на велосипеде со скоростью <math>\leq 15</math> км\ч</li> <li>• Бег</li> <li>• Езда на велосипеде более 15 км\час</li> <li>• Ходьба со скоростью менее 4,7 км\час</li> </ul>
2370.	Для речевого теста при умеренной физической нагрузке характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дыхание учащено, но возможно комфортное поддержание беседы развернутыми предложениями</li> <li>• Дыхание тяжелое, поддержание комфортной беседы невозможно</li> <li>• Дыхание прерывистое, возможно поддержание беседы отдельными словами</li> <li>• Все вышеперечисленное НЕ верно.</li> </ul>
2371.	Умеренная физическая нагрузка соответствует следующим МЕТам:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-5,9</li> <li>• 1,1-2,9</li> <li>• <math>\geq 6</math></li> <li>• <math>\leq 1</math></li> </ul>
2372.	Какие рекомендации относительно курения следует дать пациенту с ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Полный отказ от курения</li> <li>• Уменьшение количества сигарет до 5 в сутки</li> <li>• Переход на сигареты с более низким содержанием никотина</li> <li>• Запретить использование никотинзамещающей терапии</li> </ul>
2373.	Пассивное курение оказывает следующее влияние на прогноз у пациентов с ХИБС:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличивает риск сердечно-сосудистых событий на 30%</li> <li>• Не влияет на прогноз</li> <li>• Увеличивает риск сердечно-сосудистых событий на 10%</li> <li>• В первые 5 лет ухудшает прогноз, а затем на него не влияет</li> </ul>
2374.	Какие фармакологические вмешательства могут помочь пациенту отказаться от курения?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Никотинзамещающая терапия (жвачки, спреи, пластыри и др.)</li> <li>• Бупропион</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Варениклин</li> </ul>
2375.	Выберите оптимальное значение индекса массы тела для пациентов с ХИБС:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-24,9</li> <li>• 25-29,9</li> <li>• Менее 18,5</li> <li>• Более 30</li> </ul>
2376.	Какое значение индекса массы соответствует ожирению:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более 30</li> <li>• 20-24,9</li> <li>• 25-29,9</li> <li>• Менее 18,5</li> </ul>
2377.	Целевым уровнем АД у пациентов с ХИБС и сахарным диабетом 2 типа считается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 140\85 мм рт ст</li> <li>• Менее 130\80 мм рт ст</li> <li>• Менее 150\90 мм рт ст</li> <li>• Менее 125\75 мм рт ст</li> </ul>
2378.	Выберите целевой уровень гликированного гемоглобина у пациентов с ХИБС и сахарным диабетом 2 типа:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 7%</li> <li>• Менее 8%</li> <li>• Менее 6,5%</li> <li>• Менее 7,5%</li> </ul>
2379.	Какие препараты могут быть использованы с антиангинальной целью у пациентов со стенокардией напряжения?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Дигидропиридиновые и недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов</li> </ul>
2380.	Что входит в понятие оптимальная медикаментозная терапия у пациентов с ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прием хотя бы одного антиангинального препарата + лекарств, влияющих на прогноз</li> <li>• Прием метаболических препаратов</li> <li>• Прием хотя бы одного антиангинального препарата+ поливитамины</li> <li>• Ни одно из вышеперечисленного</li> </ul>
2381.	Какие препараты относятся к первой линии в купировании симптомов ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нитраты, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов</li> <li>• Ивабрадин, никорандил, ранолазин</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Триметазидин</li> </ul>
2382.	Какие препараты относятся ко второй линии в купировании симптомов ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ивабрадин, никорандил, ранолазин</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Бета-адреноблокаторы</li> <li>• Блокаторы кальциевых каналов</li> </ul>
2383.	Какие препараты должны использоваться для профилактики сердечно-сосудистых событий у пациентов с ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> <li>• Триметазидин</li> <li>• Ранолазин</li> <li>• Нитраты</li> </ul>
2384.	Выберите лекарства, которые при совместном назначении со статинами увеличивают риск рабдомиолиза?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Кларитромицин</li> <li>• Амиодарон</li> <li>• Верапамил</li> </ul>
2385.	При назначении статинов как часто необходимо контролировать липидный профиль пациента?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Через 8 (<math>\pm</math>4 недели) после начала терапии, а затем каждые 8 (<math>\pm</math>4 недели) после коррекции терапии</li> <li>• Через 6 месяцев после начала терапии, затем в этом нет необходимости</li> <li>• ежемесячно</li> <li>• 1 раз в 6 месяцев</li> </ul>



2386.	Как часто необходимо контролировать липидный профиль пациентам, принимающим статины, после достижения целевых значений?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 раз в год</li> <li>• Через каждые 8 (<math>\pm</math>4) недели</li> <li>• 1 раз в 6 месяцев</li> <li>• В этом нет необходимости</li> </ul>
2387.	Как часто при назначении статинов необходимо контролировать уровень трансаминаз?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перед лечением, а затем однократно через 8-12 недель</li> <li>• Перед лечением, а затем 1 раз в 6 месяцев</li> <li>• Перед лечением, а затем 1 раз в год</li> <li>• Перед лечением, а затем ежемесячно</li> </ul>
2388.	Какова тактика ведения пациента, принимающего статины, при повышении у него уровня АЛТ менее 3х раз от верхнего допустимого значения?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжить терапию и проконтролировать уровень АЛТ через 4-6 недель</li> <li>• Прекратить терапию статинами или снизить дозу и проверить через 4-6 недель</li> <li>• Не менять терапию статинами, провести поиск альтернативных причин повышения АЛТ</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
2389.	Какова тактика ведения пациента, принимающего статины, при повышении у него уровня АЛТ более 3х раз от верхнего допустимого значения?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прекратить терапию статинами или снизить дозу и проверить через 4-6 недель</li> <li>• Продолжить терапию и проконтролировать уровень АЛТ через 4-6 недель</li> <li>• Не менять терапию статинами, провести поиск альтернативных причин повышения АЛТ</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
2390.	Как часто при назначении статинов необходимо контролировать уровень креатинфосфокиназы?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перед началом лечения и в случае появления болей в мышцах</li> <li>• Перед лечением, а затем однократно через 8-12 недель</li> <li>• Перед лечением, а затем 1 раз в 6 месяцев</li> <li>• Перед лечением, а затем 1 раз в год</li> </ul>
2391.	Какова будет ваша тактика, если перед началом лечения статинами уровень креатинфосфокиназы $\geq$ 4х раз от верхнего допустимого значения?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не начинать терапию статинами</li> <li>• Начать терапию статинами и проверить КФК через 4 недели</li> <li>• Начать терапию статинами с малых доз</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>
2392.	Какова будет ваша тактика, если после начала лечения статинами уровень креатинфосфокиназы увеличился более 10 раз от верхнего допустимого значения?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прекратить лечение статинами, проверить функцию почек, контролировать уровень КФК каждые 2 недели</li> <li>• Продолжить терапию статинами под контролем КФК и клинической симптоматики</li> <li>• Прекратить лечение статинами на время, необходимое для нормализации КФК, затем возобновить в малых дозах</li> <li>• Продолжить терапию статинами в прежней дозе, контроль КФК не нужен</li> </ul>
2393.	Какова будет ваша тактика, если после начала лечения статинами уровень креатинфосфокиназы увеличился больше 4х, но менее 10 раз от верхнего допустимого значения и у пациента нет клинических симптомов?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжить терапию статинами под контролем КФК и клинической симптоматики</li> <li>• Прекратить лечение статинами, проверить функцию почек, контролировать уровень КФК каждые 2 недели</li> <li>• Прекратить лечение статинами на время, необходимое для нормализации КФК, затем возобновить в малых дозах</li> <li>• Продолжить терапию статинами в прежней дозе, контроль КФК не нужен</li> </ul>

2394.	Какова будет ваша тактика, если после начала лечения статинами уровень креатинфосфокиназы увеличился больше 4х, но менее 10 раз от верхнего допустимого значения и у пациента есть клинические симптомы?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прекратить лечение статинами на время, необходимое для нормализации КФК, затем возобновить в малых дозах</li> <li>• Прекратить лечение статинами, проверить функцию почек, контролировать уровень КФК каждые 2 недели</li> <li>• Продолжить терапию статинами под контролем КФК и клинической симптоматики</li> <li>• Продолжить терапию статинами в прежней дозе, контроль КФК не нужен</li> </ul>
2395.	Какова будет ваша тактика, если после начала лечения статинами уровень креатинфосфокиназы увеличился менее 4х раз от верхнего допустимого значения?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжить терапию статинами под контролем КФК и клинической симптоматики</li> <li>• Прекратить лечение статинами, проверить функцию почек, контролировать уровень КФК каждые 2 недели</li> <li>• Прекратить лечение статинами на время, необходимое для нормализации КФК, затем возобновить в малых дозах</li> <li>• Продолжить терапию статинами в прежней дозе, контроль КФК не нужен</li> </ul>
2396.	Что относится к побочным действиям нитратов?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Головная боль</li> <li>• Артериальная гипотензия</li> <li>• Синкопальные состояния</li> </ul>
2397.	Что относится к побочным действиям бета-блокаторов?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Одышка</li> <li>• Брадикардия</li> <li>• Бронхоспазм</li> </ul>
2398.	Что относится к побочным действиям бета-блокаторов?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АВ-блокады</li> <li>• Учащенное мочеиспускание</li> <li>• Тахикардия</li> <li>• Артериальная гипертензия</li> </ul>
2399.	Выберите противопоказания к бета-блокаторам:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Бронхиальная астма</li> <li>• Кардиогенный шок</li> <li>• Выраженная брадикардия или нарушение проводимости</li> </ul>
2400.	Выберите противопоказания к бета-блокаторам:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вазоспастическая стенокардия</li> <li>• ХОБЛ</li> <li>• Подагра</li> <li>• Гипертиреоз</li> </ul>
2401.	Что относится к побочным действиям недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Брадикардия</li> <li>• Снижение фракции выброса левого желудочка</li> <li>• Запоры</li> </ul>
2402.	Что относится к побочным действиям дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отеки ног</li> <li>• Снижение фракции выброса левого желудочка</li> <li>• Брадикардия</li> <li>• Гипотиреоз</li> </ul>
2403.	Выберите противопоказания к приему недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Брадикардия и\или нарушения проводимости</li> <li>• Сердечная недостаточность</li> <li>• СССУ</li> </ul>
2404.	Выберите противопоказания к приему дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелый аортальный стеноз</li> <li>• СССУ</li> <li>• ХОБЛ</li> <li>• АВ-блокады</li> </ul>

2405.	Что относится к побочным действиям ивабрадина?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Нарушение зрения</li> <li>• Головная боль, головокружение</li> <li>• Брадикардия</li> </ul>
2406.	Выберите противопоказания к приему ивабрадина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелое поражение печени</li> <li>• Депрессия</li> <li>• Прием ингибиторов АПФ</li> <li>• Болезнь Паркинсона</li> </ul>
2407.	Выберите препараты, противопоказанные при наличии у пациента выраженной брадикардии и\или нарушения проводимости:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов</li> <li>• Тиазидные диуретики</li> </ul>
2408.	Какую дозу ацетилсалициловой кислоты следует назначить пациенту с ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 75-150 мг в сутки</li> <li>• 250 мг в сутки</li> <li>• 500 мг в сутки</li> <li>• 50 мг в сутки</li> </ul>
2409.	Каковы целевые значения уровня ХС ЛПНП у пациентов с ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 1,8 ммоль\л</li> <li>• Менее 3,0 ммоль\л</li> <li>• Менее 2,6 ммоль\л</li> <li>• Ни один из вышеперечисленных</li> </ul>
2410.	Прием НПВС пациентами с ХИБС оказывает следующее влияние на прогноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ухудшает прогноз</li> <li>• Улучшает прогноз</li> <li>• Не влияет на прогноз</li> <li>• В малых дозах- не влияет на прогноз, в больших – ухудшает.</li> </ul>
2411.	Выберите тип стента, который будет предпочтителен для проведения ангиопластики пациента с ХИБС с точки зрения влияния на риск повторных ишемических событий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стент с лекарственным покрытием 2-го поколения</li> <li>• Голометаллический стент</li> <li>• Стент с лекарственным покрытием 1-го поколения</li> <li>• Ни один из вышеперечисленных</li> </ul>
2412.	Укажите минимальную продолжительность двойной дезагрегантной терапии у пациентов после планового стентирования коронарных артерий голометаллическим стентом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 месяц</li> <li>• 6 месяцев</li> <li>• 2 месяца</li> <li>• 12 месяцев</li> </ul>
2413.	Укажите минимальную продолжительность двойной дезагрегантной терапии у пациентов с низким риском кровотечения после планового стентирования коронарных артерий стентом с лекарственным покрытием 2-го поколения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 месяцев</li> <li>• 1 месяц</li> <li>• 2 месяца</li> <li>• 12 месяцев</li> </ul>
2414.	Пациентам с ХИБС следует продолжить монотерапию ацетилсалициловой кислотой или клопидогрелом на протяжении:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неопределенно долго</li> <li>• 1 года</li> <li>• 5 лет</li> <li>• Каждый раз решается индивидуально</li> </ul>
2415.	Выберите механизм действия ацетилсалициловой кислоты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокирует рецепторы к тромбоксану А2 на тромбоцитах</li> <li>• Блокирует P2Y12 рецепторы тромбоцитов</li> <li>• Блокирует Пб\Ша рецепторы тромбоцитов</li> <li>• Блокирует PAR рецепторы тромбоцитов</li> </ul>
2416.	Выберите механизм действия клопидогрела:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокирует P2Y12 рецепторы тромбоцитов</li> <li>• Блокирует рецепторы к тромбоксану А2 на тромбоцитах</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокирует IIb\IIIa рецепторы тромбоцитов</li> <li>• Блокирует PAR рецепторы тромбоцитов</li> </ul>
2417.	Выберите механизм антиангинального действия нитратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вызывают вазодилатацию преимущественно в венозной системе, что приводит к депонированию крови и уменьшению преднагрузки на сердце</li> <li>• Уменьшают частоту сердечных сокращений, увеличивает диастолу, снижает потребность миокарда в кислороде</li> <li>• Поддерживает энергетический метаболизм сердца путем регулирования работы трансмембранных каналов кардиомиоцитов</li> <li>• Является ингибитором позднего тока ионов натрия в кардиомиоциты, что приводит к уменьшению избытка внутриклеточных ионов кальция</li> </ul>
2418.	Выберите механизм антиангинального действия бета-блокаторов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшают частоту сердечных сокращений, увеличивает диастолу, снижает потребность миокарда в кислороде</li> <li>• Вызывают вазодилатацию преимущественно в венозной системе, что приводит к депонированию крови и уменьшению преднагрузки на сердце</li> <li>• Поддерживает энергетический метаболизм сердца путем регулирования работы трансмембранных каналов кардиомиоцитов</li> <li>• Является ингибитором позднего тока ионов натрия в кардиомиоциты, что приводит к уменьшению избытка внутриклеточных ионов кальция</li> </ul>
2419.	Выберите механизм антиангинального действия ранолазина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Является ингибитором позднего тока ионов натрия в кардиомиоциты, что приводит к уменьшению избытка внутриклеточных ионов кальция</li> <li>• Вызывают вазодилатацию преимущественно в венозной системе, что приводит к депонированию крови и уменьшению преднагрузки на сердце</li> <li>• Уменьшают частоту сердечных сокращений, увеличивает диастолу, снижает потребность миокарда в кислороде</li> <li>• Поддерживает энергетический метаболизм сердца путем регулирования работы трансмембранных каналов кардиомиоцитов</li> </ul>
2420.	Выберите механизм антиангинального действия ивабрадина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Селективно ингибирует If-каналы синусового узла, тем самым регулируя ЧСС и снижая потребность миокарда в кислороде</li> <li>• Вызывают вазодилатацию преимущественно в венозной системе, что приводит к депонированию крови и уменьшению преднагрузки на сердце</li> <li>• Уменьшают частоту сердечных сокращений, увеличивает диастолу, снижает потребность миокарда в кислороде</li> <li>• Является ингибитором позднего тока ионов натрия в кардиомиоциты, что приводит к уменьшению избытка внутриклеточных ионов кальция</li> </ul>

2421.	Выберите механизм антиангинального действия дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вызывают вазодилатацию и снижение общего периферического сопротивления путем ингибирования L-каналов преимущественно в гладкомышечных клетках артериол</li> <li>• Вызывают вазодилатацию преимущественно в венозной системе, что приводит к депонированию крови и уменьшению преднагрузки на сердце</li> <li>• Селективно ингибирует If-каналы синусового узла, тем самым регулируя ЧСС и снижая потребность миокарда в кислороде</li> <li>• Является ингибитором позднего тока ионов натрия в кардиомиоциты, что приводит к уменьшению избытка внутриклеточных ионов кальция</li> </ul>
2422.	Выберите механизм антиангинального действия недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вызывают вазодилатацию и снижение общего периферического сопротивления путем ингибирования L-каналов преимущественно в гладкомышечных клетках артериол, а также ингибируют СА и АВ-узлы, уменьшая тем самым ЧСС.</li> <li>• Вызывают вазодилатацию преимущественно в венозной системе, что приводит к депонированию крови и уменьшению преднагрузки на сердце</li> <li>• Селективно ингибирует If-каналы синусового узла, тем самым регулируя ЧСС и снижая потребность миокарда в кислороде</li> <li>• Является ингибитором позднего тока ионов натрия в кардиомиоциты, что приводит к уменьшению избытка внутриклеточных ионов кальция</li> </ul>
2423.	Кому следует определять сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем людям старше 40 лет</li> <li>• Только тем пациентам, у которых имеется ИБС</li> <li>• Пациентам с сахарным диабетом 2 типа или заболеванием почек</li> <li>• На усмотрение лечащего врача</li> </ul>
2424.	Кому не следует определять сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам, у которых имеется ИБС</li> <li>• Всем людям старше 40 лет</li> <li>• Пациентам с гипотиреозом</li> <li>• Всем вышеперечисленным</li> </ul>
2425.	Шкала SCORE позволяет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определить 10-летний риск фатальных сердечно-сосудистых событий у людей в возрасте от 40 до 65 лет</li> <li>• Определить 10-летний риск всех (фатальных и нефатальных) сердечно-сосудистых событий в возрасте от 40 до 65 лет</li> <li>• Определить 10-летний риск фатальных сердечно-сосудистых событий у людей в любом возрасте</li> <li>• Определить 5-летний риск всех (фатальных и нефатальных) сердечно-сосудистых событий в любом возрасте</li> </ul>
2426.	К какой степени риска по шкале SCORE будет относиться пациент с ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Очень высокий</li> <li>• Высокий</li> <li>• Промежуточный или низкий</li> <li>• Не хватает информации для выбора степени риска</li> </ul>
2427.	Какие гиполипидемические препараты могут использоваться у пациентов с ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Статины</li> <li>• Эзетимиб</li> <li>• Ингибиторы PCSK9</li> </ul>

2428.	При непереносимости статинов, какие препараты следует назначить пациенту с ХИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы PCSK9</li> <li>• Фибраты</li> <li>• Метаболические препараты</li> <li>• Никотиновая кислота</li> </ul>
2429.	Какие группы препаратов при проведении химиотерапии могут приводить к развитию ИБС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Фторпиримидины</li> <li>• Ингибиторы фактора роста эндотелия сосудов (анти-VEGF)</li> <li>• Препараты платины</li> </ul>
2430.	Какой механизм развития ИБС у пациентов после лучевой терапии?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Повышенное тромбообразование</li> <li>• Повреждение эндотелия</li> <li>• Разрыв покрышки атеросклеротической бляшки</li> </ul>
2431.	Какой механизм развития ИБС у пациентов после химиотерапии?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное</li> <li>• Повреждение эндотелия</li> <li>• Вазоспазм</li> <li>• Состояние гиперкоагуляции</li> </ul>
2432.	При проведении перфузионной сцинтиграфии миокарда с нагрузкой появление 2х и более сегментов нарушения перфузии говорит о следующем:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациент относится к группе высокого риска сердечно-сосудистых событий</li> <li>• Пациент относится к группе промежуточного риска сердечно-сосудистых событий</li> <li>• Пациент относится к группе низкого риска сердечно-сосудистых событий</li> <li>• Данное исследование не позволяет оценить риск сердечно-сосудистых событий</li> </ul>
2433.	Пациентам с риском сердечно-сосудистой смерти более 3% в год по данным перфузионной сцинтиграфии миокарда следует рекомендовать следующее:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведение коронарографии</li> <li>• Проведение КТ-ангиографии коронарных артерий</li> <li>• Проведение стресс-теста с физической нагрузкой</li> <li>• Продолжить прием оптимальной медикаментозной терапии</li> </ul>
2434.	Какое исследование для диагностики ишемии вы выберете пациенту с постоянным ЭКС?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стресс-ЭХО КГ или сцинтиграфию миокарда с физической нагрузкой</li> <li>• Стресс-тест с физической нагрузкой</li> <li>• Суточное мониторирование ЭКГ</li> <li>• Ортостатические пробы</li> </ul>
2435.	Пациент с ИБС находится на постоянном приеме максимально разрешенной дозы аторвастатина в сутки. Уровень ХС ЛПНП 2,5 ммоль\л. Ваши действия?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Добавить эзетимиб</li> <li>• Добавить второй статин</li> <li>• Увеличить количество животных жиров в рационе</li> <li>• Добавить никотиновую кислоту</li> </ul>
2436.	Пациент с ИБС находится на постоянном приеме максимально разрешенной дозы аторвастатина и эзетимиба в сутки. Уровень ХС ЛПНП 2,6 ммоль\л. Ваши действия?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Добавить блокатор PCSK9</li> <li>• Добавить фибрат</li> <li>• Увеличить количество животных жиров в рационе</li> <li>• Добавить никотиновую кислоту</li> </ul>
2437.	При развитии устойчивой желудочковой тахикардии у пациента во время стресс-теста с физической нагрузкой, необходимо рекомендовать следующее:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Незамедлительно провести коронарографию</li> <li>• Резко ограничить физическую нагрузку в ближайшие 6 месяцев</li> <li>• Сменить проводимую медикаментозную терапию</li> <li>• Ничего не рекомендовать</li> </ul>

2438.	К типичной клинической картине стенокардии напряжения относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Давящая боль в грудной клетке, возникающая при физической нагрузке, проходящая в покое самостоятельно или после приема нитроглицерина в течение нескольких минут</li> <li>• Давящая боль в грудной клетке, возникающая преимущественно в покое, без связи с физической нагрузкой, длящаяся до нескольких часов</li> <li>• Прокальывающая боль в левой половине грудной клетки, проходящая при перемене положения тела</li> <li>• Жгучая боль за грудиной, возникающая после обильной еды и при наклонах вперед</li> </ul>
2439.	Выберите классификацию стабильной стенокардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1, 2, 3, 4 функциональных классов</li> <li>• I, II, III типа</li> <li>• 1, 2, 3, 4 класс по NYHA</li> <li>• Типа А, В, С</li> </ul>
2440.	Выберите оптимальную тактику ведения пациента с ХИБС, если при проведении коронарографии выявлен гемодинамически значимый стеноз ствола левой коронарной артерии 70%, SYNTAX SCORE- 22:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стентирование ствола левой коронарной артерии</li> <li>• Аорто-коронарное шунтирование</li> <li>• Только медикаментозное лечение</li> <li>• Повторная коронарография через 12 месяцев</li> </ul>
2441.	Возникновение приступа стенокардии провоцирует:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Физическая нагрузка</li> <li>• Умственный труд</li> <li>• Неудобное положение тела</li> <li>• Нарушение диеты</li> </ul>
2442.	Выберите локализацию\ иррадиацию боли при стабильной стенокардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• За грудиной</li> <li>• В нижней челюсти</li> <li>• В плечах и лопатках</li> </ul>
2443.	Выберите показания к назначению пролонгированных нитратов при стабильной стенокардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкое качество жизни пациента, связанное с возникновением ангинозных болей при невозможности провести реваскуляризацию</li> <li>• Всем пациентам со стабильной стенокардией</li> <li>• Перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе</li> <li>• Сочетание стенокардии с критическим стенозом устья аорты</li> </ul>
2444.	При развитии у человека приступа болей за грудиной при физической нагрузке, необходимо:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прекратить нагрузку, дать нитроглицерин под язык, при неэффективности вызвать скорую помощь</li> <li>• Положить согревающий компресс на грудную клетку</li> <li>• Провести массаж каротидного синуса</li> <li>• Выполнить 10 приседаний</li> </ul>
2445.	Противопоказаниями к проведению коронарографии пациенту с ХИБС являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нежелание больного</li> <li>• Курение</li> <li>• Наличие язвенной болезни желудка</li> <li>• Наличие бронхиальной астмы</li> </ul>
2446.	При проведении ангиопластики со стентированием коронарных артерий пациенту с ХИБС и мерцательной аритмией (CHA2DS2-VASC-3) продолжительность «тройной терапии» (аспирин+клопидогрел+пероральный антикоагулянт) будет зависимость от?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Риска кровотечений (например, по шкале HAS-BLED)</li> <li>• Используемых дезагрегантных препаратов</li> <li>• Количества имплантируемых стентов</li> <li>• От длительности существования мерцательной аритмии у пациента</li> </ul>

2447.	При проведении ангиопластики со стентированием коронарных артерий пациенту с ХИБС и мерцательной аритмией (CHA2DS2-VASC-3, HAS-BLED- 3), выберите режим антитромботической терапии?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тройная (аспирин+клопидогрел+пероральный антикоагулянт) или двойная терапия (аспирин или клопидогрел+пероральный антикоагулянт) на месяц, затем двойная терапия до 6 месяцев, далее монотерапия антикоагулянтом</li> <li>• Тройная терапия (аспирин+клопидогрел+пероральный антикоагулянт) на 6 месяцев, далее двойная терапия (аспирин или клопидогрел+пероральный антикоагулянт), далее монотерапия антикоагулянтом</li> <li>• Тройная (аспирин+клопидогрел+пероральный антикоагулянт) на месяц, далее двойная терапия (аспирин или клопидогрел + пероральный антикоагулянт) до 12 месяцев, затем монотерапия антикоагулянтом</li> <li>• Тройная терапия (аспирин+клопидогрел+пероральный антикоагулянт) первые 12 месяцев, далее двойная терапия (аспирин или клопидогрел + пероральный антикоагулянт).</li> </ul>
2448.	При проведении ангиопластики со стентированием коронарных артерий пациенту с ХИБС И мерцательной аритмией (CHA2DS2-VASC-3, HAS-BLED- 1), выберите режим антитромботической терапии?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тройная (аспирин+клопидогрел+пероральный антикоагулянт) на месяц, далее двойная терапия (аспирин или клопидогрел + пероральный антикоагулянт) до 12 месяцев, затем монотерапия антикоагулянтом</li> <li>• Тройная (аспирин+клопидогрел+пероральный антикоагулянт) или двойная терапия (аспирин или клопидогрел+пероральный антикоагулянт) на месяц, затем двойная терапия до 6 месяцев, далее монотерапия антикоагулянтом</li> <li>• Тройная терапия (аспирин+клопидогрел+пероральный антикоагулянт) на 6 месяцев, далее двойная терапия (аспирин или клопидогрел+пероральный антикоагулянт), далее монотерапия антикоагулянтом</li> <li>• Тройная терапия (аспирин+клопидогрел+пероральный антикоагулянт) первые 12 месяцев, далее двойная терапия (аспирин или клопидогрел + пероральный антикоагулянт).</li> </ul>
2449.	Термин " тройная антитромботическая терапия" включает в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ацетилсалициловая кислота+ клопидогрел+ пероральный антикоагулянт</li> <li>• Ацетилсалициловая кислота+ два пероральных антикоагулянта</li> <li>• Ацетилсалициловая кислота+тикагрелор+прасугрел</li> <li>• Ацетилсалициловая кислота + тикагрелор+ пероральный антикоагулянт</li> </ul>
2450.	Термин " двойная антитромботическая терапия" включает в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ацетилсалициловая кислота\клопидогрел+ пероральный антикоагулянт</li> <li>• Фондапаринукс+ пероральный антикоагулянт</li> <li>• Варфарин+ НОАК</li> <li>• Ацетилсалициловая кислота+клопидогрел</li> </ul>
2451.	Какой антикоагулянтный препарат входит в состав «двойной или тройной терапии»?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антагонисты витамина К или НОАК</li> <li>• Клопидогрел</li> <li>• Низкомолекулярные гепарины</li> <li>• Фондапаринукс</li> </ul>



2452.	Через какое время после проведенной ангиопластики со стентированием коронарных артерий пациенту с ХИБС и мерцательной аритмией (CHA2DS2-VASC-3, HAS-BLED- 1) можно отменить дезагрегантные препараты?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Через 12 месяцев</li> <li>• Через 6 месяцев</li> <li>• Через 3 месяца</li> <li>• Через 1 месяц</li> </ul>
2453.	Через какое время после проведенной ангиопластики со стентированием коронарных артерий пациенту с ХИБС и мерцательной аритмией (CHA2DS2-VASC-3, HAS-BLED- 4) можно отменить дезагрегантные препараты?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Через 6 месяцев</li> <li>• Через 12 месяцев</li> <li>• Через 3 месяца</li> <li>• Через 1 месяц</li> </ul>
2454.	Через какое время после проведенной ангиопластики со стентированием коронарных артерий пациенту с ХИБС и мерцательной аритмией (CHA2DS2-VASC-3, HAS-BLED- 4) можно отменить один дезагрегантный препарат?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сразу же или через 1 месяц на усмотрение лечащего врача</li> <li>• Через 3 месяца</li> <li>• Через 6 месяцев</li> <li>• Через 12 месяцев</li> </ul>
2455.	через какое время после проведенной ангиопластики со стентированием коронарных артерий пациенту с ХИБС и мерцательной аритмией (CHA2DS2-VASC-3, HAS-BLED- 1) можно отменить один дезагрегантный препарат?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Через 1 месяц</li> <li>• Через 3 месяца</li> <li>• Через 6 месяцев</li> <li>• Через 12 месяцев</li> </ul>
2456.	Назначьте терапию пациенту с ХИБС и мерцательной аритмией (CHA2DS2-VASC-0, HAS-BLED- 1) сразу после проведенной ангиопластики со стентированием коронарных артерий?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ацетилсалициловая кислота+ клопидогрел (тикагрелор)</li> <li>• Ацетилсалициловая кислота+ клопидогрел+ пероральный антикоагулянт</li> <li>• Ацетилсалициловая кислота+ пероральный антикоагулянт</li> <li>• Клопидогрел+пероральный антикоагулянт</li> </ul>
2457.	В какой ситуации пациент с ХИБС будет нуждаться в назначении пероральных антикоагулянтов?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При наличии протезированного митрального клапана механическим протезом</li> <li>• При проведении ангиопластики со стентированием коронарных артерий</li> <li>• При проведении аорто-коронарного шунтирования</li> <li>• При наличии мерцательной аритмии с CHA2DS2-VASC-0</li> </ul>
2458.	В какой ситуации пациент с ХИБС будет нуждаться в назначении пероральных антикоагулянтов?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех вышеперечисленных ситуациях</li> <li>• При наличии мерцательной аритмии с CHA2DS2-VASC-3</li> <li>• При наличии тромбоза глубоких вен ног</li> <li>• При наличии аномалии Лейдена</li> </ul>
2459.	Для диагностики ишемии у пациента с блокадой левой ножки пучка Гиса целесообразно провести	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стресс – эхокардиографию</li> <li>• ЭКГ- пробу с физической нагрузкой</li> <li>• Холтеровское мониторирование ЭКГ</li> <li>• Рентгенографию органов грудной клетки</li> </ul>
2460.	Причиной стенокардии у молодого пациента без атеросклеротического поражения коронарных артерий может быть	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Болезнь Такаясу</li> <li>• Болезнь Kawasaki</li> <li>• Фибромышечная дистрофия</li> </ul>

2461.	СТРЕСС – ЭХОКГ с физической нагрузкой по сравнению с ЭКГ- пробой с физической нагрузкой	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволяет оценить объём ишемизированного миокарда локализацию ишемии</li> <li>• Позволяет оценить анатомию коронарных артерий</li> <li>• Не показано пациентам после аорто- коронарного шунтирования из-за сложностей визуализации</li> <li>• Сопровождается меньшим риском для пациента во время процедуры</li> </ul>
2462.	Ангинозный характер болей в прекардиальной области маловероятен, если	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боли носят колющий характер, проходят после приема нитроглицерина за 20-30 минут</li> <li>• Боли давящего характера проходят после прием нитроглицерина через 1-2 минуты</li> <li>• Боли иррадиируют в нижнюю челюсть</li> <li>• Боли иррадиируют в обе руки</li> </ul>
2463.	Мероприятия, не оказывающие влияния на увеличение продолжительности жизни больных с хронической ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение количества выкуриваемых сигарет</li> <li>• Соблюдение диеты с ограничением животных жиров</li> <li>• Регулярная умеренная физическая нагрузка</li> <li>• Уменьшение уровня холестерина низкой плотности на 50% от исходного</li> </ul>
2464.	Причиной стенокардии при неизмененных коронарных артериях может быть	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелая анемия</li> <li>• Остеохондроз позвоночника</li> <li>• Пропалс митрального клапана</li> <li>• Перикардит</li> </ul>
2465.	Какие утверждения о роли курения и риске ИБС верны	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существует дозозависимый эффект между количеством консультаций по прекращению курения и устойчивым воздержанием</li> <li>• Уменьшение количества выкуриваемых сигарет в день уменьшает риск развития осложнений ИБС</li> <li>• Не влияет на риск развития ИБС при количестве сигарет менее 3 в день</li> <li>• Риск развития ИБС меньше у курильщиков, употребляющих « легкие » сигареты</li> </ul>
2466.	Какие утверждения относительно принципов формирования здорового питания верны	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Употребление 1-2 порций рыбы (предпочтительно жирных сортов) в неделю снижает смертность от ИБС на 36% и смертность от всех причин на 17%</li> <li>• Содержание соли в рационе не должно превышать 10 г/сут</li> <li>• Применение витаминов, содержащих витамины А и Е ввиду их антиоксидантных свойств приводит к снижению риска развития ИБС</li> <li>• Употребление витаминов В6, В12 и фолиевой кислоты достоверно понижает содержание гомоцистеина в крови и приводит к снижению риска развития ИБС</li> </ul>
2467.	Высокий уровень высокочувствительно с-реактивного белка:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ухудшает прогноз у пациентов с ИБС</li> <li>• Не влияет на прогноз</li> <li>• Требуется немедленного назначения антиоксидантных препаратов</li> <li>• Применяется для диагностики острого инфаркта миокарда</li> </ul>
2468.	При низком уровне холестерина ЛПВП показано	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение физических нагрузок</li> <li>• Прием витамина Е</li> <li>• Прием n -3 жирных кислот</li> <li>• Диета с повышенным содержанием фитостеролов</li> </ul>

2469.	Употребление в пищу йогуртов, обогащенных фитостеролами	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Безопасность длительного употребления продуктов, обогащенных фитостеролами не доказана</li> <li>• Заменяет прием статинов</li> <li>• Повышает уровень холестерина ЛПВП</li> <li>• Рекомендовано всем пациентам для вторичной профилактики ИБС</li> </ul>
2470.	Какие препараты влияют на прогноз у больных с ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ацетилсалициловая кислота</li> <li>• Триметазидин</li> <li>• Пролонгированные нитраты</li> <li>• Ранолазин</li> </ul>
2471.	Показания к реваскуляризации при хронических формах ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенокардия напряжения, ухудшающая качество жизни пациента, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию</li> <li>• Зона ишемии менее 10% миокарда левого желудочка при стресс – тесте с визуализацией</li> <li>• Бессимптомная окклюзия коронарной артерии при отсутствии коллатералей</li> <li>• Стеноз передней межжелудочковой артерии 60% и функциональный резерв кровотока (FFR)= 0.9</li> </ul>
2472.	Цели проведения чрескожного коронарного вмешательства у пациентов со стабильной стенокардией напряжения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшение прогноза в случае выявления факторов, указывающих на высокий риск</li> <li>• Улучшение качества жизни у бессимптомных пациентов</li> <li>• Уменьшение количества пароксизмов мерцательной аритмии</li> <li>• Снижение риска сердечно-сосудистых осложнений при плановой офтальмологической операции</li> </ul>
2473.	Стеноз передней межжелудочковой артерии 60% является гемодинамически значимым в случае если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Функциональный резерв кровотока &lt;0.8</li> <li>• Функциональный резерв кровотока равен 1.0</li> <li>• Функциональный резерв кровотока &gt;0.8</li> <li>• Функциональный резерв кровотока &gt; 1,0</li> </ul>
2474.	Для профилактики контрастиндуцированной нефропатии при проведении чрескожного коронарного вмешательства у пациента с хронической болезнью почек целесообразно	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести гидратацию физиологическим раствором</li> <li>• Прием метформина непосредственно перед вмешательством</li> <li>• Использовать высокоосмолярное контрастное вещество</li> <li>• Провести инфузию бикарбоната натрия</li> </ul>
2475.	Шкала SYNTAX	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Разработана для оценки анатомической сложности поражения коронарного русла при трехсосудистом поражении или стенозе ствола левой коронарной артерии</li> <li>• Помогает оценить риск отдаленных больших коронарных и цереброваскулярных событий в группе пациентов, подвергшихся ЧКВ, но не коронарному шунтированию.</li> <li>• В варианте SYNTAX II учитывает также и клинические факторы риска</li> </ul>
2476.	Пациенту с гиперлипидемией и гипотиреозом следует	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подобрать заместительную гормональную терапию, при наличии ИБС или высокого риска ИБС назначить статины</li> <li>• Назначить фибраты</li> <li>• Назначить препараты йода</li> <li>• Выполнить тиреоидэктомию</li> </ul>

2477.	Ацетилсалициловая кислота	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подавляет синтез тромбксана А2</li> <li>• Блокирует АДФ – зависимую агрегацию тромбоцитов</li> <li>• Ингибирует PAR рецепторы тромбоцитов</li> <li>• Является селективным ингибитором циклооксигеназы 1 типа.</li> </ul>
2478.	Клопидогрел	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Является блокатором P2Y12 рецепторов тромбоцитов</li> <li>• Подавляет тромбин-индуцированную агрегацию тромбоцитов</li> <li>• Является активным веществом, а не пролекарством</li> <li>• Необратимо блокирует ПВ/ПА рецепторы тромбоцитов</li> </ul>
2479.	Бета- адреноблокаторы при стабильной ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшают смертность у пациентов с низкой фракцией выброса</li> <li>• Улучшают прогноз у всех категорий больных</li> <li>• Уменьшают толерантность к физической нагрузке</li> <li>• Не показаны</li> </ul>
2480.	Верапамил и дилтиазем при стабильной ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Могут быть использованы для снижения частоты ангинозных приступов</li> <li>• Противопоказаны пациентам с низкой фракцией выброса</li> <li>• Препараты выбора при вазоспастической стенокардии</li> </ul>
2481.	Двойная антиагрегантная терапия при стабильной ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может проводиться неопределенно долго у отдельных пациентов с высоким риском</li> <li>• Показана всем пациентам при отсутствии противопоказаний</li> <li>• Не влияет на риск кровотечения</li> <li>• Проводится в течение 2-3 лет после стентирования коронарных артерий</li> </ul>
2482.	Препараты, уменьшающие летальность пациентов со стабильной ИБС и фракцией выброса левого желудочка менее 35%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рамиприл</li> <li>• Нитроглицерин</li> <li>• Фуросемид</li> <li>• Дигоксин</li> </ul>
2483.	Немедикаментозные методы лечения рефрактерной стенокардии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Наружная контрпульсация</li> <li>• Чрескожная нейростимуляция</li> <li>• Трансмиокардиальная лазерная ревазуляризации</li> </ul>
2484.	Выберите правильное утверждение: «гибернирующий» миокард	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возникает после длительно существующей ишемии миокарда</li> <li>• Возникает после кратковременной ишемии миокарда</li> <li>• Кардиомиоциты погибают</li> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> </ul>
2485.	Методами выявления «гибернирующего» миокарда являются	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стресс - ЭХОКГ с добутамином</li> <li>• ЭКГ- проба с дипиридамолом</li> <li>• МРТ сердца с физической нагрузкой</li> <li>• Стресс-тест с физической нагрузкой</li> </ul>
2486.	Восстановление кровотока в зоне «гибернирующего» миокарда приводит к	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличению фракции выброса левого желудочка</li> <li>• Снижению риска инфаркта миокарда</li> <li>• Усилению симптомов сердечной недостаточности</li> <li>• Гибели кардиомиоцитов</li> </ul>

2487.	Увеличение ежедневной дозы ацетилсалициловой кислоты до 500 мг в сутки при хронической ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличивает риск язвы желудка</li> <li>• Целесообразно, при тромбозе стента в анамнезе</li> <li>• Целесообразно при увеличении количества тромбоцитов свыше <math>600 \times 10^9/\text{л}</math></li> <li>• Приводит к увеличению антиагрегантного эффекта</li> </ul>
2488.	В случае проведения аорто-коронарного шунтирования пациенту с ХИБС и мерцательной аритмией двойная дезагрегантная терапия в добавление к антикоагулянтной терапии должна проводиться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В назначении двойной дезагрегантной терапии нет необходимости</li> <li>• 1 месяц после операции</li> <li>• 6 месяцев после операции</li> <li>• 12 месяцев после операции</li> </ul>
2489.	Применение колхицина для лечения подагры у пациентов с сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Эффективно для купирования приступов подагры у пациентов с сердечной недостаточностью</li> <li>• Противопоказано при тяжелой почечной недостаточности</li> <li>• Может приводить к диаррее</li> </ul>
2490.	При гиперурикемии или подагре у пациентов с сердечной недостаточностью, принимающих диуретики рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Использование аллопуринола для снижения уровня мочевой кислоты</li> <li>• Колхицин для купирования приступов подагры</li> <li>• Избегать применения НПВС</li> </ul>
2491.	Препараты для лечения сердечной недостаточности, способные повышать уровень калия крови:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Антагонисты альдостерона</li> <li>• Триамтерен</li> </ul>
2492.	Прием статинов у пациентов с хронической сердечной недостаточностью показан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При сопутствующей ИБС</li> <li>• Всем пациентам с хронической сердечной недостаточностью</li> <li>• Не показан</li> <li>• Для улучшения симптоматики</li> </ul>
2493.	Применение розувастатина у пациентов с сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не снижает смертность</li> <li>• Снижает смертность</li> <li>• Снижает число госпитализаций</li> <li>• Уменьшает риск почечной недостаточности</li> </ul>
2494.	При лечении артериальной гипертензии у пациентов с сердечной недостаточностью и сниженной ФВ не рекомендованы препараты, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амлодипина</li> <li>• Дилтиазема</li> <li>• Верапамила</li> <li>• Моксонидина</li> </ul>
2495.	Препараты, снижающие риск смерти и госпитализаций по поводу сердечной недостаточности у пациентов с сохранной и сниженной ФВ и артериальной гипертензией:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Блокаторы ренина</li> <li>• Блокаторы имидазолиновых рецепторов</li> <li>• Альфа-адреноблокаторы</li> </ul>
2496.	У пациента с сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией на фоне приема ингибиторов апф+бета-блокаторов+антагонистов альдостерона остается повышение АД. Рекомендовано добавить к терапии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тиазидные диуретики</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Антагонисты альфа-адренорецепторов</li> <li>• Антагонисты имидазолиновых рецепторов</li> </ul>

2497.	У пациента с сердечной недостаточностью, сниженной ФВ и артериальной гипертензией на фоне приема ингибиторов апф+бета-блокаторов+антагонистов альдостерона+диуретиков остается повышение АД. Рекомендовано добавить к терапии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амлодипин</li> <li>• Моксонидин</li> <li>• Ивабрадин</li> <li>• Алискирен</li> </ul>
2498.	Применение блокаторов альфа-адренорецепторов для снижения АД у пациентов с сердечной недостаточностью и сниженной ФВ может приводить к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Декомпенсации сердечной недостаточности</li> <li>• Улучшению прогноза</li> <li>• Уменьшению числа госпитализаций</li> <li>• Улучшению симптоматики</li> </ul>
2499.	Дефицит железа у пациентов с сердечной недостаточностью может приводить к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Анемии</li> <li>• Нарушению функции скелетных мышц без развития анемии</li> <li>• Неблагоприятному прогнозу</li> </ul>
2500.	Факторы риска развития анемии у пациентов с сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Женский пол</li> <li>• Пожилой возраст</li> <li>• Нарушение функции почек</li> </ul>
2501.	Развитие анемии у пациентов с сердечной недостаточностью может приводить к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Прогрессированию симптомов</li> <li>• Повышенному риску госпитализации по поводу сердечной недостаточности</li> <li>• Снижению выживаемости</li> </ul>
2502.	У пациентов с сердечной недостаточностью, сниженной ФВ и дефицитом железа внутривенное применение железа карбоксимальтозата:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшает симптоматику сердечной недостаточности, повышает толерантность к физическим нагрузкам</li> <li>• Не влияет на симптоматику</li> <li>• Не влияет на толерантность к физическим нагрузкам</li> <li>• Не снижает риск госпитализаций</li> </ul>
2503.	Для устранения дефицита железа у пациентов с сердечной недостаточностью рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутривенное введение железа карбоксимальтозата</li> <li>• Пероральный приём препаратов железа</li> <li>• Диета, содержащая продукты, богатые железом</li> <li>• Применение стимуляторов эритропоэтина</li> </ul>
2504.	Применение стимуляторов эритропоэтина при анемии легкой и умеренной степени у пациентов с сердечной недостаточностью, сниженной ФВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не улучшает прогноз, ведет к развитию тромбозомболических осложнений</li> <li>• Улучшает прогноз</li> <li>• Улучшает симптоматику</li> <li>• Уменьшает риск госпитализаций</li> </ul>
2505.	Нарушение функции почек у пациентов с сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ухудшает прогноз, увеличивает риск госпитализаций</li> <li>• Не влияет на прогноз</li> <li>• Не влияет на риск госпитализаций</li> <li>• Не влияет на симптоматику</li> </ul>
2506.	К снижению функции почек у пациентов с сердечной недостаточностью могут приводить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Диуретики</li> <li>• Контрастные вещества</li> <li>• Ингибиторы АПФ/БРА</li> </ul>
2507.	Тактика врача при повышении уровня креатинина на 25% от исходных цифр на фоне терапии ингибиторами раас у пациентов с сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжить терапию под контролем динамики креатинина</li> <li>• Сделать временный перерыв в терапии</li> <li>• Прекратить терапию</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заменить ингибиторы РААС на препараты других групп</li> </ul>
2508.	При развитии почечной недостаточности у пожилых мужчин с сердечной недостаточностью в первую очередь следует исключить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обструкцию уретры на уровне предстательной железы</li> <li>• Цистит</li> <li>• Пиелонефрит</li> <li>• Гломерулонефрит</li> </ul>
2509.	Наличие у пациентов с сердечной недостаточностью ХОБЛ или бронхиальной астмы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Ухудшает прогноз</li> <li>• Может приводить к развитию лёгочной гипертензии</li> <li>• Может приводить к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности</li> </ul>
2510.	Какие общие признаки могут встречаться у пациентов с ожирением и пациентов с сердечной недостаточностью?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное</li> <li>• Одышка</li> <li>• Нарушение толерантности к физическим нагрузкам</li> <li>• Отёки голеней</li> </ul>
2511.	У пациентов с сердечной недостаточностью и ожирением, по сравнению с пациентами с дефицитом веса, отмечается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сниженные уровни натрийуретических пептидов, более низкая смертность</li> <li>• Сниженные уровни натрийуретических пептидов, более высокая смертность</li> <li>• Более высокие уровни натрийуретических пептидов</li> <li>• Более высокая смертность</li> </ul>
2512.	Снижение веса может быть рекомендовано пациентам с сердечной недостаточностью и ожирением, если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИМТ 35-45 кг/м<sup>2</sup></li> <li>• ИМТ &lt;35 кг/м<sup>2</sup></li> <li>• ИМТ 35-40 кг/м<sup>2</sup></li> <li>• ИМТ &gt; 40 кг/м<sup>2</sup></li> </ul>
2513.	Для хронической сердечной недостаточности характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение преднагрузки</li> <li>• Гипертрофия миокарда предсердий</li> <li>• Периферическая вазодилатация</li> <li>• Снижение ЧСС</li> </ul>
2514.	Для хронической сердечной недостаточности характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Усиление одышки при физической нагрузке и уменьшение одышки в положении сидя</li> <li>• Уменьшение одышки в положении лежа</li> <li>• Теплые руки</li> <li>• Пониженное АД</li> </ul>
2515.	При хронической сердечной недостаточности на ЭХОКГ может наблюдаться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное</li> <li>• Снижение фракции выброса левого желудочка</li> <li>• Нормальная фракция выброса левого желудочка</li> <li>• Нормальные размеры полости левого желудочка</li> </ul>
2516.	При хронической сердечной недостаточности на эхокг может наблюдаться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное</li> <li>• Диффузный гипокинез левого желудочка</li> <li>• Шаровидный левый желудочек</li> <li>• Диастолическая дисфункция левого желудочка I типа</li> </ul>

2517.	Для хронической сердечной недостаточности характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Наличие смещаемых незвонких мелкопузырчатых хрипов в легких в нижних отделах легких</li> <li>Шум трения плевры</li> <li>Шум Гехема-Силла</li> <li>Шум трения перикарда</li> </ul>
2518.	Задержка жидкости при сердечной недостаточности обусловлена:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Всем перечисленным</li> <li>Снижением почечного кровотока</li> <li>Внутрипочечным шунтированием крови к юкстагломерулярным нефронам</li> <li>Повышенным выбросом альдостерона</li> </ul>
2519.	При снижении сердечного выброса уровень катехоламинов в крови:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Повышается</li> <li>Понижается</li> <li>Не меняется</li> <li>Повышается после начального снижения</li> </ul>
2520.	Методы, используемые для временного улучшения состояния больных с тяжёлой сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Всё перечисленное верно</li> <li>Инфузия добутамина</li> <li>Вспомогательное кровообращение</li> <li>Инфузия левосимендана</li> </ul>
2521.	В основе действия левосимендана лежит:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Повышение чувствительности сократительных белков к Ca<sup>2+</sup></li> <li>Снижение чувствительности сократительных белков к Ca<sup>2+</sup></li> <li>Изменение реполяризации</li> <li>Открытие па-каналов</li> </ul>
2522.	Применение левосимендана целесообразно при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Рефрактерной хронической сердечной недостаточности</li> <li>Только пациентам с полной блнпг</li> <li>Всем пациентам с ФВ ≤ 35 %</li> <li>Все верно</li> </ul>
2523.	Противопоказанием к введению левосимендана является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Систолическое артериальное давление &lt;80мм.рт.ст.</li> <li>Снижение ФВ ≤20%</li> <li>Тяжелая митральная регургитация</li> <li>Повышение систолического давления в легочной артерии ≥40 мм.рт.ст.</li> </ul>
2524.	Эхокардиографические критерии сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Всё перечисленное верно</li> <li>Фракция выброса левого желудочка ≥50%</li> <li>Гипертрофия левого желудочка и/или расширение левого предсердия</li> <li>Диастолическая дисфункция</li> </ul>
2525.	К повышению уровня натрийуретических пептидов в крови у пациентов с сердечной недостаточностью может приводить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Фибрилляция предсердий</li> <li>Сахарный диабет</li> <li>Ожирение</li> <li>АВ-блокада 1 степени</li> </ul>
2526.	У пациентов хронической сердечной недостаточностью беспричинное снижение веса на ≥6% от общей массы тела за 6-12 месяцев свидетельствует о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Развитии кахексии</li> <li>Передозировке диуретиков</li> <li>Соблюдении диеты</li> <li>Чрезмерном ограничении приема жидкости</li> </ul>
2527.	У пациентов хронической сердечной недостаточностью достигнута эффективная доза диуретика для достижения положительного диуреза, если снижение веса составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>0.75-1.0 кг/сут</li> <li>0.5-0.74 кг/сут</li> <li>0.25-0.5 кг/сут</li> <li>До 0.25 кг/сут</li> </ul>
2528.	Прирост веса >1.5-2 кг за 2-3 дня у пациентов хронической сердечной	<ul style="list-style-type: none"> <li>Всё перечисленное верно</li> <li>Задержке жидкости в организме</li> <li>Необходимости увеличения дозы диуретика</li> </ul>



	недостаточностью может свидетельствовать о:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличении риска развития декомпенсации</li> </ul>
2529.	Препараты группы НПВС могут способствовать нарастанию явлений сердечной недостаточности, т.к. они повышают.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Реабсорбцию воды в восходящем сегменте петли Генле</li> <li>• Продукцию натрийуретического пептида</li> <li>• Содержание брадикинина</li> <li>• Проницаемость сосудов</li> </ul>
2530.	Алискирен:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибитор ренина</li> <li>• Ингибитор АПФ</li> <li>• Блокатор рецепторов ангиотензина</li> <li>• Антагонист минералокортикоидных рецепторов</li> </ul>
2531.	Ренин- протеолитический фермент:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расщепляет ангиотензиноген, образуя ангиотензин I</li> <li>• Превращает ангиотензин I в ангиотензин II</li> <li>• Предшественник ангиотензиногена</li> <li>• Предшественник альдостерона</li> </ul>
2532.	Ангиотензиноген синтезируется:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В печени</li> <li>• Почками</li> <li>• Эндотелием</li> <li>• Надпочечниками</li> </ul>
2533.	Ангиотензиноген- предшественник:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ангиотензина I</li> <li>• Ангиотензин-превращающего фермента</li> <li>• Ангиотензина II</li> <li>• Ренина</li> </ul>
2534.	Ангиотензин-превращающий фермент:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90% концентрируется в тканях, 10%- в ткани сердца и сосудистой стенке</li> <li>• 10% концентрируется в тканях, 90%- в ткани сердца и сосудистой стенке</li> <li>• Концентрируется в почках</li> <li>• Концентрируется в печени</li> </ul>
2535.	Ангиотензин-превращающий фермент:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Превращает ангиотензин I в ангиотензин II</li> <li>• Расщепляет ангиотензиноген, образуя ангиотензин I</li> <li>• Предшественник ренина</li> <li>• Расщепляет ренин</li> </ul>
2536.	Ангиотензин II, активируя AT-1-рецепторы, вызывает:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Вызывает вазоконстрикцию</li> <li>• Повышает реабсорбцию натрия в проксимальных канальцах</li> <li>• Стимулирует секрецию альдостерона надпочечниками</li> </ul>
2537.	Альдостерон- минералокортикоидный стероидный гормон, вырабатывается:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Корой надпочечников</li> <li>• В печени</li> <li>• Эндотелием</li> <li>• В ткани лёгких</li> </ul>
2538.	Длительная выработка альдостерона при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Повышение реабсорбции натрия в дистальных канальцах почек</li> <li>• Увеличивает секрецию почками ионов калия и водорода</li> <li>• Приводит к гипертрофии и фиброзу миокарда и сосудов</li> </ul>

2539.	Эндогенные вазоконстрикторы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Норадреналин</li> <li>• Ангиотензин II</li> <li>• Тромбоксан A2</li> </ul>
2540.	Эндогенные вазодилататоры:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Натрийуретический пептид</li> <li>• Оксид азота</li> <li>• Брадикинин</li> </ul>
2541.	Фиброз миокарда ведёт к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всему перечисленному</li> <li>• Повышению жёсткости миокарда</li> <li>• Создает субстрат для возникновения предсердных и желудочковых аритмий</li> <li>• Прогрессированию сердечной недостаточности</li> </ul>
2542.	Для сердечной недостаточности наиболее характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение внутрисердечного давления в диастолу</li> <li>• Понижение внутрисердечного давления в покое или во время нагрузки</li> <li>• Увеличение сердечного выброса</li> <li>• Повышение давления в правом предсердии</li> </ul>
2543.	Эхокардиографические критерии сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фракция выброса левого желудочка <math>\leq 40\%</math></li> <li>• Фракция выброса левого желудочка 40-49 %</li> <li>• Фракция выброса левого желудочка <math>&lt; 50\%</math></li> <li>• Фракция выброса левого желудочка <math>&gt; 50\%</math></li> </ul>
2544.	Наиболее частая причина хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИБС</li> <li>• Пороки сердца</li> <li>• Кардиомиопатии</li> <li>• Все варианты верны</li> </ul>
2545.	К развитию сердечной недостаточности могут привести:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мерцательная аритмия</li> <li>• Синдром Бругада</li> <li>• Дополнительные хорды левого желудочка</li> <li>• Наличие дополнительных путей проведения</li> </ul>
2546.	Причины сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рубцовые изменения миокарда</li> <li>• Анемия</li> <li>• Синдром WPW</li> <li>• Констриктивный перикардит <b>раздельно</b></li> </ul>
2547.	Для сердечной недостаточности характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все перечисленное верно</li> <li>• Повышение давления в яремных венах</li> <li>• Гепато-югулярный рефлюкс</li> <li>• Ритм галопа</li> </ul>
2548.	Для мозгового натрийуретического гормона следующее утверждение верно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышается при увеличении давления в предсердиях сердца и их растяжении</li> <li>• Повышается только при систолической сердечной недостаточности</li> <li>• Всегда повышается при сердечной недостаточности.</li> <li>• Не зависит от функции почек</li> </ul>
2549.	Для мозгового натрийуретического гормона, следующие утверждения верны:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Является вазодилататором</li> <li>• Синтез производится в основном в кардиомиоцитах</li> <li>• Повышается при увеличении объема в камерах сердца и их растяжении</li> </ul>
2550.	Для сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптомы сердечной недостаточности, фракция выброса левого желудочка <math>\geq 50\%</math></li> <li>• Симптомы сердечной недостаточности, фракция выброса левого желудочка <math>&gt; 40\%</math></li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• симптомы сердечной недостаточности, фракция выброса левого желудочка &lt; 50%</li> <li>• Систолическая дисфункция</li> </ul>
2551.	Обязательным неинвазивным методом визуализации у пациентов с подозрением или наличием сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трансторакальная <b>ЭхоКГ</b> <b>раздельно</b></li> <li>• Вентрикулография</li> <li>• Коронароангиография</li> <li>• Определение давления заклинивания в лёгочной артерии</li> </ul>
2552.	Гипогликемические средства, снижающие риск развития сердечной недостаточности у пациентов с сахарным диабетом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмпаглифлозин</li> <li>• Инсулин</li> <li>• Производные сульфонилмочевины</li> <li>• Глитазоны</li> </ul>
2553.	Препараты, снижающие риск развития сердечной недостаточности у пациентов с бессимптомной систолической дисфункцией левого желудочка и инфарктом миокарда в анамнезе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Антагонисты кальция</li> <li>• Антиагреганты</li> <li>• Ингибиторы ренина</li> </ul>
2554.	У пациентов с ОИМ с подъёмом сегмента ST риск развития сердечной недостаточности и смерти уменьшают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Сердечные гликозиды</li> <li>• Диуретики</li> <li>• Ингибиторы ренина</li> </ul>
2555.	У бессимптомных пациентов с хроническим снижением фракции выброса левого желудочка, независимо от его этиологии, могут снизить риск госпитализации по поводу сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Антагонисты минералокортикоидных рецепторов</li> <li>• Диуретики</li> </ul>
2556.	Лечение начальных форм хронической сердечной недостаточности Целесообразно начинать с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторов АПФ</li> <li>• Сердечных гликозидов</li> <li>• Мочегонных препаратов</li> <li>• Нитратов</li> </ul>
2557.	Целевые дозы эналаприла при лечении хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 мг×2 раза в сутки</li> <li>• 2,5мг×2 раза в сутки</li> <li>• 5мг×2 раза в сутки</li> <li>• 10мг×2 раза в сутки</li> </ul>
2558.	Ингибиторы АПФ при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показаны при ФВ ЛЖ&lt; 55%</li> <li>• Показаны при ФВ ЛЖ&lt; 40%</li> <li>• Показаны при ФВ ЛЖ&lt; 30%</li> <li>• Не показаны при компенсированной хронической сердечной недостаточности</li> </ul>
2559.	Ингибиторы АПФ при хронической сердечной недостаточности. Все верно, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не влияют на смертность при сердечной недостаточности тяжелой степени</li> <li>• Уменьшают смертность</li> <li>• Уменьшают частоту повторных инфарктов</li> <li>• Уменьшают частоту госпитализаций по поводу декомпенсации сердечной недостаточности</li> </ul>
2560.	Какие препараты применяют при сниженной фракции выброса левого желудочка и отсутствии клинических проявлений недостаточности кровообращения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Антагонисты к рецепторам минералокортикоидов</li> <li>• Сердечные гликозиды</li> <li>• Диуретики</li> </ul>
2561.	Бета-блокаторы показаны при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Пациентам с сохраняющимися симптомами (II-IV класс по NYHA), ФВ&lt;40%, которые получают терапию ингибиторами АПФ</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам с бессимптомной систолической дисфункцией и ОИМ в анамнезе для профилактики сердечной недостаточности</li> <li>• Для контроля ЧСС у пациентов сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий</li> </ul>
2562.	Бета-адреноблокаторы при симптомной хронической сердечной недостаточности со сниженной ФВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижают смертность и частоту госпитализаций</li> <li>• Снижают смертность, но не влияют на частоту госпитализаций</li> <li>• Снижают смертность при хронической сердечной недостаточности не более III класса по NYHA</li> <li>• Снижают смертность только у больных с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза</li> </ul>
2563.	Целевые дозы бета-блокаторов при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Метопролол 200 мг в сутки</li> <li>• Бисопролол 10 мг в сутки</li> <li>• Карведилол 25 мг 2 раза в сутки</li> </ul>
2564.	Блокаторы рецепторов альдостерона показаны пациентам с хронической сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФВ <math>\leq 35\%</math>, с сохраняющимися симптомами, которые получают терапию ингибиторами АПФ/блокаторами рецепторов ангиотензина и бета-блокаторами</li> <li>• С сохраняющимися симптомами, ФВ <math>\leq 50\%</math>, которые получают терапию ингибиторами АПФ/блокаторами рецепторов ангиотензина и бета-блокаторами</li> <li>• Всем пациентам с клиническими признаками сердечной недостаточности, независимо от ФВ</li> <li>• Всем пациентам со снижением ФВ <math>\leq 40\%</math></li> </ul>
2565.	Целевые дозы эплеренона при лечении хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25-50 мг в сутки</li> <li>• 75 мг в сутки</li> <li>• 100 мг в сутки</li> <li>• 200 мг в сутки</li> </ul>
2566.	Целевые дозы спиронолактона при лечении хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25-50 мг в сутки</li> <li>• 75 мг в сутки</li> <li>• 100 мг в сутки</li> <li>• 200 мг в сутки</li> </ul>
2567.	Пациентам со сниженной ФВ при сохраняющихся симптомах сердечной недостаточности на фоне терапии ингибиторами АПФ, бета-блокаторами Целесообразно назначение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антагонистов минералокортикоидных рецепторов</li> <li>• Алискирена</li> <li>• Антагонистов кальция</li> <li>• Статинов</li> </ul>
2568.	Диуретики при хронической сердечной недостаточности используются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для улучшения симптомов и толерантности к физической нагрузке у пациентов с признаками и/или симптомами застоя</li> <li>• Для достижения гиповолемии</li> <li>• Для улучшения прогноза</li> <li>• Независимо от наличия признаков или симптомов застоя</li> </ul>
2569.	Эффект петлевых диуретиков у больных с хронической сердечной недостаточностью может снижаться за счёт одновременного приёма:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Глюкокортикостероидов</li> <li>• Верошпирона</li> <li>• Ингибиторов АПФ</li> <li>• Бета-блокаторов</li> </ul>
2570.	Сакубитрил/валсартан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличивает концентрацию натрийуретических пептидов</li> <li>• Снижает концентрацию натрийуретических пептидов</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличивает вазоконстрикцию</li> <li>• Увеличивает задержку натрия и воды</li> </ul>
2571.	Применение сакубитрил/валсартана в сравнении с ингибиторами АПФ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижает риск госпитализации, кардиоваскулярной смертности и общей смертности</li> <li>• Повышает риск госпитализации, кардиоваскулярной смертности и общей смертности</li> <li>• Не дает преимуществ</li> <li>• Сопровождается более частым развитием побочных эффектов</li> </ul>
2572.	При назначении сакубитрил/валсартана приём ингибиторов АПФ отменяют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• За 36 часов</li> <li>• За 12 часов</li> <li>• За 24 часа</li> <li>• Не отменяют</li> </ul>
2573.	При сердечной недостаточности со сниженной ФВ, с сохраняющейся, несмотря на проводимое оптимальное лечение, симптоматикой, рекомендовано заменить ингибиторы АПФ на:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сакубитрил/валсартан</li> <li>• Валсартан</li> <li>• Антагонисты кальция</li> <li>• Статины</li> </ul>
2574.	У пациентов с симптомной сердечной недостаточностью, с ФВ $\leq 35\%$ , несмотря на оптимальную терапию бета-блокаторами, ингибиторами АПФ, антагонистами альдостерона и петлевыми диуретиками назначают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дигоксин</li> <li>• Дилтиазем</li> <li>• Верапамил</li> <li>• Амиодарон</li> </ul>
2575.	При хронической сердечной недостаточности блокаторы АТ1 рецепторов ангиотензина-II назначают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При непереносимости ингибиторов АПФ</li> <li>• Для усиления гипотензивного действия стандартной терапии</li> <li>• При декомпенсации сердечной недостаточности</li> <li>• В качестве первой линии терапии сердечной недостаточности</li> </ul>
2576.	Дигоксин при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшает симптоматику и не влияет на прогноз</li> <li>• Улучшает длительный прогноз у пациентов со сниженной фракцией выброса</li> <li>• Улучшает длительный прогноз у пациентов с фибрилляцией предсердий</li> <li>• Улучшает симптоматику и улучшает длительный прогноз</li> </ul>
2577.	Сердечные гликозиды при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшают качество жизни</li> <li>• Ухудшают качество жизни</li> <li>• Значительно снижают смертность</li> <li>• Не влияют на частоту госпитализаций</li> </ul>
2578.	Дигоксин при хронической сердечной недостаточности показан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам с ФВ <math>&lt; 40\%</math>, синусовым ритмом и сохраняющимися симптомами (II-IV класс по NYHA), несмотря на терапию ингибиторами АПФ/БРА, бета-блокаторами и антагонистами альдостерона</li> <li>• Всем пациентам с сердечной недостаточностью</li> <li>• У пациентов с сердечной недостаточностью, синусовым ритмом и ЧСС <math>&gt; 75</math> уд/мин</li> <li>• Всем пациентам со сниженной ФВ ЛЖ.</li> </ul>

2579.	Терапия сердечными гликозидами у пациентов с сердечной недостаточностью наиболее целесообразна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При недостаточности кровообращения у больных с тахисистолической формой мерцательной аритмии</li> <li>• При начальных проявлениях сердечной недостаточности</li> <li>• При конструктивном и выпотном перикардите</li> <li>• На доклинической стадии сердечной недостаточности</li> </ul>
2580.	Прием ацетилсалициловой кислоты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показан при хронической сердечной недостаточности, обусловленной ИБС</li> <li>• Показан при любой этиологии хронической сердечной недостаточности</li> <li>• Не рекомендован при хронической сердечной недостаточности</li> <li>• Показан при наличии тромбов в полостях сердца</li> </ul>
2581.	Прием непрямых антикоагулянтов пациентам с хронической сердечной недостаточностью со сниженной ФВ показан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При сопутствующей фибрилляции предсердий (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-Vasc<sub>≥</sub>2)</li> <li>• После проведения ангиопластики коронарных артерий</li> <li>• Пациентам после перенесенного АКШ</li> <li>• Всем пациентам с признаками сердечной недостаточности</li> </ul>
2582.	Прием алискирена у пациентов с хронической сердечной недостаточности показан:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прием алискирена не рекомендован</li> <li>• Всем пациентам с хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией</li> <li>• При непереносимости ингибиторов АПФ</li> <li>• При ФВ левого желудочка менее 35% в добавление к ингибиторам АПФ</li> </ul>
2583.	Пациентам с хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией следует избегать прием блокаторов имидазолиновых рецепторов, так как они:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ухудшают прогноз и увеличивают смертность</li> <li>• Обладают отрицательным инотропным действием</li> <li>• Увеличивают риск развития сахарного диабета</li> <li>• Прием блокаторов имидазолиновых рецепторов не противопоказан</li> </ul>
2584.	Пациентам с симптомной (II-IV ФК по NYHA) систолической сердечной недостаточностью не рекомендован прием препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• НПВС</li> <li>• Сочетания блокаторов рецепторов ангиотензина с антагонистами альдостерона</li> <li>• Амлодипина</li> <li>• Фелодипина</li> </ul>
2585.	В процессе подбора терапии при хронической сердечной недостаточности стремятся к максимальному наращиванию дозы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторов АПФ</li> <li>• Сердечных гликозидов</li> <li>• Антагонистов кальция</li> <li>• Петлевых диуретиков</li> </ul>
2586.	Имплантация кардиовертера-дефибриллятора больным с хронической сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показана после эпизодов фибрилляции желудочков или гемодинамически значимой желудочковой аритмии</li> <li>• Всем пациентам с ФВ ЛЖ &lt; 40%</li> <li>• Целесообразна у больных с ФВ ЛЖ &lt; 35% с первых дней после инфаркта миокарда</li> <li>• Имеет преимущества перед терапией кордароном у больных после АКШ</li> </ul>
2587.	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:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 35%</li> <li>• 45%</li> <li>• 50%</li> <li>• 40%</li> </ul>

2588.	Имплантация кардиовертера-дефибриллятора у пациентов с сердечной недостаточностью показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациентам с сердечной недостаточностью и ФВ &lt; 35%</li> <li>• В первые 40 дней после инфаркта миокарда</li> <li>• Пациентам с терминальной сердечной недостаточностью, с тяжелыми рефрактерными к медикаментозной терапии симптомами</li> <li>• Всем пациентам с сердечной недостаточностью и ФВ &lt; 40%</li> </ul>
2589.	Имплантация кардиовертера-дефибриллятора у пациентов с сердечной недостаточностью показана:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во всех вышеперечисленных случаях</li> <li>• Сердечной недостаточности II-IIIФК со снижением ФВ ЛЖ менее 35% на фоне неишемической дилатационной кардиомиопатии</li> <li>• Сердечной недостаточности II-III ФК со снижением ФВ ЛЖ менее 35% на фоне перенесенного не менее 40 дней назад инфаркта миокарда <b>раздельно</b></li> <li>• Пациентам, перенесшим гемодинамически значимую желудочковую аритмию</li> </ul>
2590.	Предикторы риска внезапной смерти у больных с сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФВ левого желудочка</li> <li>• Женский пол</li> <li>• Желудочковые экстрасистолы</li> <li>• Все перечисленное</li> </ul>
2591.	Риск внезапной смерти у больных с сердечной недостаточностью снижают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бета-блокаторы</li> <li>• Диуретики</li> <li>• Нитраты</li> <li>• Статины</li> </ul>
2592.	У пациентов с сердечной недостаточностью амиодарон может использоваться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При наличии желудочковых тахикардий</li> <li>• При желудочковой экстрасистолии</li> <li>• Рекомендуется использовать рутинно у всех больных</li> <li>• Ничего из перечисленного</li> </ul>
2593.	При лечении больных с хронической сердечной недостаточностью можно использовать антиаритмические препараты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амиодарон</li> <li>• Пропафенон</li> <li>• Аллапинин</li> <li>• Дронедарон</li> </ul>
2594.	Ресинхронизирующая терапия у пациентов с сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшает качество жизни и снижает смертность</li> <li>• Улучшает качество жизни, не влияет на смертность</li> <li>• Не влияет на прогноз</li> <li>• Показана всем пациентам</li> </ul>
2595.	Ресинхронизирующая терапия показана пациентам с хронической сердечной недостаточностью и синусовым ритмом в ситуациях, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФВ ≤35%, QRS&lt;130 мсек</li> <li>• ФВ ≤35%, симптомах ХСН, QRS≥150мсек и БЛНПГ</li> <li>• ФВ ≤35%, симптомах ХСН, QRS≥150мсек и без БЛНПГ</li> <li>• ФВ ≤35%, симптомах ХСН, QRS=130-149мсек и БЛНПГ</li> </ul>
2596.	Ресинхронизирующая терапия у пациентов с сердечной недостаточностью и постоянной фибрилляцией предсердий, рекомендовано при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• QRS≥130ms и ФВ ЛЖ ≤35%, III-IVФК NYHA</li> <li>• QRS≥120ms и ФВ ЛЖ ≤35%, III-IVФК NYHA</li> <li>• QRS≥120ms и ФВ ЛЖ ≤40%, III-IVФК NYHA</li> <li>• QRS≥120ms и ФВ ЛЖ ≤50%, III-IVФК NYHA</li> </ul>
2597.	Пациентам с сердечной недостаточностью ресинхронизирующая терапия показана при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФВ≤35%, высокой степенью АВ-блокады, независимо от функционального класса сердечной недостаточности</li> <li>• QRS≥120ms и ФВ ЛЖ ≤35%, III-IVФК NYHA</li> <li>• QRS&lt;130ms и ФВ ЛЖ ≤35%,</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• QRS<math>\geq</math>120ms и ФВ ЛЖ <math>\leq</math>40%, III-IVФК NYHA</li> </ul>
2598.	При лечении больных со сниженной фракцией выброса левого желудочка и широким комплексом QRS может быть эффективна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация бивентрикулярного кардиостимулятора</li> <li>• Временная электрокардиостимуляция</li> <li>• Имплантация кардиостимулятора в правый желудочек</li> <li>• Имплантация АВ-синхронизирующего кардиостимулятора</li> </ul>
2599.	Симптомы сердечной недостаточности у пациентов с сохранной ФВ уменьшают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диуретики</li> <li>• Бета-блокаторы</li> <li>• Антагонисты рецепторов минералокортикоидов</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> </ul>
2600.	У пациентов с сердечной недостаточностью, со сниженной ФВ и синусовым ритмом на прогноз влияют перечисленные препараты, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кардикета</li> <li>• Спиринолактона</li> <li>• Периндоприла</li> <li>• Кандесартана</li> </ul>
2601.	У пациентов с сердечной недостаточностью, сохранной ФВ симптомы застоя уменьшают препараты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диуретики</li> <li>• Бета-блокаторы</li> <li>• Антагонисты рецепторов минералокортикоидов</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> </ul>
2602.	Для снижения ЧЖС при тахисистолической форме фибрилляции предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью IVФК NYHA показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутривенное введение дигоксина</li> <li>• Введение беталока</li> <li>• Внутривенное введение верапамила</li> <li>• Дронедарон</li> </ul>
2603.	Для контроля ритма при тахисистолической форме фибрилляции предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью рекомендованы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пероральные бета-блокаторы</li> <li>• Верапамил</li> <li>• Амиодарон</li> <li>• Дронедарон</li> </ul>
2604.	Оптимальная ЧСЖ покоя у пациентов с сердечной недостаточностью и фибрилляции предсердий:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;100 уд/мин</li> <li>• &lt;120уд/мин</li> <li>• &lt;90 уд/мин</li> <li>• &lt;80 уд/мин</li> </ul>
2605.	Для контроля ритма при фибрилляции предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью (II-IVФК NYHA) могут использоваться препараты кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антиаритмиков I класса</li> <li>• Бета-блокаторов</li> <li>• Дигоксина</li> <li>• Амиодарона</li> </ul>
2606.	Применение антиаритмиков I класса и дронедарона для контроля ритма у пациентов с сердечной недостаточностью (III-IVФК NYHA):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышает риск преждевременной смерти и госпитализаций по поводу сердечно-сосудистых осложнений</li> <li>• Улучшает прогноз</li> <li>• Уменьшает риск госпитализаций</li> <li>• Не влияет на прогноз</li> </ul>
2607.	Препараты, снижающие риск внезапной сердечной смерти пациентам с сердечной недостаточностью, сниженной ФВ и желудочковыми нарушениями ритма- всё верно, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антиаритмики I класса</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Бета-блокаторы</li> <li>• Антагонисты минералокортикоидных рецепторов</li> </ul>
2608.	Пациентам с сердечной недостаточностью, сниженной ФВ и АВ-блокадой высокой степени показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ресинхронизирующая терапия</li> <li>• Имплантация кардиостимулятора в правый желудочек</li> <li>• Имплантация ИКД</li> <li>• Временная электрокардиостимуляция</li> </ul>



2609.	Антиангинальные препараты, безопасные при сердечной недостаточности у пациентов со сниженной ФВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бета-блокаторы</li> <li>• Нитраты+никорандил</li> <li>• Дилтиазем</li> <li>• Верапамил</li> </ul>
2610.	При сердечной недостаточности у пациентов со сниженной ФВ возможно применение антагонистов кальция:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амлодипина</li> <li>• Коринфара</li> <li>• Дилтиазема</li> <li>• Верапамила</li> </ul>
2611.	Применение верапамила и дилтиазема у пациентов с сердечной недостаточностью и сниженной ФВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ухудшает прогноз</li> <li>• Улучшает прогноз</li> <li>• Не влияет на прогноз</li> <li>• Снижает риск госпитализаций</li> </ul>
2612.	Показания для инвазивной коронарографии у пациентов с сердечной недостаточностью ФК II-IV по NYHA и сниженной ФВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Стенокардия, устойчивая к терапии</li> <li>• Симптомная желудочковая аритмия</li> <li>• Пережитая клиническая смерть</li> </ul>
2613.	Показания для реваскуляризации коронарных артерий у пациентов с сердечной недостаточностью (ФК II-IV ПО NYHA) и сниженной ФВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стенокардия, устойчивая к антиангинальной терапии</li> <li>• Любой класс стенокардии</li> <li>• Множественные стенозы коронарных артерий</li> <li>• 1 зона ишемизированного миокарда при стресс – ЭхоКГсдобутамином</li> </ul>
2614.	Для кахексии у пациентов с сердечной недостаточностью характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Беспричинное снижение веса на <math>\geq 6\%</math> от общей массы тела (не за счет потери жидкости) в течение предшествующих 6-12 месяцев</li> <li>• Атрофия мышц</li> <li>• Остеопороз</li> </ul>
2615.	Кахексия у пациентов с сердечной недостаточностью ассоциируется с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ухудшает симптоматику и прогноз</li> <li>• Ухудшает симптоматику, но не влияет на прогноз</li> <li>• Не влияет на симптоматику и прогноз</li> <li>• Не влияет на частоту госпитализаций</li> </ul>
2616.	Противоопухолевые препараты с высоким риском кардиотоксичности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Антрациклины</li> <li>• Моноклональные антитела (трастузумаб)</li> <li>• Ингибиторы тирозинкиназы</li> </ul>
2617.	При развитии сердечной недостаточности на фоне химиотерапии рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Терапия ингибиторами АПФ+ бета-блокаторами</li> <li>• Перерыв в приеме противоопухолевых препаратов при снижении ФВ&lt;45%</li> <li>• Альтернативная некардиотоксичная химиотерапия</li> </ul>
2618.	Для пациентов, получивших химиотерапевтическое лечение верно следующее:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верно всё перечисленное</li> <li>• Сохраняется пожизненный риск развития дисфункции ЛЖ и сердечной недостаточности</li> <li>• Рекомендован регулярный контроль ЭхоКГ и определение уровня натрийуретических пептидов</li> <li>• Лечение сердечной недостаточности может быть прекращено после нормализации систолической функции левого желудочка, возникшей на фоне терапии трастузумабом.</li> </ul>
2619.	Для снижения кардиотоксичности, вызванной химиотерапией рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Верно всё перечисленное</li> <li>• Лечение сопутствующей ИБС, артериальной гипертензии</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение профилактических кардиопротективных средств</li> <li>• Альтернативная некардиотоксичная химиотерапия</li> </ul>
2620.	Препараты, используемые для профилактики развития сердечной недостаточности у онкологических пациентов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Ингибиторы АПФ,</li> <li>• Бета-блокаторы</li> <li>• Блокаторы рецепторов ангиотензина</li> </ul>
2621.	Трициклические антидепрессанты, применяемые для лечения депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью могут приводить к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Гипотонии</li> <li>• Прогрессированию сердечной недостаточности</li> <li>• Аритмиям</li> </ul>
2622.	Развитие депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью может приводить к:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижению приверженности пациента к терапии, ухудшению прогноза</li> <li>• Не влияет на прогноз при сердечной недостаточности</li> <li>• Не влияет на тяжесть симптомов сердечной недостаточности</li> <li>• Не влияет на приверженность пациента к терапии</li> </ul>
2623.	Сочетание сердечной недостаточности и сахарного диабета ассоциируется с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более тяжелым клиническим статусом, неблагоприятным прогнозом</li> <li>• Не ухудшает прогноз</li> <li>• Не влияет на число госпитализаций по поводу сердечной недостаточности</li> <li>• Не отражается на симптоматике</li> </ul>
2624.	Состояния, ограничивающие применение метформина у пациентов с сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелая почечная или печеночная недостаточность</li> <li>• Гипотензия</li> <li>• Энцефалопатия</li> <li>• Декомпенсация сердечной недостаточности</li> </ul>
2625.	Гипогликемические препараты, которые повышают риск декомпенсации сердечной недостаточности и число госпитализаций по поводу сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Глитазоны</li> <li>• Инсулин</li> <li>• Глиптины</li> <li>• Производные сульфонилмочевины</li> </ul>
2626.	У пациентов со сниженной фракции выброса и сахарным диабетом, ухудшает прогноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Моксонидин</li> <li>• Метформин</li> <li>• Инсулин</li> <li>• Глибенкламид</li> </ul>
2627.	У пациентов с сердечной недостаточности и сахарным диабетом задержку натрия и воды вызывают гипогликемические средства, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метформин</li> <li>• Инсулин</li> <li>• Глитазоны</li> <li>• Глиптины</li> </ul>
2628.	В качестве первой линии гипогликемической терапии у пациентов с сахарным диабетом и сердечной недостаточностью рекомендованы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метформин</li> <li>• Инсулин</li> <li>• Глиптины</li> <li>• Производные сульфонилмочевины</li> </ul>
2629.	Гиперурикемия у пациентов с сердечной недостаточностью и сниженной ФВ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Может возникать/усугубляться применением диуретиков</li> <li>• Ассоциирована с неблагоприятным прогнозом</li> <li>• Рекомендовано снижение уровня мочевой кислоты при клинических/рентгенологических признаках подагры</li> </ul>

2630.	Для лечения острых приступов подагры у пациентов с сердечной недостаточностью и сниженной ФВ рекомендованы препараты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Колхицин</li> <li>• НПВС</li> <li>• Пероральные глюкокортикоиды</li> <li>• Ингибиторы ксантинооксидазы (аллопуринол)</li> </ul>
2631.	Кардиальные нарушения, способные увеличить уровень натрийуретических пептидов в крови у пациентов с сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Гипертрофия левого желудочка</li> <li>• Легочное сердце</li> <li>• ТЭЛА</li> </ul>
2632.	У пациентов с сердечной недостаточностью, ФВ<30% и тяжелой функциональной митральной регургитацией, которые не могут быть подвергнуты реваскуляризации или имеют ишемическую кардиомиопатию, может быть рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё из перечисленного</li> <li>• Изолированная операция восстановления митрального клапана</li> <li>• Имплантация ресинхронизирующего устройства при сопутствующей БЛНПГ</li> <li>• Пересадка сердца</li> </ul>
2633.	У пациентов с сердечной недостаточностью, ФВ<30% и тяжелой функциональной митральной регургитацией комбинированное хирургическое лечение клапанов и АКШ показано в случае:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подходящей анатомии коронарных артерий и доказательств жизнеспособности миокарда</li> <li>• Подходящей анатомии коронарных артерий, независимо от наличия/отсутствия гибернированного миокарда</li> <li>• Во всех случаях тяжелой митральной регургитации у пациентов с сердечной недостаточностью и сниженной ФВ</li> <li>• Резистентность к медикаментозной терапии</li> </ul>
2634.	Для лечения вторичной недостаточности трикуспидального клапана у пациентов с сердечной недостаточностью показано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хирургическая коррекция трикуспидальной недостаточности при необходимости хирургической коррекции левостороннего клапанного поражения</li> <li>• Инфузия левосимендана</li> <li>• Устройство механической поддержки левого желудочка</li> <li>• Трансплантация сердца</li> </ul>
2635.	Для диагностики хронической сердечной недостаточности используют:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Натрийуретические пептиды</li> <li>• Высокочувствительные тропонины</li> <li>• С-рективный белок</li> <li>• D-димер</li> </ul>
2636.	У пациента с жалобами на одышку при ходьбе, не получающего медикаментозной терапии, диагноз хронической сердечной недостаточности маловероятен при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нормальном уровне мозгового натрийуретического пептида в сыворотке крови</li> <li>• Повышенном уровне мозгового натрийуретического пептида в сыворотке крови</li> <li>• БЛНПГ на ЭКГ</li> <li>• Снижении жизненной емкости легких.</li> </ul>
2637.	У пациента с сердечной недостаточностью на ЭКГ могут встречаться изменения:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное</li> <li>• Блокады ножек пучка Гиса</li> <li>• Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой</li> <li>• Патологические изменения могут отсутствовать</li> </ul>
2638.	Применение у пациентов с сердечной недостаточностью эплеренона вместо спиронолактона позволяет избежать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гинекомастии у мужчин</li> <li>• Повышения уровня креатинина</li> <li>• Гиперкалиемии</li> <li>• Гипотензии</li> </ul>
2639.	Укажите причины резистентности к петлевым диуретикам, применяемых при сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Гипокалиемия</li> <li>• Длительный прием петлевых диуретиков</li> <li>• Потребление с пищей большого количества натрия</li> </ul>

2640.	Укажите способы преодоления резистентности к петлевым диуретикам у пациентов с сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• В/в-инфузия фуросемида</li> <li>• Комбинация петлевого и тиазидного диуретика</li> <li>• Экстракорпоральная ультрафильтрация</li> </ul>
2641.	У пациента с хронической сердечной недостаточностью (ФВ=24%, QRS-120мсек) на фоне терапии (эналаприлом, β(бета)-блокаторами, спиронолактоном, петлевыми диуретиками) сохраняется одышка при небольшой физической нагрузке. Рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заменить эналаприл на сакубитрил/валсартан</li> <li>• Добавить триметазидин</li> <li>• Назначить статины</li> <li>• Имплантировать бивентрикулярный стимулятор</li> </ul>
2642.	Пациент с ФВ=24% (на ЭКГ-БЛНПГ, QRS-155мсек), получает бисопролол 10мг, эналаприл 20мг/сут, спиронолактон 25мг, торасемид 15мг, дигоксин 0,25мг. Несмотря на терапию, сохраняется одышка при небольших нагрузках и эпизоды одышки по ночам. Целесообразно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантировать бивентрикулярный стимулятор</li> <li>• Увеличить дозу дигоксина</li> <li>• Увеличить дозу бисопролола</li> <li>• Заменить спиронолактон на эплеренон</li> </ul>
2643.	У пациентов с сердечной недостаточностью I класса по NYHA физическая нагрузка:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не вызывает ухудшения самочувствия</li> <li>• Вызывает усталость, учащенное сердцебиение или одышку</li> <li>• Небольшая физическая активность вызывает усталость, учащенное сердцебиение, или одышку</li> <li>• Симптомы сердечной недостаточности возникают при минимальной физической нагрузке и в покое</li> </ul>
2644.	Пациента с артериальной гипертензией, постоянной формой фибрилляции предсердий при обычной физической нагрузке беспокоит одышка, быстрая утомляемость. Определите функциональный класс по NYHA:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• II</li> <li>• I</li> <li>• III</li> <li>• IV</li> </ul>
2645.	У пациента с сердечной недостаточностью (II КЛАСС NYHA), перенесшего инфаркт миокарда, без признаков застоя по большому кругу кровообращения, на ЭхоКГФВ=38%, рекомендован прием препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ+ бета-блокаторы</li> <li>• Триметазидин</li> <li>• Сакубитрил/валсартан</li> <li>• Дигоксина</li> </ul>
2646.	У пациента с сердечной недостаточностью (II класс NYHA), перенесшего инфаркт миокарда, на фоне приёма эналаприла и бисопролола сохраняются признаки застоя по большому кругу кровообращения. На ЭхоКГФВ=35%. Рекомендовано добавить:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антагонисты альдостерона</li> <li>• Дигоксин</li> <li>• Кордарон</li> <li>• Антагонисты кальция</li> </ul>
2647.	Пациент перенёс инфаркт миокарда, на ЭХОКГ- ФВ=30%, дискинез верхушки. Через несколько метров ходьбе возникает одышка, слабость, сердцебиение. Определите функциональный класс по NYHA:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• III</li> <li>• I</li> <li>• II</li> <li>• IV</li> </ul>
2648.	Пациент с ДКМП жалуется на одышку при ходьбе по дому, самообслуживании, в ночное время, постоянную слабость. Определите функциональный класс по NYHA:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IV</li> <li>• I</li> <li>• II</li> <li>• III</li> </ul>

2649.	Пациент после перенесенного инфаркта миокарда испытывает одышку при ходьбе в медленном темпе и работе по дому. На ЭхоКГФВ=38%. Описанная картина характерна для сердечной недостаточности с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сниженной фракцией выброса</li> <li>• Нормальной фракцией выброса</li> <li>• Сохранной фракцией выброса</li> <li>• Умеренно сниженной фракций выброса</li> </ul>
2650.	Для описания тяжести симптомов сердечной недостаточности и переносимости физической нагрузки используется функциональная классификация по шкале:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NYHA</li> <li>• Killip</li> <li>• EHRA</li> <li>• HAS-BLED</li> </ul>
2651.	Классификация NYHA используется для оценки:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Функционального состояния пациента</li> <li>• Степени тяжести состояния пациента при острой сердечной недостаточности после инфаркта миокарда</li> <li>• Риска тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий</li> <li>• Выраженности симптомов фибрилляции предсердий</li> </ul>
2652.	При определении класса сердечной недостаточности по NYHA учитывают:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переносимость физической нагрузки</li> <li>• Наличие отёков</li> <li>• Уровень АД</li> <li>• ЧСС</li> </ul>
2653.	Тяжесть симптомов сердечной недостаточности коррелирует с риском:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторной госпитализации и летальностью</li> <li>• ОНМК</li> <li>• ТЭЛА</li> <li>• Инфаркта миокарда</li> </ul>
2654.	У пациентов с хронической сердечной недостаточностью, принимающих ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к ангиотензину, необходимо контролировать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уровень креатинина и калия крови</li> <li>• Вес пациента</li> <li>• ЭКГ</li> <li>• ЭхоКГ</li> </ul>
2655.	У пациентов с хронической сердечной недостаточностью, принимающих бета-блокаторы, необходимо контролировать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АД, ЧСС, симптомы сердечной недостаточности</li> <li>• Уровень креатинина</li> <li>• Уровень калия крови</li> <li>• ЭхоКГ</li> </ul>
2656.	у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, принимающих антагонисты альдостерона, необходимо контролировать:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уровень калия крови</li> <li>• Вес пациента</li> <li>• АД</li> <li>• Уровень вч-СРБ</li> </ul>
2657.	У пациентов с хронической сердечной недостаточностью, принимающих диуретики, необходимо контролировать уровень:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Калия, натрия, креатинина крови</li> <li>• Гемоглобина</li> <li>• Уровень вч-СРБ</li> <li>• ЧСС</li> </ul>
2658.	У пациента с хронической сердечной недостаточностью на фоне терапии фозиноприлом 20мг и эплереноном 25мг- калий крови =6.2ммоль/л. Рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отменить фозиноприл и эплеренон, после нормализации уровня калия- возобновить терапию в меньших дозах</li> <li>• Заменить фозиноприл на валсартан</li> <li>• Отменить эплеренон, продолжить приём фозиноприла</li> <li>• Заменить эплеренон на спиронолактон</li> </ul>
2659.	Нормальный или низкий уровень натрийуретических пептидов у пациентов с подозрением на сердечную недостаточностью может быть в ситуации:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Отсутствие сердечной недостаточности</li> <li>• Декомпенсированная терминальная стадия сердечной недостаточности</li> <li>• ИМТ <math>\geq 35,0</math> кг/м<sup>2</sup></li> </ul>

2660.	У пациента с тяжёлой сердечной недостаточностью на фоне приёма эналаприла отмечается сухой мучительный кашель. Рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заменить на блокатор рецептора ангиотензина</li> <li>• Уменьшить дозу препарата</li> <li>• Заменить на рамиприл</li> <li>• Добавить супрастин</li> </ul>
2661.	Нейрогуморальные механизмы при хронической сердечной недостаточности включают в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы</li> <li>• Активацией симпатической нервной системы</li> <li>• Гиперпродукцией вазопрессина</li> </ul>
2662.	Терапия ингибиторами АПФ должна быть прекращена у пациентов с хронической сердечной недостаточностью при повышении уровня креатинина:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На 100% выше исходного уровня или &gt;310мкмоль/л / СКФ&lt;20мл/мин</li> <li>• На 25% выше исходного уровня или &gt;221мкмоль/л / СКФ&lt;30мл/мин</li> <li>• На 50% выше исходного уровня или &gt;266мкмоль/л / СКФ&lt;25мл/мин</li> <li>• Терапия ингибиторами АПФ не должна прекращаться при любом уровне креатинина</li> </ul>
2663.	Механизм образования отёков при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение задержки натрия</li> <li>• Повышенная продукция натрийуретического пептида</li> <li>• Пониженное онкотическое давление</li> <li>• Повышение онкотического давления</li> </ul>
2664.	Показанием для назначения диуретиков при хронической сердечной недостаточности является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Застойные явления по малому и/или большому кругу кровообращения</li> <li>• Диастолическая дисфункция</li> <li>• Фибрилляция предсердий, независимо от класса NYHA</li> <li>• Фракция выброса левого желудочка &lt;30%</li> </ul>
2665.	Для лечения хронической сердечной недостаточности используются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имплантация бивентрикулярного стимулятора</li> <li>• Денервация почечных артерий</li> <li>• Абляция звёздчатого ганглия</li> <li>• Имплантация двухкамерного электрокардиостимулятора</li> </ul>
2666.	Пациент с сердечной недостаточностью (NYHA 3) принимает периндоприл 10мг, карведилол 25мг 2р/д, спиронолактон 25мг, торасемид 5мг. По поводу острого бронхита в течение 4х дней принимал кларитромицин 500мг 2р/д. Уровень калия крови 6,2ммоль/л. Рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сделать перерыв в приёме периндоприла и спиронолактона (до нормализации уровня калия), отменить кларитромицин</li> <li>• Сделать перерыв в приёме периндоприла, спиронолактона и кларитромицина (до нормализации уровня калия)</li> <li>• Заменить спиронолактон на эплеренон</li> <li>• Провести ультрафильтрацию</li> </ul>
2667.	У пациента с сердечной недостаточностью (NYHA 3, ФВ=28%) на фоне приема 80мг фуросемида отмечается обострение подагрического артрита. Клиренс креатинина 54мл/мин. Рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Колхицин</li> <li>• НПВС</li> <li>• Аллопуринол</li> <li>• Аспирин в больших дозах</li> </ul>
2668.	Клинические признаки левожелудочковой недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одышка при физической нагрузке</li> <li>• Отёки ног</li> <li>• Повышение центрального венозного давления</li> <li>• Гепатомегалия</li> </ul>
2669.	Риск гиперкалиемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью на фоне терапии эплереноном повышается при одновременном приёме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Соли с повышенным содержанием калия</li> <li>• Ингибиторов АПФ/блокаторов рецепторов ангиотензина</li> <li>• НПВС</li> </ul>

2670.	У пациента с хронической сердечной недостаточностью (НУНА 3), ФВ 32%, QRS 128мсек. При суточном мониторинговании ЭКГ зарегистрированы эпизоды АВ-блокады 2-3 степени. Пациенту рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ресинхронизирующая терапия</li> <li>• Имплантация кардиовертера-дефибриллятора</li> <li>• Однокамерный стимулятор</li> <li>• Двухкамерный стимулятор</li> </ul>
2671.	Пациентам с хронической сердечной недостаточностью не показаны комбинации препаратов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторов АПФ+ блокаторов рецепторов ангиотензина+ антагонистов альдостерона</li> <li>• Блокаторы рецепторов ангиотензина + антагонисты альдостерона.</li> <li>• Бета-блокаторы+ амлодипин</li> <li>• Бета-блокаторы+дигоксин</li> </ul>
2672.	Неприлизин -нейтральная эндопептидаза, вырабатывается в:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эндотелии сосудов</li> <li>• Кардиомиоцитах</li> <li>• Нефронах</li> <li>• Гепатоцитах</li> </ul>
2673.	Неприлизин участвует в деградации эндогенных вазоактивных пептидов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Натрийуретических пептидов</li> <li>• Эндотелина-1</li> <li>• Ангиотензина II</li> <li>• ТромбоксанаA2</li> </ul>
2674.	Неприлизин блокируют препараты:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сакубитрил</li> <li>• Ингибиторы АПФ</li> <li>• Блокаторы рецепторов ангиотензина</li> <li>• Бета-блокаторы</li> </ul>
2675.	Ремоделирование левого желудочка при хронической сердечной недостаточности включает в себя:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Дилатацию левого желудочка</li> <li>• Нарушение функции митрального клапана</li> <li>• Истончение стенки левого желудочка</li> </ul>
2676.	Механизмы возникновения одышки при сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное верно</li> <li>• Застой крови в лёгких</li> <li>• Нарушение податливости ткани лёгких</li> <li>• Утомление дыхательных мышц</li> </ul>
2677.	К начальным проявлениям сердечной недостаточности относится:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одышка при физической нагрузке</li> <li>• Ортопноэ</li> <li>• Кашель в ночное время</li> <li>• Гепатомегалия</li> </ul>
2678.	Блокаторы рецепторов ангиотензина не вызывают кашель, т.к. они:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не повышают уровень брадикинина в верхних дыхательных путях</li> <li>• Увеличивают концентрацию брадикинина</li> <li>• Блокируют неприлизин</li> <li>• Увеличивают концентрацию норадреналина</li> </ul>
2679.	Препараты первой линии, рекомендованные пациенту с хронической сердечной недостаточностью (НУНА 2-4), ФВ<35%:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингибиторы АПФ и бета-блокаторы</li> <li>• Антагонисты рецепторов альдостерона</li> <li>• Ингибиторы рецептора ангиотензина-неприлизина</li> <li>• Ивабрадин</li> </ul>
2680.	У пациента с хронической сердечной недостаточностью (НУНА 3, ФВ 34%) на фоне приёма эналаприла 15мг×2р/д, уровень креатинина- 315мкмоль/л (СКФ 20мл/мин). Рекомендовано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отменить эналаприл</li> <li>• Заменить эналаприл на блокаторы рецепторов ангиотензина</li> <li>• Заменить эналаприл на ингибиторы рецептора ангиотензина-неприлизина</li> <li>• Провести ультрафильтрацию</li> </ul>
2681.	Катетеризация правых отделов сердца показана пациентам с хронической сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для определения давления в легочной артерии перед трансплантацией сердца/ установкой устройства механической поддержки левого желудочка</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам с сердечной недостаточностью NYHAIII-IV</li> <li>• Пациентам с ФВ&lt;40%</li> <li>• Всем пациентам с одышкой</li> </ul>
2682.	Целевые дозы лизиноприла при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-35 мг/сут</li> <li>• 2.5мг/сут</li> <li>• 5 мг/сут</li> <li>• 10 мг/сут</li> </ul>
2683.	Целевые дозы рамиприла при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 мг/сут</li> <li>• 2.5мг/сут</li> <li>• 5 мг/сут</li> <li>• 20 мг/сут</li> </ul>
2684.	Целевые дозы бисопролола при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 мг/сут</li> <li>• 2,5мг/сут</li> <li>• 5 мг/сут</li> <li>• 20 мг/сут</li> </ul>
2685.	Целевые дозы карведилола при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25мг×2раза/сут</li> <li>• 3.125мг×2раза/сут</li> <li>• 6.25мг×2раза/сут</li> <li>• 12,5мг×2раза/сут</li> </ul>
2686.	Целевые дозы метопролола сукцината при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 мг/сут</li> <li>• 25мг/сут</li> <li>• 50 мг/сут</li> <li>• 100 мг/сут</li> </ul>
2687.	Целевые дозы метопролола сукцината при хронической сердечной недостаточности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 мг/сут</li> <li>• 25мг/сут</li> <li>• 50 мг/сут</li> <li>• 100 мг/сут</li> </ul>
2688.	Нефармакологические рекомендации пациентам с хронической сердечной недостаточностью- всё верно, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ограничение приёма жидкости, независимо от выраженности симптомов сердечной недостаточности</li> <li>• Регулярные аэробные нагрузки</li> <li>• Ограничение потребления соли</li> <li>• Ограничение приёма алкоголя</li> </ul>
2689.	К хирургическим методам лечения хронической сердечной недостаточности относятся:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное</li> <li>• Реваскуляризация миокарда,</li> <li>• Трансплантация сердца</li> <li>• Имплантация устройства механической поддержки левого желудочка</li> </ul>
2690.	Клинические предикторы неблагоприятного прогноза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё перечисленное</li> <li>• Кахексия</li> <li>• Нарастающая почечная недостаточность</li> <li>• Лёгочная гипертензия</li> </ul>
2691.	Пациентам в терминальной стадии сердечной недостаточности предпочтительно	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Направление на пересадку сердца</li> <li>• Аорто-коронарное шунтирование</li> <li>• Частичная вентрикулотомия левого желудочка</li> <li>• Рутинная прерывистая инфузия положительных инотропных препаратов</li> </ul>
2692.	У женщин элевация сегмента ST до 1.5 мв в точке J на ЭКГ в норме может регистрироваться :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В отведениях V2-V3</li> <li>• I, AVL</li> <li>• V5-V6</li> <li>• Ни в одном из отведений</li> </ul>
2693.	Зубец P при синусовом ритме	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Положительный во II отведении, отрицательный в AVR</li> <li>• Положительный во II , AVR отведениях</li> <li>• Отрицательный в отведениях V5-V6</li> <li>• Отрицательный или двухфазный во II, AVF</li> </ul>



2694.	Диагностические признаки блокады передней ветви левой ножки пучка гиса	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Резкое отклонение электрической оси сердца влево</li> <li>• Резкое отклонение электрической оси сердца вправо</li> <li>• <math>R(\text{индекс})II \geq Q(S)(\text{индекс})II</math></li> <li>• <math>R aVR \leq Q(S) aVR</math></li> </ul>
2695.	Диагностические признаки блокады задней ветви левой ножки пучка гиса	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Резкое отклонение электрической оси сердца вправо</li> <li>• Резкое отклонение электрической оси сердца влево</li> <li>• <math>R(\text{индекс})I \geq Q(S)(\text{индекс})I</math></li> <li>• <math>R avr \leq Q(S) aVR</math></li> </ul>
2696.	Зубец T	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может быть отрицательным в тех отведениях, где доминирует зубец S</li> <li>• Всегда положительный в VI</li> <li>• Регистрируется во время деполяризации желудочков</li> <li>• Регистрируется во время фазы плато потенциала действия</li> </ul>
2697.	Комплекс QRS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регистрируется во время возбуждения желудочков</li> <li>• Является отражением процесса реполяризации желудочков</li> <li>• Ширина комплекса зависит от скорости проведения импульса по предсердиям</li> <li>• Ширина комплекса зависит от скорости проведения импульса от синусового узла к миокарду желудочков</li> </ul>
2698.	На ЭКГ при ЧСС 70 уд в мин интервал PQ 0.22 с. Имеет место	<ul style="list-style-type: none"> <li>• АВ – блокада I степени</li> <li>• Нормальное АВ- проведение</li> <li>• СА– блокада 1 степени</li> <li>• Замедление распространения импульса по предсердиям</li> </ul>
2699.	Угол $\alpha$ (альфа) это	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Угол между электрической осью сердца и осью I стандартного отведения</li> <li>• Угол между электрической осью сердца и осью II стандартного отведения</li> <li>• Угол между электрической осью сердца и осью AVR</li> <li>• Угол между электрической осью сердца и осью V1</li> </ul>
2700.	Для предсердной экстрасистолы характерно	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Наличие преждевременного эктопического зубца P</li> <li>• Интервал сцепления меньше синусового интервала RR</li> <li>• Неполная компенсаторная пауза</li> </ul>
2701.	Элевация сегмента ST на ЭКГ может выявляться при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перикардите</li> <li>• Гликозидной интоксикации</li> <li>• Гипокалиемии</li> <li>• Всем вышеперечисленным</li> </ul>
2702.	У мужчин моложе 40 лет элевация сегмента ST до 2.5 мв в точке J на ЭКГ в норме может регистрироваться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В отведениях V2-V3</li> <li>• I, AVL</li> <li>• V5-V6</li> <li>• Ни в одном из отведений</li> </ul>

2703.	Электрическая ось сердца это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Среднее направление электродвижущей силы сердца в течение деполяризации</li> <li>• Среднее направление электродвижущей силы сердца в течение реполяризации</li> <li>• Направление электродвижущей силы сердца в данный момент времени</li> <li>• Направление электродвижущей силы сердца во время электрической систолы левого желудочка</li> </ul>
2704.	Направление электрической оси сердца (угол $\alpha$ (альфа) ) у здорового человека:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• От 0 до + 90°</li> <li>• От +40 до + 70°</li> <li>• От -30 до + 90°</li> <li>• От -60 до + 120°</li> </ul>
2705.	Для предсердной экстрасистолы характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные</li> <li>• Наличие преждевременного эктопического зубца Р</li> <li>• Интервал сцепления меньше синусового интервала RR</li> <li>• Неполная компенсаторная пауза</li> </ul>
2706.	При аберрантной суправентрикулярной экстрасистолии комплекс QRS:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чаще имеет форму неполной блокады правой ножки пучка Гиса</li> <li>• Чаще имеет форму блокады левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Имеет дельта-волну</li> <li>• Превышает по ширине 0.14 мс</li> </ul>
2707.	При блокированной предсердной экстрасистоле на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регистрируется преждевременный эктопический зубец Р без последующего комплекса QRS</li> <li>• Регистрируется пауза, равная двум синусовым интервалам RR</li> <li>• Интервал сцепления между синусовым и экстрасистолическим зубцами Р равен синусовому интервалу PP</li> <li>• Интервал сцепления между синусовым и экстрасистолическим зубцами Р меньше синусового интервала PP</li> </ul>
2708.	При желудочковой экстрасистолии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может наблюдаться ретроградное проведение на предсердия с наличием неполной компенсаторной паузы</li> <li>• Ширина комплекса QRS менее 0.11 мс</li> <li>• Регистрируется преждевременный эктопический зубец Р</li> <li>• Ничего из перечисленного не верно</li> </ul>
2709.	При хаотической (мультифокусной ) предсердной тахикардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Разные по форме зубцы Р</li> <li>• ЧСС более 100 уд. в мин</li> <li>• Интервалы PQ разные</li> </ul>
2710.	Для желудочковой экстрасистолии характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные верно</li> <li>• Преждевременные широкие мономорфные комплексы QRS</li> <li>• Наличие сливных комплексов</li> <li>• Интервалы сцепления одинаковые</li> </ul>
2711.	При тахикардии с широкими комплексами ни в одном из грудных отведений не зарегистрирован комплекс типа RS . Наиболее вероятный диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Желудочковая тахикардия</li> <li>• Антидромная тахикардия с участием верхнелатерального дополнительного проводящего пути</li> <li>• Антидромная тахикардия с участием переднесептального дополнительного проводящего пути</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суправентрикулярная тахикардия с аберрантным проведением</li> </ul>
2712.	Электрокардиографические признаки полной блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Угол <math>\alpha</math>(альфа) <math>\leq -60^\circ</math></li> <li>• Угол <math>\alpha \geq +120^\circ</math></li> <li>• Ширина QRS более 0.12 с</li> <li>• Интервал PQ более 0.20 с</li> </ul>
2713.	Ширина комплекса QRS, равная или превышающая 0.12 сек наблюдается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• блокаде левой ножки пучка Гиса</li> <li>• синдроме Романо-Уорда</li> <li>• остром инфаркте миокарда передней стенки левого желудочка</li> <li>• АВ- блокаде 1 степени</li> </ul>
2714.	Электрокардиографические признаки полной блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Угол <math>\alpha</math>(альфа) <math>\geq +120^\circ</math></li> <li>• Угол <math>\alpha \leq -60^\circ</math></li> <li>• Ширина QRS более 0.12 с</li> <li>• Интервал PQ менее 0.10 с</li> </ul>
2715.	Ширина комплекса QRS, равная или превышающая 0.12 сек наблюдается при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем вышеперечисленным</li> <li>• блокаде правой ножки пучка Гиса</li> <li>• манифестном синдроме WPW</li> <li>• желудочковой тахикардии</li> </ul>
2716.	При предсердной тахикардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Возбуждение предсердий предшествует возбуждению желудочков</li> <li>• Возможна блокада проведения 2:1</li> <li>• Возможны блокады проведения типа Мобитц и с периодикой Самойлова – Венкебаха</li> </ul>
2717.	При желудочковой тахикардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленное верно</li> <li>• Возможно наличие предсердно- желудочковой диссоциации</li> <li>• Возможно ретроградное проведение импульса на предсердия</li> <li>• Возможно наличие захваченных и сливных комплексов</li> </ul>
2718.	При миграции водителя ритма по предсердиям:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регистрируются разные по форме зубцы Р</li> <li>• Регистрируются паузы до 2-3 с.</li> <li>• Возможно наличие захваченных и сливных комплексов</li> <li>• ЧСС более 110 уд в мин</li> </ul>
2719.	При манифестном синдроме WPW на ЭКГ, снятой на синусовом ритме, имеются следующие признаки:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дельта –волна</li> <li>• Двухфазный зубец Р во II стандартном отведении</li> <li>• Эпсилон –волна</li> <li>• Все вышеперечисленное</li> </ul>
2720.	При ортодромной тахикардии с участием дополнительного проводящего пути на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комплексы QRS узкие</li> <li>• Комплексы QRS широкие, деформированные</li> <li>• Регистрируется эпсилон –волна</li> <li>• Регистрируется дельта- волна</li> </ul>
2721.	При антидромной тахикардии с участием дополнительного проводящего пути на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комплексы QRS широкие, деформированные</li> <li>• Комплексы QRS узкие</li> <li>• Регистрируется эпсилон –волна</li> <li>• Регистрируется дельта- волна</li> </ul>
2722.	На ЭКГ тахикардия с широкими комплексами. Электрокардиографические признаки, указывающие на желудочковую тахикардию:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предсердно- желудочковая диссоциация</li> <li>• Резкое отклонение электрической оси сердца влево</li> <li>• QS в отведениях V1-V2</li> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> </ul>

2723.	При АВ- узловой реципрокной тахикардии зубец Р:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все вышеперечисленные верно</li> <li>• Может совпадать с комплексом QRS</li> <li>• Может регистрироваться после комплекса QRS и имитировать зубец S во II стандартном отведении</li> <li>• Может имитировать поздний зубец r' V1.</li> </ul>
2724.	При учащении синусового ритма интервал QT:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Укорачивается</li> <li>• Удлиняется</li> <li>• Остается неизменным</li> <li>• Удлиняется после временного укорочения</li> </ul>
2725.	При тахикардии с широкими комплексами на ЭКГ зарегистрирована предсердно- желудочковая диссоциация. Ваш диагноз?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Желудочковая тахикардия</li> <li>• Антидромная тахикардия с участием дополнительного проводящего пути</li> <li>• Трепетание предсердий с блокадой ножки пучка Гиса</li> <li>• Предсердная тахикардия с блокадой ножки пучка Гиса</li> </ul>
2726.	При желудочковой тахикардии и предсердно- желудочковой диссоциации интервалы PP:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Больше интервалов RR</li> <li>• Меньше интервалов RR</li> <li>• Равны интервалам RR</li> <li>• Кратны интервалам RR</li> </ul>
2727.	Абсолютный рефрактерный период это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Период, во время которого кардиомиоцит полностью нечувствителен к новым стимулам</li> <li>• Период, во время которого на ЭКГ регистрируется комплекс QRS</li> <li>• Период, во время которого общий ствол пучка Гиса способен проводить импульсы ретроградно</li> <li>• Период, соответствующий ранней постдеполяризации</li> </ul>
2728.	Высокие зубцы R V1-V2 регистрируются при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем вышеперечисленным</li> <li>• Блокаде правой ножки пучка Гиса</li> <li>• Гипертрофии правого желудочка</li> <li>• Нижне- базальном инфаркте миокарда</li> </ul>
2729.	При блокаде правой ножки пучка Гиса на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокий зубчатый R или rSR V1-2</li> <li>• Комплекс QRS менее 0.12 с</li> <li>• Подъем сегмента ST V5V6</li> <li>• Высокий зубчатый R или rSR V5-6</li> </ul>
2730.	При блокаде левой ножки пучка Гиса на ЭКГ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего из вышеперечисленного</li> <li>• Комплекс QRS менее 0.12 с</li> <li>• Глубокий S или QS V5-6</li> <li>• Подъем сегмента ST V5V6</li> </ul>
2731.	На ЭКГ блокада правой ножки пучка Гиса и резкое отклонение электрической оси сердца вправо (угол $\alpha +130^\circ$ ). Имеет место:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сопутствующая блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Выраженная гипертрофия правого желудочка</li> <li>• Тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>• Сопутствующая блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса</li> </ul>
2732.	На ЭКГ блокада правой ножки пучка Гиса и резкое отклонение электрической оси сердца влево (угол $\alpha$ (альфа) $-60^\circ$ ). Имеет место:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сопутствующая блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Выраженная гипертрофия левого желудочка</li> <li>• Сопутствующая блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса</li> <li>• Выраженная гипертрофия межжелудочковой перегородки</li> </ul>
2733.	Для замещающих комплексов характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интервал сцепления больше синусового RR</li> <li>• Интервал сцепления меньше синусового RR</li> <li>• Интервал сцепления равен синусовому RR</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Интервал сцепления кратен синусовому RR</li> </ul>
2734.	Зубец Р в норме может быть отрицательным в отведении:	<ul style="list-style-type: none"> <li>V(индекс)1</li> <li>I</li> <li>II</li> <li>Avf</li> </ul>
2735.	Интервал PQ отражает время:	<ul style="list-style-type: none"> <li>От начала возбуждения миокарда предсердий до начала возбуждения миокарда желудочков</li> <li>Проведения импульса по предсердиям</li> <li>Проведения импульса по АВ-узлу</li> <li>Проведения импульса по системе Гиса-Пуркинье</li> </ul>
2736.	ЭКГ признаки P-pulmonale:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Высокие остроконечные Р зубцы II, III, aVF</li> <li>Высокие Р в грудных отведениях</li> <li>Широкие двугорбые Р V(индекс)1-V(индекс)6</li> <li>Широкие двугорбые Р зубцы I, II, V(индекс)5-V(индекс)6</li> </ul>
2737.	Причина появления на ЭКГ P-pulmonale:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Перегрузка правого предсердия</li> <li>Перегрузка левого предсердия</li> <li>Гипертрофия левого желудочка</li> <li>Гипертрофия правого желудочка</li> </ul>
2738.	ЭКГ признаки P-mitrale:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Широкие двугорбые Р зубцы I, II, V(индекс)5-V(индекс)6</li> <li>Высокие Р в грудных отведениях</li> <li>Широкие двугорбые Р V(индекс)1-V(индекс)6</li> <li>Высокие остроконечные Р зубцы II, III, aVF</li> </ul>
2739.	Причина появления на ЭКГ P-mitrale:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дилатация левого предсердия</li> <li>Дилатация правого предсердия</li> <li>Гипертрофия правого желудочка</li> <li>Гипертрофия левого желудочка</li> </ul>
2740.	Отличительный признак ортодромной тахикардии при синдроме WPW от типичной АВ-узловой тахикардии:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Интервал RP(степень)1&gt;0,1 с</li> <li>Интервал RP(степень)1&lt; 0,1 с</li> <li>Широкие комплексы QRS</li> <li>Наличие дельта – волн</li> </ul>
2741.	При WPW синдроме продолжительность интервала PQ составляет:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Менее 0,12 сек</li> <li>Менее 0,2 сек</li> <li>Более 0,2 сек</li> <li>Более 0,25 сек</li> </ul>
2742.	Признаками атриовентрикулярной блокады 1 степени являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Удлинение интервала PQ более 0,2 сек</li> <li>Постепенное нарастание интервала PQ с выпадением одного из комплексов QRS</li> <li>Выпадение одного из комплексов QRS без предшествующего постепенного нарастания интервалов PQ</li> <li>Нерегулярный интервал PQ, регулярный ритм в желудочках</li> </ul>
2743.	Признаками атриовентрикулярной блокады 2 степени 1 типа являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Постепенное нарастание интервала PQ с выпадением одного из комплексов QRS</li> <li>Удлинение интервала PQ более 0,2 сек</li> <li>Выпадение одного из комплексов QRS без предшествующего постепенного нарастания интервалов PQ</li> <li>Нерегулярный интервал PQ, регулярный ритм в желудочках</li> </ul>

2744.	Признаками атриовентрикулярной блокады 2 степени 2 типа являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выпадение одного из комплексов QRS без предшествующего постепенного нарастания интервалов PQ</li> <li>• Удлинение интервала PQ более 0,2 сек</li> <li>• Постепенное нарастание интервала PQ с выпадением одного из комплексов QRS</li> <li>• Нерегулярный интервал PQ, регулярный ритм в желудочках</li> </ul>
2745.	Признаками атриовентрикулярной блокады 3 степени являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нерегулярный интервал PQ, регулярный ритм желудочков:</li> <li>• Удлинение интервала PQ более 0,2 сек</li> <li>• Постепенное нарастание интервала PQ с выпадением одного из комплексов QRS</li> <li>• Выпадение одного из комплексов QRS без предшествующего постепенного нарастания интервалов PQ</li> </ul>
2746.	Ширина комплекса QRS в норме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 0.11 с</li> <li>• Менее 0.16 с</li> <li>• Менее 0.08 с</li> <li>• Менее 0.14с</li> </ul>
2747.	Длительность корригированного интервала QT в норме у взрослого:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 0.44с</li> <li>• Менее 0.36 с</li> <li>• Менее 0.50 с</li> <li>• Менее 0.55 с</li> </ul>
2748.	Корригированный интервал QT рассчитывается с учетом:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интервала RR</li> <li>• Ширины QRS</li> <li>• Направления электрической оси сердца</li> <li>• Полярности зубцов Т</li> </ul>
2749.	Наличие захваченных и сливных комплексов характерно для:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Желудочковой тахикардии</li> <li>• АВ-узловой реципрокной тахикардии</li> <li>• Антидромной тахикардии с участием дополнительного проводящего пути</li> <li>• Трепетания предсердий</li> </ul>
2750.	При тахикардии с узкими комплексами QRS на ЭКГ зарегистрированы эпизоды блокады проведения через АВ – узел. Вероятный диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предсердная тахикардия</li> <li>• АВ- узловая реципрокная тахикардия</li> <li>• Ортодромная тахикардия с участием дополнительного проводящего пути</li> <li>• Антидромная тахикардия с участием дополнительного проводящего пути</li> </ul>
2751.	Зубец Q в норме регистрируется в отведениях:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V5-V6</li> <li>• V1-V2</li> <li>• V3-V4</li> <li>• Во всех вышеперечисленных отведениях</li> </ul>
2752.	Длительность позиционного зубца Q в норме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 0.03 с</li> <li>• Менее 0.1 с</li> <li>• В стандартных отведениях менее 0.06 с, в отведениях V5-V6 до 0.03 с</li> <li>• Менее 0.01 с</li> </ul>
2753.	У женщин элевация сегмента ST до 2.5 мв в точке J на ЭКГ в норме может регистрироваться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• в отведениях V2-V3</li> <li>• I, AVL</li> <li>• V5-V6</li> <li>• ни в одном из отведений</li> </ul>