**MedikCase**

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

# Лечебное дело (ПП)

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 2 | Вопросов: 24

Сформировано: 21.11.2026, 08:52 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 ›

**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
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

# Содержание

Нажмите на задачу, чтобы перейти к ней. Справа указана страница.


| | | |
|---|---|---|
| **0001** | Мужчина, 58 лет, вызвал врача-терапевта участкового на дом. | 3 |
| **0002** | На приём к участковому терапевту обратился пациент 71 года. | 11 |

# Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Лечебное дело (ПП) · Высшее образование

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

Мужчина, 58 лет, вызвал врача-терапевта участкового на дом.

### 1.2. Жалобы

На интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, не купирующиеся приемом нитроглицерина, общую слабость,

### 1.3. Анамнез заболевания

В течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжения (I-II ФК). На ЭКГ 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 в мин., выявлена депрессия сегмента ST II, III, AVF, V5-6, что расценено как снижение кровоснабжения в области нижне-боковой стенки левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бета-адреноблокатором (бисопролол), ингибитором АПФ (эналаприл), статином. Утром появились интенсивные боли за грудиной давящего характера. Попытки купировать приступ нитроглицерином без эффекта.

### 1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Образование высшее.
- Работает, предприниматель.
- Наследственность: отец умер от ИМ в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдает ИБС, АГ.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Вредные привычки: курит около 40 лет по ½ - 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

### 1.5. Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. ИМТ=28 кг/м$^2$. ЧДД – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 50 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков нет.

## 1. План обследования

### Вопрос 1

В план обследования пациента входят следующие инструментальные и лабораторные методы исследования

1. **измерение уровня тропонина I или тропонина T**
2. **ЭКГ покоя в 12 отведениях**
3. измерение уровня ЛДГ
4. **измерение уровня глюкозы крови**
5. рентгенография грудной клетки
6. измерение уровня МВ-КФК

**Правильные ответы:**
**1 - измерение уровня тропонина I или тропонина T**
**2 - ЭКГ покоя в 12 отведениях**
**4 - измерение уровня глюкозы крови**

**ОБОСНОВАНИЕ**

У пациентов с ОКСпST для подтверждения диагноза ИМпST рекомендуется исследование уровня сердечного тропонина T или I (согласно номенклатуре медицинских услуг: исследование уровня тропонинов I, T в крови; при невозможности их выполнения - экспресс-исследование уровня тропонинов I, T в крови).

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

У всех пациентов с подозрением на ИМпST для определения типа ОКС и дифференциальной диагностики с иными заболеваниями рекомендуется зарегистрировать ЭКГ в покое как в минимум в 12 стандартных отведениях.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

У всех пациентов с подозрением на ИМпST рекомендуется исследование уровня глюкозы в крови натощак, скрининг на наличие сахарного диабета (СД) (исследование обмена глюкозы; проведение глюкозотолерантного теста; исследование уровня гликированного гемоглобина в крови), а также повторное исследование уровня глюкозы в крови при СД в анамнезе или гипергликемии при госпитализации с целью оценки риска неблагоприятного исхода.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

## 3. Результаты лабораторных инструментальных и лабораторных методов обследования

### 3.1. ЭКГ покоя в 12 отведениях

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 50 в минуту, PQ 24 мсек., QRS 90 мсек., QT 408 мсек, QTc 392 мсек. Нормальное положение ЭОС. Подъем ST=0,2 мВ в отведениях: II, III, AVF. Отрицательный зубец Т в отведениях V5-6. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.

### 3.2. Измерение уровня тропонина I или тропонина T

Тропонин I 200 нг/мл (N < 0,1 нг/мл)

### 3.3. Измерение уровня глюкозы крови

5,2 ммоль/л (норма 3,3 - 5,5 ммоль/л)

### 3.4. Рентгенография грудной клетки

На обзорных рентгенограммах органов грудной клетки в двух проекциях легочные поля прозрачны. Легочный рисунок не усилен. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Тень средостения не смещена, в поперечнике не расширена.

Заключение: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

### 3.6. Измерение уровня ЛДГ

150 ед/л (норма 135 - 225 ед/л)

## Вопрос 2

При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

1. V7-V9
2. по Лиану
3. **V3R и V4R**
4. по Нэбу

**Правильный ответ:**
**3 - V3R и V4R**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Рекомендуется использовать дополнительные отведения ЭКГ (V3R–V4R и/или V7–V9) у пациентов с ИМпST нижней стенки ЛЖ и/или подозрении на ИМ правого желудочка и/или задней стенки ЛЖ для диагностики распространения зоны инфаркта на правый желудочек и/или задние отделы ЛЖ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

## Вопрос 3

Больного необходимо

1. **госпитализировать в стационар с возможностью инвазивного лечения ИМпST**
2. вести в амбулаторных условиях
3. госпитализировать в кардиологический стационар
4. направить на консультацию врача-кардиолога

**Правильный ответ:**
**1 - госпитализировать в стационар с возможностью инвазивного лечения ИМпST**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Пациенты с ИМпST должны госпитализироваться в региональные сосудистые центры для пациентов с ОКС, в кардиологические отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии для пациентов с ОКС (первичные сосудистые отделения). Поскольку многим пациентам с подозрением на ОКС может потребоваться углубленная дифференциальная диагностика, их оптимально госпитализировать в многопрофильный стационар с возможностью экстренной диагностики и лечения острой коронарной и иной патологии. Маршрутизация пациентов должна быть организована так, чтобы все они госпитализировались или как можно быстрее переводились в стационар с возможностью инвазивного лечения ОКС.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

## 2. Диагноз

## Вопрос 4

Основной диагноз пациента

1. **ИМпST**
2. ИМбпST
3. Нестабильная стенокардия
4. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.

**Правильный ответ:**
**1 - ИМпST**

**ОБОСНОВАНИЕ**

ИМ со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ (ИМпST) — ИМ, при котором в ранние сроки заболевания имеют место стойкий (длительностью более 20 минут) подъем сегмента ST как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ. К этой категории также относят пациентов с остро возникшей блокадой ЛНПГ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

### 7. Диагноз

### 7.1. ИМпST

### 7.3. Нестабильная стенокардия

### 3. Лечение

## Вопрос 5

Рутинная стратификация риска в период госпитализации у пациента

1. проводитсся по шкале TIMI
2. проводитсся по шкале GRACE
3. проводитсся по шкале SCORE
4. **не проводится**

**Правильный ответ:**
**4 - не проводится**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Рутинная стратификация риска неблагоприятных исходов с помощью шкал у пациентов с ИМпST в период госпитализации не рекомендуется из-за отсутствия доказанно эффективных вмешательств, основанных на результатах данной стратификации.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

## Вопрос 6

Пациенту необходимо выполнить

1. тромболитическую терапию (ТЛТ)
2. аортокоронарное шунтирование (АКШ)
3. **первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)**
4. радиочастотную аблацию (РЧА)

**Правильный ответ:**
**3 - первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Для снижения риска смерти рекомендуется выполнение первичного ЧКВ как предпочтительной реперфузионной стратегии в первые 12 часов от начала развития ИМпST, если ожидаемое время от момента постановки диагноза до проведения проводника в просвет инфаркт-связанной КА не превышает 120 минут.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

## Вопрос 7

Больному необходимо назначить двойную антитромбоцитарную терапию в нагрузочной дозе

1. ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 300 мг
2. **ацетилсалициловая кислота 250 мг + прасугрел 60 мг**
3. ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг
4. ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг

**Правильный ответ:**
**2 - ацетилсалициловая кислота 250 мг + прасугрел 60 мг**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Для снижения риска смерти, сосудистой смерти, повторного ИМ и ишемического инсульта всем пациентам (вне зависимости от стратегии лечения) с ИМпST, не имеющим противопоказаний, рекомендуется прием ацетилсалициловой кислоты** (АСК**) в начальной нагрузочной дозе, а затем в поддерживающей дозе на неопределенно долгий срок.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

Рекомендуется начальная (нагрузочная) доза АСК** (группа B01AC - антиагреганты кроме гепарина) 150-300 мг (таблетку разжевать и проглотить) как можно быстрее после установления диагноза ОКСпST / ИМпST; (2)

При выполнении первичного ЧКВ у пациентов с ИМпST в добавление к АСК** рекомендуется предпочесть прасугрел, а не тикагрелор**. (3)

## Вопрос 8

Пациенту показан/показано

1. прием глюкокортикостероидов
2. прием пероральных антикоагулянтов
3. **введение парентеральных антикоагулянтов**
4. введение коллоидных растворов

**Правильный ответ:**
**3 - введение парентеральных антикоагулянтов**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Для снижения риска ишемических событий рекомендуется начинать парентеральное введение антикоагулянтов после подтверждения диагноза ИМпST у пациентов, не имеющих противопоказаний. При выборе препарата следует учитывать риск возможных ишемических осложнений и кровотечений, а также профиль эффективности и безопасности конкретного антикоагулянта.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

## Вопрос 9

Первичное коронарное вмешательство пациенту должно быть выполнено в пределах _____ после первичного контакта с медицинским работником

1. **120 минут**
2. 60 минут
3. 24 часов
4. 72 часов

**Правильный ответ:**
**1 - 120 минут**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Для снижения риска смерти рекомендуется выполнение первичного ЧКВ как предпочтительной реперфузионной стратегии в первые 12 часов от начала развития ИМпST, если ожидаемое время от момента постановки диагноза до проведения проводника в просвет инфаркт-связанной КА не превышает 120 минут.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

## Вопрос 10

Пациенту необходимо назначить аторвастатин в дозе _____ мг/сут

1. 10-20
2. **40-80**
3. 20-40
4. 80-100

**Правильный ответ:**
**2 - 40-80**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Рекомендуется применение ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы с наиболее выраженным гиполипидемическим действием, в частности аторвастатина** в суточной дозе 40–80 мг или розувастатина в суточной дозе 20–40 мг.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

## Вопрос 11

Двойная антитромбоцитарная терапия показана пациенту в течение _____ мес.

1. 24
2. **12**
3. 6
4. 1

**Правильный ответ:**
**2 - 12**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Всем пациентам с ИМпST (вне зависимости от стратегии лечения, за исключением планирующегося КШ), не имеющим высокого риска кровотечений в добавление к АСК** рекомендуются ингибиторы P2Y12-рецептора тромбоцитов (группа B01AC - ингибиторы агрегации тромбоцитов, кроме гепарина в начальной нагрузочной дозе, а затем в поддерживающей дозе сроком на 12 месяцев для снижения суммарного риска смерти, ИМ и ишемического инсульта.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

### 4. Вариатив

## Вопрос 12

Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту необходимо рекомендовать

1. увеличить массу тела
2. выполнять интенсивные физические нагрузки
3. **отказаться от курения**
4. избегать переохлаждений

**Правильный ответ:**
**3 - отказаться от курения**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Для снижения риска сердечно-сосудистых событий среди пациентов, перенесших ИМпST, рекомендуются выявление курильщиков и регулярные вмешательства, направленные на полный отказ от курения, включая отказ от пассивного курения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2024 г. (1)

# Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Лечебное дело (ПП) · Высшее образование

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 71 года.

### 1.2. Жалобы

на

- онемение стоп,
- снижение чувствительности стоп,
- боли и слабость в ногах при подъеме на 2-3 этаж и преодолении 200-300 метров.

### 1.3. Анамнез заболевания

- В течение 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа.
- Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 60 мг перед завтраком.
- Эпизодов гипогликемии нет.
- В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле до 10 ммоль/л.
- Гликированный гемоглобин 8,5%, общий холестерин – 5,2 ммоль/л.
- Из осложнений диабета – диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия.

### 1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Пенсионер.
- Перенесённые заболевания: ИБС. Гипертоническая болезнь. Максимальный подъем АД до 190/100 мм.рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг

утром, амлодипин 5 мг, бисопролол 5 мг утром.

- Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Вредные привычки: отрицает.

### 1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,80 м, вес 100 кг, индекс массы тела 30,8 кг/м$^2$, t тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

## 1. План обследования

### Вопрос 1

Выберите методы исследования, обязательные для выявления макрососудистых осложнений сахарного диабета

1. **пальпация периферических артерий**
2. анализ мочи на микроальбуминурию
3. оценка нарушений чувствительности нижних конечностей
4. коагулограмма
5. **допплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса**
6. определение сухожильных рефлексов

**Правильные ответы:**
**1 - пальпация периферических артерий**
**5 - допплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Физикальное обследование при подозрении заболеваний артерий нижних конечностей: ежегодный осмотр пациентов с СД и факторами риска/клиническими проявлениями ЗАНК с оценкой симптомов/признаков ЗАНК, пальпацией периферических артерий

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1)

Неинвазивные методы исследования:

. Ультразвуковая допплерография и допплерометрия с подсчетом ЛПИ (соотношение систолического АД в артериях стопы и систолического АД в плечевой артерии);
. Измерение пальцевого систолического давления и пальце-плечевого индекса.

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1)

## 3. Результаты обследования

### 3.1. Пальпация периферических артерий

| Пульсация | Результат |
|---|---|
| Артерии тыла стопы | снижена |
| Задней большеберцовой артерии стопы | снижена |
| Подколенной артерии | сохранена |
| Бедренной артерии | сохранена |
| Брахиоцефальных артерий | сохранена |

### 3.2. Допплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса

Признаки стенозирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. ЛПИ – 0,80.

### 3.5. Определение сухожильных рефлексов

Снижение ахиллова рефлекса

### 3.6. Коагулограмма

| Показатель | Результат | Нормы |
|---|---|---|
| Агрегация тромбоцитов | 67,0 | 25,0-70,0 % |
| МНО | 1,00 | 0,85-1,15 |
| Протромбиновое время (по Квику) | 11,5 | 9,8-12,7 сек |
| Протромбиновый индекс | 100,0 | 70,0-120,0% |
| Протромбиновый показатель | 112,0 | 70,0-130,0 % |
| Тромбиновое время | 19,6 | 14,0-21.0 сек |
| АЧТВ | 27,5 | 26,4-37,5 сек |
| Фибриноген | 2,10 | 1,8-3,5 г/л |
| Фибринолитическая активность | 7 | 5-12 мин |
| Антитромбин III | 110,5 | 79,4-112.0% |
| Протеин С | 115,8 | 70,0-140,0% |

## 2. Диагноз

## Вопрос 2

Предполагаемым основным диагнозом является: Сахарный диабет 2 типа

1. Диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия
2. **Диабетическая дистальная сенсомоторная нейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей**
3. Диабетическая полинейропатия. Синдром диабетической стопы. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей
4. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

**Правильный ответ:**
**2 - Диабетическая дистальная сенсомоторная нейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Диагноз стенозирующего атеросклероза артерий нижних конечностей установлен на основании снижения пульсации артерий нижних конечностей, ЛПИ и данным УЗДГ нижних конечностей.

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1) (2)

### 5. Диагноз

### 5.1. Сахарный диабет 2 типа, диабетическая дистальная сенсомоторная нейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

### 5.4. Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая полинейропатия. Синдром диабетической стопы. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

## Вопрос 3

Сопутствующей патологией, которая присутствует у пациента, является: Гипертоническая болезнь _____ стадии, _____ риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение _____ степени

1. 3; очень высокий; 2
2. 2; очень высокий; 1
3. 2; высокий; 2
4. **3; очень высокий; 1**

**Правильный ответ:**
**4 - 3; очень высокий; 1**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Степень артериальной гипертензии 3 (САД более 180 и/или ДАД более 110 мм.рт.ст), очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений определяется цифрами артериального давления (максимально 180/100 мм.рт.ст.), наличием сахарного диабета и факторов риска (индекс массы тела ≥30.0 кг/м$^2$).

Степень ожирения определена согласно классификации. Индекс массы тела 30,8 кг/м2 соответствует ожирению I степени (30,0-34,9)

Клинические рекомендации Минздрава России. Ожирение, 2024 г. (1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Артериальная гипертензия у взрослых, 2024 г. (1)

### 3. Лечение

## Вопрос 4

Целевой уровень ХС ЛНП у данного пациента составляет < _____ ммоль/л

1. 3,5
2. 2,5
3. **1,4**
4. 2,0

**Правильный ответ:**
**3 - 1,4**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Для пациентов очень высокого риска целевые значения холестерина ЛНП должен быть < 1,4 ммоль/л

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1)

Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Национальное общество по изучению атеросклероза, 2020 (1)

## Вопрос 5

К терапии необходимо добавить

1. **ацетилсалициловую кислоту, розувастатин**
2. габапентин, трамадол
3. карбамазепин, дулоксетин
4. вазапростан, эноксапарин

**Правильный ответ:**
**1 - ацетилсалициловую кислоту, розувастатин**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Пациенту с макрососудистыми осложнениями сахарного диабета и гиперлипидемией показано назначение антиагрегантов и статинов.

Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Национальное общество по изучению атеросклероза, 2020 (1) (2)

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1) (2)

## Вопрос 6

При назначении статинов необходимо контролировать уровень

1. MCV, MCH
2. креатинина, мочевины
3. ЩФ, ГГТП
4. **АСТ, АЛТ**

**Правильный ответ:**
**4 - АСТ, АЛТ**

**ОБОСНОВАНИЕ**

На фоне статинов возможно повышение уровня сывороточных трансаминаз печени, в связи чем рекомендуется их мониторирование. Определение уровня трансаминаз печени следует провести перед началом терапии статинами, спустя два месяца после ее начала, в последующем при отсутствии жалоб со стороны больного – один раз в год или при изменении дозы препарата/переходе на другой препарат.

Клинические рекомендации Минздрава России. Нарушения липидного обмена, 2023 г. (1)

## Вопрос 7

Контролировать печеночные ферменты при назначении статинов следует до лечения и через _____ после начала медикаментозной терапии или после увеличения дозы препарата

1. 5-7 дней
2. 1-2 недели
3. **8-12 недель**
4. 6 месяцев

**Правильный ответ:**
**3 - 8-12 недель**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Контролировать печеночные ферменты при назначении статинов следует до лечения и через 8-12 недель после начала медикаментозной терапии или после увеличения дозы препарата.

Клинические рекомендации Минздрава России. Нарушения липидного обмена, 2023 г. (1)

## Вопрос 8

Ацетилсалициловая кислота рекомендована в дозе _____ мг в сутки

1. 200-300
2. 400-500
3. 25-50
4. **75-150**

**Правильный ответ:**
**4 - 75-150**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Ацетилсалициловая кислота в дозе 75-150 мг рекомендована для вторичной профилактики.

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1)

## Вопрос 9

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c< ____ %

1. **8,0**
2. 7,5
3. 6,5
4. 7,0

**Правильный ответ:**
**1 - 8,0**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Пожилой возраст пациента, тяжелые макрососудистые осложнения и/или риска тяжелой гипогликемии определяют выбор индивидуальной цели терапии по HbA1c<8,0%

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1)

## Вопрос 10

Для интенсификации сахароснижающей терапии к лечению необходимо добавить

1. **алоглиптин**
2. инсулин лизпро
3. репаглинид
4. глибенкламид

**Правильный ответ:**
**1 - алоглиптин**

**ОБОСНОВАНИЕ**

В качестве интенсификации сахароснижающей терапии при недостижении целевого HbA1c возможно назначение третьего перорального сахароснижающего препарата в рациональной комбинации или базального инсулина.

Алоглиптин показан, т.к. относится к группе ингибиторы ДПП-4, низкий риск гипогликемии. Репаглинид не показан, так как увеличивает риск гипогликемии. Глибенкламид пожилым пациентам не показан

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1)

### 4. Вариатив

## Вопрос 11

Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяц

1. 2
2. **3**
3. 4
4. 1

**Правильный ответ:**
**2 - 3**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Необходим повторный контроль HbA1c через 3 мес.

Клиническая лабораторная диагностика: национальное руководство / под ред. В.В. Долгова, М.А. Годкова, Т.В. Вавиловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025 г. (1)

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1)

## Вопрос 12

Офтальмоскопия при расширенном зрачке пациентам с сахарным диабетом выполняется

1. только при наличии выраженной близорукости
2. **всегда, является скрининговым исследованием**
3. только при наличии артериальной гипертензии
4. только при выявлении других микроангиопатий

**Правильный ответ:**
**2 - всегда, является скрининговым исследованием**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Офтальмоскопия при расширенном зрачке пациентам с сахарным диабетом выполняется всегда, является скрининговым исследованием.

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1) (2)