

Кардиология (ВО) Высшая категория

1. Антагонисты альдостероновых рецепторов рекомендованы для лечения артериальной гипертензии

- а) Для медикаментозного лечения артериальной гипертензии рекомендуется использовать
- б) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- в) антагонисты рецепторов ангиотензина II
- г) блокаторы кальциевых каналов, бета-адреноблокаторы

2. Внеофисное измерение артериального давления рекомендуется

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

3. 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

4. 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

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. 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

12. 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

13. 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

14. 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

15. 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)

16. Больным артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста моложе 80 лет с уровнем систолического АД ≥ 160 мм рт.ст. рекомендуется его снижение 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.

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

21. 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

22. 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)

23. 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.

24. 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

25. 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

26. 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.

27. 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.

28. Критерии адекватной в/в инфузии нитратов:

а) Уровень систолического АД, который должен быть снижен на 10-15% у нормотоников 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

29. 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

30. 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 прасутрел, 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.

31. 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).

32. 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 SaO_2 ниже 90% с поддержанием $SaO_2 > 95\%$.

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.

33. 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 улучшения 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 улучшения прогноза
- г) Все ответы правильные.

34. Выберите один НЕправильный вариант ответа. К критериям очень высокого риска при инфаркте миокарда без подъема сегмента STотно-сятся:

- 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.

35. Выберите один НЕправильный вариант ответа. Коррекция гипоксе-мии 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) Ингаляторное введение кислорода у пациентов с ИМпSTс уровнем сатурации крови кислородом выше 90% не только не приносит пользы пациентам с неосложненным инфарктом миокарда, но может быть вредно.

36. Выберите один правильный вариант ответа. У пациентов, перенес-ших 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.

37. 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.

38. 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.

39. 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 макси-мально до 10 суток.

40. 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 класси-фикацию 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.

41. Выберите один правильный ответ. Антитромботическое сопровожде-ние реперфузионных вмешательств при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

- а) Всем пациентам при отсутствии противопоказаний рекомендован прием аце-тилсалициловой 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 рецеп-торов тромбоцитов рекомендуется в дополнении к ацетилсалициловой кисло-те до начала или во время реперфузионного вмешательства всем пациентам, не имеющих противопоказаний.
- г) Все ответы правильные.

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

- а) Для снижения суммарного риска ишемических событий рекомендуется в пери-од 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 исход-ных значений ХС ЛНП для обеспечения максимального эффекта по снижению риска повторных ишемических событий.
- в) У пациентов, перенесших ИМпST, рекомендуется поддерживать уровень ХС ЛПНП < 1,8 ммоль/л и добиваться его снижения как минимум на 50% от исход-ных 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 ЛПНП < 1,4 ммоль/л и добиваться его снижения как минимум на 50% от исходных значений ХС ЛПНП для обеспечения максимального эффекта по снижению риска повторных ишемических событий.

43. 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.

44. Выберите один правильный ответ. Клинические признаки острой полиорганной недостаточности в результате гипоперфузии при кардио-генном 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.

45. Заболевания и состояния, затрудняющие диагностику инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ).

а) Синдром ранней реполяризации желудочков сердца.

б) Блокада левой ножки пучка Гиса.

в) Синдром Бругада.

г) Все ответы правильные.

46. 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

47. 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

48. 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

49. 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) Новокаинамид, Соталол

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

а) Новокаинамид

- б) Кордарон
- в) Бета-блокаторы
- г) Соталол

51. 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

52. 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

53. 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

54. 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

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

- а) Отсутствие зубца Р, комплексы QRS обычной для большого формы и ширины, реже при тахисистолии возможна абберация 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

56. 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

57. 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 апное сна

г) Синдром «Спортивного сердца»

58. 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

59. 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

60. 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

61. 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

62. 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

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

а) ИБС

б) Кардиомиопатии

в) Каналопатии

г) Различные интоксикации (в том числе наркотические)

64. 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.

65. 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 комплекса, сопровождающиеся ощущением «перебоев» в работе сердца:

а) Пропафенон

б) Сотагексал

в) Аллапинин

г) Кардиоселективный β -блокатор

66. 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

67. 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

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

а) Пропафенон

б) Соталол

в) Амiodарон

г) Верапамил

69. Критериями для снижения дозы аписабана 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 аписабана с клопидогрелем после чрескожного коронарного вмешательства

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

70. 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)

71. 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) β -блокаторы
- в) Антиаритмики III класса (соталол, амиодарон);
- г) Ни один из вышеперечисленных выше.

72. 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

73. 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.

74. 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

75. 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

76. 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

77. 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

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

а) Все пациенты с ОКС

б) Все пациенты с ОКС^{бпST}

в) Все пациенты с ОКСST

г) Все пациенты, планируемые на ЧКВ

79. Критерии высокого риска у пациентов с ОКС^{бпST}:

а) Подъем или снижение уровня сердечного тропонина

- б) Недавнее проведение ЧКВ
- в) Недавнее проведение АКШ
- г) Все перечисленное верно

80. 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

81. 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

82. Неотложная инвазивная стратегия (< 2часов) 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

83. 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

84. 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

85. 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

86. 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

87. Тип инфаркта миокарда, связанного с ЧКВ

- а) 1 тип
- б) 2 тип
- в) 3 тип
- г) 4а тип

88. 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

89. 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

90. 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

91. 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

92. 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

93. 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

94. Сократительную способность миокарда левого желудочка при эхокардиографическом исследовании можно оценить в следующих позициях:

- а) парастернальная позиция короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- б) апикальная четырехкамерная

в) апикальная двухкамерная

г) верно все

95. 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

96. 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

97. Нарушение глобальной сократимости левого желудочка характерно для:

а) постинфарктного кардиосклероза

б) дилатационной кардиомиопатии

в) декомпенсации порока

г) верно все

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

а) гипокинезии

б) акинезии

в) дискинезии

г) все верно

99. Острый крупноочаговый инфаркт миокарда может сопровождаться:

а) дилатацией левых отделов сердца

б) митральной регургитацией

в) пристеночным тромбозом

г) верно все

100. 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

101. 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

102. Для стеноза митрального клапана характерно:

а) наличие спаек по комиссурам

б) ограничение подвижности створок

в) уменьшение площади митрального отверстия

г) верно все

103. Площадь митрального отверстия в норме составляет:

а) 4-6 см²;

б) 1,5-2 см²

в) 2-4 см²

г) 1,0 см²

104. Дополнительные наложения на створках митрального клапана могут свидетельствовать о:

а) инфекционном эндокардите

б) отрыве хорд

в) кальцификации створок

г) верно все

105. Причиной митральной регургитации могут стать:

а) пролапс митрального клапана

б) ревматизм

в) инфекционный эндокардит

г) верно все

106. 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

107. 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

108. 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%

109. У взрослых наиболее часто встречается следующий порок сердца:

а) одностворчатый аортальный клапан

б) общее предсердие

- в) двухстворчатый аортальный клапан
- г) транспозиция магистральных сосудов

110. Показанием к проведению трансэзофагальной эхокардиографии является подозрение на:

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

111. Показанием к проведению стресс-ЭхоКГ исследования является:

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

112. Размер межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в парастеральной 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

113. 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 %

114. Нарушение глобальной сократимости миокарда левого желудочка может быть вызвано:

- а) инфарктом миокарда
- б) декомпенсированным пороком

в) ишемической болезнью сердца

г) верно все

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

а) нестабильной стенокардией

б) инфарктом миокарда

в) гипертонической болезнью

г) все перечисленное

116. 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

117. Расслаивающая аневризма восходящего отдела аорты может быть заподозрена на основании:

а) митральной регургитации

б) участка отслойки интимы аорты

в) кальциноза стенок аорты

г) все вышеперечисленные

118. Частым осложнением протезированных клапанов сердца является:

а) тромбоз

б) бактериальный эндокардит

в) околоклапанный свищ

г) верно все

119. В полости левого предсердия чаще встречается:

а) саркома

б) миксома

в) лимфома

г) папиллома

120. Какой класс рекомендаций и уровень доказательности установлены для назначения ЭКГ-пробы с физической нагрузкой с целью диагностики ИБС согласно российским рекомендациям «Стабильная ишемическая болезнь сердца» 2020 г.?:

- а) Класс рекомендаций - I; уровень доказательности - C
- б) Класс рекомендаций – IIa; уровень доказательности - A
- в) Класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности – B
- г) Класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности - C

121. Синдром Фредерика на ЭКГ – это сочетание:

- а) Синдрома WPW и полной? атриовентрикулярной? блокады
- б) Фибрилляции или трепетания предсердий? и АВ-блокады III ст.
- в) АВ-блокады III ст. и блокады левой? ножки пучка Гиса
- г) Фибрилляции предсердий? и внутрижелудочковой? блокады

122. ЭКГ признаки желудочковых экстрасистол это:

- а) Преждевременные (внеочередные) желудочковые комплексы без предшествующих зубцов P
- б) Уширение комплекса QRS экстрасистолы ($> 0,12$ с)
- в) Компенсаторная пауза после экстрасистолы полная
- г) Все ответы правильные

123. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка это:

- а) Подъем сегмента ST в отведениях I, AVL, V1-V3
- б) Депрессия сегмента ST в отведениях I, AVL, V1-V3
- в) Депрессия сегмента ST в отведениях II, III, AVF
- г) Все ответы правильные

124. ЭКГ признаки наджелудочковых экстрасистол:

- а) Преждевременное внеочередное появление зубца P и следующего за ним комплекса QRST
- б) Деформация или изменение полярности зубца P экстрасистолы
- в) Наличие неизмененного экстрасистолического желудочкового комплекса QRST, похожего по форме на обычные нормальные комплексы QRST синусового происхождения

г) Все ответы правильные

125. Абсолютные противопоказания для проведения нагрузочного ЭКГ-теста:

- а) Острый коронарный синдром
- б) Наличие внутрисердечного тромба
- в) Полная блокада левой ножки пучка Гиса
- г) Все ответы правильные

126. Какой тип депрессии сегмента ST не считается ишемическим?

- а) Горизонтальный
- б) Косонисходящий
- в) Косовосходящий
- г) Все ответы правильные

127. Изменения ЭКГ, характерные для трепетания предсердий:

- а) Наличие на ЭКГ частых – до 200-400 в 1 мин. пилообразных предсердных волн F (отведения II, III, AVF, V1-V2)
- б) Наличие изменённых желудочковых комплексов QRS
- в) Наличие частых нерегулярных зубцов P
- г) Нет правильных ответов.

128. Выберите НЕправильный вариант ответа. Изменения ЭКГ, характерные для фибрилляции предсердий:

- а) Ритм несинусовый: между комплексами QRS — волны f с частотой свыше 350 в минуту — нерегулярные, разной формы и амплитуды
- б) Комплексы QRS — не изменены
- в) Желудочковый ритм неправильный (интервалы RR разные), тахи-, нормо- или брадисистолия
- г) Желудочковый ритм правильный, интервалы RR равные

129. Признаками слабости синусового узла по ЭКГ являются:

- а) Стойкая синусовая брадикардия
- б) Периодическое исчезновение синусового ритма (миграция водителя ритма)
- в) Периодическое возникновение синоаурикулярной блокады, синдромом тахикардии-брадикардии

г) Всё вышеперечисленное

130. Прямые и реципрокные изменения ЭКГ при инфаркте миокарда передне-перегородочной области левого желудочка:

- а) Подъем сегмента ST в отведениях I, II, AVL, V2-V3
- б) Депрессия сегмента ST в отведениях I, II, AVL V2-V3
- в) Депрессия сегмента ST в отведениях I, II, III, AVL
- г) Подъем сегмента ST в отведениях II, III, AVF

131. ЭКГ признаки бокового ин-фаркта миокарда левого желудочка:

- а) Подъем сегмента ST в отведениях I, AVL, V5-V6
- б) Подъем сегмента ST в отведениях II, III, AVF
- в) Депрессия сегмента ST в отведениях I, AVL, V5-V6
- г) Все ответы правильные

132. Критериями суправентрикулярной экстрасистолы не является:

- а) Наличие преждевременного сокращения с обычным для данного отведения QRS комплексом
- б) Наличие перед преждевременным узким желудочковым комплексом зубца P, отличающегося по морфологии от синусового зубца P
- в) Некоторая аритмия сердечных сокращений
- г) Удлинение интервала PQ

133. Характеристика экстрасистол из левого желудочка:

- а) Узкие (похожие на нормальные) преждевременные комплексы QRS
- б) Форма комплекса QRS похожа на блокаду левой ножки пучка Гиса
- в) Форма комплекса QRS похожа на блокаду правой ножки пучка Гиса
- г) Широкие комплексы QRS

134. Корректированный интервал QT (QTc) на ЭКГ не должен превышать:

- а) 440 мсек у мужчин и 450 мсек у женщин
- б) 450 мсек у мужчин и 470 мсек у женщин
- в) 460 мсек у мужчин и 480 мсек у женщин
- г) 455 мсек у мужчин и 475 мсек у женщин

135. Элевация сегмента ST на ЭКГ характерна для:

- а) Трансмуральной ишемии миокарда
- б) С-ма ранней реполяризации желудочков
- в) Аневризмы левого желудочка
- г) Все ответы верны

136. Проведение нагрузочного ЭКГ-тестирования невозможно при наличии на ЭКГ:

- а) Полной блокады левой ножки пучка Гиса
- б) А-В блокады 1-й степени
- в) Полной блокады правой ножки пучка Гиса
- г) Все ответы верны

137. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III функционально-го класса в соответствии с Нью-Йоркской классификацией сердечной недостаточности:

- а) Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку пациент переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.
- б) Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.
- в) Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.
- г) Невозможность выполнить какие-либо нагрузки без появления дискомфорта. Симптомы сердечной недостаточности присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.

138. В соответствии с классификацией к ХСН со сниженной ФВ ЛЖ относится:

- а) ФВ менее 35%
- б) ФВ менее 40%
- в) ФВ 40-49%
- г) ФВ менее 50%

139. К типичным симптомам ХСН относится:

- а) Одышка
- б) Ангинозные боли
- в) Ортопноэ
- г) Снижение толерантности к физическим нагрузкам

140. К наиболее специфичным клиническим признакам ХСН относятся:

- а) Третий тон (ритм галопа)
- б) Повышение центрального венозного давления в яремных венах
- в) Гепатоюгулярный рефлюкс
- г) Кахексия

141. Критерии, необходимые для постановки диагноза ХСН:

- а) Наличие систолической и/или диастолической дисфункции
- б) Типичные клинические признаки
- в) Определение натрийуретических пептидов
- г) Все перечисленное

142. Основные препараты, рекомендованные для лечения пациентов с симптоматической сердечной недостаточностью и сниженной ФВ ЛЖ:

- а) Ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов к ангиотензину II/валсартан+сакубитрил
- б) Бета-адреноблокаторы
- в) Антагонисты альдостерона
- г) Все ответы правильные

143. Лекарственные препараты, улучшающие прогноз у пациентов ХСН:

- а) Ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов к ангиотензину II
- б) Статины
- в) Ивабрадин
- г) Диуретики

144. Препараты, применение которых может быть опасно и не рекомендовано для пациентов ХСН со сниженной ФВ:

- а) НПВП и ингибиторы ЦОГ-2

- б) Антиаритмики I класса
- в) Дилтиазем, верапамил
- г) Все ответы правильные

145. Противопоказания к назначению ИАПФ пациентам с ХСН со сниженной ФВ:

- а) Ангионевротический отек в анамнезе
- б) Двусторонний стеноз почечных артерий
- в) Беременность
- г) Все ответы правильные

146. Назначение сердечных гликозидов пациентам ХСН возможно:

- а) Для улучшения прогноза больных с ХСН
- б) Для уменьшения отеков
- в) Для контроля ЧСС у пациентов с тахиформой фибрилляции предсердий, ХСН I-III ФК, несмотря на применение бета-адреноблокаторов или при невозможности назначения бета-адреноблокаторов
- г) Для улучшения симптомов и снижения госпитализации всем пациентам ХСН

147. Противопоказания к назначению бета-адреноблокаторов пациентам с ХСН со сниженной ФВ:

- а) Бронхиальная астма
- б) Симптомная брадикардия (<50 уд/мин), атриовентрикулярная блокада II и более степени
- в) Нарушение проводимости или наличие брадикардии < 60 уд/мин
- г) Тяжелый облитерирующий атеросклероз

148. Выбор терапии у больных с гипертрофической кардиомиопатией:

- а) Бета-блокаторы
- б) Нитраты
- в) Сердечные гликозиды
- г) Ингибиторы ИАПФ

149. Нарушения, которые выявляются у больных с гипертрофической кардиомиопатией:

- а) Тромбоэмболический синдром

б) Синдром малого выброса (обмороки на высоте нагрузки, кар-диалгия, приступы стенокардии, головокружения, умеренно выраженная одышка)

в) Отёчный синдром

г) Гипертензионный синдром

150. Площадь отверстия аортального клапана при аортальном стенозе тяжелой степени:

а) 3 см²

б) 1.5 см²

в) Менее 1 см²

г) 2,5 см

151. К модифицированным «большим критериям Duke» для диагностики инфекционного эндокардита относятся:

а) Лихорадка

б) Признаки вовлечения эндокарда по данным ЭХОКГ

в) Конъюнктивальные кровоизлияния

г) Гепатолиенальный синдром

152. К модифицированным «малым критериям Duke» для диагностики инфекционного эндокардита относятся:

а) Сосудистые явления: большие артериальные эмболии, септиче-ские легочные инфаркты, грибковые аневризмы, внутричерепные кровоизлияния, конъюнктивальные кровоизлияния, поражения Janeway

б) Иммунологические явления: гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота, ревматоидный фактор

в) Предрасположенность: предрасполагающие сердечные состояния, использование инъекционных препаратов

г) Всё перечисленное

153. К причинам развития вторичной трикуспидальной недостаточности относится:

а) Хроническое легочное сердце

б) Первичная легочная гипертензия

в) Миокардит

г) Всё перечисленное

154. Профилактика инфекционного эндокардита у больных с заболеваниями сердца рекомендуется у:

- а) Пациентов с протезированными клапанами или протезными материалами, использованными для восстановления сердечного клапана
- б) Пациентов с предшествовавшим инфекционным эндокардитом
- в) Пациентов с врожденными пороками сердца
- г) Все выше перечисленное

155. Малые критерии диагностики инфекционного эндокардита:

- а) Гломерулонефрит
- б) Наличие узелков Ослера
- в) Лихорадка: температура выше 38°C
- г) Все ответы правильные

156. Большие критерии диагностики инфекционного эндокардита:

- а) Положительная культура крови при ИЭ
- б) Лихорадка: температура выше 38°C
- в) Признаки вовлечения эндокарда по данным ЭХОКГ (вегетации – абсцесс – новая частичная несостоятельность протезированного клапана, новая клапанная регургитация)
- г) Положительная культура крови при ИЭ и Признаки вовлечения эндокарда по данным ЭХОКГ

157. Данные объективного обследования, характерные для больных с экссудативным перикардитом:

- а) Расширение границ относительной сердечной тупости во все стороны
- б) Набухание шейных вен на вдохе
- в) Парадоксальный пульс
- г) Все ответы правильные

158. Осложнения, требующие экстренного хирургического вмешательства у больных инфекционным эндокардитом:

- а) Аортальный или митральный инфекционный эндокардит с тяжелой острой регургитацией или клапанной обструкцией, вызывающий рефрактерный легочный отек или кардиогенный шок
- б) Локальная неконтролируемая инфекция (абсцесс, псевдоаневризма, фистула,

большие вегетации)

в) Аортальный или митральный инфекционный эндокардит с большими вегетациями (> 10 мм), приводящими к одному или более эмболическим эпизодам несмотря на соответствующую антибактериальную терапию

г) Всё перечисленное

159. Госпитализацию рекомендуют больным с подозрением на миокардит при:

а) наличии острого болевого симптома

б) наличии острого болевого симптома и одышки

в) выраженной симптоматике

г) умеренной выраженной симптоматике или даже без симптомов

160. Воспалительная кардиомиопатия в отличии от миокардита:

а) это миокардит, ассоциированный с ИБС

б) это миокардит, ассоциированный с нарушением проводимости по нерв-ным волокнам сердца

в) это тождественные понятия

г) это миокардит, ассоциированный с дисфункцией миокарда

161. Дилатационная кардиомиопатия это:

а) заболевания, сопровождающиеся дилатацией только правого желудочка

б) заболевания, сопровождающиеся дилатацией и нарушением функцией левого или обоих желудочков

в) заболевания, сопровождающиеся дилатацией предсердий

г) заболевания, сопровождающиеся нарушением функции только правого желудочка

162. В случае отсутствия убедительной клинической картины при подозрении на мио-кардит необходимо наличие:

а) более и равно 2-х инструментальных диагностических критериев из раз-ных категорий

б) более или равно 4-м диагностическим критериев, полученных инструмен-тально

в) более или равно 2-х инструментальных диагностических критериев из одной категории

г) более или равно одному диагностическому критерию полученным ин-струментально

163. Больным с миокардитом рекомендуют трансторакальную ЭХО-КГ:

а) только при острой форме миокардита

- б) только при молниеносной форме миокардита
- в) только при подострой форме миокардита
- г) всем больным

164. В третью фазу развития миокардита наблюдаются признаки:

- а) ремоделирование миокардита
- б) усиление аутоиммунного процесса
- в) функциональных сдвигов
- г) выздоровление

165. Клинические симптомы у больных с экссудативным перикардитом без тампонады:

- а) быстро прогрессирующее падение АД
- б) тупые, ноющие боли в левой половине грудной клетки
- в) ЧСС более 100 ударов в минуту в покое
- г) резкое повышение артериального давления

166. У больных артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста моложе 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

167. Симптомы, характерные для острого фибринозного перикардита:

- а) Тахикардия
- б) Поверхностное, учащенное дыхание
- в) Повышение температуры тела
- г) все ответы правильные

168. ЭКГ данные, характерные для экссудативного перикардита без тампонады:

- а) Появление отрицательных зубцов Т в большинстве отведений
- б) Уменьшение вольтажа желудочкового комплекса

- в) Уменьшение амплитуды зубцов R в грудных отведениях
- г) все ответы правильные

169. Не характерные для миокардиодистрофии ЭКГ признаки:

- а) нарушение процессов реполяризации желудочков
- б) депрессия сегмента ST более 1,5 мм
- в) изменение амплитуды зубца T
- г) инверсия зубца T

170. Характерным ЭХО-КГ признаком при миокардиодистрофии является:

- а) Расширение камер сердца
- б) изменение структуры миокарда
- в) отсутствие органической патологии сердца
- г) все из перечисленного

171. При алкогольной миокардиодистрофии основным для эффективного лечения является

- а) витаминотерапия
- б) анаболические стероиды
- в) отказ от алкоголя
- г) метаболические препараты

172. Основными причинами миокардиодистрофии у спортсменов являются:

- а) чрезмерные тренировочные и соревновательные нагрузки
- б) отсутствие достаточной подготовки к интенсивным физическим нагрузкам.
- в) ранее перенесенные заболевания сердечно-сосудистой системы
- г) наследственная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям

173. Причиной миокардиодистрофии не являются

- а) эндокринные заболевания
- б) интоксикации
- в) воспалительные заболевания сердца
- г) патология ЖКТ

174. Специфичный ЭКГ-признак ишемии миокарда при неосложненной стабильной ИБС вне нагрузки:

- а) изолированные изменения зубца Т
- б) удлинение интервала QT
- в) обычно отсутствует
- г) удлинение интервала PQ

175. Для стенокардии напряжения I функционального класса характерно:

- а) нагрузка на велоэргометре 120 wt вызывает стенокардию
- б) приступы возникают рано утром при вставании
- в) ходьба на расстояние 100-200 м или подъем по лестнице в обычном тем-пе провоцирует приступ
- г) приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге

176. Для стенокардии напряжения II функционального класса характерно:

- а) ходьба на расстояние 100-200 м или подъем по лестнице в обычном тем-пе провоцирует приступ
- б) приступы возникают рано утром при вставании
- в) ускоренная ходьба, подъем по лестнице после еды, в холодную погоду провоцируют стенокардию
- г) приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге

177. Какие мероприятия по вторичной профилактике у больных стенокардией оказывают положительного влияния на выживаемость:

- а) уменьшение индекса массы тела до 21-25 кг/м²
- б) отказ от курения
- в) снижение содержания в крови гликозилированного гемоглобина в пределах 6%
- г) заместительная гормональная терапия женщин в менопаузе

178. Для стенокардии напряжения III функционального класса характерно:

- а) небольшая физическая нагрузка сопровождается появлением дискомфорта за грудиной
- б) ходьба на расстояние 100-200м по ровному месту, подъем на 1-2 пролета по лестнице вызывает приступ
- в) езда на велосипеде со скоростью 10 -12 км в час вызывает приступы стенокардии

г) подъем по лестнице на 4-5 этаж приводит к приступу

179. Какие липопротеиды считаются проатерогенными:

- а) липопротеиды очень низкой плотности
- б) липопротеиды промежуточной (средней) плотности
- в) липопротеиды высокой плотности
- г) нет правильных ответов

180. Как расценивается вероятность ИБС, если во время боли изменения на ЭКГ отсутствуют:

- а) невысока, хотя и не исключается полностью
- б) исключается полностью
- в) не влияет
- г) высокая

181. С каким препаратом не рекомендуется комбинированное назначение бета-адреноблокаторов из-за риска суммирования побочных эффектов:

- а) спиронолактон
- б) эналаприл
- в) изосорбит динитрат
- г) верапамил

182. Всем пациентам с подозрением на ИБС при обращении к врачу рекомендовано выполнить:

- а) Стресс-ЭКГ
- б) СтрессЭХО-КГ
- в) ЭХО-КГ
- г) ЭКГ покоя

183. У пациентов с симптомами миопатии на фоне приема статинов рекомендуется исследовать:

- а) Уровень N- терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида крови
- б) Уровень тропонина
- в) Гормоны щитовидной железы

г) Активность креатинкиназы крови

184. При применении бета – адреноблокаторов максимальное снижение потребности миокарда в кислороде и прирост коронарного кровотока достигается при ЧСС

а) 70-80 уд/мин

б) 50-60 уд/мин

в) 40-50 уд/мин

г) 60-70 уд/мин

185. Для какой сопутствующей патологии для стратификации по риску сердечно-сосудистых осложнений рекомендуется проведение стрессЭХО-КГ или однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда с фармакологической нагрузкой?

а) Блокада правой ножки пучка Гиса

б) Миокардит

в) Блокада левой ножки пучка Гиса

г) Проплапс митрального клапана

186. Выполнение реваскуляризации миокарда показано пациентам стабильной ИБС при сохранении симптомов стенокардии, несмотря на проводимое оптимальное медикаментозное лечение при наличии следующих гемодинамически значимых поражений коронарных артерий:

а) Проксимального стеноза передней нисходящей артерии более 30%

б) Стеноза ствола левой коронарной артерии более 50%

в) Стеноза ствола левой коронарной артерии более 30%

г) Проксимального стеноза передней нисходящей артерии менее 50%

187. Наилучшие результаты по профилактике ишемии антагонисты кальция показывают у больных:

а) с вазоспастической стенокардией

б) миокардитом

в) микрососудистой стенокардией

г) стабильной стенокардией

188. Распространенность стенокардии как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции лиц женского пола в возрасте 45–64 лет составляет:

- а) 2-4%
- б) 5-7%
- в) 10-12%
- г) 13-16%

189. Распространенность стенокардии как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции лиц женского пола в возрасте 65–85 лет составляет:

- а) 2-4%
- б) 5-7%
- в) 10-12%
- г) 13-16%

190. Распространенность стенокардии как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции лиц мужского пола в возрасте 45–64 лет составляет:

- а) 2-4%
- б) 4-7%
- в) 10-12%
- г) 13-16%

191. Распространенность стенокардии как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции лиц мужского пола в возрасте 65-85 лет составляет:

- а) 5-7%
- б) 10-14%
- в) 15-17%
- г) 18-20%

192. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для сердечной недоста-точности, обусловленной экссудативным перикардитом:

- а) Кардиомегалия
- б) Характерная поза с наклоном тела вперед или коленно-локтевое положение
- в) Отсутствие шумов в сердце
- г) Асцит, отеки

193. В какой период инфекционного заболевания наиболее часто развивается миокардит:

- а) В первые дни на высоте лихорадочного периода
- б) В фазе ранней реконвалесценции (конец первой недели или на второй неделе от начала заболевания)
- в) В фазе поздней реконвалесценции (3 неделя и позже)
- г) Все ответы правильные

194. Антибактериальная терапия при остром инфекционном эндокардите приводит к:

- а) снижению риска отрыва вегетаций
- б) увеличению риска отрыва вегетаций
- в) уменьшению размеров вегетаций
- г) нет правильных ответов

195. Какие методы исследования позволяют уменьшить частоту пропущенного инфекционного эндокардита относимого к вероятному:

- а) МРТ
- б) МСКТ
- в) ЧП ЭХО КГ
- г) ЭХО КГ

196. На сколько можно отсрочить начало антибактериальной терапии при подостром инфекционном эндокардите:

- а) 12 часов
- б) 24-48 часов
- в) 72 часа
- г) 8 часов

197. Наиболее частый симптом характерный для инфекционного эндокардита:

- а) интоксикационный
- б) органических воспалительных поражений
- в) синдром иммунокомплексного поражения внутренних органов
- г) эмболический синдром

198. Для клинической картины гипертрофической кардиомиопатии не характерно:

- а) перебои в работе сердца
- б) головокружения, в ряде случаев обмороки при нагрузке
- в) стенокардия
- г) наличие отеков нижних конечностей, асцит

199. Выберите один правильный ответ. К факторам риска внезапной смерти у больных гипертрофической кардиомиопатией относится все, кроме:

- а) семейный анамнез внезапной смерти
- б) эпизоды устойчивой желудочковой тахикардии
- в) толщина стенки левого желудочка 30 мм и более
- г) стенокардия напряжения

200. Причиной развития гипертрофической кардиомиопатии является:

- а) аортальный стеноз
- б) мутации генов сократительных белков миокарда
- в) артериальная гипертензия
- г) чрезмерные физические нагрузки у спортсменов

201. Для гипертрофической кардиомиопатии характерно:

- а) дилатация всех камер сердца, снижение фракции выброса ЛЖ менее 45%
- б) дилатация правого желудочка, иногда аневризмы правого желудочка, снижение сократительной способности правого желудочка
- в) гипертрофия миокарда ЛЖ, его чрезмерная трабекулярность с образованием глубоких межтрабекулярных пространств
- г) асимметричная гипертрофия ЛЖ с преимущественным утолщением межжелудочковой перегородки, иногда с наличием внутрижелудочковой обструкции

202. 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

203. Всем пациентам с артериальной гипертонией 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

204. 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

205. Для стадии 4А (вторичных заболеваний) ВИЧ-инфекции характерно:

- а) Поверхностные бактериальные, вирусные и грибковые поражения кожи
- б) Поражение кожи слизистых, сопровождающиеся глубокими изъязвлениями
- в) Диссеминированный опоясывающий лишай
- г) Обязательное присоединение легочного и внелегочного туберкулеза

206. 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

207. 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

208. 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

209. Рекомендуются 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)

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

- а) 112
- б) 113
- в) 109
- г) 118

211. При попадании биологической жидкости (крови) пациента на слизистую оболочку носа рекомендуется обработка:

- а) 1% раствором протаргола, 0,05% раствором перманганата|
- б) 2% раствором борной кислоты, 0,01% раствором перманганата
- в) Промыть водой
- г) Не производить никаких действий и начать прием профилактического лечения

212. Для установления факта инфицированности ВИЧ у взрослого (без уточнения клинической стадии) достаточно:

- а) Определение CD-4 клеток
- б) Определение уровня иммуноглобулина
- в) Наличие полового контакта с ВИЧ-инфицированным
- г) Обнаружение в крови антител к ВИЧ методом иммунного блоттинга

213. Генный материал ВИЧ обнаруживается после заражения:

- а) На 7 сутки
- б) Через 3 месяца
- в) На 15 сутки
- г) Через 6 месяцев

214. Каковы основные цели существующей в настоящее время антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции:

- а) Максимальное подавление репликации ВИЧ
- б) Полная элиминация вируса из организма
- в) Стимуляция иммунной системы
- г) Эффективность не доказана

215. Выберите признаки, характерные для ВИЧ-инфекции:

- а) Заразность на протяжении всего заболевания
- б) Заразность в манифестной стадии заболевания
- в) Преимущественно быстрое присоединение вторичных заболеваний
- г) Лечение избавляет от вируса

216. 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

217. Показанием к антиретровирусной терапии является:

- а) CD4 менее 350 клеток

- б) Вирусная нагрузка более 100 000 копий в мл
- в) Наличие клинических показаний|
- г) Наличие диагноза ВИЧ-инфекция при отсутствии противопоказаний

218. 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

219. Препаратом выбора для лечения и профилактики пневмоцистной пневмонии является:

- а) Амоксиклав
- б) Рифампицин
- в) Амфотерицин – В
- г) Бисептол

220. Основной причиной полной потери зрения у больных СПИДом является:

- а) ЦМВ-инфекция|
- б) Длительное лихорадящее состояние|
- в) Туберкулез
- г) Токсоплазмоз

221. В какие сроки рекомендуется назначать постконтактную профилактику после травмы инструментом, контаминированным ВИЧ:

- а) желательна в первые два часа после травмы, но не позднее 48 часов после травмы|
- б) желательна в первые два часа после травмы, но не позднее 24 часов после травмы|
- в) желательна в первые два часа после травмы, но не позднее 72 часов после травмы
- г) назначение профилактического лечения не снижает риск инфицирования

222. 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

223. 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

224. Забор крови на антитела к ВИЧ в процедурном кабинете допускается:

а) При предъявлении пациентом документа, удостоверяющего личность, и направления на исследование

б) Вне зависимости от факта предъявления пациентом документа, удостоверяющего личность

в) При предъявлении направления на исследование

г) При предъявлении полиса ОМС

225. 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