

Кардиология (ВО) Вторая категория

1. Для медикаментозного лечения артериальной гипертензии рекомендуется использовать

- а) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- б) антагонисты рецепторов ангиотензина II
- в) блокаторы кальциевых каналов, бета-адреноблокаторы
- г) все ответы правильные

2. Всем пациентам с артериальной гипертензией на первом этапе обследования рекомендуется проводить:

- а) рутинные лабораторные методы исследования: общий анализ крови и мочи
- б) исследование липидного профиля: общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды
- в) исследование уровней калия и натрия в сыворотке крови, исследование глюкозы в плазме крови (натощак)
- г) все ответы правильные

3. Артериальная гипертензия является ведущим фактором развития риска

- а) сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность)
- б) цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) заболеваний, почечных заболеваний (хроническая болезнь почек)
- в) заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка, колит)
- г) сердечно-сосудистых заболеваний, цереброваскулярных заболеваний, почечных заболеваний

4. К преимуществам метода суточного мониторирования артериального давления относятся

- а) возможность получить информацию об уровне АД в течение «повседневной» активности (в реальной жизни пациента)
- б) возможность получить информацию об уровне АД в течение ночи, возможность более точно оценить антигипертензивный эффект терапии
- в) более полно отражает поражение органов-мишеней
- г) возможность получить информацию об уровне АД в течение «повседневной» активности (в реальной жизни пациента), возможность получить информацию об уровне АД в течение ночи, возможность более точно оценить антигипертензивный эффект

терапии

5. Антагонисты альдостероновых рецепторов рекомендованы для лечения артериальной гипертензии

- а) в качестве препаратов первого выбора
- б) при рефрактерной форме АГ
- в) при острой почечной недостаточности
- г) при хронической почечной недостаточности

6. Внеофисное измерение артериального давления рекомендуется

- а) для подтверждения диагноза артериальной гипертензии, для установления ти-па артериальной гипертензии
- б) при ортостатической гипотензии
- в) для выявления эпизодов гипотонии и прогнозирования сердечно-сосудистого риска
- г) для подтверждения диагноза артериальной гипертензии, для установления ти-па артериальной гипертензии, для выявления эпизодов гипотонии и прогнозирования сердечно-сосудистого риска

7. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента обладают свойствами

- а) нефропротекции, уменьшать протеинурию
- б) кардиопротекции, замедлять прогрессирование гипертрофии левого желудочка
- в) уменьшать образование брадикинина
- г) нефропротекции, уменьшать протеинурию, кардиопротекции, замедлять прогрессирование гипертрофии левого желудочка

8. Какие лекарственные препараты рекомендовано назначать при артериальной гипертензии и поражении почек?

- а) бета-адреноблокаторы
- б) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина
- в) альфа-адреноблокаторы
- г) диуретики

9. Какие лекарственные препараты рекомендовано назначать при сочетании артериальной гипертензии и сердечной недостаточности?

- а) диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

б) бета-адреноблокаторы, агонисты альдостерона

в) блокаторы кальциевых каналов

г) диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, бета-адреноблокаторы, агонисты альдостерона

10. Влияние ограничения потребления поваренной соли более выражено у больных

а) с хроническими болезнями почек

б) пожилого и старческого возраста

в) с сахарным диабетом, с метаболическим синдромом

г) все ответы правильные

11. У лиц молодого возраста лучшим предиктором сердечно-сосудистых осложнений является

а) уровень систолического артериального давления

б) уровень диастолического артериального давления

в) венозное давление

г) пульсовое давление

12. Лодыжечно-плечевой индекс рекомендуется определять

а) при подозрении на периферический атеросклероз

б) у пациентов при подозрении на инсульт

в) при подозрении на инфаркт миокарда

г) при ортостатической гипотензии

13. У больных с 1 степенью артериальной гипертензией для уточнения наличия и выраженности повышения артериального давления целесообразно проведение

а) СКАД и/или СМАД

б) ЭКГ

в) ЭхоКГ

г) коронарная КТ-ангиография

14. Какие препараты имеют преимущества при наличии гипертрофии левого желудочка у больных артериальной гипертензией?

а) блокаторы рецепторов ангиотензина, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

б) диуретики, бета-адреноблокаторы

в) блокаторы кальциевых каналов

г) блокаторы рецепторов ангиотензина, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов

15. Какие лекарственные препараты рекомендовано назначать при сочетании артериальной гипертензии и сердечной недостаточности?

а) диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

б) бета-адреноблокаторы, агонисты альдостерона

в) блокаторы кальциевых каналов

г) диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов

16. Назначение препаратов группы бета-адреноблокаторов рекомендуется пациентам с артериальной гипертензией в сочетании с

а) стенокардией, хронической сердечной недостаточностью

б) высокой гиперкалиемией, острой и хронической почечной недостаточностью

в) перенесенным инфарктом миокарда

г) стенокардией, хронической сердечной недостаточностью, перенесенным ин-фарктом миокарда

17. У больных артериальной гипертензией старческого возраста медикаментозная терапия рекомендуется при систолическом артериальном давлении

а) ≥ 180 мм рт.ст

б) ≥ 170 мм рт.ст

в) ≥ 160 мм рт.ст

г) ≥ 150 мм рт.ст

18. Альфа-адреноблокаторы рекомендованы в качестве противогипертензивных препаратов

а) первой линии

б) при наличии сахарного диабета 2 типа

в) при наличии диабетической нейропатии

г) у больных пожилого и старческого возраста

19. У больных артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста мо-ложе

80 лет, находящихся в удовлетворительном общем состоянии, рекомендуется снижение систолического АД до

- а) <160 мм рт.ст
- б) <150 мм рт.ст
- в) <140 мм рт.ст
- г) <130 мм рт.ст

20. Агонисты имидазолиновых рецепторов рекомендованы к назначению при

- а) синдроме слабости синусового узла
- б) брадикардия <50 ударов в минуту
- в) лечении АГ у больных сахарным диабетом 2 типа;
- г) наличии хронической сердечной недостаточности (ХСН)

21. Больным артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста моло-же 80 лет с уровнем систолического АД ≥ 160 мм рт.ст. рекомендуется его сни-жение до

- а) 140 – 150 мм рт.ст;
- б) 130 – 140 мм рт.ст
- в) 120 – 130 мм рт.ст
- г) 110 – 120 мм рт.ст.

22. К клиническим показаниям применения СМАД и СКАД в диагностических целях относят

- а) подозрение на «гипертонию белого халата»
- б) АГ 1 степени по данным клинического АД
- в) высокое АД у лиц с отсутствием поражения органов-мишеней (ПОМ) и у лиц с низким общим сердечно-сосудистым риском
- г) все ответы верные

23. Абсолютные противопоказания к назначению недигидропиридиновых антагонистов кальция

- а) высокая гиперкалиемия
- б) сниженная фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)
- в) хроническая сердечная недостаточность
- г) все ответы верные

24. Выберите 2 правильных ответа. Всем больным артериальной гипертензией рекомендуется определять

- а) клиренс креатинина крови (мл/мин)
- б) скорость клубочковой фильтрации
- в) антитела к кардиолипину
- г) фибриноген

25. У лиц старше 50 лет лучшим предиктором сердечно-сосудистых осложнений является

- а) уровень систолического артериального давления
- б) уровень диастолического артериального давления
- в) пульсовое давление
- г) венозное давление

26. Абсолютные противопоказания к назначению ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов к ангиотензину

- а) беременность
- б) высокая гиперкалиемия
- в) двусторонний стеноз почечных артерий
- г) все ответы верные

27. Низкая доза аспирина рекомендуется пациен-там старше 50 лет (в отсутствии других сердечно-сосудистых заболеваний) при

- а) умеренном повышении уровня сывороточного креатинина
- б) низком риске сердечно-сосудистых осложнений
- в) наличии сахарного диабета
- г) снижении фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)

28. Выберите один правильный вариант ответа. Инфаркт миокарда 1 типа это:

- а) Инфаркт миокарда, развившийся вследствие разрыва или эрозии атеросклеротической бляшки в коронарных артериях с последующим формированием внутрикоронарного тромба (атеротромбоз)
- б) Инфаркт миокарда, связанный с осложнениями, возникшими по время процедуры чрескожного коронарного вмешательства и в ближайшие 48 часов после нее.
- в) Инфаркт миокарда, развившийся в результате ишемии, обусловленными причинами,

не связанными с тромботическими осложнениями коронарного атеро-склероза.

г) Инфаркт миокарда, связанный с операцией коронарного шунтирования.

29. Выберите один правильный ответ. Изменения на ЭКГ, характерные для ишемии миокарда:

а) Остро возникшие подъемы сегмента ST на уровне точки J как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ, $\geq 0,1$ мВ во всех отведениях, за исключением отведений V2-V3, где элевация сегмента ST должна составлять $\geq 0,2$ мВ у мужчин в возрасте 40 лет и старше, $\geq 0,25$ мВ у мужчин моложе 40 лет или $0,15 \geq$ мВ у женщин (при отсутствии гипертрофии левого желудочка или БЛНПГ).

б) Остро возникшие подъемы сегмента ST на уровне точки J $\geq 0,1$ мВ в отведениях V2-V3 в сравнении с ранее зарегистрированной ЭКГ (при отсутствии гипертрофии левого желудочка или БЛНПГ).

в) Остро возникшие горизонтальные или косонисходящие снижения сегмента ST $\geq 0,05$ как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ и/или инверсии зубца T $>0,1$ мВ как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ с доминирующим зубцом R или соотношением амплитуды зубцов R/S >1 .

г) Все ответы правильные

30. Реперфузионная терапия для снижения риска смерти рекомендуется всем пациентам с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST:

а) Длительностью симптомов <6 часов

б) Длительностью симптомов <12 часов

в) Длительностью симптомов >24 часов

г) Длительностью симптомов >48 часов

31. Первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST):

а) Является предпочтительной реперфузионной стратегией в первые 12 часов от начала развития ИМпST, если ожидаемое время от момента постановки диагноза до проведения проводника в просвет инфаркт связанной коронарной артерии не превышает 120 минут.

б) У пациентов с ИМпST, осложненным кардиогенным, рекомендуется одномоментное многососудистое ЧКВ.

в) Стратегия первичного ЧКВ рекомендована у пациентов, поступивших в интервале более 48 часов от начала симптомов ИМпST.

г) Рекомендуется установка стентов без лекарственного покрытия.

32. Выберите один НЕправильный ответ. Тромболитическая терапия (ТЛТ) при

инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST:

- а) При отсутствии противопоказаний рекомендована для снижения риска с длительностью симптомов <12 часов, у которых ожидается, что первичное чрескожное коронарное вмешательство не будет выполнено в пределах 120 минут после постановки диагноза
- б) Всем пациентам, получающим тромболитик (догоспитально или в стационаре без возможности выполнения чрескожное коронарное вмешательство), для снижения риска смерти рекомендован незамедлительный перевод в учреждения, реализующие чрескожные коронарные вмешательства в круглосуточном режиме.
- в) При отсутствии противопоказаний рекомендована для снижения риска смерти у пациентов с длительностью симптомов <24 часов
- г) При рецидиве ишемии миокарда или признаках реокклюзии после первоначально успешной ТЛТ для снижения риска смерти рекомендуется коронароангиография с намерением выполнить срочное чрескожное коронарное вмешательство.

33. Критерии адекватной в/в инфузии нитратов:

- а) Уровень систолического АД, который должен быть снижен на 10-15% у нормо-тоников и на 25-30% у лиц с АГ, но не ниже 100 мм рт. ст.
- б) При ее неэффективности скорость инфузии увеличивается на 10-15 мкг/мин каждые 5-10 мин, пока не будет достигнут желаемый эффект (но не более 200 мкг/мин)
- в) Оптимальная продолжительность инфузии нитратов не более 24-48ч, т.к. в дальнейшем часто развивается толерантность.
- г) Все ответы правильные

34. Выберите один правильный вариант ответа. Какие варианты кардиогенного шока могут быть при инфаркте миокарда:

- а) Истинный кардиогенный шок, связанный со снижением сократительной способности левого желудочка.
- б) Шок вследствие относительной и абсолютной гиповолемии. Близок к этому варианту рефлекторный шок, связанный с реакцией на болевой приступ.
- в) Аритмический вариант — нарушения гемодинамики на фоне тяжёлых тахи- и брадиаритмий
- г) Все ответы правильные

35. Выберите НЕправильный вариант ответа. Антитромботическое сопровождение реперфузионной стратегии при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST:

- а) Переход на прием тикагрелора без нагрузочной дозы возможен у пациентов уже получивших нагрузочную дозу клопидогрела.
- б) При планируемом первичном чрескожном коронарном вмешательстве (ЧКВ) при

отсутствии противопоказаний (любое нарушение мозгового кровообращения в прошлом, продолжающееся кровотечение) в дополнение к ацетилсалициловой кислоте рекомендуется тикагрелор или прасугрел, назначенный перед или во время ЧКВ.

в) Основные кандидаты на лечение клопидогрелом – пациенты, нуждающиеся в длительном приеме антикоагулянтов и те, у кого по каким-то причинам невозможно лечение тикагрелором или прасугрелом.

г) В рамках любой стратегии реперфузии предусмотрено использование антиагрегантов (как правило, не менее двух) и антикоагулянта.

36. Выберите один правильный вариант ответа. Терапия желудочковых аритмий при инфаркте миокарда:

а) Для восстановления кровообращения у пациента с инфарктом миокарда, осложненным гемодинамически значимой желудочковой тахикардией или фибрилляцией желудочков, рекомендуется проведение немедленной электрической кардиоверсии или дефибрилляции, соответственно.

б) У пациентов с инфарктом миокарда рекомендуется лечение гемодинамически незначимых желудочковых и наджелудочковых аритмий с помощью антиаритмических средств.

в) У пациентов с инфарктом миокарда с полиморфной желудочковой тахикардией или фибрилляцией желудочков для предупреждения рецидивов аритмии рекомендуется внутривенное введение бета-адреноблокатора (при отсутствии противопоказаний).

г) Для восстановления кровообращения у пациента с инфарктом миокарда, осложненным гемодинамически значимой желудочковой тахикардией или фибрилляцией желудочков, рекомендуется проведение немедленной электрической кардиоверсии или дефибрилляции, соответственно, У пациентов с инфарктом миокарда с полиморфной желудочковой тахикардией или фибрилляцией желудочков для предупреждения рецидивов аритмии рекомендуется внутривенное введение бета-адреноблокатора (при отсутствии противопоказаний).

37. Выберите один НЕправильный вариант ответа. Терапия острой левожелудочковой недостаточности при инфаркте миокарда:

а) Для коррекции гипоксемии рекомендуется проведение оксигенотерапии путем ингаляции увлажнённого кислорода через маску при SaO₂ ниже 90% с поддержанием SaO₂ > 95%.

б) Рекомендуется в/в введение петлевых диуретиков (фуросемид) для уменьшения симптомов.

в) Рекомендуется внутривенное введение бета-адреноблокаторов пациентам с признаками острой сердечной недостаточности.

г) Для уменьшения выраженности симптомов рекомендуется в/в инфузия нитратов.

Условие: САД выше 90 мм рт. ст.

38. Выберите один правильный вариант ответа. Выбор стратегии лечения пациента с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в стационаре:

- а) У пациентов с признаками умеренного (промежуточного) риска неблагоприятного исхода рекомендуется проведение коронарографии с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда, которую можно отсрочить до 72 ч после госпитализации, с целью снижения риска рецидива ишемии миокарда.
- б) У пациентов с признаками очень высокого риска неблагоприятного исхода рекомендуется проведение коронарографии с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 2 часа после госпитализации с целью снижения риска рецидива ишемии миокарда, сокращения длительности госпитализации и улучшении прогноза.
- в) У пациентов с признаками высокого риска неблагоприятного исхода рекомендуется проведение коронарографии с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 24 ч после госпитализации с целью снижения риска рецидива ишемии миокарда, сокращения длительности госпитализации и улучшении прогноза.
- г) Все ответы правильные.

39. Выберите один НЕправильный вариант ответа. К критериям очень высокого риска при инфаркте миокарда без подъема сегмента ST относятся:

- а) Нестабильность гемодинамики или кардиогенный шок.
- б) Продолжающаяся или повторяющаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению.
- в) Риск по шкале GRACE >140 баллов.
- г) Острая сердечная недостаточность с сохраняющимися стенокардией или смещениями сегмента ST на ЭКГ.

40. Выберите один НЕправильный вариант ответа. Коррекция гипоксемии у пациентов с инфарктом миокарда:

- а) При наличии гипоксемии (сатурация крови кислородом <90% или парциальное давление кислорода в артериальной крови <60 мм рт. ст.) рекомендуется кислородотерапия.
- б) При наличии гипоксемии (сатурация крови кислородом <93%) рекомендуется кислородотерапия.
- в) Рекомендуется дыхание кислородом через носовые катетеры или маску со скоростью 2-8 л/мин.
- г) Ингаляционное введение кислорода у пациентов с ИМпСТс уровнем сатурации крови кислородом выше 90% не только не приносит пользы пациентам с неосложненным

инфарктом миокарда, но может быть вредно.

41. Выберите один правильный вариант ответа. У пациентов, перенесших инфаркт миокарда, рекомендуется:

- а) Продолжать двойную антитромбоцитарную терапию на протяжении 12 месяцев вне зависимости от тактики лечения и типа установленного стента, если нет высокого риска кровотечений.
- б) У пациентов с высоким риском коронарных осложнений и низким риском кровотечений, рекомендуется рассмотреть возможность продления двойной антитромбоцитарной терапии на более длительный срок для дополнительного снижения риска неблагоприятных исходов.
- в) У пациентов во время двойной антитромбоцитарной терапии рекомендуется использовать ингибиторы протонного насоса для снижения риска кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
- г) Все ответы правильные.

42. Выберите один правильный вариант ответа. Внутривенное введение наркотического анальгетика морфина при инфаркте миокарда способствует:

- а) Купированию болевого синдрома, связанного с ишемией миокарда.
- б) Уменьшению страха и возбуждения.
- в) Расширению периферических артерий и вен.
- г) Все ответы правильные.

43. Выберите правильный ответ. Абсолютные противопоказания к использованию бета-адреноблокаторов при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST:

- а) Кардиогенный шок
- б) Тяжелая обструктивная болезнь легких в стадии обострения.
- в) Атриовентрикулярная блокада II-III ст. у пациентов без функционирующего искусственного водителя ритма сердца.
- г) Все ответы правильные.

44. Выберите один НЕправильный ответ. Парентеральное введение антикоагулянтов при остром коронарном синдроме (ОКС):

- а) Рекомендуется у пациентов с подтвержденным диагнозом инфаркта миокарда, если нет противопоказаний, с целью снижения риска неблагоприятного исхода.
- б) При ОКС без подъема сегмента ST вне зависимости от стратегии лечения рекомендуется фондапаринукс натрия как имеющий наиболее благоприятный профиль

эффективности и безопасности.

в) При инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST парентеральное введение антикоагулянтов для снижения риска тромботических осложнений рекомендуется продолжать максимально до 8 суток или до успешного завершения чрескожного коронарного вмешательства.

г) При инфаркте миокарда парентеральное введение антикоагулянтов для снижения риска тромботических осложнений рекомендуется продолжать максимально до 10 суток.

45. Выберите один НЕправильный ответ. У пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, осложнившимся острой левожелудочковой недостаточностью рекомендуется:

а) Для оценки проявлений сердечной недостаточности использовать классификацию Killip.

б) Для снижения риска смерти использовать внутривенное введение бета-блокаторов.

в) Для уменьшения выраженности симптомов использовать в/в инфузию нитратов при систолическом артериальном давлении выше 90 мм рт ст.

г) Для уменьшения симптомов сердечной недостаточности использовать в/в введение петлевых диуретиков.

46. Выберите один правильный ответ. Анти тромботическое сопровождение реперфузионных вмешательств при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

а) Всем пациентам при отсутствии противопоказаний рекомендован прием ацетилсалициловой кислоты до начала реперфузионного вмешательства.

б) При отсутствии противопоказаний рекомендовано применение парентерально вводимого антикоагулянта, начатое перед реперфузионным вмешательством или как минимум во время него.

в) Для снижения риска суммарных ишемических событий блокатор P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов рекомендуется в дополнении к ацетилсалициловой кислоте до начала или во время реперфузионного вмешательства всем пациентам, не имеющих противопоказаний.

г) Все ответы правильные.

47. Выберите один правильный ответ. Липидснижающая терапия при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

а) Для снижения суммарного риска ишемических событий рекомендуется в период госпитализации начать лечение ингибитором ГМГ КоА-редуктазы в высокой дозе вне зависимости от исходного уровня холестерина при отсутствии противопоказаний.

б) У пациентов, перенесших ИМпST, рекомендуется поддерживать уровень ХС ЛПНП <

1,4 ммоль/л и добиваться его снижения как минимум на 50% от исходных значений ХС ЛНП для обеспечения максимального эффекта по снижению риска повторных ишемических событий.

в) У пациентов, перенесших ИМпСТ, рекомендуется поддерживать уровень ХС ЛНП < 1,8 ммоль/л и добиваться его снижения как минимум на 50% от исходных значений ХС ЛНП для обеспечения максимального эффекта по снижению риска повторных ишемических событий.

г) Для снижения суммарного риска ишемических событий рекомендуется в период госпитализации начать лечение ингибитором ГМГ КоА-редуктазы в высокой дозе вне зависимости от исходного уровня холестерина при отсутствии противопоказаний, У пациентов, перенесших ИМпСТ, рекомендуется поддерживать уровень ХС ЛНП < 1,4 ммоль/л и добиваться его снижения как минимум на 50% от исходных значений ХС ЛНП для обеспечения максимального эффекта по снижению риска повторных ишемических событий.

48. Выберите один НЕправильный ответ. Антитромботическая терапия у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ), нуждающихся в длительном использовании антикоагулянтов.

а) Пациенты с ИМпСТ, развившимся на фоне терапии пероральным антикоагулянтом должны получить тромболитическую терапию.

б) У пациентов с ИМпСТ и фибрилляцией предсердий, нуждающихся в сочетании антикоагулянта и антитромбоцитарных препаратов, для снижения риска кровотечений рекомендуется использовать пероральные антикоагулянты (ПОАК), а не антагонисты витамина К, если к ПОАК нет противопоказаний.

в) У пациентов с ИМпСТ, нуждающихся в длительном использовании пероральных антикоагулянтов, которым не выполнялось коронарное стентирование, рекомендуется сочетание одного антитромбоцитарного препарата с пероральным антикоагулянтом (двойная антитромботическая терапия).

г) Для уменьшения риска геморрагических осложнений во время чрескожных коронарных вмешательств у пациентов, получающих пероральные антикоагулянты, рекомендуется использовать лучевой доступ.

49. Выберите один правильный ответ. Клинические признаки острой полиорганной недостаточности в результате гипоперфузии при кардиогенном шоке.

а) Снижение температуры и мраморность кожных покровов.

б) Снижение темпа диуреза (< 30 мл/ч).

в) Изменения психического статуса и сознания.

г) Все ответы правильные.

50. Заболевания и состояния, затрудняющие диагностику инфаркта миокарда с

подъемом сегмента ST (ИМпST).

- а) Синдром ранней реполяризации желудочков сердца.
- б) Блокада левой ножки пучка Гиса.
- в) Синдром Бругада.
- г) Все ответы правильные.

51. Антиаритмические препараты, существенно увеличивающие частоту желудочковых сокращений во время фибрилляции или трепетания предсердий у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта:

- а) Новокаинамид
- б) Верапамил
- в) Дигоксин
- г) Верапамил, Дигоксин

52. Невозможно купирование с помощью электрической кардио-стимуляции следующих нарушений ритма сердца:

- а) Фибрилляция предсердий
- б) Атриовентрикулярная тахикардия по механизму ри-ентри
- в) Пароксизмальная эктопическая наджелудочковая тахикардия
- г) Фибрилляция предсердий, Пароксизмальная эктопическая наджелудочковая тахикардия

53. Выберите один правильный вариант ответа. Для локализации путей ри-ентри в атриовентрикулярном узле характерна следующая форма аритмий:

- а) Атриовентрикулярная узловая пароксизмальная тахикардия
- б) Предсердная пароксизмальная тахикардия
- в) Фибрилляция предсердий
- г) Синусовая тахикардия

54. Выберите один НЕправильный вариант ответа. Препаратами выбора для лечения симптоматических желудочковых аритмий у больных с хронической сердечной недостаточностью ф.к. III являются:

- а) Новокаинамид
- б) Соталол
- в) Бета-блокаторы

г) Новокаиномид, Соталол

55. Выберите один правильный вариант ответа. Антиаритмические препараты, уменьшающие интервал QT:

а) Новокаиномид

б) Кордарон

в) Бета-блокаторы

г) Соталол

56. Выберите один НЕправильный вариант ответа. Показания для имплантации электрокардиостимулятора даже при отсутствии клинических симптомов синкопальных состояний:

а) Атриовентрикулярная блокада III ст. приобретенного характера

б) Транзиторные АВ блокады, обусловленные дигиталисной интоксикацией

в) Преходящий или хронический синдром Фредерика (атриовентрикулярная блокада III ст. при наличии фибрилляции или трепетания предсердий)

г) Атриовентрикулярная блокада II или I ст. в сочетании с фасцикулярной блокадой, когда пациенту требуется дополнительная антиаритмическая терапия

57. Выберите НЕправильный вариант ответа. Согласно современным рекомендациям по лечению пациентов с наджелудочковыми тахи-кардиями (ESC, 2019) катетерная абляция при трепетании предсердий показана (класс рекомендаций I):

а) После первого симптомного пароксизма типичного трепетания предсердий

б) Всем пациентам с симптомными, рецидивирующими, кавотрикуспидальными истмус (КТИ)-зависимыми пароксизмами трепетания предсердий

в) В центрах экспертного уровня пациентам с симптомными, рецидивирующими, не-КТИ-зависимыми пароксизмами трепетания предсердий

г) Пациентам с персистирующей формой трепетания предсердий или если трепетание предсердий приводит к развитию кардиомиопатии со снижением систолической функции левого желудочка

58. Выберите один правильный вариант ответа. Показаниями для проведения чреспищеводного электрофизиологического исследования являются:

а) Исследование функции синусового узла

б) Пароксизмальные тахикардии с узкими комплексами QRS

в) Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта

г) Все ответы правильные

59. Выберите один правильный вариант ответа. К признакам низ-кого риска при неинвазивной риск-стратификации пациентов с бессимптомным паттерном синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта относятся:

- а) Индуцируемость тахикардии, ассоциированной с дополнительными путями проведения, при выполнении электрофизиологического исследования
- б) Наиболее короткий RR-интервал во время фибрилляции предсердий с предвозбуждением желудочков <250 мсек
- в) Эффективный рефрактерный период дополнительных путей проведения <250 мсек при проведении электрофизиологического исследования
- г) Полная или интермиттирующая потеря предвозбуждения желудочков во время физической нагрузки или лекарственного теста

60. Выберите НЕправильный вариант ответа. К ЭКГ-критериям типичного (1 типа) трепетания предсердий относятся:

- а) Отсутствие зубца Р, комплексы QRS обычной для больного формы и ширины, реже при тахисистолии возможна аберрация желудочковых комплексов
- б) Наличие волны F с частотой 200-350 в минуту, в отведениях II, III, aVF волна F направлена книзу от изоэлектрической линии
- в) У большинства больных наблюдается неполная атриовентрикулярная блокада меняющейся степени - неправильная форма, или проводится каждый второй-пятый зубец и ритм желудочков при этом правильный
- г) Наличие волны F с частотой >350 в минуту, в отведениях II, III, aVF волна F направлена вверх от изоэлектрической линии

61. Укажите, какое положение из принципов выбора режима ЭКС НЕ верно (один вариант):

- а) Стимуляция желудочков необходима, если имеется нарушение АВ проводимости или велика вероятность ее возникновения
- б) Если нет противопоказаний, следует использовать те виды стимуляции, при которой осуществляется связь с предсердиями и/или их стимуляция
- в) Функция частотной адаптации требуется при сохраненной хронотропной реакции больного
- г) Функция частотной адаптации не обязательна при сохраненной хронотропной реакции больного

62. С чем чаще всего ассоциируется наличие ночных бессимптомных синоатриальных и/или атриовентрикулярных блокад у лиц среднего и старшего

возраста (указать один вариант):

- а) Синдром слабости синусового узла
- б) Бинодальная болезнь сердца
- в) Синдром обструктивного апноэ сна
- г) Синдром «Спортивного сердца»

63. Показанием к кардиоресинхронизирующей терапии является:

- а) Наличие признаков ХСН на фоне оптимальной медикаментозной терапии при наличии блокады левой ножки пучка Гиса независимо от значения фракции выброса левого желудочка
- б) Диссинхрония миокарда (по ЭХОКГ)
- в) Наличие признаков ХСН II-IV ФК (NYHA) с фракцией выброса левого же-лудочка <35% на фоне оптимальной медикаментозной терапии при наличии блокады левой ножки пучка Гиса и длительности комплекса QRS более 150 мсек;
- г) Наличие признаков ХСН II-IV ФК (NYHA) с фракцией выброса левого же-лудочка <35% на фоне оптимальной медикаментозной терапии и расшире-ние комплекса QRS более 100 мс, но менее 130мс

64. Клинические критерии для возможного аритмогенного генеза синкопальных состояний:

- а) Отягощенный семейный анамнез по внезапной сердечной смерти, осо-бенно у лиц молодого возраста
- б) Внезапная потеря сознания без предвестников
- в) Ощущение учащенного сердцебиения перед потерей сознания
- г) Все вышеперечисленные

65. Потенциальные причины синкопаль-ных состояний, вызванные нарушениями ритма сердца:

- а) Прием соталола на фоне тяжелых нарушений функции почек
- б) Манифестирующий синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
- в) Тяжелые электролитные нарушения
- г) Все вышеперечисленное

66. Какое максимальное количество баллов по шкале риска тромбозмболических осложнений CHA2DS2-VASc может получить пациент с фибрилляцией предсердий, не имеющий механических протезов клапанов и средне-тяжелого/тяжелого стеноза

митрального отверстия?

- а) 7
- б) 8
- в) 9
- г) 10

67. Выберите 1 правильный вариант, когда пациенту с фибрилляцией предсердий без наличия механических протезов клапанов и средне-тяжелого/тяжелого митрального стеноза показано назначение ПОАК с IA классом и уровнем доказательств:

- а) Мужчина с 1 баллом по шкале CHA2DS2-VASc
- б) Женщина с 1 баллом по шкале CHA2DS2-VASc
- в) Мужчина с 2 баллами по шкале CHA2DS2-VASc
- г) Женщина с 2 баллами по шкале CHA2DS2-VASc

68. Наиболее частая причина внезапной сердечной смерти в старшей возрастной популяции:

- а) ИБС
- б) Кардиомиопатии
- в) Каналопатии
- г) Различные интоксикации (в том числе наркотические)

69. Выберите один вариант правильного определения первичной профилактики внезапной сердечной смерти (ВСС):

- а) Терапия, направленная на снижение риска ВСС у лиц, имеющих вероятность ее развития, но при отсутствии в анамнезе эпизода остановки сердца или жиз-неугрожающих аритмий;
- б) Терапия, направленная на снижение риска ВСС у пациентов, переживших остановку сердца или имеющих жизнеугрожающие аритмии
- в) Терапия, направленная на купирование пароксизма желудочковой тахикардии
- г) Мероприятия, направленные на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний.

70. Укажите правильный вариант выбора антиаритмической терапии у пациента со следующими данными: пациент 56 лет, с наличием ИБС стабильного течения (перенесенный инфаркт миокарда, ФВЛЖ=50%), сопутствующей хронической болезнью почек (СКФ=45 мм/мин/1,73 м²); при суточном ЭКГ-мониторировании выявлены эпизоды симптомной неустойчивой желудочковой тахикардии в 3-4 ком-

плекса, сопровождающиеся ощущением «перебоев» в работе сердца:

- а) Пропафенон
- б) Сотагексал
- в) Аллапинин
- г) Кардиоселективный β -блокатор

71. Выберите 1 вариант правильного ответа. Какая доза дабиграна является предпочтительной у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий в возрасте до 80 лет и высоким риском ишемического инсульта:

- а) 150 мг 2 раза в день
- б) 150 мг 1 раз в день
- в) 110 мг 2 раза в день
- г) 75 мг 2 раза в день

72. Выберите 1 правильный вариант ответа. Критерием желудочковой тахикардии является:

- а) Деформация и расширение комплекса QRS >120 мс с дискордантным расположением сегмента ST и з.Т
- б) Наличие АВ-диссоциации (полное разобщение частого ритма желудочков и синусового ритма предсердий)
- в) Наличие “желудочковых захватов”
- г) Все вышеперечисленное

73. К антиаритмическим препаратам I класса в соответствии с классификацией E.Vaughan Williams (1984) относится:

- а) Пропафенон
- б) Соталол
- в) Амиодарон
- г) Верапамил

74. Критериями для снижения дозы апиксабана являются все перечисленные, кроме:

- а) Наличие 2-х из 3-х признаков: концентрация креатинина крови $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л) в сочетании с возрастом ≥ 80 лет или массой тела ≤ 60 кг
- б) Снижение клиренса креатинина до 15-29 мл/мин
- в) Одновременный прием апиксабана с клопидогрелем после чрескожного коронарного

вмешательства

г) Профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии.

75. К модифицируемым факторам риска кровотечений относятся все перечисленные, кроме:

а) Артериальная гипертония с систолическим АД > 160 мм. рт. ст.

б) Совместное применение препаратов (нестероидные противовоспалительные препараты, антиагреганты)

в) Инсульт в анамнезе;

г) Злоупотребление алкоголем (≥ 8 доз/неделю)

76. Какой класс антиаритмических препаратов является более безопасным для пациентов, принимающих противовирусные препараты при коронавирусной инфекции COVID-19 (укажите 1 правильный вариант ответа):

а) Антиаритмики IC класса (пропафенон, аллапинин)

б) ?-блокаторы

в) Антиаритмики III класса (соталол, амиодарон);

г) Ни один из вышеперечисленных выше.

77. К плановым оперативным вмешательствам с незначительным риском кровотечений, не требующим прекращения приема пероральных антикоагулянтов, относятся все перечисленные, кроме (укажите 1 неправильный вариант ответа):

а) Стоматологические операции (удаление до 3 зубов, вскрытие абсцесса, установка импланта)

б) Торакальная хирургия

в) Вмешательства по поводу катаракты или глаукомы

г) Эндоскопия без биопсии или резекции

78. Сроки возобновления прямых пероральных антикоагулянтов у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий на фоне транзиторной ишемической атаки:

а) Через ≥ 3 дня

б) Через ≥ 1 день

в) Через $\geq 6-8$ дней

г) Через $\geq 12-14$ дней.

79. К методам профилактики контраст индуцированной нефропатии (КИН) при

проведении чрескожных коронарных вмешательств относятся:

- а) Гидратация
- б) Коррекция факторов риска развития КИН
- в) Сокращение объема вводимого контрастного вещества, по-вторное введение контрастного вещества не ранее чем через 72 часа
- г) Все вышеперечисленное верно

80. Приоритетным методом реваскуляризации у пациентов с ОКС с подъемом ST считается:

- а) Тромболитическая терапия
- б) Двойная антитромбоцитарная терапия
- в) Аортокоронарное шунтирование
- г) Чрескожное коронарное вмешательство

81. Какова нагрузочная доза клопидогреля перед ЧКВ у пациентов с ОКС с подъемом ST?

- а) 75 мг
- б) 150 мг
- в) 300 мг
- г) 600 мг

82. В соответствии с европейскими рекомендациями по реваскуляризации мио-карда 2018, использование какого артериального доступа рекомендовано для проведения ЧКВ у пациентов с ОКСST?

- а) Бедренный
- б) Локтевой
- в) Лучевой
- г) Все перечисленное верно

83. Больные какой клинической группы должны быть стратифицированы по шкале GRACE

- а) Все пациенты с ОКС
- б) Все пациенты с ОКС^{бп}ST
- в) Все пациенты с ОКСST

г) Все пациенты, планируемые на ЧКВ

84. Критерии высокого риска у пациентов с ОКСбпST:

а) Подъем или снижение уровня сердечного тропонина

б) Недавнее проведение ЧКВ

в) Недавнее проведение АКШ

г) Все перечисленное верно

85. Критерии высокого риска у пациентов с ОКСбпST:

а) Сахарный диабет

б) ФВ ЛЖ <40% или застойная сердечная недостаточность

в) Почечная недостаточность (СКФ <60 мл/мин/1,73 м)

г) Верного ответа нет

86. Критерии очень высокого риска у пациентов с ОКСбпST:

а) Гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок

б) Рецидивирующая или продолжающаяся боль в грудной клетке, устойчивая к медикаментозному лечению

в) Острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокарди-ей или отклонением сегмента ST

г) Все перечисленное верно

87. Неотложная инвазивная стратегия (< 2 часов) рекомендована для больных с ОКСбпST:

а) Для всех больных

б) Для больных промежуточного риска

в) Для больных высокого риска

г) Для больных очень высокого риска

88. Ранняя инвазивная стратегия (< 24 часов) рекомендована для больных с ОК-СбпST:

а) Для всех больных

б) Для больных промежуточного риска

в) Для больных высокого риска

г) Для больных очень высокого риска

89. Рутинная тромбоаспирация при проведении ЧКВ у пациентов с ОКС:

а) Не рекомендована

б) Рекомендована у всех пациентов

в) Рекомендована у пациентов с ОКС[^]ST

г) Рекомендована у пациентов с ОКСбпST

90. При проведении ЧКВ стенты с лекарственным покрытием рекомендованы для:

а) Пациентов с ОКСбпST

б) Пациентов с ОКС[^]ST

в) Пациентов со стабильной ИБС

г) Всех пациентов

91. Для больных, планируемых на ЧКВ с ОКСбпST, нагрузочная доза клопидогреля рекомендуется:

а) При отсутствии прасугрела и такагрелора

б) При низком риске кровотечения

в) Нагрузочная доза рекомендована только для пациентов с ОКС[^]ST

г) Правильного ответа нет

92. Тип инфаркта миокарда, связанного с ЧКВ

а) 1 тип

б) 2 тип

в) 3 тип

г) 4а тип

93. Оценка кровотока в коронарной артерии по шкале TIMI должна использоваться:

а) Для пациентов со стабильной ИБС

б) Для пациентов с ОКС

в) Для всех пациентов

г) Для пациентов с нестабильной ИБС

94. Оптимальной позицией для оценки состояния створок аортального клапана при

эхокардиографическом исследовании является:

- а) парастернальная позиция короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- б) парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты
- в) парастернальная позиция короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
- г) апикальная пятикамерная позиция

95. Оптимальной позицией для оценки состояния ствола левой и правой коронарных артерий при эхокардиографическом исследовании является:

- а) парастернальная позиция короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- б) парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты
- в) парастернальная позиция короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
- г) апикальная двухкамерная позиция

96. Состояние межпредсердной перегородки оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции:

- а) парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты
- б) апикальная четырехкамерная позиция
- в) субкостальная четырехкамерная позиция
- г) все вышеперечисленные

97. Выбрать один правильный ответ. Для оптимальной визуализации и оценки состояния дуги аорты при эхокардиографическом исследовании служат:

- а) парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты
- б) все ответы правильные
- в) супрастернальная длинная ось
- г) парастернальная длинная ось левого желудочка

98. Состояние нижней полой вены оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции:

- а) парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты
- б) супрастернальная короткая ось
- в) парастернальная длинная ось левого желудочка
- г) субкостальная

99. Сократительную способность миокарда левого желудочка при эхокардиогра-

фическом исследовании можно оценить в следующих позициях:

- а) парастеральная позиция короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- б) апикальная четырехкамерная
- в) апикальная двухкамерная
- г) верно все

100. Расстояние от пика Е открытия передней створки митрального клапана до межжелудочковой перегородки при эхокардиографическом исследовании не должно превышать:

- а) 2 мм
- б) 5-10 мм
- в) 10-15 мм
- г) 15-20 мм

101. Амплитуда движения корня аорты в систолу при эхокардиографическом исследовании составляет:

- а) 5-7 мм
- б) 2-5 мм
- в) менее 2 мм
- г) более 7 мм

102. Нарушение глобальной сократимости левого желудочка характерно для:

- а) постинфарктного кардиосклероза
- б) дилатационной кардиомиопатии
- в) декомпенсации порока
- г) верно все

103. Для крупноочагового инфаркта миокарда характерно нарушение локальной сократимости в виде:

- а) гипокинезии
- б) акинезии
- в) дискинезии
- г) все верно

104. Острый крупноочаговый инфаркт миокарда может сопровождаться:

- а) дилатацией левых отделов сердца
- б) митральной регургитацией
- в) пристеночным тромбозом
- г) верно все

105. Для гипертрофической обструктивной кардиомиопатии характерна при эхокардиографическом исследовании следующая форма потока в выносящем тракте левого желудочка:

- а) смещение пика скорости во вторую половину систолы
- б) смещение пика скорости в первую половину систолы
- в) уменьшение скорости потока
- г) увеличение скорости потока

106. Эхокардиографическими признаками острого инфаркта миокарда правого желудочка являются:

- а) дилатация нижней полой вены
- б) трикуспидальная регургитация
- в) нарушение глобальной сократимости правого желудочка
- г) верно все

107. Для стеноза митрального клапана характерно:

- а) наличие спаек по комиссурам
- б) ограничение подвижности створок
- в) уменьшение площади митрального отверстия
- г) верно все

108. Площадь митрального отверстия в норме составляет:

- а) 4-6 см²;
- б) 1,5-2 см²
- в) 2-4 см²
- г) 1,0 см²

109. Дополнительные наложения на створках митрального клапана могут свиде-

тельствовать о:

- а) инфекционном эндокардите
- б) отрыве хорд
- в) кальцификации створок
- г) верно все

110. Причиной митральной регургитации могут стать:

- а) пролапс митрального клапана
- б) ревматизм
- в) инфекционный эндокардит
- г) верно все

111. Площадь аортального отверстия при значительном стенозе равна:

- а) менее 1,0 см²
- б) 1,1-1,6 см²
- в) 1,7 см² и более
- г) 2,3 см и более

112. Систолическое давление в легочной артерии может быть измерено как:

- а) диастолический градиент давления между легочной артерией и правым желудочком
давление в правом предсердии
- б) систолический градиент давления между левым предсердием и левым желудочком
- в) систолический градиент давления между правым предсердием и правым желудочком
давление в правом предсердии
- г) диастолический градиент давления между левым предсердием и левым желудочком

113. Степень митральной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как небольшую, если площадь струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

- а) 20-30%
- б) более 40 %
- в) 30-40%
- г) менее 20%

114. У взрослых наиболее часто встречается следующий порок сердца:

- а) одностворчатый аортальный клапан
- б) общее предсердие
- в) двухстворчатый аортальный клапан
- г) транспозиция магистральных сосудов

115. Показанием к проведению трансэзофагальной эхокардиографии является подозрение на:

- а) тромбоз ушка левого предсердия
- б) инфекционный эндокардит
- в) дефект межпредсердной перегородки
- г) верно все

116. Показанием к проведению стресс-ЭхоКГ исследования является:

- а) порок
- б) миксома
- в) перикардит
- г) ишемическая болезнь сердца

117. Размер межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в парастернальной позиции в конце диастолы на уровне концов створок митрально-го клапана в норме составляет:

- а) более 14 мм
- б) менее 5 мм
- в) не более 12 мм
- г) более 12 мм

118. Фракция выброса левого желудочка в норме составляет следующий процент от объема левого желудочка:

- а) 20-30 %
- б) более 50 %
- в) 30-40 %
- г) 40-50 %

119. Нарушение глобальной сократимости миокарда левого желудочка может быть

ВЫЗВАНО:

- а) инфарктом миокарда
- б) декомпенсированным пороком
- в) ишемической болезнью сердца
- г) верно все

120. Нарушение диастолической функции левого желудочка характерно для больных с:

- а) нестабильной стенокардией
- б) инфарктом миокарда
- в) гипертонической болезнью
- г) все перечисленное

121. В случае бактериального эндокардита с вегетациями больших размеров на створках митрального клапана можно выявить:

- а) нарушение целостности хордального аппарата
- б) ускорение трансмитрального кровотока
- в) наличие регургитации.
- г) верно все

122. Как долго ВИЧ сохраняет свои свойства в высушенной капле крови:

- а) 1 сутки
- б) 3-4 дня
- в) До 7 суток
- г) Более 10 суток

123. Код обследования участников аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые:

- а) 124
- б) 120
- в) 125
- г) 118

124. Диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливается на основании:

- а) Однократного положительного результата обследования на ВИЧ-инфекцию методом ИФА
- б) Лабораторного заключения о наличии серологических и/или генетических маркеров ВИЧ-инфекции
- в) Положительного результата экспресс-теста на ВИЧ-инфекцию
- г) Только на основании положительного ИФА и иммуноблотинга

125. Рекомендуется в регионах с распространенностью ВИЧ среди беременных женщин более 1% проведение скрининга на антитела к ВИЧ-инфекции:

- а) Только лицам, имеющим клинические показания к обследованию на антитела к ВИЧ
- б) Всем в возрасте 18-60 лет, обращающимся за медицинской помощью в медицинские учреждения любого профиля
- в) Только половым партнерам беременных женщин, вставших на учет в женскую консультацию по беременности
- г) Лицам, имеющим высокий риск инфицирования ВИЧ (имеющим беспорядочные половые связи, прием психоактивных веществ)

126. При обследовании пациента по клиническим показаниям в направлении указывается код:

- а) 112
- б) 113
- в) 109
- г) 118

127. Ведущим признаком пневмоцистной пневмонии у ВИЧ -инфицированных лиц является:

- а) Одышка
- б) Острое начало лихорадки
- в) Продуктивный кашель
- г) Боли в грудной клетке при дыхании

128. Стадия ВИЧ-инфекции устанавливается только на основании:

- а) Клинических проявлений (наличие вторичных заболеваний)
- б) Давности установленного диагноза
- в) Уровня CD4

г) Показателя вирусной нагрузки как маркера прогрессирования заболевания

129. При получении положительного результата обследования на антитела к ВИЧ у пациента следует:

а) Направить пациента в Центр СПИД для уведомления о результате обследования

б) Предпринять меры по явке пациента на прием, уведомить его о результате обследования самостоятельно и направить в Центр СПИД

в) Довести информацию до руководителя подразделения

г) Сообщить результат обследования пациенту по телефону в короткие сроки и рекомендовать обратиться в Центр СПИД

130. Положительный результат обследования на антитела к ВИЧ:

а) В кратчайшие сроки доводится до специалиста, проводившего дотестовое консультирование/лица его замещающего

б) Доводится только до руководителя подразделения с целью сохранности персональных данных

в) Доводится только до специалиста, ответственного за ВИЧ, закрепленного внутренним приказом МО

г) Результат не возвращается в МО, проводившую обследование, направляется в Центр СПИД

131. Для оценки активности репликации ВИЧ в организме инфицированного человека определяют:

а) Спектр антител к антигенам (белкам) ВИЧ 1,2 типов методом иммунного блота

б) Показатели иммунного статуса (СД 4/СД 8 лимфоциты, иммунорегуляторный индекс) методом проточной цитометрии

в) Комплементарную ДНК ВИЧ (к ДНК) в лимфоцитах методом ПЦР

г) Определяют концентрацию РНК ВИЧ (вирусную нагрузку) методом ПЦР