*&*Артериальная гипертензия

#Артериальная гипертензия (АГ) это синдром, который диагностируется, если в покое у пациента, не получающего гипотензивную терапию, уровни систолического и/или диастолического артериального давления (АД) достигают или превышают такие уровни давления соответственно:

-150 и 90 мм.рт.ст

-130 и 80 мм.рт.ст

-140 и 90 мм.рт.ст

-140 и 100 мм.рт.ст

#Определение артериальной гипертонии по значению домашнего (самостоятельного) мониторирования АД:

-≥140 и 90 мм.рт.ст

-≥135 и 85 мм.рт.ст

-≥130 и 80 мм.рт.ст

-≥120 и 80 мм.рт.ст

#Укажите верную степень АД, согласно современной классификации (Значение АД: 190/120)

-1 степень

-2 степень

-3 степень

-иное

#Укажите верную степень АД, согласно современной классификации (Значение АД: 155/105):

-1 степень

-2 степень

-3 степень

-иное

#Укажите верную степень АД, согласно современной классификации (Значение АД: 160/80):

-1 степень

-2 степень

-3 степень

-иное

#Укажите верную степень АД, согласно современной классификации (Значение АД: 140/110):

-1 степень

-2 степень

-3 степень

-иное

#Резистентная АГ встречается у следующего % пациентов с АГ:

-примерно у 50%

-примерно у 30%

-примерно у 20%

-менее чем у 10%

#Гипертония «белого халата» выявляется примерно у такого % людей с АГ:

-50%

-35%

-27%

-13%

#АГ считается резистентной к лечению, если:

-адекватное изменение образа жизни в сочетании с терапией диуретиком и двумя другими антигипертензивными препаратами разных классов в адекватных дозах не позволяет снизить показатели САД и ДАД до <140 и 90 мм рт.ст., соответственно.

-адекватное изменение образа жизни в сочетании с терапией 2 и более препаратами в адекватных дозах не позволяет снизить показатели САД и ДАД до <160 и 100 мм рт.ст., соответственно.

-адекватное изменение образа жизни и применение 3-х и более препаратов в адекватных дозах не позволяет снизить показатели САД и ДАД до <140 и 90 мм рт.ст., соответственно.

#Термины “изолированная гипертония “белого халата”, или “изолированная офисная АГ”, или “изолированная клиническая АГ” относятся к состоянию, при котором:

-при повторных посещениях лечебного учреждения АД оказывается повышенным, а вне его, при СМАД или ДМАД, — нормальным.

-при первичном посещении лечебного учреждения АД оказывается повышенным, а вне его, при СМАД или ДМАД, — нормальным.

-АД может быть нормальным в офисе и патологически повышенным вне лечебного учреждения.

#“Маскированной” или “изолированной амбулаторной гипертонией” называется состояние, при котором:

-АД может быть нормальным в офисе и патологически повышенным вне лечебного учреждения.

-АД при повторном посещении может быть повышенным в лечебном учреждении, а вне его, нормальным.

-АД при первичном посещении может быть повышенным в лечебном учреждении, а вне его, нормальным.

#Для длительной антигипертензивной терапии оптимально использовать препараты:

-короткого действия, обеспечивающих быстрое наступление гипотензивного действия

-пролонгированного действия, обеспечивающие 24-часовой контроль АД при однократном приеме

-пролонгированного действия, обеспечивающие не менее чем 12-часовой контроль АД при однократном приеме

-ни один из перечисленных

-все перечисленные

#Монотерапия как стартовая стратегия рекомендуется:

-пациентам с высоким нормальным АД и очень высоким риском

-ослабленным пожилым пациентам

-пациентам с небольшим повышением АД (1ст) и низким риском

-всем перечисленным группам пациентов

-ни одной из перечисленных групп пациентов

В каких случаях у лиц с высоким нормальным АД следует рассмотреть возможность проведения гипотензивной терапии?

-при более чем 2 факторах риска

-при наличии таких ССЗ, как ИБС

-при СД без ПОМ

-коррекция высокого нормального АД не требуется

-нет подходящего ответа

#Для начальной антигипертензивной терапии, без учета специфических клинических ситуаций и ограничений, оптимальным классом препаратов является:

-ингибиторы АПФ (иАПФ)

-антагонисты кальция (АК)

-бета-блокаторы (БАБ)

-диуретики

-любая из групп

#При каком лечебном вмешательстве (действии) доказано, что эффективность снижения АД увеличивается примерно в 5 раз больше, чем при удвоении дозы исходно применяемого препарата?

-отказ от курения, снижения веса более чем на 10% при ожирении

-применение любой монотерапии со снижением степени риска на 2 пункта

-применение любой комбинированной терапии

-бессолевая диета и физическая активность

#У пациентов с артериальной гипертензией применение аспирина:

-должно быть начато при любом уровне АД и любом уровне риска

-рекомендуется назначать для сердечно-сосудистой профилактики больным АГ с низким и умеренным риском

-следует назначать больным с контролируемой АГ, ранее перенесшим сердечно-сосудистые события; а также – у больных АГ с нарушением функции почек или высоким сердечно-сосудистым риском.

-следует назначать при любом уровне АГ, пациентам, ранее перенесшим сердечно-сосудистые события, с нарушением функции почек или высоким сердечно-сосудистым риском

#Выберите нерациональные комбинации (3):

-Спиронолактон и иАПФ

-Тиазидные диуретики и АК

-Блокаторы рецепторов ангиотензина и иАПФ

-Блокаторы рецепторов ангиотензина и АК

- Бета-адреноблокаторы и недигидропиридиновый АК

#При каком из указанных ниже диагнозов/состояний будет рациональна стартовая комбинированная терапия АГ?

-высокое нормальное АД, риск 4

-ГБ I стадии, 1 степени, риск 1

-ГБ I стадии, 1 степени, риск 3

-стартовая терапия всегда рациональна с монотерапии

-ни в одной из указанных ситуаций

#Больной М., 37 лет, ГБ I стадии, 2 степени, риск 3. Выберите рациональный подход для стартовой терапии:

-немедикаментозная терапия 3-6 мес., при неэффективности – переход на монотерапию

-монотерапия, коррекция дозы/схемы при необходимости через 3-5 дней

-монотерапия, коррекция дозы/схемы при необходимости через 2 нед

-комбинированная стартовая терапия (двухкомпонентным ЛС), коррекция дозы/схемы лечения при необходимости через 3-5 дней

-комбинированная стартовая терапия (двухкомпонентным ЛС), коррекция дозы/схемы лечения при необходимости через 2 нед.

#Больной К., 53 года, ГБ I стадии, 1 степени, риск 1. Выберите рациональный подход для стартовой терапии:

-немедикаментозная терапия 3-6 мес., при неэффективности – переход на монотерапию

-монотерапия, коррекция дозы/схемы при необходимости через 3-5 дней

-монотерапия, коррекция дозы/схемы при необходимости через 2 нед

-комбинированная стартовая терапия (двухкомпонентным ЛС), коррекция дозы/схемы лечения при необходимости через 3-5 дней

-комбинированная стартовая терапия (двухкомпонентным ЛС), коррекция дозы/схемы лечения при необходимости через 2 нед.

#Для купирования неосложненного гипертонического криза оптимальный препарат:

-каптоприл

-нифедипин

-папаверин + дибазол

-магния сульфат

-клофелин

#Абсолютные противопоказания к назначению иАПФ (2):

-бронхиальная астма

-брадикардия

-беременность

-гиперкалиемия >5,5 ммоль/л

-подагра

-значимая СА- или АВ-блокада

#Абсолютные противопоказания к назначению бета-адреноблокаторов (3):

-бронхиальная астма

-брадикардия

-беременность

-гиперкалиемия >5,5 ммоль/л

-подагра

-значимая СА- или АВ-блокада

#Абсолютные противопоказания к назначению тиазидных диуретиков:

-бронхиальная астма

-брадикардия

-беременность

-гиперкалиемия >5,5 ммоль/л

-подагра

-значимая СА- или АВ-блокада