



Кардиология

Высшее образование

DOCX · PDF

Задач: 2

Вопросов: 24

Сформировано: 26.09.2026, 03:15 МСК · База обновлена: 19.09.2026, 14:26 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1

Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2

Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

[Официальный сайт fmza.ru](https://fmza.ru) >

3

Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

[Открыть репетиционный экзамен](#) >

4

Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- medikcase.ru
- Telegram: [@medikcase](https://t.me/medikcase)
- support@medikcase.ru



Сайт



Telegram

Содержание

Ситуационная задача 0001

Ситуационная задача 0002

Ситуационная задача 0001

Образование: Высшее образование | Специальность: Кардиология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина, 55 лет, обратилась к врачу кардиологу.

1.2. Жалобы

На

- * давящие боли за грудиной, одышку, возникающие без четкой связи с физическими нагрузками, проходящие самостоятельно или после приема нитратов (пользуется редко из-за сильной головной боли);
- * дестабилизацию цифр артериального давления (снижение до 80/60 мм рт.ст., подъемы до 160/90 мм рт.ст.);
- * синкопальные состояния;
- * перебои в работе сердца.

1.3. Анамнез заболевания

Около 20 лет беспокоят обмороки (1-2 раза в год), возникающие, в основном, при стрессовых ситуациях.

Ухудшение состояния в течение 5 месяцев, когда стала впервые отмечать приступы загрудинных болей, одышку, синкопальные состояния (в течение последних 2-х месяцев 3 эпизода с потерей сознания), дестабилизацию цифр АД (подъемы до 200/110 мм рт.ст., снижение до 80/60 мм рт.ст., ранее АД было в пределах 110-130/80 мм рт.ст.). Принимала симптоматическую терапию по требованию.

1.4. Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * отец умер в 53 года, перенес ИМ, мать страдает ГБ.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 93 кг, ИМТ 34.2 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст., систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. План обследования

Вопрос 1.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

1. рентгенография ОГК
2. суточное мониторирование АД
3. эхокардиография
4. суточное мониторирование электрокардиограммы

5 регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях

6. УЗДС экстракраниального отдела БЦА

Правильные ответы:

3 - эхокардиография

4 - суточное мониторирование электрокардиограммы

5 - регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях

ЭХОКГ-исследование пациентам необходимо выполнять в соответствии с отечественными и зарубежными рекомендациями по эхокардиографии AHA, ASE (American Society of Echocardiography) и EACI (European Association of Cardiovascular Imaging).

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

ХМ сердечного ритма рекомендуется всем пациентам с ГКМП, в том числе асимптомным, с целью выявления нарушений ритма сердца (ФП и ЖТ) и проводимости для стратификации риска ВСС и отбора кандидатов для имплантации ИКД***.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

Регистрация электрокардиограммы рекомендуется всем пациентам при первичном обследовании с подозрением на ГКМП, после постановки диагноза в процессе подбора фармакотерапии, после хирургических и эндоваскулярных вмешательств и при динамическом наблюдении каждые 12-24 месяцев.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

Вопрос 2.

Для уточнения этиологии данного заболевания необходимо провести

1. эндомиокардиальную биопсию

2. позитронно-эмиссионную сцинтиграфию

3. фонокардиографию

4 магнитно-резонансную томографию сердца

5. нагрузочные тесты (тредмил тест)

6 коронарографию

Правильные ответы:

4 - магнитно-резонансную томографию сердца

6 - коронарографию

МРТ сердца с контрастированием (при отсутствии противопоказаний) рекомендуется выполнить как минимум один раз после постановки диагноза ГКМП для уточнения данных ЭХОКГ (анатомии сердца, функции желудочков), а также выявления и оценки распространенности фиброза миокарда и исключения фенокопий ГКМП и других заболеваний.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

Всем пациентам с ГКМП старше 40 лет рекомендуется выполнение КАГ или КТ-коронарографию до редукции МЖП, независимо от наличия типичного стенокардитического болевого синдрома с целью диагностики обструктивного поражения эпикардиальных коронарных артерий.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

Вопрос 3.

Повышенное содержание _____ ассоциировано с острыми сердечно-сосудистыми событиями, сердечной недостаточностью и смертью

1. общего холестерина, ЛНП, ЛВП, ТГ
2. СОЭ, лейкоцитов
3. креатинина
4. Nt-proBNP, тропонина Т

Правильный ответ:

4 - Nt-proBNP, тропонина Т

Высокий уровень N-концевого мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP) и высокочувствительного сердечного тропонина Т (hs-cTnT) ассоциированы с сердечной недостаточностью и другими сердечно-сосудистыми событиями.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

2. Диагноз

Вопрос 4.

Наиболее вероятным диагнозом является

1. Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта ЛЖ
2. Стеноз устья аорты
3. Эссенциальная артериальная гипертензия
4. Ишемическая болезнь сердца

Правильный ответ:

1 - Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта ЛЖ

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – это преимущественно генетически обусловленное заболевание (семейные и несемейные формы), характеризующееся гипертрофией миокарда левого (1,5 см и более у взрослых) и/или реже правого желудочка, чаще асимметричного характера за счет утолщения межжелудочковой перегородки, фиброзом и феноменом «disarray», которая не может объясняться исключительно повышением нагрузки давлением и возникающее при отсутствии других потенциально причинных системных, синдромных или метаболических заболеваний.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

Обструктивная ГКМП: ГД в ВТЛЖ > 30 (50) мм рт.ст. в покое и при нагрузке. В том числе латентная обструкция, при которой ГД в ВТЛЖ < 30 в покое и > 30 (50) мм рт.ст. при нагрузке (подробнее критерии обструкции ВТЛЖ см. в разделе «Диагностика»).

(2)

3. Лечение

Вопрос 5.

_____ метод лечения гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка является основным в лечении данной патологии

1. Физиотерапевтический
2. Бальнеологический
3. Медикаментозный
4. Хирургический

Правильный ответ:
4 - Хирургический

При обструктивной ГКМП хирургический метод лечения является «золотым стандартом».
Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.
(1)

Вопрос 6.

Преимущественным видом хирургического лечения гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка является

1. септальная миомэктомия
2. алкогольная септальная абляция
3. имплантация кардиовертер-дефибриллятора
4. двухкамерная электрокардиостимуляция

Правильный ответ:
1 - септальная миомэктомия

Редукция МЖП осуществляется с помощью септальной миомэктомии (СМЭ) – хирургической миомэктомии по Морроу (Morrow) в условиях искусственного кровообращения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.
(1)

Вопрос 7.

Альтернативным методом хирургического лечения гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка является

1. двухкамерная электрокардиостимуляция
2. имплантация ИКД
3. септальная миомэктомия
4. алкогольная септальная абляция

Правильный ответ:
4 - алкогольная септальная абляция

Таким образом, ЭСА также может быть рассмотрена как альтернативная опция у пациентов с «тонкой» перегородкой.

(ЭСА – этаноловая септальная абляция (06.ЕБГ.13.001.006 Спиртовая септальная абляция эндоваскулярным доступом).

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.
(1)

Вопрос 8.

Основной группой препаратов, рекомендованной к терапии при гипертрофической кардиомиопатии, являются

1. β -адреноблокаторы
2. ингибиторы АПФ
3. сердечные гликозиды
4. диуретики

Правильный ответ:
1 - β -адреноблокаторы

Рекомендуется рассмотреть возможность назначения бета-адреноблокаторов или верапамила**, асимптомным взрослым с обструкцией ВТЛЖ (покоя или индуцируемой) для снижения ГД в ВТЛЖ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

Вопрос 9.

Пациентам с ГКМП и обструкцией ВТЛЖ не рекомендуется применение

1. верапамила
2. карведилола
3. амиодарона
4. органических нитратов

Правильный ответ:
4 - органических нитратов

Пациентам с ГКМП и обструкцией ВТЛЖ (покоя или индуцируемой) не рекомендуется применение органических нитратов и ингибиторов фосфодиэстеразы.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

Вопрос 10.

При невозможности назначения β -блокаторов, следует использовать

1. антагонисты кальция (верапамил)
2. диуретики (фуросемид)
3. антагонисты минералкортикоидных рецепторов (спиронолактон)
4. ингибиторы АПФ (эналаприл)

Правильный ответ:
1 - антагонисты кальция (верапамил)

Верапамил** с подбором максимальной переносимой дозы рекомендуется тем пациентам с обструкцией ВТЛЖ (покоя или индуцируемой), которые не переносят бета-адреноблокаторы или имеют противопоказания к их назначению.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

4. Вариатив

Вопрос 11.

У родственников первой линии родства старше 20 лет рекомендовано проводить обследование с ЭКГ и ЭхоКГ каждые

1. 10 лет
2. 7-10 лет
3. 6 месяцев
- 4 2-5 лет

Правильный ответ:

4 - 2-5 лет

Если генетический скрининг пробанду с ГКМП не проводился, клиническое обследование с ЭКГ и ЭХОКГ рекомендуется для родственников первой степени родства каждые 2-5 лет (или 6-12 месяцев, если имеются диагностически незначимые аномалии).

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

Вопрос 12.

По шкале _____ рассчитывают риск внезапной сердечной смерти

1. CRUSADE
- 2 HCMRiskSCD
3. Euro SCORE II
4. GRACE

Правильный ответ:

2 - HCMRiskSCD

Шкала HCM Risk-SCD рекомендуется в качестве метода оценки риска внезапной смерти в течение 5 лет для пациентов с ГКМП ≥ 16 лет без случаев реанимации после эпизодов ЖТ/ФЖ или спонтанной устойчивой ЖТ с потерей сознания или гемодинамическими нарушениями.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

Ситуационная задача 0002

Образование: Высшее образование | Специальность: Кардиология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина 69 лет обратилась к участковому врачу-терапевту.

1.2. Жалобы

на давящие загрудинные боли, которые появляются при спокойной ходьбе на расстояние 150-200 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки.

1.3. Анамнез заболевания

Боли при ходьбе беспокоят на протяжении года. Отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке.

1.4. Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. План обследования

Вопрос 1.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

1. нагрузочная проба под визуальным контролем (стресс-ЭхоКГ)
2. трансторакальное эхокардиографическое исследование
3. чреспищеводное эхокардиографическое исследование
4. амбулаторное (суточное) мониторирование АД
5. амбулаторное (суточное) мониторирование ЭКГ
6. регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Правильные ответы:

- 1 - нагрузочная проба под визуальным контролем (стресс-ЭхоКГ)
- 2 - трансторакальное эхокардиографическое исследование
- 6 - регистрация ЭКГ в 12 отведениях

В качестве первого специфического метода для диагностики ИБС рекомендуется один из неинвазивных визуализирующих стресс-методов (эхокардиография (ЭхоКГ) с физической нагрузкой, или с чреспищеводной стимуляцией (ЧПЭС), или с фармакологической нагрузкой – стресс-эхокардиография (Стресс-ЭхоКГ);

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) в состоянии покоя с использованием доплеровских режимов рекомендована всем пациентам с подозрением на ИБС для: 1) исключения других причин боли в грудной клетке; 2) выявления нарушений локальной сократимости (НЛС) левого желудочка; 3) измерения фракции выброса (ФВ) ЛЖ; 4) оценки диастолической функции ЛЖ; 5) выявления патологии клапанного аппарата сердца.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Регистрация 12-канальной электрокардиограммы (ЭКГ) в покое и расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных рекомендована всем пациентам с подозрением на ИБС для выявления признаков ишемии в покое (в том числе, безболевой ишемии миокарда), а также возможного наличия зубца Q, сопутствующих нарушений ритма и проводимости сердца.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Вопрос 2.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

1. определение уровня тиреоидных гормонов в крови
2. исследование липидного спектра крови
3. клинический анализ крови
4. исследование уровня креатинина в крови
5. определение уровня калия в крови
6. определение уровня высокочувствительного тропонина I в крови

Правильные ответы:

- 2 - исследование липидного спектра крови
- 3 - клинический анализ крови
- 4 - исследование уровня креатинина в крови

Всем пациентам с ИБС или подозрением на нее рекомендуется провести анализ крови для оценки нарушений липидного обмена, биохимический (анализ крови биохимический общетерапевтический), включая исследование уровня общего холестерина в крови, исследование уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХсЛНП), исследование уровня триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности в крови (ХсЛПВП) с целью выявления фактора риска и, при необходимости, коррекции терапии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Всем пациентам с ИБС или подозрением на нее при первичном обращении рекомендуется проводить общий (клинический) анализ крови развернутый с исследованием уровня гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов в крови для исключения возможных сопутствующих заболеваний, а также вторичного характера возникновения стенокардии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Всем пациентам с ИБС или подозрением на нее для определения возможности назначения некоторых лекарственных средств, а также коррекции их доз рекомендуется провести исследование уровня креатинина в крови и оценить состояние функции почек по расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) или клиренсу креатинина (КК) (таблица ПБ1-3, Приложение Б1).

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

2. Диагноз

Вопрос 3.

Жалобы пациента соответствуют клинической картине

- 1. типичной стенокардии
- 2. атипичной стенокардии
- 3. кардиалгии
- 4. перикардитической боли

Правильный ответ:

1 - типичной стенокардии

Признаки типичной (несомненной) стенокардии напряжения:

- 1) боль (или дискомфорт) в области грудины, возможно, с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, реже - в эпигастральную область, длительностью от 2 до 5 (менее 20) мин. Эквивалентами боли бывают: одышка, ощущение «тяжести», «жжения»;
- 2) вышеописанная боль возникает во время физической нагрузки или выраженного психоэмоционального стресса;
- 3) вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки или через 1–3 минуты после приема нитроглицерина.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Вопрос 4.

Жалобы пациента позволяют диагностировать стенокардию напряжения _____ функционального класса

- 1. III
- 2. I
- 3. II
- 4. IV

Правильный ответ:

1 - III

Приступы стенокардии резко ограничивают физическую активность: возникают при незначительной физической нагрузке: ходьбе в среднем темпе до 500 м, при подъеме по лестнице на 1–2 пролета. Изредка приступы возникают в покое.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Вопрос 5.

План дальнейшего обследования и лечения больного строится исходя из полученных первичных данных и

1. суммы баллов по шкале GRACE
2. суммы баллов по шкале SCORE
3. суммы баллов по шкале TIMI
- ④ предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

Правильный ответ:

4 - предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

В зависимости от предтестовой вероятности определяется последующий объем исследований

Рис. 13. Выбор визуализирующего метода исследования

ПТВ <5% (поражение КА маловероятно)	Дополнительные исследования возможны в сомнительных случаях для выявления ишемии миокарда. Предпочтение следует отдать МСКТ-ангиографии	
ПТВ 5–15%	Неинвазивные стресс-тесты Тредмил-тест, ВЭМ-проба. Диагностика ИБС, оценка толерантности к физической нагрузке, эффективности лечения, прогноза	Неинвазивные визуализирующие тесты Стресс-Эхо-КГ, ЧПЭС, ПСМ, ПЭТ, МРТ — используются при невозможности или неинформативности (выраженные изменения на ЭКГ) проведения функциональных проб. МСКТ-ангиография — выявление стенозов, отложения кальция в коронарных артериях
ПТВ >15% (наличие ИБС)	Необходима стратификация риска. Рассмотреть проведение инвазивной КАГ	

рис.13.jpg

Сердечно-сосудистые заболевания / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. : ил. - (Серия "На амбулаторном приеме"). - DOI: 10.33029/9704-6937-8-CVD-2022-1-192. - ISBN 978-5-9704-6937-8.

(1)

Вопрос 6.

Результаты _____ позволяют констатировать у данного пациента высокий риск смерти

1. трансторакальной эхокардиографии
- ② стресс-эхокардиографии
3. холтеровского мониторирования ЭКГ
4. оценки предтестовой вероятности ИБС

Правильный ответ:
2 - стресс-эхокардиографии

Больных с высоким риском осложнений (предполагаемая ежегодная смертность >3%) следует направлять на КАГ без дальнейших неинвазивных исследований. Эти пациенты имеют следующие признаки по данным инструментальных неинвазивных обследований: низкий тредмил-индекс [$<(-11)$], тяжелая дисфункция ЛЖ в покое (ОФВ <35%) или при нагрузке, крупный дефект перфузии при нагрузке (особенно в передней стенке ЛЖ), либо множественные умеренные дефекты перфузии миокарда при нагрузке, либо крупный необратимый дефект перфузии миокарда в сочетании с постстрессовой дилатацией ЛЖ или увеличением поглощения индикатора легочной тканью, при стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) - нарушение локальной сократимости более чем в двух сегментах на фоне введения низких доз фармакологического препарата или при низкой ЧСС (<120 уд./мин) либо распространенный гипокинез по данным стресс-ЭхоКГ с использованием иных методов нагрузки.

Общая врачебная практика. Т. 1 : национальное руководство / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-5520-3

(1)

Вопрос 7.

Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь ____ стадии с артериальной гипертензией ____ степени

1. II; 2

2. III; 1

3. III; 2

4. II; 1

Правильный ответ:
3 - III; 2

Гипертоническая болезнь (далее - ГБ) - хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД, не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ (симптоматические АГ).

Клинические рекомендации Минздрава России. Артериальная гипертензия у взрослых, 2024 г.

(1)

Классификация уровней АД у лиц старше 18 лет представлена в таблице П2, Приложение А3.

(2)

Стадия III определяется наличием АКС, в том числе ХБП, и/или СД с поражением органов-мишеней.

(3)

На основании уровня АД, наличия ФР, ПОМ, АКС, СД выделяют 5 категорий риска СС осложнений: низкий (риск 1), умеренный (риск 2), высокий (риск 3), очень высокий (риск 4) и экстремальный (риск 5) (Приложение Г2). Наиболее значимым является определение категории риска у пациентов с гипертонической болезнью I и II стадий.

(4)

3. Лечение

Вопрос 8.

В качестве стартовой антиангинальной терапии можно назначить комбинацию бисопролола 5 мг 1 раз в день и _____ мг _____ раз(а) в день

1. ивабрадина 5; 2
2. амлодипина 5; 1
3. нитросорбида 10; 2
4. верапамила 40; 3

Правильный ответ:
2 - амлодипина 5; 1

При стабильной стенокардии III—IV ФК при отсутствии противопоказаний рекомендуется сразу назначить комбинацию БАБ с дигидропиридиновыми блокаторами «медленных» кальциевых каналов (ДГП-БМК) для достижения ФК I.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Вопрос 9.

Прием бета-адреноблокатора должен обеспечить снижение ЧСС в покое до _____ в 1 мин

1. 50-60
2. 40-50
3. 60-70
4. 70-80

Правильный ответ:
1 - 50-60

При применении БАБ наибольшее снижение потребности миокарда в кислороде и прирост коронарного кровотока достигается при ЧСС 55—60 уд/мин.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Вопрос 10.

При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить _____ мг _____ раза в день

1. дилтиазем 120; 2
2. нитросорбид 10; 2
3. верапамил 40; 3
4. дилтиазем 60; 3

Правильный ответ:
2 - нитросорбид 10; 2

НДД должны быть рассмотрены как препараты второй линии терапии, когда начальная терапия БАБ или не-ДГП-БМК противопоказана, плохо переносится или недостаточна для контроля симптомов стенокардии [237, 238]. При назначении НДД для снижения толерантности к ним

должно быть рассмотрен ежедневный интервал без нитратов 10-14 часов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Вопрос 11.

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше ____ ммоль/л

- 1. 1,4
- 2. 3,5
- 3. 2,2
- 4. 5,5

Правильный ответ:

1 - 1,4

У пациентов очень высокого риска рекомендовано достижение целевого уровня ХС ЛПНП $< 1,4$ ммоль/л и снижение по меньшей мере на 50% от исходного через 8 ± 4 недель терапии как для первичной, так и вторичной профилактики ССО.

Клинические рекомендации Минздрава России. Нарушения липидного обмена, 2023 г.

(1)

Вопрос 12.

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту следует назначить _____ мг 1 раз в день

- 1. ацетилсалициловую кислоту 100
- 2. клопидогрел 300
- 3. ацетилсалициловую кислоту 250
- 4. клопидогрел 75

Правильный ответ:

1 - ацетилсалициловую кислоту 100

Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС в качестве ингибитора агрегации тромбоцитов рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты (АСК)** в дозе 75–100 мг в сутки.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)