

## Тестовые задания по специальности «Кардиология»

В отношении каких лиц медицинская помощь оказывается без согласия граждан:

- находящиеся в шоковом, коматозном состоянии;
- страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- верно все перечисленное

Что составляет предмет врачебной тайны:

- сведения о состоянии пациента в период его болезни
- информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента,
- диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении
- все вышеперечисленное

Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это:

- все население, за исключением неработающих граждан
- дети и подростки
- беременные женщины
- работающие граждане

Ятрогенные заболевания являются:

- частным случаем психогений
- нежелательными изменениями психики, порожденными врачом
- расстройствами психики в результате воздействия “слова” врача
- все вышеперечисленное

Укажите права граждан РФ в системе медицинского страхования:

- право на ОМС и ДМС
- выбор страховой медицинской организации
- выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС
- все вышеперечисленное

Врач имеет право на страхование профессиональной ошибки в случае если:

- в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей
- в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с халатным выполнением профессиональных обязанностей
- в результате ошибки наступила смерть пациента
- ошибки не связаны с халатным или небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей

К сфере каких взаимоотношений относятся нормы и принципы медицинской этики и деонтологии:

- взаимоотношения врача и пациента
- взаимоотношения врача и родственников пациента

- взаимоотношения медицинских работников и общества
- все вышеперечисленное

Каким документом определяется заработная плата медицинского работника:

- решением местной администрации
- постановлением собрания трудового коллектива ЛПУ
- решением главного врача ЛПУ
- трудовым договором (контрактом)

Источниками финансового обеспечения системы здравоохранения являются:

- бюджетные средства;
- средства добровольного страхования;
- средства, полученные за оказание платных услуг;
- все вышеперечисленное

Приоритетное направление в национальном проекте «Здоровье» предполагает:

- улучшение демографической ситуации
- снижение заболеваемости болезнями, обозначенными, как «социально обусловленные»
- снижение распространения туберкулеза
- снижение смертности от предотвратимых причин

Здоровье населения рассматривается (изучается) как:

- оценка показателей естественного движения населения
- оценка показателей общей смертности и инвалидности
- многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды
- многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды

Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

- генетические
- уровень и образ жизни населения
- уровень, качество и доступность медицинской помощи
- все вышеперечисленное

В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают:

- инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения, психические заболевания
- болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления
- новообразования, травмы и отравления
- болезни органов дыхания

Укажите, какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким:

- стационарная
- амбулаторно-поликлиническая
- скорая медицинская помощь
- санаторно-курортная

Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий:

- улучшении технологии оказания лечебно - профилактической помощи
- обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
- участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
- все вышеперечисленное

Показателями здоровья населения являются:

- заболеваемость, смертность, рождаемость
- распространенность заболеваний, демографические показатели
- состояние среды обитания человека
- заболеваемость, демографические показатели, показатели физического развития, инвалидность

Какой признак соответствует I стадии гипертонической болезни:

- Отек соска зрительного нерва.
- Гипертрофия левого желудочка.
- Скорость клубочковая фильтрация 80 мл в минуту.
- Зубец R в V5 - V6 равен 32 мм.
- Отсутствие поражения органов-мишеней.

Основанием для постановки диагноза гипертонической болезни II стадии является:

- Наличие указания на гипертоническую болезнь у родителей.
- Избыточная масса тела.
- Гипертрофия левого желудочка.
- Микроальбуминурия 20мг/дл.
- Отсутствие в процессе обследования вторичных причин повышения артериального давления.

Критериями артериальной гипертензии являются:

- Уровень систолического давления 140 мм рт. ст. и выше или диастолического давления 90 мм рт. ст. и более.
- Повышение систолического давления выше 120 мм рт. ст. или диастолического давления больше 80 мм рт. ст.
- Повышение систолического давления выше 160 мм рт. ст. или диастолического давления больше 95 мм рт. ст.

К органам-мишеням артериальной гипертензии относятся:

- Сердце.
- Почки.

- Головной мозг.
- Все перечисленное.

Для постановки диагноза артериальной гипертензии 3 стадии имеет значение:

- Факт повышения САД более 180 мм.рт ст.
- Наличие ассоциированных клинических состояний.
- Поражения органов мишеней.
- Все вышеперечисленное.

Наиболее информативным методом обследования при вазоренальной артериальной гипертензии является:

- УЗИ почек.
- Экскреторная урография.
- Ангиография почечных артерий.
- ЦДС почечных артерий.
- Проба Зимницкого.

Для гипертонической болезни характерны все признаки патологии сердечно-сосудистой системы, кроме:

- Аортальной конфигурации сердца.
- ЭКГ-признаков гипертрофии левого желудочка.
- Снижения систолического выброса и общего периферического сосудистого сопротивления.
- Превышения артериального давления более чем 140/90 мм рт. ст
- Поражения сосудов сетчатки по типу ангиоспастического ретинита.

Осложнением гипертонической болезни является все, кроме:

- Острая правожелудочковая недостаточность.
- Гипертонический криз.
- Сердечная астма.
- Острое нарушение мозгового кровообращения.
- Носовое кровотечение.

Систолическую артериальную гипертензию с большим пульсовым давлением вызывает:

- Коарктация аорты.
- Феохромоцитома.
- Тиреотоксикоз.
- Вазоренальная гипертензия.
- Недостаточность аортального клапана.

Наиболее частыми состояниями, при которых возникает тромбоэмболия легочной артерии, являются все перечисленные, кроме:

- Травмы костей таза и нижних конечностей
- Злокачественных новообразований
- Заболеваний венозной системы
- Оперативных вмешательств

- Острых вирусных инфекций

Наиболее часто встречающимся сочетанием симптомов при тромбоэмболии легочной артерии является:

- Одышка, цианоз, тахикардия
- Бронхоспазм, кровохарканье, тахикардия
- Цианоз, бронхоспазм, тахикардия
- Кровохарканье, коллапс, одышка
- Правильный ответ 1 и 4

Укажите, какой из перечисленных методов является наиболее информативным для диагностики тромбоэмболии легочной артерии:

- ЭКГ
- Эхокардиография
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки
- Мультиспиральная компьютерная томография легких
- Магниторезонансная томография легких

У больных с кардиогенным шоком, как правило, отмечается некроз миокарда, массой не менее, чем:

- 10% миокарда
- 20% миокарда
- 40% миокарда
- 60% миокарда
- 90% миокарда

Причиной тампонады сердца может быть:

- Вирусный перикардит
- Выпот в перикард при злокачественной опухоли
- Уремия
- Разрыв левого желудочка
- Правильно 1 и 4
- Всё правильно

Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса никогда не наблюдается при:

- Синоатриальной блокаде
- Неполной АВ-блокаде высокой степени
- Полной поперечной блокаде
- Правильного ответа нет

На возможность синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса у больного с синкопальными состояниями могут указывать зарегистрированные при суточном мониторинге ЭКГ:

- Периоды синусовой брадикардии с частотой сердечных сокращений 30 в 1 минуту
- Периоды эктопического ритма с частотой сердечных сокращений 30 в 1 минуту
- Эпизоды желудочковой тахикардии продолжительностью в 5 комплексов
- Все перечисленное

Контроль лечения больных с кардиогенным шоком наиболее эффективно обеспечивается:

- Физикальным обследованием
- Эхокардиографией
- Исследованием гемодинамики с помощью катетера Свана-Ганса
- Электрокардиографией
- Всем перечисленным

Передне-перегородочному инфаркту миокарда характерны следующие изменения на ЭКГ:

- Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях V1-2
- Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях V1-6, aVL
- Прямые признаки в отведениях 2,3,aVF
- Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях V7-9
- Реципрокные изменения в отведениях V1-3,aVL

Стенокардия напряжения III Функциональный класс (Канадская классификация):

- Нагрузка на велоэргометре 60 w провоцирует приступ
- Езда на велосипеде со скоростью 10 - 12 км/час вызывает стенокардию
- Приступы возникают при ходьбе на расстояние 100 - 200 м по ровному месту, подъеме на 1 - 2 пролета по лестнице
- Приступ возникает при подъеме по лестнице на 4 - 5 этаж
- Приступ возникает при небольшой физической нагрузке

Рекомендованный оптимальный уровень общего холестерина и ЛПНП у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска:

- <4.0 <1,8 ммоль/л
- <4.5 <2,5 ммоль/л
- <5.5 <3.5 ммоль/л
- <5.0 <3.0 ммоль/л
- <3.5 <1,5 ммоль/л

Максимально ранним и специфичным маркером ишемического повреждения миокарда является:

- Миоглобин
- Белок, связывающий жирные кислоты
- Тропонин Т
- МВ-КФК
- ЛДГ

Минимальное значение комплекса интима-медиа сонных артерий, определенное ультразвуковым методом, позволяющее оценить его как «утолщенный» (мм):

- > 0,89
- > 0,9
- > 1,0
- > 0,5
- > 1,5

Эхокардиографическим критерием хронического легочного сердца является:

- Гипертрофия правого желудочка.
- Дилатация правого желудочка.
- Легочная гипертензия.
- Правильно 1 и 2.
- Все ответы правильные.

Измерение каких биологических маркеров рекомендовано для диагностики ХСН:

- Тропонин Т и I.
- Натрийуретических гормонов.
- Галектин-3.
- Миоглобин.
- Креатинфосфокиназа (КФК) и МВ-фракция (КФК-МВ).
- Верный ответ 1 и 2.

При физикальном обследовании у больных с сердечной недостаточностью могут отмечаться:

- Альтернирующий пульс.
- 3-й тон сердца.
- Смещение верхушечного толчка влево и вниз.
- Повышение уровня пульсации внутренней яремной вены.
- Все перечисленное.

Какой центр в норме является водителем ритма первого порядка:

- АВ - узел
- СА - узел
- пучок Гиса
- ножки Гиса

Диагностическими критериями нормального синусового ритма являются:

- зубец Р (+) в II отведении и (-) в AVR
- постоянный и нормальный интервал PQ
- постоянная форма зубца Р в каждом отведении
- все вышеуказанные признаки являются диагностическими критериями синусового ритма

Зубец Р отражает:

- реполяризацию предсердий
- реполяризацию желудочков
- возбуждение предсердий
- возбуждение желудочков

Косвенным признаком гипертрофии правого желудочка является:

- АВ-блокада 2 степени Мобитц 1
- полная блокада правой ножки пучка Гиса

- блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
- АВ-блокада 2 степени Мобитц 2

Синдром Фредерика - это сочетание:

- синдрома WPW и полной атриовентрикулярной блокады
- фибрилляции или трепетания предсердий и av блокады III ст.
- АВ блокады и блокады левой ножки пучка Гиса
- фибрилляции предсердий и внутрижелудочковой блокады

К двухпучковым внутрижелудочковым блокадам относятся:

- неполная блокада левой ножки пучка Гиса
- Полная блокада правой ножки пучка Гиса
- сочетание неполной блокады правой ножки пучка Гиса и передней ветви левой ножки пучка Гиса
- полная блокада левой ножки пучка Гиса

На ЭКГ одиночные желудочковые комплексы QRS «выпадают без предупреждения», PR стабильны, паузы равны 2RR:

- а-в блокада 2 степени 1 тип
- а-в блокада 2 степени 2 тип (Мобитц 2)
- далеко зашедшая а-в блокада 2 степени, субтотальная
- а-в блокада 1 степени

Показанием к имплантации ЭКС является:

- а-в блокада 2 степени типа Мобитц 2 с узкими комплексами QRS у лиц старше 60 лет с клиникой головокружений
- а-в блокада 2 степени типа Мобитц 2 с широкими комплексами QRS с клиникой головокружений у лиц любого возраста
- имплантация ЭКС не показана ни по пункту а, ни по пункту б
- болезнь Ленегра

Причина внезапной смерти у больного с синдромом WPW:

- пароксизм мерцательной аритмии с высокой частотой проведения на желудочки
- пароксизм а-в узловой реципрокной тахикардии
- пароксизм реципрокной тахикардии с вовлечением ДПП
- синдром Фредерика

Пусковым моментом желудочковой пароксизмальной тахикардии в первые часы острого инфаркта является чаще всего:

- ранняя желудочковая экстрасистола типа R на T
- желудочковая экстрасистола со средним интервалом сцепления
- поздняя желудочковая экстрасистола
- PR более 0.12??

Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для инфаркта миокарда:

- патологический зубец Q, конкордантный подъем сегмента ST
- изоэлектричный сегмент ST
- дискордантная депрессия сегмента ST
- низкий вольтаж зубца P в стандартных отведениях

В каких отведениях возможно появление признаков инфаркта миокарда правого желудочка:

- V1- V3, I-II
- avL, V5-V6
- V7-V9, D, A
- avR, V2R-V4R

Цель проведения пробы с физической нагрузкой у больных нестабильной стенокардией:

- оценка адекватности проводимой терапии
- отбор пациентов на коронароангиографию
- пункт а и б
- адекватность наблюдения
- не проводится

Преимущества тредмилметрии перед велоэргометрией:

- физиологичность пробы
- меньшая степень прироста АД при увеличении мощности нагрузки
- пункты а и б
- уменьшает возврат крови

Какая ВЭМ - проба расценивается как положительная:

- не достигнута субмаксимальная ЧСС (отказ пациента от проведения дальнейшего исследования)
- появление во время пробы объективных признаков ишемии миокарда (электрокардиографические критерии), независимо от развития или отсутствия приступа стенокардии
- достигнута субмаксимальная ЧСС
- возникла частая ЖЭС

Что не относится к критериям прекращения пробы с физической нагрузкой:

- достижение субмаксимальной ЧСС
- отказ пациента от дальнейшего проведения пробы
- развитие приступа стенокардии
- частая предсердная экстрасистолия

Что не относится к абсолютным противопоказаниям к проведению проб с физической нагрузкой:

- острый миокардит
- расслаивающая аневризма аорты
- сахарный диабет в стадии декомпенсации

- отказ пациента от проведения нагрузочной пробы

Отметьте те критерии прекращения пробы с физической нагрузкой, которые расцениваются как тест положительный в диагностике ИБС:

- повышение АД > 220/120, сильная одышка или удушье
- бледность, тошнота, головокружение + пароксизм мерцательной аритмии на ЭКГ
- депрессия ST –сегмента > 1 мм + болевой синдром
- экстрасистолия

При подборе антиаритмических препаратов положительным эффектом считается:

- снижение числа желудочковых экстрасистол на 70% и более
- уменьшение числа приступов желудочковой тахикардии на 100% и более
- и то, и другое
- снижение числа желудочковых экстрасистол на 50%

Показано ли суточное мониторирование ЭКГ больным с перемежающейся хромотой:

- не показано
- показано больным с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей с клиникой или без клиники ИБС
- показано всем группам больных с перемежающейся хромотой
- можно проводить при наличии сопутствующей ИБС или при подозрении на ИБС

Какой механизм не относится к компенсаторным при застойной сердечной недостаточности:

- Гипертрофия миокарда левого желудочка
- Дилатация левого желудочка
- Увеличение объема циркулирующей крови
- Тахикардия
- Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

Грубый среднесистолический шум во втором правом межреберном промежутке по правому краю грудины, иррадиирующий в шею (каротидные артерии) и в зону верхушки встречается при:

- Стенозе аортального клапана
- Недостаточности аортального клапана
- Стенозе митрального клапана
- Недостаточности митрального клапана
- Стенозе устья легочной артерии

Дующий голосистолический шум на верхушке с иррадиацией в левую подмышечную область с высоким верхушечным толчком встречается при:

- Недостаточности митрального клапана
- Стенозе устья легочной артерии
- Недостаточности трикуспидального клапана
- Стенозе устья аорты

Грубый голосистолический шум по левому краю грудины, сопровождающийся дрожанием встречается при:

- Разрыве межжелудочковой перегородки
- Недостаточности аортального клапана
- Стенозе митрального клапана
- Недостаточности митрального клапана
- Стенозе устья легочной артерии

К клиническим симптомам правожелудочковой сердечной недостаточности не относится:

- Портальная гипертензия
- Анасарка
- Асцит
- Гепатомегалия
- Спленомегалия
- Легочная гипертензия

При проведении коронарографии гемодинамически значимым считается стеноз магистральной коронарной артерии более:

- 30%
- 75%
- 50%
- 45%
- 80%

Целевыми уровнями снижения артериального давления для пациента с артериальной гипертензией и сахарным диабетом являются (Рекомендации Европейского общества кардиологов 2013):

- < 140/85
- < 130/80
- < 140/90
- < 150/90

К этиологическим причинам развития расслаивающей аневризмы аорты не относится:

- Атеросклероз
- Резистентная артериальная гипертензия
- Синдром соединительнотканной дисплазии
- Сифилис
- Инфекционный эндокардит аортального клапана

Целевым уровнем липопротеидов низкой плотности для больных с дислипидемией и сахарным диабетом является значение:

- <1,8 ммоль/л
- <1,0 ммоль/л
- <2,0 ммоль/л
- <2,5 ммоль/л
- <4,5 ммоль/л

Интервал PQ включает:

- Время проведения импульсов по предсердиям.
- Время проведения импульса по AV-узлу.
- Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса.
- Время проведения импульса по волокнам Пуркинье.
- Все ответы правильные.

Струю митральной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают, установив контрольный объем в следующей точке:

- в правом желудочке
- в правом предсердии
- в выносящем тракте левого желудочка
- в выносящем тракте правого желудочка
- в левом предсердии

Диаметр нижней полой вены в норме составляет:

- не менее 12 мм
- 12-20 мм
- не более 25 мм
- 25-30 мм

Нарушение глобальной сократимости левого желудочка характерно для:

- постинфарктного кардиосклероза
- дилатационной кардиомиопатии
- декомпенсации порока
- верно все

Для крупноочагового инфаркта миокарда характерно нарушение локальной сократимости в виде:

- гипокинезии
- акинезии
- дискинезии
- всё верно

Уменьшение размеров правого желудочка может быть признаком:

- декомпенсированного порока.
- бактериального эндокардита.
- Тромбоэмболии.
- Гиповолемии.

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

- уменьшение времени выброса

- смещение пика скорости во вторую половину систолы
- смещение пика скорости в первую половину систолы
- уменьшение скорости потока
- увеличение скорости потока

Площадь митрального отверстия в норме составляет:

- 4-6 см<sup>2</sup>;
- 1,5-2 см<sup>2</sup>
- 2-4 см<sup>2</sup>
- 1,0 см<sup>2</sup>
- менее 1,0 см<sup>2</sup>

Площадь митрального отверстия при критическом митральном стенозе составляет:

- 1,1-1,5 см<sup>2</sup>
- более 2,0 см<sup>2</sup>
- 1,6-2,0 см<sup>2</sup>
- менее 0,8 см<sup>2</sup>
- 0,8-1,0 см<sup>2</sup>

Дополнительные наложения на створках митрального клапана могут свидетельствовать о:

- инфекционном эндокардите
- отрыве хорд
- кальцификации створок
- миксоматозной дегенерации
- верно все

Веgetации больших размеров при инфекционном эндокардите составляют в диаметре:

- менее 5 мм
- 5-10 мм
- более 10 мм
- все вышеперечисленные.

Причиной митральной регургитации могут стать:

пролапс митрального клапана:

- ишемическая болезнь сердца
- ревматизм
- инфекционный эндокардит
- верно все

Площадь аортального отверстия при выраженном стенозе равна:

- менее 1,0 см<sup>2</sup>
- 1,1-1,6 см<sup>2</sup>
- 1,7 см<sup>2</sup> и более

Причиной аортальной регургитации могут явиться:

- двухстворчатый аортальный клапан
- аневризма восходящего отдела аорты
- ревматизм
- инфекционный эндокардит
- верно все

Причиной аортального стеноза могут явиться:

- атеросклеротическое поражение аортального клапана
- миксоматозная дегенерация
- ревматизм
- инфекционный эндокардит
- верно все

Аневризма восходящего отдела аорты с отслойкой интимы сопровождается:

- аортальной регургитацией
- аортальным стенозом
- митральной регургитацией
- митральным стенозом
- трикуспидальной регургитацией

Причиной трикуспидальной регургитации могут явиться:

- легочная гипертензия
- инфаркт правого желудочка
- электрод в полости правого желудочка
- аномалия Эбштейна
- верно все

К большим критериям инфекционного эндокардита относятся:

- Подтвержденный положительный посев крови на возбудители
- Доказательства поражения эндокарда (вегетация, абсцесс по ЭхоКГ, новая клапанная регургитация)
- Лихорадка  $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$
- Иммунологические феномены: гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота и ревматоидный фактор
- Верно 1,2
- Верно 3,4
- Верно все

К малым критериям инфекционного эндокардита относится все, за исключением:

- Предрасположенность (предрасполагающее заболевание сердца или употребление инъекционных наркотиков)
- Лихорадка  $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$ ,
- Сосудистые феномены: эмболии крупных артерий, септические инфаркты лёгкого, микотические аневризмы, внутримозговые кровоизлияния, геморрагии на переходной складке конъюнктивы и повреждения Джейнуэя
- Иммунологические феномены: гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота и ревматоидный фактор;

- Микробиологические доказательства: положительный посев крови, который не соответствует большому критерию, или серологическое подтверждение активной инфекции, обусловленной потенциальным возбудителем ИЭ
- Паравальвулярная фистула или абсцесс по данным ЭхоКГ

Инфекционный эндокардит трикуспидального клапана чаще встречается у пациентов:

- С синдромом приобретенного иммунодефицита
- С системными заболеваниями соединительной ткани
- После трансплантации сердца на фоне иммуносупрессивной терапии
- Инъекционных наркоманов

С помощью каких антибиотиков проводится профилактика инфекционного эндокардита:

- Амоксициллин
- Ванкомицин
- Пенициллин
- Цефазолин
- Гентамицин
- Верно 1,4
- Верно 2,3
- Верно все

Антибиотикопрофилактику инфекционного эндокардита проводят у всех пациентов, за исключением:

- у пациентов высокого риска, к которым относят лиц с протезами клапана сердца, инфекционным эндокардитом в анамнезе, врождёнными пороками сердца, вальвулопатией после трансплантации сердца;
- перед стоматологическими процедурами только в случаи выполнения манипуляций на дёснах, в периапикальной области зубов или сопровождающихся перфорацией слизистой оболочки рта.
- у пациентов, подвергающихся инвазивным манипуляциям на дыхательных путях, включая разрезы или биопсию (например, тонзиллэктомия или аденоидэктомия).
- У пациентов, подвергающихся инвазивным манипуляциям на органах моче-половой или пищеварительной систем.

По данным ЭКГ при субмассивной ТЭЛА можно выявить все, за исключением:

- Синусовой тахикардии
- P-pulmonale
- синдром МакГинна-Уайта (Q1-SIII-TIII)
- Частичная или полная блокада левой ножки пучка Гиса
- Частичная или полная блокада правой ножки пучка Гиса

К методам, подтверждающим наличие ТЭЛА относится все перечисленное, за исключением:

- Спиральная компьютерная томография
- Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия
- Ангиография сосудов лёгких
- Эхокардиография

•Рентгенография органов грудной клетки

Рентгенологическими признаками ТЭЛА являются все перечисленные ниже, за исключением:

- высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения,
- расширение правых отделов сердца и корней лёгкого,
- признак Палла (расширение правой нисходящей лёгочной артерии),
- симптом Вестермарка (локальное обеднение сосудистого рисунка лёгкого)
- треугольник Хамптона
- дисковидные ателектазы
- Обширное просветление легочного рисунка

Какой биохимический маркер используется для исключения диагноза ТЭЛА при дифференциальной диагностике:

- D-димер
- Т-тропонин
- I – тропонин
- Белок-связывающий жирные кислоты
- C-реактивный белок

К дополнительным критериям метаболического синдрома относится все перечисленное, кроме:

- Окружность талии для мужчин  $\geq 94$  см, для женщин  $\geq 80$  см
- артериальная гипертензия (АД  $\geq 130/85$  мм рт. ст.)
- повышение уровня триглицеридов ( $\geq 1,7$  ммоль/л)
- снижение уровня ХС ЛПВП ( $< 1,0$  ммоль/л у мужчин;  $< 1,2$  ммоль/л у женщин)
- повышение уровня ХС ЛПНП  $> 3,0$  ммоль/л
- гипергликемия натощак (глюкоза в плазме крови натощак  $\geq 6,1$  ммоль/л)
- нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах  $\geq 7,8$  и  $\geq 11,1$  ммоль/л)

К диагностическим критериям кардиогенного шока относится все перечисленное, за исключением:

- Пульсовое давление  $< 20$  мм.рт. ст.
- Олигурия  $< 20$  мл/час
- Мраморность кожных покровов
- Давление заклинивания легочных капилляров  $> 18$  мм. рт.ст.
- Брадикардия

При определении стадии у пациента с артериальной гипертензией и наличием гипертрофии левого желудочка в диагнозе выставляется:

- I стадия
- II стадия
- III стадия

Пациент с артериальной гипертензией и повышением АД до 190/100 мм рт. ст. относится к:

- 1 степени
- 2 степени
- 3 степени

К ассоциированным клиническим состояниям при АГ не относится:

- ишемическая болезнь сердца
- хроническая болезнь почек
- отслойка сетчатки
- сахарный диабет
- хроническая ишемия нижних конечностей

Причиной симптоматической артериальной гипертензии при Синдроме Конна является избыточная выработка:

- катехоламинов
- альдостерона
- адренокортикотропного гормона
- кортизола

При феохромоцитоме вненадпочечниковая локализация опухоли встречается в:

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%

Феохромоцитоме часто ассоциируется с болезнью:

- Реклингхаузена
- Аддисона
- Рейно
- Меньера
- Шляттера

Патогенетической терапией при Синдроме Конна является назначение:

- фуросемида
- торасемида
- гипотиазида
- альдактона
- хлорталидона

При коарктации аорты при наличии показаний и возможностей предпочтительным методом лечения является:

- медикаментозная терапия
- ангиопластика с имплантацией стент-графта
- резекция с замещением участка аорты синтетическим протезом

Какие антигипертензивные препараты абсолютно противопоказаны при беременности:

- энналаприл
- лозартан
- небиволол
- нифедипин
- верно 1,2
- верно 3,4
- верно все

Для открытого артериального протока типичны все признаки, кроме:

- частые бронхолегочные заболевания.
- усиление I тона на верхушке.
- усиление и расщепление II тона на легочной артерии.
- систолодиастолический шум с эпицентром во II межреберье слева.
- расширение границ сердца.

Для дефекта межжелудочковой перегородки типичны все признаки кроме:

- рецидивирующий бронхит, повторные пневмонии.
- ослабление I тона на верхушке сердца.
- акцент II тона на легочной артерии.
- систолическое дрожание в III- IV межреберье слева от грудины.
- пансистолический шум с эпицентром в IV межреберье слева от грудины.

Укажите ведущий симптом коарктации аорты.

- астеническая конституция.
- синусовая тахикардия.
- акцент II тона на легочной артерии.
- отсутствие пульса на бедренной артерии.
- лабильность артериального давления.

Тетрада Фалло включает аномалии развития кроме:

- стеноз аорты.
- дефект межжелудочковой перегородки.
- дэкстрапозиция аорты.
- стеноз легочной артерии.
- гипертрофия правого желудочка

Нарушение гемодинамики при врожденных пороках сердца бывают, кроме:

- с обогащением малого круга кровообращения.
- с обеднением малого круга кровообращения.
- с обеднением большого круга кровообращения.
- с обогащением большого круга кровообращения.

Для тетрады Фалло характерно все перечисленное, за исключением:

- Цианоза кожных покровов

- Утолщения пальцев в виде барабанных палочек
- Гипертрофии правого желудочка
- Легочной гипертензии

Электрокардиографические признаки миокардитов являются:

- снижение амплитуды зубца Т
- инверсия зубца Т
- нарушение проводимости
- нарушение возбудимости
- все перечисленное

Какие наиболее классические Эхо-КГ признаки гипертрофической обструктивной кардиомиопатии:

- гипертрофия левого желудочка
- ассиметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки
- увеличение полости левого желудочка
- уменьшение полости левого желудочка
- митральная регургитация

Стеноз устья аорты приводит:

- к повышению систолического давления в аорте
- к повышению систолического давления в левом желудочке
- к увеличению минутного объема сердца
- к снижению давления в левом предсердии
- к легочной гипертензии

Что из перечисленного является показанием к проведению кардиостимуляции:

- мерцание предсердий
- полная атрио-вентрикулярная блокада
- атрио-вентрикулярная блокада 1 степени
- желудочковая экстрасистолия
- синусовая брадикардия менее 50 в минуту

При дилатационной кардиомиопатии отмечается:

- Диффузное снижение сократительной способности миокарда
- локальное снижение сократительной способности миокарда
- повышение сократительной способности миокарда
- утолщение межжелудочковой перегородки
- верно 3 и 4

Эндокардит Либмана-Сакса это:

- септический эндокардит
- ревматический эндокардит
- эндокардит при системной красной волчанке
- подострый септический эндокардит

В приемное отделение доставлен мужчина 37 лет. Около часа назад внезапно появились перебои в работе сердца, на пленке БСМП зафиксирована тахиформа фибрилляции предсердий. На момент поступления – синусовый ритм. Ранее у кардиолога не наблюдался ввиду отсутствия жалоб, АГ не прослеживается. Какая форма фибрилляции предсердий имеет место:

- постоянная
- персистирующая
- пароксизмальная
- нет верного ответа

В поликлинике при записи ЭКГ планово у пациента 76 лет зарегистрирован ритм фибрилляции предсердий. Из анамнеза известно, что перебои в работе сердца постоянно ощущает более года, однако, к кардиологу ранее не обращался. Длительное время страдает артериальной гипертензией, препараты принимает не регулярно, АД не контролирует. Наблюдается у хирурга – проктолога с часто рецидивирующим геморроидальным кровотечением. Какая форма фибрилляции предсердий имеет место:

- постоянная
- персистирующая
- пароксизмальная
- нет верного ответа

В приемное отделение госпитализирована женщина 70 лет с жалобами на перебои в работе сердца, чувство учащенного сердцебиения. Длительное время принимает гипотензивные препараты, около года назад перенесла транзиторную ишемическую атаку. Перебои в работе сердца впервые возникли около 4 дней назад. На пленке БСМП и в приемном отделении регистрируется тахиформа фибрилляции предсердий. Какая форма фибрилляции предсердий имеет место:

- постоянная
- персистирующая
- пароксизмальная
- нет верного ответа

В стационар доставлена женщина 80 лет. Во время прогулки женщина ощутила внезапную слабость, со слов прохожих, кратковременно потеряла сознание. Сбор анамнеза затруднен ввиду когнитивных нарушений. Известно, что длительное время страдает «аритмией», постоянно принимает статины, иАПФ, бета-блокаторы и верапамил. Во время осмотра АД 130/75 мм рт ст, ЧСС 42/минуту, сердечные тоны приглушены, аритмичны. Развитие какого состояния можно заподозрить с учетом имеющихся данных:

- Острого инфаркта миокарда
- Синдрома Вольфа-Паркинсона – Уайта
- Синдрома Морганьи-Эдамса-Стокса
- Ни одного из перечисленных

Абсолютным противопоказанием к назначению и-АПФ является:

- Бронхиальная астма.
- Хроническая почечная недостаточность.
- Облитерирующий эндартериит.

- Двусторонний стеноз почечных артерий.
- Верны все варианты.

К препаратам для лечения артериальной гипертензии не относятся:

- Бета-адреноблокаторы.
- Спазмолитики.
- Ингибиторы АПФ
- Антагонисты кальция.

Прямым ингибитором ренина является:

- Эналаприл.
- Квинаприл.
- Алискирен.
- Терлмисартан.
- Ранолазин.

Патогенетическим методом лечения артериальной гипертензии при первичном гиперальдостеронизме является:

- Фуросемид.
- Капотен.
- Атенолол.
- Верошпирон.
- Эуфиллин.

Алтеплаза для лечения тромбоза легочной артерии:

- Вводится в дозе 100 мг
- Вводится в дозе 300 мг
- Не применяется

Укажите препарат «первой» линии для купирования желудочковых нарушений ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда:

- Амiodарон
- Лидокаин
- Хинидин
- Верапамил
- Дилтиазем

Назначение какого  $\beta$ -адреноблокатора при ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких характеризуется минимальным риском возможных бронхообструктивных осложнений:

- Небиволол
- Надолол
- Пиндолол
- Пропранолол
- Окспренолол

Что означает понятие «интервальная терапия» для предотвращения толерантности к нитратам:

- Перерыв в приеме нитратов на 4-6 часов
- Перерыв в приеме нитратов на 8-12 часов
- Перерыв в приеме нитратов на 24 часа
- Перерыв в приеме нитратов на трое суток
- Все перечисленное верно

Укажите лекарственный препарат, с которым нецелесообразно сочетать  $\beta$ -адреноблокаторы из-за возможных осложнений:

- Рамиприл
- Верапамил
- Моксонидин
- Нифедипин
- Аторвастатин

Укажите оптимальную дозу аспирина в сутки в качестве антиагреганта у больных при стабильной ИБС:

- 75-150 мг
- 325мг
- 50 мг
- 500мг
- 1000 мг

К признакам «эффективной» тромболитической терапии относятся все признаки, кроме:

- «Реперфузионные» аритмии
- Снижение к изолинии элевации сегмента ST на 50% и более от исходного уровня
- Увеличение депрессии сегмента ST в «реципрокных» отведениях
- Прекращение ангинозной боли
- Ускоренная динамика формирования подострого периода Q-образующего инфаркта миокарда

Время внутривенного введения тромболитического препарата 5-10 секунд характерно для:

- Стрептокиназы
- Альтеплазы
- Стафилокиназы
- Тенектеплазы
- Проурокиназы

Препарат, доказанно увеличивающий выживаемость больных ИБС, перенесших ИМ:

- Ранолазин
- Метопролола сукцинат
- Триметазидин
- Верапамил, дилтиазем
- Амлодипин

В качестве компонента «двойной» дезагрегантной терапии у пациентов с острым коронарным синдромом дополнительно к аспирину назначается:

- Кангрелор
- Клопидогрел
- Тикагрелор
- Тиклопидин
- верно 2 и 3

К показаниям для назначения антагонистов альдостерона (эплеренон, спиронолактон) у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда относится все перечисленное, за исключением:

- Фракция выброса левого желудочка  $\leq 40\%$
- Сахарный диабет 2 типа
- Сердечная недостаточность
- Почечная недостаточность
- Фракция выброса левого желудочка = 35%

Абсолютные противопоказания для терапии тромболитиками больных с острым инфарктом миокарда:

- Геморрагический инсульт любой давности
- Пункция сосудов и отсутствие возможности их компрессии
- Травматическая реанимация
- Недавняя лазеротерапия заболеваний сетчатки
- Сохранение высокого артериального давления (систолическое давление выше 180 мм.рт.ст.).

К антиангинальным препаратам «второй» линии в лечении стабильной стенокардии напряжения относятся все перечисленные, за исключением:

- Ивабрадин
- Никорандил
- Ранолазин
- Триметазидин
- Рамиприл

Оптимальным методом коронарной реваскуляризации по результатам отдаленного наблюдения в отношении развития повторных сердечно сосудистых событий у пациентов с ИБС и СД 2 типа является:

- Ангиопластика со стентированием металлическим стентом
- Ангиопластика со стентированием стентом с лекарственным покрытием
- Ангиопластика со стентированием биodeградируемым стентом
- Коронарное шунтирование
- Ангиопластика без стентирования с оптимальной лекарственной терапией

Минимальная необходимая продолжительность «двойной» дезагрегантной терапии у пациентов с ОКС и чрескожным коронарным вмешательством со стентированием металлическим стентом:

- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 3 месяца
- 24 месяца
- 1 месяц

Препарат ХС - ЛППЛ, который назначается при непереносимости статинов:

- Клофибрат
- Эзетимиб
- Ниацин
- Ларопипрант
- $\omega$ -3 жирные кислоты

Антикоагулянт для лечения пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST, характеризующийся минимальным риском развития кровотечений:

- Нефракционированный гепарин
- Эноксапарин
- Фондапаринукс
- Бивалирудин
- Отамиксабан

При лечении сердечными гликозидами продолжительность интервала QT на ЭКГ:

- Уменьшается.
- Увеличивается.
- Не меняется.
- Возможны все варианты.

Абсолютные показания к применению ресинхронизирующей терапии у больных с ХСН:

- Всем пациентам с ФВ <20%.
- Всем больным с ХСН II-IV ФК, с ФВ ЛЖ <35%, без БЛНПГ вне зависимости от ширины комплекса QRS.
- Пациентам с ХСН II-IV ФК, с ФВ ЛЖ от 35% до 50%, при величине комплекса QRS <120 мс.
- Всем больным с ХСН III-IV ФК, с ФВ ЛЖ <35%, несмотря на ОМТ, при наличии синусового ритма и БЛНПГ при величине комплекса QRS  $\geq$ 150 мс.

Применение каких препаратов должно быть, по возможности, исключено при лечении декомпенсации ХСН:

- Селективные и неселективные НПВП.
- Глюкокортикоиды.
- Трициклические антидепрессанты.
- Антиаритмики I класса.
- Некоторые блокаторы кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем, короткодействующие дигидроперидины).
- Все выше перечисленные

Какие негликозидные инотропные препараты применяются в лечении ХСН при симптоматической гипотонии и острой декомпенсации:

- Дигоксин.
- Дилтиазем.
- Левосимендан.
- Добутамин.
- Верный ответ 1 и 2
- Верный ответ 3 и 4
- Верный ответ 1, 2, 4

Какова максимальная суточная доза бисопролола для лечения больных ХСН:

- 5 мг
- 10 мг
- 20 мг.
- 40 мг.

У больных с ХСН отмечено увеличение продолжительности жизни на фоне приема:

- Сердечных гликозидов.
- Диуретиков.
- иАПФ
- Нитратов
- Правильно 3 и 4.

К гиполипидемическим препаратам относятся:

- статины
- фибраты
- никотиновая кислота
- секвестранты желчных кислот
- аспирин
- верны 1-4
- верно всё

Какой побочный эффект статинов можно ожидать:

- увеличение печеночных трансаминаз
- энцефалопатия
- аритмии
- инфаркт миокарда

Что такое плейотропные свойства статинов:

- способность уменьшать ЛПНП
- способность повышать ЛПВП
- способность их всасывания
- положительные свойства статинов, не связанные с их гиполипидемическим действием

Плейотропные свойства статинов включают в себя:

- улучшение эндотелиальной функции

- укрепление фиброзной покрышки
- стабилизация липидного ядра
- торможение адгезии тромбоцитов
- противовоспалительный эффект
- все перечисленное верно

Критерием отмены статинов являются:

- достижение целевого уровня холестерина
- увеличение АЛАТ в 2 раза
- увеличение печеночных трансаминаз более 3 кратного уровня
- увеличение креатинфосфокиназы в 1,5 раза
- увеличение креатинфосфокиназы в 10 раз
- верно 3 и 5
- верно всё

По снижению ЛПНП 20 мг аторвастатина эквивалентны:

- 40 мг симвастатина
- 80 мг правастатина
- 80 мг ловастатина
- 10 мг розувастина
- все перечисленное верно

Назвать группу препаратов, обладающих максимальной антиангинальной активностью:

- Бета-адреноблокаторы
- дигидропиридиновые антагонисты кальция
- недигидропиридиновые антагонисты кальция
- наркотические анальгетики

Выберите антитромбоцитарные средства, используемые при остром коронарном синдроме без подъёма сегмента ST:

- стрептокиназа
- актилизе
- аспирин
- клопидогрел
- курантил
- тиклопидин
- верно 3 и 4
- верно всё

У больного ИБС, принимающего 75 мг метопролола в сутки, ЧСС = 90/мин, АД = 120/80 мм рт. ст. Сохраняются боли в грудной клетке. Укажите Ваши возможные действия:

- добавить нифедипин
- добавить амлодипин
- увеличить дозу метопролола до 150 мг в сутки
- добавить пролонгированные нитраты

Аспирин для больных ИБС назначается:

- всегда
- только после ОИМ
- только на период госпитализации больных с ОИМ
- во всех случаях, за исключением непереносимости и наличия противопоказаний
- только при стенокардии и ОИМ

Особенности применения эноксапарина:

- не требует лабораторного контроля
- назначается в фиксированных дозах
- подкожное введение
- требует использования инфузома
- обязательный подбор и контроль дозы по АПТВ
- верно 1-3
- верно всё

Выберите наилучший в большинстве случаев препарат для лечения больного с неосложненным гипертоническим кризом:

- каптоприл
- морфин
- клофелин
- дроперидол
- пентамин
- нифедипин

Для терапии отёка лёгких у больного с гипертоническим кризом используются:

- нитроглицерин + фуросемид
- морфин
- эналаприлат в/в
- пентамин
- все ответы верны

Для профилактики гипертонических кризов необходимо всё, КРОМЕ:

- проведение курсов гипотензивной терапии 2 - 3 раза в год
- обучение оказанию самопомощи в неотложных ситуациях
- проведение школ для больных АГ
- постоянство терапии АГ
- комплайнс с пациентом

Немедикаментозная терапия АГ включает:

- гипосолевую диету
- алкоголь 20-30 г/сутки
- снижение повышенной массы тела
- анаэробные физические нагрузки по 40 минут 4 раза в сутки
- ограничение потребления жидкости
- верно 1-3
- верно всё

У больной со II стадией ГБ уровень АД на фоне применения 5 мг небиволола составляет 130/92 мм рт. ст. Ваши возможные действия:

- оставить ранее назначенную терапию
- добавить индапамид
- увеличить дозу небиволола
- сменить терапию на эналаприл 5 мг/сутки

Требуется ли проведение гипотензивной терапии при АД < 140/90 мм рт. Ст.:

- нет
- только больным с сахарным диабетом
- только больным с нефропатией
- больным с сахарным диабетом и/или нефропатией

Назначьте оптимальный бета-адреноблокатор для лечения сердечной недостаточности 76 летнему пациенту без ИБС:

- метопролол
- атенолол
- бисопролол
- небиволол

Терапия диуретиками у больных с АГ используется:

- при изолированной систолической АГ
- при СН
- в комбинированной терапии АГ
- для лечения кризов
- все ответы верны

Укажите препараты выбора для терапии изолированной систолической гипертензии:

- гипотиазид 25 мг/сутки
- метопролол 50 мг/сутки
- индапамид
- эналаприл

Парентеральные нитраты не должны использоваться для терапии гипертонических кризов у следующих пациентов:

- с высоким внутричерепным давлением
- с сахарным диабетом 2 типа
- с расслаивающей аневризмой аорты
- с отёком лёгких

Терапия гипертонического криза имеет следующие особенности:

- терапия всегда проводится парентерально
- требует оптимального темпа снижения АД
- используется комбинация терапии с диуретиком

- нельзя использовать клофелин
- требует оценки функции и оценки наличия повреждений органов - мишеней
- верно 2, 3 и 5
- верно всё

Пациентам с гипертрофической кардиомиопатией с обструкцией ВОЛЖ не следует назначать:

- бета-адреноблокаторы
- диуретики
- сердечные гликозиды
- антагонисты кальция

Показанием для имплантации электрокардиостимулятора больным синдромом слабости синусового узла является:

- Частота сердечных сокращений менее 50 в мин без клинических проявлений брадиаритмии.
- Частота сердечных сокращений менее 40 в мин даже без клинических проявлений брадиаритмии.
- Только брадиаритмия, сопровождающаяся клиническими симптомами (обмороком, значительным снижением работоспособности и т.д.).

Наиболее эффективным препаратом для купирования желудочковой тахикардии типа "пируэт" является:

- Амiodарон
- Новокаинамид
- Лидокаин
- Пропафенон

При лечении жизнеопасных (злокачественных) желудочковых тахикардий прогноз жизни лучше, когда используются:

- Антиаритмики I "А" класса.
- Антиаритмики I "С" класса.
- Антиаритмики I "В" класса.
- Антиаритмики III класса.

Эффективные суточные дозы метопролола у больных стенокардией:

- 40 - 80мг;
- 50 - 100мг;
- 40 - 60мг;
- 160 - 320мг;
- 100 - 200мг.

Эффективные суточные дозы атенолола у больных стенокардией:

- 40 - 80мг;
- 50 - 100мг;
- 40 - 60мг;

- 160 - 320мг;
- 100 - 200мг.

Продолжительность антиишемического действия метопролола:

- В среднем около 6 часов;
- В среднем около 4 часов;
- В течение 8 - 12 часов;
- В течение 24 часов.

Продолжительность антиишемического действия атенолола:

- В среднем около 6 часов;
- В среднем около 4 часов;
- В течение 8 - 12 часов;
- В течение 24 часов.

Эффективным антиангинальным препаратом у больных ИБС при наличии гипертрофической кардиомиопатии является:

- Кардиоселективные бета-блокаторы;
- Неселективные бета-адреноблокаторы;
- Антагонисты кальция;
- Нитраты (в качестве монотерапии).

Эффективные разовые дозы нитроглицерина (таблетки) у больных стенокардией:

- 0,25 - 0,5мг;
- 10 - 20мг;
- 5мг;
- 20 - 40мг.

Эффективные разовые дозы изосорбида динитрата у больных стенокардией:

- 0,25 - 0,5мг;
- 10 - 20мг;
- 5мг;
- 20 - 40мг.

Эффективные разовые дозы изосорбида мононитрата у больных стенокардией:

- 0,25 - 0,5мг;
- 10 - 20мг;
- 5мг;
- 20 - 40мг;
- 10 - 20мг.

Максимальная скорость инфузии добутамина у больных кардиогенным шоком:

- 2,5 - 5 мкг/кг/мин;
- 7,5 - 10 мкг/кг/мин;
- 15 мкг/кг/мин;

- 20 мкг/кг/мин;
- 25 мкг/кг/мин;
- 30 мкг/кг/мин.

Максимальная скорость инфузии допамина у больных кардиогенным шоком:

- 2,5 - 5 мкг/кг/мин;
- 7,5 - 10 мкг/кг/мин;
- 15 мкг/кг/мин;
- 20 мкг/кг/мин;
- 25 мкг/кг/мин;
- 30 мкг/кг/мин.

Максимальная скорость инфузии норадреналина у больных кардиогенным шоком:

- 2,5 - 5 мкг/кг/мин;
- 7,5 - 10 мкг/кг/мин;
- 15 мкг/кг/мин;
- 20 мкг/кг/мин;
- 25 мкг/кг/мин;
- 30 мкг/кг/мин.

Для лечения отека легких не используется:

- нитраты
- диуретики
- преднизолон
- оксигенотерапия

В приемное отделение доставлен мужчина 37 лет. Около часа назад внезапно появились перебои в работе сердца, на пленке БСМП зафиксирована тахиформа фибрилляции предсердий. На момент поступления – синусовый ритм. Ранее у кардиолога не наблюдался ввиду отсутствия жалоб, АГ не прослеживается. Какова дальнейшая тактика в отношении оральных антикоагулянтов:

- имеются абсолютные показания к приему варфарина
- абсолютно показан прием аспирина в дозе 150 мг/сутки
- риск тромбоэмболических осложнений минимален, прием оральных антикоагулянтов не показан
- нет верного ответа

В приемное отделение доставлен мужчина 37 лет. Около часа назад внезапно появились перебои в работе сердца, на пленке БСМП зафиксирована тахиформа фибрилляции предсердий. На момент поступления – синусовый ритм. Ранее у кардиолога не наблюдался ввиду отсутствия жалоб, АГ не прослеживается. Какова дальнейшая тактика в отношении оральных антикоагулянтов? Какова дальнейшая тактика ведения больного в отношении ритма:

- При возникновении пароксизмов фибрилляции предсердий целесообразны попытки для восстановления ритма
- При развитии пароксизма не показано восстанавливать синусовый ритм
- Ритм стоит восстанавливать только при симптомном течении заболевания

- Нет верного ответа

В поликлинике при записи ЭКГ планово у пациента 76 лет зарегистрирован ритм фибрилляции предсердий. Из анамнеза известно, что перебои в работе сердца постоянно ощущает более года, однако, к кардиологу ранее не обращался. Длительное время страдает артериальной гипертензией, препараты принимает не регулярно, АД не контролирует. Наблюдается у хирурга – проктолога с часто рецидивирующим геморроидальным кровотечением. Какова дальнейшая тактика в отношении оральных антикоагулянтов:

- имеются абсолютные показания к приему варфарина
- абсолютно показан прием аспирина в дозе 150 мг/сутки
- риск тромбэмболических осложнений высокий, но прием оральных антикоагулянтов не показан ввиду высокого риска геморрагических осложнений
- нет верного ответа

В поликлинике при записи ЭКГ планово у пациента 76 лет зарегистрирован ритм фибрилляции предсердий. Из анамнеза известно, что перебои в работе сердца постоянно ощущает более года, однако, к кардиологу ранее не обращался. Длительное время страдает артериальной гипертензией, препараты принимает не регулярно, АД не контролирует. Наблюдается у хирурга – проктолога с часто рецидивирующим геморроидальным кровотечением. Какова дальнейшая тактика ведения больного в отношении ритма:

- Активные попытки восстановления ритма нецелесообразны
- Пациенту показано проведение электроимпульсной терапии
- Пациенту необходимо в кратчайшие сроки провести инфузию амиодарона
- Нет верного ответа

В приемное отделение госпитализирована женщина 70 лет с жалобами на перебои в работе сердца, чувство учащенного сердцебиения. Длительное время принимает гипотензивные препараты, около года назад перенесла транзиторную ишемическую атаку. Перебои в работе сердца впервые возникли около 4 дней назад. На пленке БСМП и в приемном отделении регистрируется тахиформа фибрилляции предсердий. Какова дальнейшая тактика в отношении оральных антикоагулянтов:

- имеются абсолютные показания к приему варфарина
- абсолютно показано применение любого из оральных антикоагулянтов (варфарин, дабигатран, ривароксабан)
- прием оральных антикоагулянтов не показан, если будет восстановлен ритм
- нет верного ответа

В приемное отделение госпитализирована женщина 70 лет с жалобами на перебои в работе сердца, чувство учащенного сердцебиения. Длительное время принимает гипотензивные препараты, около года назад перенесла транзиторную ишемическую атаку. Перебои в работе сердца впервые возникли около 4 дней назад. На пленке БСМП и в приемном отделении регистрируется тахиформа фибрилляции предсердий. Какова дальнейшая тактика ведения больного в отношении ритма:

- Активные попытки восстановления ритма нецелесообразны
- Пациенту показано проведение электроимпульсной терапии

- Пациенту необходимо в кратчайшие сроки провести инфузию амиодарона для восстановления ритма
- Немедленное восстановление ритма не показано. Необходимо исключить наличие тромба в полостях сердца, достигнуть стабильного целевого МНО на фоне приема варфарина и провести ЭИТ планоно.

В стационар доставлена женщина 80 лет. Во время прогулки женщина ощутила внезапную слабость, со слов прохожих, кратковременно потеряла сознание. Сбор анамнеза затруднен ввиду когнитивных нарушений. Известно, что длительное время страдает «аритмией», постоянно принимает статины, иАПФ, бета-блокаторы и верапамил. Во время осмотра АД 130/75 мм рт ст, ЧСС 42/минуту, сердечные тоны приглушены, аритмичны. Развитие какого состояния можно заподозрить с учетом имеющихся данных:

- Острого инфаркта миокарда
- Синдрома Вольфа-Паркинсона – Уайта
- Синдрома Морганьи-Эдамса-Стокса
- Ни одного из перечисленных

Какова тактика в отношении приема лекарственных препаратов у данной пациентки:

- Недопустимо сочетание бета-блокаторов и недигидропиропидинового антагониста кальция
- Продолжать ранее назначенное лечение
- Немедленная отмена верапамила и бета-блокаторов; далее – постепенная титрация дозы бета-блокаторов
- Верно 1 и 3

Что из нижеперечисленного является абсолютным показанием к имплантации постоянной ЭКС:

- невозможность и/или нежелание пациента принимать лекарственные препараты
- постоянно регистрируемая брадикардия с ЧСС менее 60 /минуту
- наличие пауз 3 и более секунд по данным СМ-ЭКГ
- постинфарктный кардиосклероз

Экстренное КШ при неуспешном ЧКВ рекомендовано:

- Всем больным с многососудистым поражением коронарного русла, при условии отсутствия нарушений коагуляции
- При развитии феномена no-reflow
- При нестабильной гемодинамике, при условии отсутствия нарушений коагуляции
- Всем пациентам с тяжелыми нарушениями ритма и проводимости

Реваскуляризация миокарда с целью улучшения выживаемости рекомендована пациентам:

- со стенозом ( $\geq 70\%$ ) ствола левой коронарной артерии
- со стенозом ( $\geq 30\%$ ) ствола левой коронарной артерии
- со значимым ( $\geq 50\%$ ) стенозом ствола левой коронарной артерии
- стенозом ( $\geq 50\%$ ) любой коронарной артерии

При каком количестве суммы баллов по шкале GRACE у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST показано проведение КАГ в экстренном порядке:

- 140
- 100
- 146
- 130

Что из ниже перечисленного не относится к относительным противопоказаниям для проведения коронарографии:

- Активное желудочно-кишечное кровотечение
- Лихорадка неясного генеза
- Острая почечная недостаточность
- Онкологический процесс

Какой медикаментозный препарат необходимо назначить пациенту с крупноочаговым инфарктом миокарда в ранние сроки заболевания для профилактики патологического ремоделирования миокарда:

- Блокатор If-каналов
- кальциевый сенситизатор (Левосимендан)
- ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
- Добутамин

Пациент в возрасте 64 лет, с ранее перенесенным ИМ, стал отмечать возникновение синкопальных состояний. По результатам СМ-ЭКГ выявлены эпизоды желудочковой тахикардии, по ЭХО-КГ ФВ ЛЖ 35%. Какой метод лечения необходим данному пациенту:

- имплантация правожелудочкового ЭКС
- имплантация бивентрикулярного ЭКС
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- любой из выше перечисленных методов

Пациент в возрасте 64 лет, с ранее перенесенным ИМ, стал отмечать возникновение синкопальных состояний. По результатам СМ-ЭКГ выявлены эпизоды желудочковой тахикардии, по ЭХО-КГ ФВ ЛЖ 35%. Назначение какого медикаментозного препарата у данного пациента будет обязательным даже при отсутствии клинических признаков застойных явлений:

- Фуросемид
- Торасемид
- Эплеренон
- гипотиазид

К первичной профилактике ИБС относятся следующие мероприятия:

- Медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена
- Пропаганда здорового образа жизни
- Диетическая коррекция нарушений липидного обмена
- Все перечисленное

Одновременно к первичной и вторичной профилактике ИБС относятся следующие мероприятия:

- Диетические мероприятия
- Медикаментозная коррекция гиперхолестеринемии
- Нормализация АД
- Все перечисленное

Вторичная профилактики ИБС проводится среди:

- Здоровых лиц с одним или несколькими факторами риска ИБС
- Здоровых лиц с совокупностью факторов риска ИБС
- Больных артериальной гипертонией, не имеющих ИБС
- Правильного ответа нет

Для вторичной медикаментозной профилактики повторного инфаркта миокарда или внезапной смерти следует применять:

- Бета-блокаторы
- Рибоксин
- Антикоагулянты
- Все перечисленное

Для длительной вторичной профилактики ИБС следует применять бета-блокаторы:

- Кардиоселективные
- Некардиоселективные
- Только 1 и 2
- Обладающие внутренней симпатомиметической активностью

К доказанным факторам риска ИБС относятся все нижеперечисленные, кроме:

- Малоактивного образа жизни, потребления высококалорийной пищи
- Интенсивных физических нагрузок
- Курения
- Дислипидемии

Из нижеперечисленных факторов риска ИБС наиболее значимы является:

- Артериальная гипертония
- Гипертриглицеридемия
- Нарушенная толерантность к углеводам
- Малоактивный образ жизни

К основным факторам риска ИБС относятся все нижеперечисленные, кроме:

- Артериальной гипертонии
- Гиперхолестеринемии
- Курения
- Правильного ответа нет

К доказанным факторам риска развития атеросклероза относится все перечисленное, кроме:

- Возраст
- Курение
- Сахарный диабет 2 типа
- Сахарный диабет 1 типа

В выявлении лиц с повышенным и пограничным уровнем АД принимают участие:

- Врачи-кардиологи
- Участковые терапевты
- Врачи любой специальности
- Все перечисленные

Объектом исследования по первичной профилактике ИБС является:

- Здоровая часть населения с факторами риска, при уменьшении которых можно рассчитывать на предупреждение ИБС
- Часть популяции с симптомами ИБС
- Больные после перенесенного инфаркта миокарда
- Правильного ответа нет

Объектом исследования по вторичной профилактике ИБС являются все перечисленные ниже группы, кроме:

- Здоровой части населения, у которой выявляются факторы сердечно-сосудистого риска
- Части популяции с симптомами ИБС
- Больных, перенесших инфаркт миокарда
- Правильного ответа нет

Для профилактики атеросклеротических заболеваний рекомендуется:

- Анаэробная физическая нагрузка 3 раза в неделю
- Аэробная физическая нагрузка 20 мин в день
- Аэробная физическая нагрузка 2,5 - 3 часа в неделю
- Анаэробная физическая нагрузка 2,5-3 часа в неделю

Для профилактики гипертонических кризов необходимо:

- Проведение курсов гипотензивной терапии 2 - 3 раза в год
- Постоянная антигипертензивная терапия
- Проведение школ для больных АГ
- Верно 2 и 3

Гиполипидемические препараты с целью первичной профилактики атеросклероза следует назначать:

- Всем лицам среднего и пожилого возраста
- В тех случаях, когда диетические мероприятия не приводят к нормализации липидного состава крови
- В тех случаях, когда гиперлипидемии нет, но имеются дополнительные факторы риска атерогенеза

- Во всех перечисленных случаях

Уровень холестерина в сыворотке крови целесообразно понижать в целях:

- Первичной профилактики атеросклероза
- Вторичной профилактики атеросклероза
- Лечения при клинически выраженных проявлениях атеросклероза
- Все ответы верны

Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии имеет значение все перечисленное, кроме:

- Лечения сердечной недостаточности
- Длительного приема антикоагулянта при тромбофлебите
- Длительного постельного режима после полостных операций
- ~ Правильного ответа нет

Дислипидемия считается атерогенной, если:

- Понижено содержание липопротеинов низкой плотности
- Понижено содержание липопротеинов очень низкой плотности
- Повышено содержание липопротеинов высокой плотности
- Правильного ответа нет

Липоидоз аорты:

- Может подвергаться обратному развитию
- Не может подвергаться обратному развитию
- Может подвергаться обратному развитию только в молодом возрасте
- Неизвестно

Наиболее атерогенным из дислипидемий (по Фридериксону) является:

- Тип I
- Тип II
- Тип III
- Тип IV

Наиболее атерогенными липопротеинами считаются:

- Хиломикроны
- Липопротеины низкой плотности
- Липопротеины высокой плотности
- Липопротеины очень низкой плотности

Значение избыточной массы тела как фактора риска ИБС ассоциируется с:

- Нарушением липидного обмена
- Нарушением углеводного обмена
- Повышением уровня АД
- Всем перечисленным

Курение следует считать:

- Фактором риска развития перемежающейся хромоты
- Одним из факторов риска развития ИБС
- Одним из факторов риска развития бронхогенного рака легких
- Все ответы правильные

Проводить скрининг на предмет наличия гиперхолестеринемии необходимо:

- У всех лиц, начиная с возраста 20 лет и далее каждые 5 лет
- У всех лиц, начиная с возраста 60 лет и далее каждый год
- У всех лиц, начиная с возраста 60 лет и далее каждые 5 лет
- Правильного ответа нет

Медикаментозную терапию в рамках первичной профилактики при сохраняющейся гиперхолестеринемии на фоне изменения образа жизни нужно начинать:

- Через 1-2 месяца
- Через 3-6 месяцев
- Через 12 месяцев
- Сразу при выявлении гиперхолестеринемии

К модификации образа, рекомендованной при выявлении дислипидемии, относится все перечисленное, кроме:

- Увеличения регулярных физических нагрузок
- Нормализации продолжительности ночного сна
- Нормализации массы тела
- Коррекции диеты

Допускается ли выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником:

- да
- только через ВК
- С разрешения главного врача
- с разрешения заведующего отделением

Кто имеет право быть лечащим врачом:

- обучающийся в высшем медицинском учебном заведении
- обучающийся в образовательном учреждении послевузовского профессионального образования
- окончивший интернатуру и получивший сертификат или клиническую ординатуру и получивший сертификат
- врач, имеющий стаж медицинской деятельности более 2 лет

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены) дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности указывается со следующего календарного дня:

- по их желанию

- Всегда
- По желанию врача

Гражданам, направленным медицинскими организациями и органами управления здравоохранением на лечение в клиники научно-исследовательских учреждений (институтов) курортологии, физиотерапии и реабилитации, листок нетрудоспособности выдается медицинским работником на основании решения врачебной комиссии:

- на время лечения
- на время лечения и проезда к месту лечения
- на время лечения и проезда к месту лечения и обратно
- Все не верно

При установлении инвалидности со степенью ограничения способности к трудовой деятельности срок временной нетрудоспособности завершается датой:

- непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ
- регистрации документов в учреждении МСЭ
- После выдачи заключения МСЭ

Экспертиза трудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является:

- оценка состояния здоровья пациента
- определение сроков и степени нетрудоспособности
- установление возможности осуществления профессиональной деятельности (трудовой прогноз)
- обеспечение качества и эффективности проводимого лечения
- все вышеперечисленное

Задачи экспертизы трудоспособности:

- научно обоснованное установление утраты трудоспособности при заболевании, травме, а также по другим причинам
- правильное оформление документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан
- определение сроков нетрудоспособности с учетом медицинского и трудового прогноза
- все вышеперечисленное

Временная утрата трудоспособности это:

- состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность
- состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер
- состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер

Стойкая утрата трудоспособности это:

- состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность
- состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер

- состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер

Осуществлять экспертизу трудоспособности имеют право следующие учреждения здравоохранения:

- только государственные (муниципальные)
- ЛПУ с любой формой собственности
- ЛПУ любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности
- любое ЛПУ, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы временной нетрудоспособности

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается:

- с 1-го дня нетрудоспособности
- с 3-го дня нетрудоспособности
- с 6-го дня нетрудоспособности
- с 10-го дня нетрудоспособности
- со дня окончания отпуска

Укажите сроки направления на медико-социальную экспертизу болеющих, (кроме туберкулеза):

- не позднее 4 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе
- не позднее 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе
- вне зависимости от срока работающие инвалиды в случае ухудшения клинического и трудового прогноза
- все вышеперечисленное верно

У пациента после инфаркта миокарда на какой максимальный срок может продлить ВК листок нетрудоспособности:

- до 2 месяцев
- до 3 месяцев
- до 6 месяцев
- до 10 месяцев, а в некоторых случаях до 12 месяцев

Листок нетрудоспособности не выдается:

- обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности
- проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
- находящимся под стражей или административным арестом
- проходящим периодические медицинские осмотры (обследования), в том числе в центрах профпатологии
- всем перечисленным

Задачи реабилитации в кардиологии:

- оптимизация лечения и обучение пациента по вопросам, связанным с ССЗ;
- психологическая адаптация к наличию хронического заболевания;
- информирование об изменении образа жизни и коррекции факторов сердечно-сосудистого риска;
- все ответы верные

Оптимальный уровень ЛПНП у пациента с перенесенным инфарктом миокарда:

- <1,8 ммоль/л;
- <2,8 ммоль/л;
- <3,8 ммоль/л;
- <4,8 ммоль/л.

К факторам, способствующим вероятному рецидивированию ФП, не относятся:

- пожилой возраст (более 65 лет);
- большие размеры левого предсердия (передне - задний размер более 4,2 см);
- высокий уровень общего холестерина;
- низкая ФВ ЛЖ (<35 %).

Шкала SCORE оценивает:

- риск кровотечений;
- риск повторного инфаркта;
- риск внезапной смерти;
- риск осложнений после любых сердечно-сосудистых событий.

Нормальные значения окружности талии у мужчин и женщин:

- Женщины <88.0 см, мужчины <102.0 см
- Женщины <80.0 см, мужчины <100.0 см
- Женщины <70.0 см, мужчины <90.0 см
- Женщины <66.0 см, мужчины <80.0 см

Целевой уровень артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа:

- <140/90 мм рт ст
- <130/80 мм рт ст
- 140/85 мм рт ст
- <125/75 мм рт ст

Целевой уровень артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией и протеинурией:

- <140/90 мм рт ст
- <130/80 мм рт ст
- <140/85 мм рт ст
- <125/75 мм рт ст

Аспекты реабилитации у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями:

- Медицинский, физический, психологический, профессиональный, социально-экономический
- Физический, психологический, профессиональный, социальный
- Медицинский, физический, психологический
- Медицинский, профессиональный, социальное-экономический.

Показания к кардиореабилитации с применением физических тренировок:

- Показана всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в стабильном состоянии при отсутствии противопоказаний
- Показана всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями не зависимо от противопоказаний
- Показана всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями с низким риском осложнений
- Показана всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями не зависимо от состояния

Противопоказания к проведению кардиореабилитации с применением физических тренировок:

- Тяжелые нарушения ритма и проводимости, острая аневризма ЛЖ, нестабильная стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда менее 3 месяцев назад, артериальное давление свыше 140/90 мм рт ст
- Инфаркт миокарда в срок менее 3х недель, острая аневризма ЛЖ, тяжелые нарушения ритма и проводимости, нестабильная стенокардия или стенокардия высокого функционального класса, артериальное давление свыше 180/100 мм рт ст
- Инфаркт миокарда в срок менее 6 месяцев, острая и хроническая аневризма ЛЖ, нестабильная стенокардия или стенокардия высокого функционального класса, артериальное давление свыше 180/100 мм рт ст
- Инфаркт миокарда в срок менее 6 месяцев, острая и хроническая аневризма ЛЖ, стенокардия любого функционального класса, артериальное давление свыше 140/90 мм рт ст

Начало кардиореабилитации с применением физических тренировок у пациентов с плановой реваскуляризацией миокарда:

- Не ранее чем через 3 недели после вмешательства
- Не ранее чем через 3 месяца после вмешательства
- Не ранее чем через 7 дней после вмешательства
- Не ранее чем через 6 недель после вмешательства

Какие инструментальные методы исследования в обязательном порядке проводятся пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями перед началом физической реабилитации:

- ЭКГ, СМ-ЭКГ, ВЭМ, ЭХО-КГ
- СМ-ЭКГ, ЭХО-КГ
- ЭКГ, ВЭМ, ЭХО-КГ
- ЭКГ, СМ-ЭКГ, ВЭМ или тредмил тест, ЭХО-КГ

Основная цель психологической реабилитации пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

- Повышение приверженности пациента к выполнению врачебных рекомендаций
- Снятие психоэмоционального стресса
- Формирование пациента адекватного отношения к своему состоянию и болезни
- Все ответы верные

Фазы кардиореабилитации:

- Госпитальная, амбулаторная
- Госпитальная, ранняя амбулаторная, долгосрочная амбулаторная
- Догоспитальная, госпитальная, амбулаторная
- Догоспитальная, госпитальная

Критерием неблагоприятной реакции на нагрузки является возрастание:

- Пульса – более чем на 10 уд/мин
- Частоты дыхания – более чем на 4 дыхательных движений в минуту
- Систолического АД – более чем на 40 мм рт ст
- Все ответы верные

Величину ЧСС для физической тренировки больного ИБС рассчитывают исходя из:

- Величины максимальной ЧСС с учетом возраста и пола
- Величины субмаксимальной ЧСС с учетом возраста и пола
- Величины исходной ЧСС и ее прироста во время теста с ФН
- Оценки клинических реакций и ощущений пациента

Кардиовертер-дефибриллятор рекомендован больным ХСН и ФВ ЛЖ  $\leq 30-35\%$  с целью:

- улучшения качества жизни пациента,
- профилактики внезапной сердечной смерти,
- устранения эффектов ремоделирования миокарда,
- профилактики нарушения ритма

Независимым предиктором лучшей выживаемости больных ХСН с ФП является постоянный прием:

- антикоагулянтов при поддержании МНО в пределах от 2,0 до 3,0,
- статинов,
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента,
- кардиотонических средств

Ограничение потребление поваренной соли у пациентов с ХСН III ФК:

- $< 5.0$  г NaCL
- $< 3.0$  г NaCL
- $< 2.0$  г NaCL
- $< 1.0$  г NaCL

Ограничение потребление поваренной соли у пациентов с ХСН I ФК:

- $< 5.0$  г NaCL
- $< 3.0$  г NaCL

- <2.0 г NaCL
- <1.0 г NaCL

Основным методом для выбора режима нагрузок для пациентов с ХСН является определение исходной толерантности к физическим нагрузкам при помощи:

- Теста 6-ти минутной ходьбы,
- Опросника SF-36,
- Опросника EQ-5D,
- Все ответы верны

Стратификация риска инсультов и системных тромбоэмболий у пациентов с фибрилляцией предсердий без поражений клапанов сердца проводится по шкале:

- CHA2DS2
- CHA2DS2-VASc
- GRACE
- TIMI

Шкала CHA2DS2-VASc у пациентов с фибрилляцией предсердий оценивает риск развития:

- Кровотечений
- Внезапной смерти
- Инсультов и системных тромбоэмболий
- Любых сердечно-сосудистых событий

Факторы риска развития кардиальных осложнений при выполнении операций среднего/высокого кардиального риска:

- Нестабильная стенокардия
- ФВ ЛЖ <50%,
- Сахарный диабет, требующий инсулинотерапии
- Возраст > 70 лет

Любые инвазивные вмешательства безопасно выполнять при значении МНО:

- 2,0-3,0
- 1,0-2,0
- <1,5
- <1,0

Все пациенты перенесшие внесердечные операции среднего/высокого кардиального риска нуждаются в мониторинге ЭКГ в течение:

- 12 часов
- 24 часов
- 48 часов
- 72 часов

Индивидуальная оценка риска осложнений по шкале EuroSCORE проводится у пациентов:

- С инфарктом миокарда,

- После тромболитической терапии,
- Перед проведением кардиальных операций,
- После любых сердечно-сосудистых событий

Индекс риска кровотечений при ФП рассчитывается по шкале:

- HAS-BLED,
- CHA2DS2-VASc
- GRACE
- EuroSCORE

В контролируемых физических тренировках после эндоваскулярного вмешательства на коронарных артериях особенно нуждаются больные с:

- Многососудистым поражением,
- Частичной реваскуляризацией миокарда,
- Плановым вмешательством на коронарных артериях,
- Верно 1, 2

Величина тренировочного пульса у больных с ИБС определяется как сумма исходной ЧСС и долей ее прироста на:

- 40-50%,
- 50-60%,
- 70-75%,
- 80-85%