

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр  
Сибирского отделения Российской академии наук»  
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
**ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**  
**ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИЯ»**  
**«ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ»**  
**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ**  
**ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ**  
**ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В**  
**ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.49 ТЕРАПИЯ**

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол №.2 от « 27 »  
января 2020г.)

Составители:

д.м.н., профессор Гоголашвили Н.Г.

к.м.н., доцент Яскевич Р.А.

Красноярск  
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
<b>Гипертензиология</b>	ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8	контрольные вопросы	30
		ситуационные задачи	9
		тестовые задания	100

### **Перечень контрольных вопросов для собеседования**

1. Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии. Определение. Классификация. Критерии диагностики.
2. Патогенез гипертонической болезни. Роль генетических факторов в развитии, «мембранная» концепция артериальной гипертензии.
3. Роль нейрогуморальных и гормональных факторов в развитии острого и хронического повышения артериального давления. Адаптивное их значение.
4. Роль почек в развитии артериальной гипертензии. Ренин-ангиотензинольдостероновая система (РААС).
5. Органы-мишени для артериальной гипертензии. Причины поражения.
6. Факторы риска развития артериальной гипертензии. Коррекция факторов риска. Модификация образа жизни.
7. Стратификация риска при артериальной гипертензии.
8. Измерение артериального давления по методу Короткова. Методические требования, типичные ошибки, ограничения метода.
9. Диагностика артериальной гипертензии. План обследования пациента с впервые выявленной и диагностированной ранее артериальной гипертензией.
10. Роль суточного мониторирования артериального давления в диагностике артериальной гипертензии. Типы суточной кривой артериального давления. Подбор антигипертензивных препаратов в зависимости от результатов суточного мониторирования артериального давления.
11. Гипертонические кризы. Причины, классификация, оценка тяжести, осложнения, дифференциальная диагностика. Лечение гипертонических кризов в зависимости от наличия и типа осложнений.
12. Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация.

13. Гемодинамические артериальные гипертензии. Дифференциальная диагностика. Лечение.
14. Гемореологические артериальные гипертензии. Дифференциальная диагностика. Лечение.
15. Реноваскулярные артериальные гипертензии. Дифференциальная диагностика. Лечение.
16. Ренопаренхиматозные артериальной гипертензии. Дифференциальная диагностика. Лечение.
17. Эндокринные артериальные гипертензии. Дифференциальная диагностика. Лечение.
18. Артериальная гипертензия в молодом и пожилом возрасте. Особенности диагностики и лечения.
19. Артериальная гипертензия у беременных. Диагностика. Лечение.
20. Нейрогенные артериальные гипертензии. Дифференциальная диагностика. Лечение.
21. Экзогенные артериальные гипертензии. Дифференциальная диагностика. Лечение.
22. Резистентная артериальная гипертензия. Принципы диагностики и лечения.
23. Основные классы антигипертензивных средств. Индивидуальный подбор терапии. Принципы комбинированной антигипертензивной терапии. Предпочтительные и нерекомендованные комбинации.
24. Диуретики. Классификация. Механизм действия. Показания и противопоказания. Ошибки в лечении диуретиками. Нежелательные явления.
25.  $\beta$ -адреноблокаторы. Классификация. Механизм действия. Показания и противопоказания. Побочные эффекты.
26. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Классификация. Механизм действия. Показания и противопоказания. Побочные эффекты.
27. Блокаторы кальциевых каналов. Классификация. Механизм действия. Показания и противопоказания. Нежелательные явления.
28.  $\alpha$ -адреноблокаторы. Классификация. Механизм действия. Показания и противопоказания к назначению у больных артериальной гипертензией.
29. Блокаторы рецепторов ангиотензина II. Классификация. Механизм действия. Показания и противопоказания. Побочные эффекты.
30. Антигипертензивные препараты центрального действия. Классификация. Механизм действия. Фармакологические эффекты.

#### **Перечень ситуационных задач с эталонами ответов**

**Задача №1.** В отделение по направлению медицинской комиссии РВК поступил молодой человек 18 лет с жалобами на периодически возникающий головные боли (больше в лобной и затылочной областях), редко носовые

кровотечения. Из анамнеза известно, что подъемы АД наблюдаются в течение 2 лет. В амбулаторной карте зафиксировано 3 таких подъема АД с максимальными цифрами 155/100 мм рт.ст. Из анамнеза выяснено также и то обстоятельство, что наследственный анамнез по гипертонической болезни отягощен (этим заболеванием страдает и бабушка больного по материнской линии). При обследовании больного признаков поражения органов – мишеней не выявлено. При 4 – дневном обследовании пациента в стационаре наблюдался лишь однократный подъем АД до 140/100 мм рт.ст. На велоэргометрии наблюдался подъем АД до 220/100 мм рт.ст.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какая стадия гипертонической болезни имеет место?

**Ответы:**

1. Гипертоническая болезнь I стадии, 2 степени.
2. Риск – 2.

**Задача №2.** В приемно – диагностическое отделение обратилась женщина 44 лет с жалобами на интенсивные головные боли, головокружения, мелькание «мушек» перед глазами. Периодически имеют место головокружения. Из анамнеза известно, что подъем АД имеют место в течение 8 лет с максимальными цифрами 220/110 мм рт.ст. Гипотензивную терапию (ингибиторы АПФ, мочегонные препараты) принимает нерегулярно. Однако, при приеме гипотензивных препаратов более или менее регулярно, АД хорошо снижается. Объективно на момент осмотра АД – 180/110 мм рт.ст. При исследовании глазного дна – определяются признаки ангиопатии и симптомы «Салюс II». По эхокардиоскопии – гипертрофия межжелудочковой перегородки, умеренная дилатация левого желудочка. По ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. Известно также, что у больной имеет место наследственная отягощенность по гипертонической болезни (этим заболеванием страдает отец больной).

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Если Вы диагностировали гипертоническую болезнь, укажите ее стадию?
3. Какое важное исследование, способное сказаться на коррекции лечения, необходимо провести больной?

**Ответы:**

1. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Риск – 4. Неосложненный гипертонический криз.
2. II стадия
3. Требуется исследовать липидный профиль крови и определиться в необходимости гиполипидемической терапии.

**Задача №3.** Больной 65 лет. Жалобы на головные боли, шум в голове, одышку и боли в икроножных мышцах при подъеме на 1-й этаж, сухость во рту, запоры, сонливость. Артериальная гипертензия 15 лет. Получает адельфан по 1 табл. 2 раза в сутки. Курил с 30 лет по 10 сигарет в день. 3 года не курит.

Объективно: масса тела - 65 кг, рост - 168 см. В легких немного влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов в задненижних отделах. ЧД - 20 в минуту. Сердце: акцент II тона и грубый систолический шум на аорте. АД - 180/105 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту. Пульсация на артериях стопы отсутствует.

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка.

Глюкоза крови - 4.5 ммоль/л, мочевая кислота - 280 ммоль/л, белок - 65 г/л, креатинин - 70 мкмоль/л, общий холестерин - 6,8 ммоль/л, ХС ЛПНП - 3,8 ммоль/л, ХС ЛПВП - 1,1 ммоль/л, триглицериды - 1,65 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое требуется дообследование?
3. Какая требуется коррекция в лечении?

**Ответы:**

1. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Риск - 4. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Дисциркуляторная энцефалопатия. Дислипидемия.
2. УЗИ сосудов шеи, артерий нижних конечностей, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки.
3. Комбинированная гипотензивная терапия (ингибиторы АПФ, тиазидные диуретики), статины, аспирин. При выявлении систолической дисфункции левого желудочка - бета-блокаторы (бисопролол или карведилол) и верошпирон.

**Задача 4.** У больного А., 20 лет, с детства отмечается повышенное АД, уровень которого в настоящее время составляет 180-200/110-120 мм рт. ст. Влияние психоэмоциональных факторов отсутствует. Колебаний АД практически нет. Головной боли нет. Нормализовать АД с помощью антигипертензивных препаратов не удастся. Слева и справа от пупка выслушивается систолический шум. Общий анализ мочи без патологии.

**Вопросы:**

1. Назовите предположительную форму артериальной гипертензии и ее вероятную причину у данного больного.
2. Каков механизм формирования артериальной гипертензии?
3. Какое исследование следует выполнить для подтверждения или опровержения диагноза?
4. Какой результат данного исследования подтвердит ваше предположение?

**Ответы:**

1. Вторичная (симптоматическая) вазоренальная артериальная гипертензия (ВРАГ). Вероятная причина – врожденная аномалия (сужение) почечных артерий. Обоснование: существование артериальной гипертензии с детства, отсутствие влияния психоэмоциональных факторов, отсутствие эффекта от антигипертензивных препаратов, отсутствие изменений в моче (нет заболевания почечной паренхимы, следовательно, это не ренопривная артериальная гипертензия), систолический шум с обеих сторон от пупка (в области отхождения почечных артерий).
2. Механизм повышения АД при ВРАГ связан с активацией РААС вследствие уменьшения перфузионного давления и объема протекающей крови (через возбуждение волюморецепторов клеток юктагломерулярного аппарата). Отдельные компоненты РААС (ангиотензин II, альдостерон, АДГ) обладают прессорным эффектом.
3. Необходимо визуализировать почечные сосуды методом УЗИ.
4. Обнаружение сужения обеих почечных артерий подтвердит диагноз ВРАГ.

**Задача 5.** Женщина 46 лет, раздражительная, амбициозная, руководитель низшего звена, часто конфликтует с персоналом. Последние 2-3 года после волнений, конфликтов стала отмечать повышение АД до 150-160/90-95 мм рт. ст. продолжительностью 1-3 дня. Доставлена по неотложной помощи в приемное отделение стационара с жалобами на головную боль, тревожность, дрожь во всем теле, колющую боль в области сердца, сердцебиение, перебои. АД 170/105 мм. рт. ст. После введения транквилизатора и  $\beta$ -блокатора АД нормализовалось и самочувствие улучшилось.

**Вопросы:**

1. Назовите предположительную форму артериальной гипертензии.
2. Каков механизм формирования артериальной гипертензии?
3. Объясните патогенез симптомов при поступлении пациентки в стационар.

**Ответы:**

1. Первичная (эссенциальная) артериальная гипертензия, или гипертоническая болезнь, являющаяся самостоятельной нозологической единицей. В пользу данного диагноза свидетельствуют: возраст возникновения заболевания, четкая связь повышения АД с воздействием психоэмоциональных факторов, особенности личности пациентки, признаки активации симпатoadреналовой системы, эффект от применения транквилизатора и  $\beta$ -блокатора.
2. Механизм формирования артериальной гипертензии при гипертонической болезни связан с активацией сосудистой РААС и САС на фоне имеющегося наследственного дефекта механизмов регуляции АД (эндотелиальная дисфункция). Повышение АД при наличии такого дефекта носит стойкий и ситуационно неоправданный характер. Формируется ремоделирование сосудов, вследствие чего меняется реактивность стенки сосуда – повышается чувствительность к действию сосудосуживающих импульсов.

3. Патогенез симптомов: головная боль объясняется остро развившимся повышением АД, а тревожность, дрожь во всем теле, колющая боль в области сердца, сердцебиение, перебои – эффекты катехоламинов (из-за активации САС).

**Задача 6.** У больной Р., 42 лет, отмечаются упорные головные боли, общая слабость, мышечная слабость, ощущение ползания мурашек, полиурия, никтурия. Относительная плотность мочи 1001-1002. АД 230/120 мм рт. ст. В крови снижено содержание калия. При ультразвуковом исследовании обнаружена опухоль правого надпочечника.

**Вопросы:**

1. Назовите форму артериальной гипертензии.
2. Какой гормон продуцирует опухоль?
3. Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

**Ответы:**

1. Вторичная (симптоматическая) эндокринная артериальная гипертензия. Обоснование: имеется основное заболевание – опухоль надпочечника, а артериальная гипертензия – один из симптомов этого заболевания.
2. Опухоль продуцирует альдостерон.
3. Избыток альдостерона повышает АД по 2 механизмам. Почечный механизм: избыток альдостерона обеспечивает реабсорбцию избытка ионов натрия, следовательно, повышение осмотического давления крови, возбуждение осморецепторов сосудов и, следовательно, секрецию гипофизом АДГ, эффектом которого является реабсорбция воды. Усиленная реабсорбция воды ведет к увеличению ОЦК и МОС – факторов, непосредственно формирующих АД. Внепочечный механизм: гиперпродукция альдостерона ведет к усилению транспорта ионов натрия через мембраны клеток, в том числе гладкомышечных клеток стенок сосудов. Это, в свою очередь, ведет к набуханию клеток, уменьшению просвета сосудов, повышению их тонуса и чувствительности к вазоконстрикторам (катехоламинам, вазопрессину, ангиотензину II и др.). Гипокалиемия и связанные с ней симптомы (мышечная слабость, парестезии) позволяют исключить вероятность продуцирования опухолью глюкокортикоидов или катехоламинов.

**Задача 7.** У больной Н., 26 лет, постоянное повышение АД до 170-180/90-110 мм рт. ст., выявленное случайно 7-8 лет назад, имеются изменения в общем анализе мочи (низкий удельный вес, протеинурия, эритроцитурия). В возрасте 12 лет после перенесенной ангины отмечались отеки лица и голеней, обнаруживались изменения в моче.

**Вопросы:**

1. Назовите предположительную форму артериальной гипертензии и ее вероятную причину у данной больной.
2. Каков механизм формирования артериальной гипертензии?

**Ответы:**

1. Вторичная (симптоматическая) ренопривная артериальная гипертензия (РАГ). Вероятная причина – заболевание почек (хронический гломерулонефрит). О наличии хронического заболевания почек свидетельствуют данные анамнеза (отеки и изменения в моче после перенесенной ангины), а также наличие изменений в моче в настоящее время.
2. Механизм РАГ: уменьшение массы почечной паренхимы и снижение синтеза депрессорных веществ в почках (кинины, простагландины). Как следствие – снижение кровотока в почках, активация РААС, компоненты которой обладают прессорными эффектами за счет сужения сосудов (ангиотензин II, АДГ), повышения чувствительности стенок сосудов к действию вазоконстрикторов (ангиотензин II, АДГ), увеличения ОЦК и МОС (альдостерон, ангиотензин III, АДГ). Рост диастолического давления ведет к увеличению венозного возврата к сердцу и увеличению УО, а увеличенный УО, выбрасываемый в суженное сосудистое русло, усугубляет рост АД (порочный круг).

**Задача 8.** Больная П., 32 лет, страдает внезапно начинающимися и внезапно заканчивающимися приступами сильной головной боли с резким повышением АД (до 280-300 мм рт.ст.), потливостью, беспокойством, чувством страха, учащенным сердцебиением, тошнотой, рвотой, болью в животе. Во время приступа лицо красное, тремор, кисти и стопы холодные, ЧСС 100-140 в минуту. Дополнительным исследованием обнаружена опухоль правого надпочечника.

**Вопросы:**

1. Назовите форму артериальной гипертензии.
2. Какой гормон продуцирует опухоль?
3. Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

**Ответы:**

1. Вторичная (симптоматическая) эндокринная артериальная гипертензия. Обоснование: имеется основное заболевание – опухоль надпочечника, а артериальная гипертензия – один из симптомов этого заболевания.
2. Опухоль продуцирует катехоламины, поскольку практически все клинические проявления объясняются эффектами этих гормонов.
3. Механизмы повышения АД при гиперкатехоламинемии: 1) повышение под действием катехоламинов тонуса сосудов и работы сердца, следовательно, повышение ОПСС и сердечного выброса; 2) активация РААС. Активация РААС происходит 2 путями: вследствие сужения под действием катехоламинов приносящих артериол, а значит, снижения перфузионного



давления в почках (через активацию волюморецепторов) и вследствие возбуждения почечных  $\beta$ -адренорецепторов. Отдельные компоненты РААС обладают прессорными эффектами.

**Задача 9.** Больной М., 63 лет, страдающий бронхиальной астмой, на протяжении нескольких лет принимал препараты глюкокортикоидов. В течение этих лет постепенно увеличивалась масса тела, развился сахарный диабет и артериальная гипертензия.

**Вопросы:**

1. Назовите форму артериальной гипертензии.
2. Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

**Ответы:**

1. Вторичная (симптоматическая) эндокринная артериальная гипертензия. Вероятная причина – прием глюкокортикоидов.
2. Механизмы формирования артериальной гипертензии связаны с эффектами этих гормонов. Глюкокортикоиды премиссируют действие эндогенных катехоламинов (повышают чувствительность стенок сосудов к катехоламинам), стимулируют синтез ангиотензиногена и серотонина, обладающих прессорными эффектами, обладают минералокортикоидным действием (действуют подобно альдостерону), стимулируют глюконеогенез, в результате чего образуется аммиак, повышающий тонус гладкомышечных клеток стенок сосудов.

**Задача 10.** Больной Д., 46 лет, после субтотальной резекции щитовидной железы, выполненной по поводу гормонально активной опухоли, была назначена гормонозаместительная терапия (препаратом гормонов щитовидной железы). Через полгода на приеме у эндокринолога зарегистрировано АД 140/70 мм рт.ст.

**Вопросы:**

1. С чем связано развитие артериальной гипертензии?
2. Каков механизм повышения систолического АД?
3. Почему нет повышения диастолического АД?

**Ответы:**

1. Развитие артериальной гипертензии связано с избыточной дозой препарата гормона щитовидной железы.
2. Механизм повышения систолического АД связан с кардиотоническим действием гормонов и, как следствие, увеличением сердечного выброса (фактор, прямо формирующий уровень АД).
3. Диастолическое давление остается в пределах нормы (а может быть и сниженным) вследствие компенсаторного в ответ на увеличение сердечного выброса расширения резистивных сосудов, а также вследствие прямого

повреждающего действия гормонов на стенки сосудов и снижения их тонуса по этой причине.

### **Перечень тестовых заданий с эталонами ответов**

1. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗВЕНЬЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) повышения активности симпато-адреналовой системы
- Б) атеросклероза почечных артерий
- В) нарушения трансмембранного транспорта ионов
- Г) изменения системы простагландинов
- Д) все перечисленные

2. ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ УРОВЕНЬ АД, НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- А) минутный объем сердца
- Б) общее периферическое сосудистое сопротивление
- В) ренин-ангиотензиновая система
- Г) уровень электролитов крови
- Д) правильного ответа нет

3. РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОВЕРОЯТЕН ПРИ

- А) больших нервно-эмоциональных нагрузках
- Б) избыточном потреблении белков и углеводов
- В) отягощенной по гипертонии наследственности
- Г) повышенной массе тела
- Д) избыточном потреблении поваренной соли

4. ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПРИ АГ ПО ДЕЙСТВУЮЩИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВНОК, В СРАВНЕНИИ С ПРЕДЫДУЩИМИ, ИСКЛЮЧЕНЫ

- А) возраст
- Б) гипергликемия
- В) С – реактивный белок
- Г) отягощенная наследственность
- Д) курение

5. СОГЛАСНО ДЕЙСТВУЮЩИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВНОК ФАКТОРОМ РИСКА ПРИ АГ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА

- А)  $> 6,0$  ммоль/л
- Б)  $> 6,5$  ммоль/л
- В)  $> 5,0$  ммоль/л

- Г)  $> 5,2$  ммоль/л
- Д)  $> 4,0$  ммоль/л

6. ФОРМУЛА КОКРОФТА-ГАУЛТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) скорости клубочковой фильтрации
- Б) уровня микроальбуминурии
- В) отношения альбумин/креатинин
- Г) клиренса креатинина
- Д) индекса массы тела

7. ЦИФРЫ АД 163/94 ММ. РТ. СТ. ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОТНЕСЕНЫ К

- А) АГ 1 степени
- Б) АГ 2 степени
- В) АГ 3 степени
- Г) АГ 1-2 степени
- Д) АГ 2-3 степени

8. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ОТНОСИТСЯ

- А) ХС – ЛПНП  $> 3,0$  ммоль/л
- Б) общий билирубин  $> 20$  мкмоль/л
- В) триглицериды  $> 1,7$  ммоль/л
- Г) АД 140/90 мм рт.ст. и выше
- Д) сниженный холестерин ЛПВП ( $< 1.0$  ммоль/л у мужчин и  $< 1.3$  ммоль/л у женщин)

9. ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНА – МИШЕНИ СЧИТАЕТСЯ ЗНАЧЕНИЕ ЛОДЫЖЕЧНО – ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА

- А)  $< 1,3$
- Б)  $< 1,1$
- В)  $< 0,9$
- Г)  $< 0,8$
- Д)  $< 0,7$

10. У БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ УЖЕ МОЖНО КОНСТАТИРОВАТЬ НАЛИЧИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ- МИШЕНЕЙ ПРИ УРОВНЕ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ

- А) 80 мкмоль/л
- Б) 100 мкмоль/л
- В) 120 мкмоль/л
- Г) 200 мкмоль/л
- Д) 300 мкмоль/л

#### 11. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АГ

- А) снижение АД менее 140/90 мм рт. ст.
- Б) снижение АД менее 130/80 мм рт. ст.
- В) снижение АД на 20% от исходного повышенного АД пациента
- Г) обеспечение у пациента хорошего самочувствия
- Д) максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них

#### 12. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОЖ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ВСЕМ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОЛУЧАЮЩИМ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ, ОСОБЕННО ПРИ НАЛИЧИИ ФАКТОРОВ РИСКА. ОНИ ПОЗВОЛЯЮТ

- А) снизить АД
- Б) уменьшить потребность в АГП и повысить их эффективность
- В) благоприятно повлиять на имеющиеся ФР
- Г) осуществить первичную профилактику ГБ у больных с высоким нормальным АД и у имеющих ФР
- Д) все перечисленное

#### 13. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВКЛЮЧАЮТ

- А) отказ от курения
- Б) нормализацию массы тела ( $ИМТ < 25 \text{ кг/м}^2$ .)
- В) снижение потребления алкогольных напитков  $< 30 \text{ г}$  алкоголя в сутки для мужчин и  $20 \text{ г/сут.}$  для женщин
- Г) снижение потребления поваренной соли до  $5 \text{ г/сут.}$
- Д) все перечисленное

#### 14. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВКЛЮЧАЮТ

- А) отказ от физической нагрузки
- Б) ограничение физической нагрузки
- В) сохранение привычного для пациента уровня физической нагрузки
- Г) увеличение физической нагрузки - регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30-40 минут не менее 4 раз в неделю
- Д) увеличение физической нагрузки – регулярное посещение тренажерного зала

#### 15. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВКЛЮЧАЮТ

- А) сохранение привычного для пациента режима питания

- Б) изменение режима питания с увеличением потребления животных жиров, а также уменьшением потребления растительной пищи
- В) изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.
- Г) изменение режима питания с увеличением потребления антиоксидантов, витаминов
- Д) применение с профилактической целью аппарата «Онега»

**16. В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕЗ ОПАСЕНИЙ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ФИЗИОЛЕЧЕНИЯ**

- А) электросон
- Б) радоновые ванны
- В) сероводородные ванны
- Г) йодобромные ванны
- Д) кислородные ванны

**17. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ КАК МОНОТЕРАПИЯ ОПРАВДАНЫ ПРИ**

- А) первой стадии АГ в течение трех лет от начала заболевания
- Б) первой стадии АГ в течение первых трех-шести месяцев от начала заболевания при невысоких цифрах АД
- В) первой стадии АГ в течение первых трех-шести месяцев от начала заболевания при высоких цифрах АД
- Г) любой стадии АГ в течение первого года от начала заболевания
- Д) нежелании больного принимать таблетки

**18. У МУЖЧИНЫ 50 ЛЕТ ПРИ КОНТРОЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНО ПОВЫШЕНИЕ АД - 160/100 ММ РТ. СТ. ЖАЛОБ НЕТ. ИМЕЕТСЯ УСИЛЕННЫЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК, ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, СУЖЕНИЕ АРТЕРИЙ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ. ВСЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ В НОРМЕ. ВАШЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

- А) показано дополнительное исследование для выявления признаков гипертензии
- Б) повышение АД, по-видимому, случайное
- В) вероятно, имеется эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь)
- Г) имеется вторичная (симптоматическая) гипертония
- Д) показано лечение каптоприлом

197. К КАРДИАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- А) перикардит
- Б) сердечная астма
- В) фибрилляция предсердий
- Г) гипертрофия миокарда
- Д) ишемическая болезнь сердца

20. В ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕ ИГРАЕТ РОЛЬ

- А) увеличение сердечного выброса
- Б) задержка натрия
- В) увеличение активности ренина
- Г) величение продукции катехоламинов
- Д) повышение венозного давления

21. РИСК РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

- А) наследственной предрасположенности
- Б) избыточном потреблении соли
- В) язвенной болезни
- Г) избыточном весе
- Д) низкой физической активности, хроническом стрессе

22. МОНОТЕРАПИЯ КАК СТАРТОВАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ

- А) с исходно высоким АД
- Б) с небольшим повышением АД и высоким риском
- В) с небольшим повышением АД и низким или средним риском
- Г) всем перечисленным группам пациентов
- Д) ни одной из перечисленных групп пациентов

23. КОМБИНАЦИЯ ДВУХ ПРЕПАРАТОВ В НИЗКИХ ДОЗАХ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА У БОЛЬНЫХ

- А) с небольшим повышением АД и низким или средним риском
- Б) АГ 1-2 степеней со средним риском ССО
- В) АГ 2-3 степеней с высоким или очень высоким риском ССО
- Г) всем перечисленным группам пациентов
- Д) ни одной из перечисленных групп пациентов

24. ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕПАРАТЫ

- А) короткого действия, обеспечивающих быстрое наступление гипотензивного действия

- Б) пролонгированного действия, обеспечивающие 24- часовой контроль АД при однократном приеме
- В) пролонгированного действия, обеспечивающие 48- часовой контроль АД при однократном приеме
- Г) ни один из перечисленных
- Д) все перечисленные

25. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ РЕКОМЕНДОВАНЫ ОСНОВНЫЕ КЛАССЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

- А) три
- Б) четыре
- В) пять
- Г) шесть
- Д) семь

26. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛАССОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ, РЕКОМЕНДОВАННЫМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ

- А) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ)
- Б) блокаторы рецепторов АТ1 (БРА)
- В) антагонисты кальция (АК)
- Г)  $\beta$ -адреноблокаторы ( $\beta$ -АБ)
- Д) агонисты имидазолиновых рецепторов.

27. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛАССОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ, РЕКОМЕНДОВАННЫМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ

- А) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ)
- Б) диуретики
- В) антагонисты кальция (АК)
- Г)  $\beta$ -адреноблокаторы ( $\beta$ -АБ)
- Д)  $\alpha$ -адреноблокаторы ( $\alpha$ -АБ)

28. КАРВЕДИЛОЛ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

- А) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ)
- Б) прямой ингибитор ренина
- В) сочетает свойства  $\alpha$  -адреноблокаторов и  $\beta$  - дреноблокаторов
- Г)  $\beta$ -адреноблокаторы ( $\beta$ -АБ)
- Д)  $\alpha$ -адреноблокаторы ( $\alpha$ -АБ)

29. АЛИСКИРЕН ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

- А) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ)
- Б) прямой ингибитор ренина
- В) диуретики
- Г)  $\beta$ -адреноблокаторы ( $\beta$ -АБ)
- Д)  $\alpha$ -адреноблокаторы ( $\alpha$ -АБ)

30. У ГИПЕРТОНИКА С ПОДАГРОЙ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А) бисопролол
- Б) гипотиазид
- В) нифедипин
- Г) спираприл
- Д) кандесартан

31. БОЛЬНАЯ 53 ЛЕТ, С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, НАБЛЮДАЕТСЯ ПО ПОВОДУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, СИСТЕМАТИЧЕСКИ ПОЛУЧАЕТ ЭНАЛАПРИЛ 20 МГ/СУТ., ГИПОТИАЗИД 50 МГ/СУТ. ИЗМЕНЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО ПОКАЗАТЕЛЯ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО С ЛЕЧЕНИЕМ

- А) креатинин - 0,15 ммоль/л
- Б) холестерин - 5 ммоль/л
- В) билирубин - 25 мкмоль/л
- Г) глюкоза - 11 ммоль/л
- Д) общий белок - 80 г/л

32. БОЛЬНОЙ 62 ЛЕТ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПО ПОВОДУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. НА ЭКГ ВЫЯВЛЕНА АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА I СТЕПЕНИ И ТРАНЗИТОРНАЯ – II СТЕПЕНИ, ТИП 2. АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДАННОГО БОЛЬНОГО

- А) блоктран
- Б) цилазаприл
- В) индапамид
- Г) метопролол
- Д) нифедипин

33. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ У 25-ЛЕТНЕЙ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

- А) эналаприл
- Б) лозартан



- В) нифедипин
- Г) гипотиазид
- Д) ни один из перечисленных

34. У ПАЦИЕНТА 58 ЛЕТ, НАБЛЮДАЮЩЕГОСЯ ПО ПОВОДУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫХ РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ КАЛИЙ 6,4 - ММОЛЬ/Л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО МОГ СТАТЬ ПРИЧИНОЙ ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ

- А) рилменидин
- Б) доксазозин
- В) бетаксолол
- Г) спиронолактон
- Д) амлодипин

35. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМО ВЛИЯЮТ НА ВЫБОР ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

- А) пожелания больного
- Б) предпочтения лечащего врача
- В) сопутствующие заболевания, при которых необходимо назначение или ограничение применения АГП различных классов
- Г) все перечисленные
- Д) ни один из перечисленных

36. ПРИ ВЫБОРЕ ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наличие у больного факторов риска, поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний, поражения почек, метаболического синдрома или сахарного диабета
- Б) предыдущие индивидуальные реакции больного на препараты различных классов
- В) вероятность взаимодействия с лекарствами, которые пациенту назначены по другим поводам
- Г) социально-экономические факторы, включая стоимость лечения
- Д) все перечисленные

37. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) усиление антигипертензивного эффекта за счет разнонаправленного действия лекарств на патогенетические механизмы развития АГ

- Б) уменьшение частоты возникновения побочных эффектов, как за счет меньших доз комбинируемых АГП, так и за счет взаимной нейтрализации этих эффектов
- В) обеспечение наиболее эффективной органопroteкции
- Г) уменьшение риска и числа сердечно-сосудистых осложнений
- Д) все перечисленные

38. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВРАЧ И ПАЦИЕНТ ДОЛЖНЫ СТРЕМИТЬСЯ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АД. НЕ СООТВЕТСТВУЕТ СОВРЕМЕННЫМ РОССИЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ

- А) в общей популяции < 140/90 мм рт.ст.
- Б) при сахарном диабете < 130/80 мм рт.ст.
- В) при ХБП 3-5 стадий < 130/80 мм рт.ст.
- Г) при ХБП 3-5 стадий < 110/70 мм рт.ст.
- Д) при ХБП с протеинурией < 125/75 мм рт.ст.

39. НЕРАЦИОНАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

- А) сочетание разных лекарственных средств, относящихся к одному классу АГП
- Б)  $\beta$ -адреноблокатор + недигидропиридиновый АК
- В) ИАПФ + калийсберегающий диуретик
- Г)  $\beta$ -адреноблокатор + препарат центрального действия
- Д) все перечисленные

40. РАЦИОНАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- А) ИАПФ или БРА + диуретик
- Б) ИАПФ или БРА + антагонист кальция
- В) дигидропиридиновый антагонист кальция +  $\beta$ -адреноблокатор
- Г) антагонист кальция + диуретик
- Д) все перечисленные

41. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ РЕКОМЕНДОВАНО

- А) при наличии ИБС или атеросклероза других локализаций
- Б) у пациента с метаболическим синдромом
- В) у пациента с сахарным диабетом
- Г) у пациента с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений
- Д) во всех перечисленных случаях

42. ПРИМЕНЕНИЕ АСПИРИНА НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С АГ, ЕСЛИ

- А) пациент старше 50 лет с умеренным повышением уровня сывороточного креатинина
- Б) пациент, недавно перенесший инфаркт миокарда
- В) пациент с нестабильным течением АГ, у которого не удается достигнуть адекватного контроля АД
- Г) пациент с мозговым инсультом или ТИА в анамнезе
- Д) ни в одном из перечисленных

43. У ПАЦИЕНТА 57 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, СТЕНОЗ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ 75%. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГИПЕРТОНИИ ОКОЛО ПОЛУГОДА. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

- А) назначение антигипертензивного препарата
- Б) назначение комбинированной терапии тремя классами антигипертензивных препаратов в максимальных дозировках
- В) хирургическое лечение без назначения лекарственных препаратов
- Г) назначение антигипертензивных препаратов и направление на хирургическое лечение в ближайшее время
- Д) назначение антигипертензивных препаратов с последующим наблюдением не менее полугода, при отсутствии эффекта – направление на хирургическое лечение

44. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ НЕВЕРНАЯ ТАКТИКА

- А) хирургическое лечение феохромоцитомы – единственный радикальный метод лечения
- Б) перед операцией для коррекции АД используют  $\alpha$ -адреноблокаторы
- В) перед операцией при наличии показаний к  $\alpha$ -адреноблокаторам могут быть присоединены –  $\beta$ -адреноблокаторы
- Г) монотерапия  $\beta$ -адреноблокаторами без достаточной блокады  $\alpha$ -адренорецепторов может привести к резкому повышению АД
- Д) если АД стабилизировано на фоне приема  $\beta$ -адреноблокаторов, хирургическое лечение не показано

45. В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА (СИНДРОМА КОННА) ВЕРНО

- А) хирургическое удаление альдостером не приводит к нормализации АД
- Б) хирургическое удаление альдостером нормализует или значительно снижает АД у 50-70% больных
- В) хирургическое удаление альдостером нормализует или значительно снижает АД у 100% больных
- Г) лечение гипертензии при синдроме Конна проводится  $\beta$ -адреноблокаторами

Д) наиболее эффективны в лечении гипертензии при синдроме Конна  
петлевые диуретики

46. ПРИ ВТОРИЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ВЫЗВАННОЙ СИНДРОМОМ ИЛИ БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПРИМЕНЯЮТСЯ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- А) хирургические
- Б) лучевые
- В) медикаментозные
- Г) все перечисленные
- Д) ни один из перечисленных

47. МОЛОДОЙ ЧЕЛОВЕК 17-ТИ ЛЕТ ВПЕРВЫЕ ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ С ЖАЛОБАМИ НА ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА ВЫЯВЛЕНО ОСЛАБЛЕНИЕ ПУЛЬСА НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ОСНОВАНИИ СЕРДЦА И СО СПИНЫ В МЕЖЛОПАТОЧНОМ ПРОСТРАНСТВЕ СЛЕВА. НА РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОБРАЩАЕТ ВНИМАНИЕ УЗУРАЦИЯ НИЖНЕГО КРАЯ РЕБЕР. РЕКОМЕНДОВАНО

- А)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- Б) ингибиторы АПФ
- В) блокаторы рецепторов АТ1 (БРА)
- Г) мочегонные
- Д) хирургическое лечение

48. ВТОРИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В СЛУЧАЕ ПРИЕМА ПАЦИЕНТОМ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (ТАК НАЗЫВАЕМАЯ «ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА АГ»). К РАЗВИТИЮ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ПРИЕМ

- А) пероральные контрацептивы
- Б) НПВП
- В) эритропоэтин
- Г) циклоспорин А
- Д) все перечисленные

49. ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

- А) вазодилататоры
- Б)  $\beta$ -адреноблокаторы
- В) антиадренергические средства (фентоламин при подозрении на феохромоцитому)
- Г) диуретики (фуросемид при острой недостаточности ЛЖ)

Д) все перечисленные

#### 50. ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НЕВЕРНО

- А) при неосложненном гипертоническом кризе возможно как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов
- Б) лечение неосложненного гипертонического криза необходимо начинать немедленно
- В) лечение больного с неосложненным гипертоническим кризом возможно проводить только в условиях стационара
- Г) скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии
- Д) при неосложненном гипертоническом кризе используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально

#### 51. ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОКАЗАНА ПРИ

- А) гипертоническом кризе, не купирующемся на догоспитальном этапе
- Б) гипертоническом кризе с выраженными проявлениями гипертонической энцефалопатии
- В) осложнениях АГ, требующих интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения: ОКС, отек легких, мозговой инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, остро возникшие нарушения зрения
- Г) злокачественной АГ
- Д) все перечисленные

#### 52. К РАЗВИТИЮ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ ПРИВОДИТ

- А) болезнь Такаясу
- Б) атеросклероз почечных артерий
- В) синдром Альпорта
- Г) фибромускулярная дисплазия почечных артерий
- Д) опухоли, приводящие к экстравазальной компрессии почечной артерии

#### 53. «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

- А) катетеризация почечных вен с исследованием соотношения АРП с обеих сторон и в НПВ
- Б) брюшная ангиография
- В) мультиспиральная КТ

- Г) магнитно-резонансная ангиография
- Д) доплеровское сканирование с ЦДК

54. ПОДТВЕРДИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И ДИАГНОСТИРОВАТЬ ОПУХОЛИ ИЗ ХРОМАФФИННОЙ ТКАНИ ВНЕАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОЗВОЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ

- А) МРТ
- Б) проба с альфа-адреноблокатором
- В) радиоизотопное сканирование надпочечников с использованием метайодобензи-лгуанидина (MIBG)
- Г) катетеризация надпочечниковых вен и селективное определение катехоламинов
- Д) УЗИ надпочечников

55. ЩЕЛОЧНАЯ РЕАКЦИЯ МОЧИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ АГ ПРИ

- А) гломерулонефрите
- Б) феохромоцитоме
- В) гиперальдостеронизме
- Г) акромегалии
- Д) коарктации аорты

56. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ СТЕНОЗ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

- А) более 30%
- Б) более 40%
- В) более 50%
- Г) более 60%
- Д) более 70%

57. ДЛЯ ВТОРИЧНЫХ ФОРМ ГИПОТИРЕОЗА (ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОГО ГЕНЕЗА) ХАРАКТЕРЕН

- А) повышенный уровень ТТГ
- Б) пониженный уровень ТТГ
- В) высокий уровень тиреоидных гормонов (Т3, ТГ)
- Г) нормальный уровень ТТГ
- Д) повышенный уровень пролактина

58. ПОЛИСОМНОГРАФИЯ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬ

- А) степень насыщения крови кислородом
- Б) ЭКГ
- В) суточный мониторинг АД
- Г) дыхательные движения грудной клетки и передней брюшной стенки

Д) правильного ответа нет

59. ПРОБА С ВЕРОШПИРОНОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- А) феохромоцитомы
- Б) болезни Иценко-Кушинга
- В) акромегалии
- Г) синдрома Конна
- Д) коарктации аорты

60. ДЛЯ СУЖДЕНИЯ О ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАТЬ

- А) экскрецию суммарных 17-ОКС в суточной моче
- Б) экскрецию 17-КС в суточной моче
- В) АРП
- Г) суточный ритм экскреции кортизола
- Д) суточный ритм экскреции АКТГ

61. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА НЕ ПРОВОДИТСЯ

- А) экскреторная урография
- Б) посев мочи
- В) УЗИ почек
- Г) общий анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко
- Д) биопсия почки

62. УМЕНЬШАЮТ ГИПЕРТЕНЗИЮ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ 1. ГЕПАРИН 2. ЭУФИЛЛИН 3. НИТРОГЛИЦЕРИН 4. ПРЕДНИЗОЛОН 5. НОРАДРЕНАЛИН

- А) верно только 1,2,4
- Б) верно только 2,3
- В) верно только 1,4
- Г) верно только 3
- Д) верно все

63. ДЛЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЕНОЗНОГО ТИПА НЕ ХАРАКТЕРНО

- А) легочно-капиллярное давление 10 мм рт. ст.
- Б) кашель, кровохарканье
- В) застойные хрипы в легких
- Г) одышка, приступы сердечной астмы
- Д) усиление сосудистого рисунка при рентгенографии

64. ЧАЩЕ ВСЕГО ПЕРВИЧНАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- А) в младенчестве
- Б) в раннем детском возрасте
- В) в подростковом возрасте
- Г) в возрасте 20-40 лет
- Д) в пожилом возрасте

65. В ПАТОГЕНЕЗЕ ЛГ ВЫДЕЛЯЮТ ВСЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, СОЧЕТАНИЕ КОТОРЫХ РАСКРЫВАЕТ СУЩНОСТЬ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНЫХ СОСУДОВ. К НИМ НЕ ОТНОСИТСЯ

- А) вазоконстрикция.
- Б) редукция легочного сосудистого русла.
- В) снижение эластичности легочных сосудов.
- Г) облитерация легочных сосудов (тромбоз *in situ*, пролиферация гладкомышечных клеток)
- Д) вазодилатация

66. ИСХОДЯ ИЗ ОСНОВНЫХ АСПЕКТОВ ПАТОГЕНЕЗА, ЗАДАЧИ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А) вазодилатация - релаксация гладкомышечных клеток легочных сосудов
- Б) предотвращение или регресс ремоделирования легочных сосудов
- В) хроническая антикоагуляция — предотвращение эмболии легочных сосудов и/или тромбоза *in situ*
- Г) все перечисленное
- Д) ничего из перечисленного

67. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) понижение прозрачности легочных полей
- Б) повышение прозрачности легочных полей
- В) выбухание второй дуги по левому контуру в прямой проекции
- Г) удлинение нижней дуги по левому контуру во II косом положении
- Д) сдвиг правого сердечно-сосудистого угла вниз на прямой рентгенограмме

68. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хронический обструктивный бронхит
- Б) туберкулез легких
- В) интерстициальный легочный фиброз (синдром Хаммана - Рича)
- Г) тромбоэмболия легочной артерии
- Д) кифосколиоз

69. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНО



- А) “приподнимающий” верхушечный толчок
- Б) эпигастральная пульсация
- В) эхокардиографический размер правого желудочка (в М-режиме) = 20 мм
- Г) смещение границы относительной сердечной тупости вверх
- Д) глубокий зубец S в отведении V<sub>1</sub>

70. ПРИЗНАКОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение артериального давления
- Б) повышение центрального венозного давления (ЦВД)
- В) снижение ЦВД
- Г) анемия
- Д) полицитемия

71. ПРИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ

- А) системный венозный застой
- Б) снижение центрального венозного давления (ЦВД)
- В) артериальная гипертензия
- Г) отек легких
- Д) вегето-сосудистый криз

72. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗВЕНЬЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А) Повышения активности симпато-адреналовой системы.
- Б) Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
- В) Атеросклероза почечных артерий.
- Г) Нарушения трансмембранного транспорта ионов.
- Д) Изменения системы простагландинов.

73. ПРИ ПОВЫШЕННОМ СОДЕРЖАНИИ РЕНИНА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ:

- А) Ангиотензина II.
- Б) Триглицеридов.
- В) Катехоламинов.
- Г) Холестерина.
- Б) ЛПВП.

74. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С ВЫСОКИМ ОБЩИМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СОСУДИСТЫМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) Антагонисты кальция.
- Б) Диуретики.
- В) Седативные средства.

- Г) Все перечисленное.
- Д) Ничего из перечисленного.

75. ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ ХАРАКТЕРНО:

- А) Повышение диастолического АД.
- Б) Снижение диастолического АД.
- В) Повышение систолического АД.
- Г) Снижение систолического АД.
- Д) Повышение систолического и диастолического АД.

76. У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- А) Клофелин.
- Б) Обзидан.
- В) Финоптин
- Г) Каптоприл.
- Д) Допегит.

77. У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛАСЬ ЛИХОРАДКА, СЛАБОСТЬ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: ПОКРАСНЕНИЕ, ПРИПУХЛОСТЬ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ ЛУЧЕЗАПЯСТНЫХ И КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ, ТРЕХКОМПОНЕНТНЫЙ ШУМ ТРЕНИЯ У ЛЕВОГО КРАЯ ГРУДИНЫ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО МОГ ВЫЗВАТЬ ЭТИ СИМПТОМЫ?

- А) Каптоприл;
- Б) Гидралазин;+
- В) Нифедипин;
- Г) Гипотиазид;
- Д) Пропранолол.

78. ПРИЗНАКАМИ III СТАДИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) Возникновение сердечной недостаточности.
- Б) Гипертоническая энцефалопатия.
- В) Нарушения мозгового кровообращения.
- Г) Хроническая почечная недостаточность.
- Д) Все перечисленное.

79. БОЛЬНАЯ 46 ЛЕТ ПО ПОВОДУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ ДЛИТЕЛЬНО ПОЛУЧАЕТ ОБЗИДАН С ХОРОШИМ

АФФЕКТОМ - АД СТАБИЛЬНО ДЕРЖИТСЯ НА УРОВНЕ 125/80 ММ РТ. СТ. ОРИЕНТИРУЯСЬ НА ХОРОШЕЕ САМОЧУВСТВИЕ, БОЛЬНАЯ РЕШИЛА НА НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ СДЕЛАТЬ ПЕРЕРЫВ В ЛЕЧЕНИИ И ПОЛНОСТЬЮ ОТМЕНИЛА ПРЕПАРАТ. КАК ЭТО ОТРАЗИТСЯ НА ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

- А) Кратковременная отмена препарата не отразится на течении болезни;
- Б) Возможен гипертонический криз;+
- В) Появятся боли в животе, диарея;
- Г) Разовьется синдром Рейно;
- Д) Последует бронхиальная обструкция.

80. НАИБОЛЕЕ УДОБЕН ДЛЯ СРОЧНОГО КОНТРОЛИРУЕМОГО СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД)

- А) Резерпин.
- Б) Пентамин.
- В) Дибазол.
- Г) Нитропруссид натрия.
- Д) Сернокислая магнезия.

81. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

- А) Коринфара.
- Б) Финоптина.
- В) Анаприлина.
- Г) Празозина.
- Д) Ничего из перечисленного

82. БОЛЬНЫМ С ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

- А) Длительный систематический прием гипотензивных препаратов.
- Б) Курсовой прием гипотензивных препаратов.
- В) Регулярные занятия физкультурой.
- Г) Соблюдение общегигиенических и диетических рекомендаций.
- Д) Правильные ответы В) и Г)

83. ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ВЫРАЖЕНА ПРИ:

- А) Синдроме Конна.
- Б) Синдроме Кушинга.
- В) Феохромоцитоме.
- Г) Все ответы правильные.
- Д) Правильно А) и Б)

84. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, ПРОТЕКАЮЩАЯ С КРИЗАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ТАХИКАРДИЕЙ, ПОТООТДЕЛЕНИЕМ, ГИПЕРЕМИЕЙ ЛИЦА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- А) Синдрома Конна.
- Б) Реноваскулярной гипертензии.
- В) Феохромоцитомы.
- Г) Синдрома Кушинга.
- Д) Синдром Альпорта

85. ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ПОВЫШЕНИЕМ АД:

- А) Феохромоцитомы.
- Б) Гипотиреоз.
- В. Первичный гиперальдостеронизм.
- Г) Болезнь Аддисона.
- Д) Гипопитуитаризм.

86. СИМПТОМЫ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ:

- А) Деформация грудной клетки.
- Б) Систолический шум во втором межреберье справа.
- В. Набухание шейных вен.
- Г) Высокое АД на верхних конечностях и низкое на нижних.
- Д) Отставание в физическом развитии.

87. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА КОАРКТАЦИИ АОРТЫ:

- А) Рентгенография грудной клетки.
- Б) КТ грудной клетки.
- В. ЭхоКГ
- Г) Коронарография.
- Д) УЗИ органов брюшной полости.

88. ПОЧЕЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- А) Хроническом пиелонефрите.
- Б) Хроническом гломерулонефрите.
- В. Стенозе почечной артерии.
- Г) Почечной колике.
- Д) Поликистозе почек.

89. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОПРОВОЖДАЮТСЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АГ:

- А) Феохромоцитомы.
- Б) Аортальная недостаточность.

- В. Ренинсекретирующие опухоли.
- Г) Тиреотоксикоз.
- Д) Аортальный стеноз.

90. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

- А) Фиброзно-мышечная дисплазия артерий почек.
- Б) Атеросклероз почечных артерий.
- В. Первично сморщенная почка.
- Г) Тяжелый сахарный диабет.
- Д) Васкулиты.

91. ПРИЕМ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПОВЫШЕНИЕ АД:

- А) Циклоспорина А.
- Б) Кортикостероидов
- В) Пероральных контрацептивов
- Г) Метотрексата.
- Д) Ципрофлоксацина.

92. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ АГ:

- А) Курение.
- Б) Злоупотребление алкоголем.
- В) Ожирение.
- Г) Инфаркт миокарда в анамнезе.
- Д) Прием пероральных контрацептивов

93. УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ АГ:

- А) Энцефалопатия.
- Б) ХПН.
- В). Признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка на ЭКГ.
- Г) Снижение остроты зрения.
- Д) Сердечная недостаточность.

94. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СТЕНОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ?

- А) Определений скорости клубочковой фильтрации.
- Б) Дуплексное УЗИ почечных артерий.
- В. Определение активности ренина плазмы крови.
- Г) Ангиографию почечных артерий.
- Д) Рентгенографию грудной клетки.

95. БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ СТРАДАЕТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТ., ИМЕЕТ МЕСТО СКЛОННОСТЬ К ТАХИКАРДИИ, ПРЕДСЕРДНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ. КАКОМУ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ

ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ?

- А) Резерпин;
- Б) Обзидан;
- В) Амлодипин;
- Г) Периндоприл;
- Д) Небиволол;
- Е) Клофелин.

96. ПРИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АГ ОБУСЛОВЛЕНА ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНЫМ ВЫБРОСОМ, КРОМЕ ОДНОГО:

- А) Эритремия;
- Б) Полная атриовентрикулярная блокада;
- В) Тиреотоксикоз;
- Г) Альдостерома (синдром Конна);
- Д) Артерио-венозная фистула.

97. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КАРДИАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ:

- А) Перикардит;
- Б) Сердечная астма;
- В) Мерцание предсердий;
- Г) Ишемическая болезнь сердца;
- Д) Расслаивающая аневризма аорты.

98. КРИТЕРИЕМ II СТАДИИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Очень высокое артериальное давление;
- Б) Признаки гипертрофии левого желудочка;
- В) Сужение артерий сетчатки;
- Г) Признаки ХПН;
- Д) Явная протеинурия;

99. КАКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЗВОЛЯЮТ ЗАПОДОЗРИТЬ АЛЬДОСТЕРОМУ У 40-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, РЕФРАКТЕРНОЙ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ?

- А) Загрудинные боли.
- Б) Сахарный диабет.
- В) Параорбитальная пигментация.
- Г) Мышечная слабость.
- Д) Мышечная ригидность.

100. ПРИ КАКИХ ГЕМОБЛАСТОЗАХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАННАЯ С ОСНОВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ?

- А) Хронический лимфолейкоз.
- Б) Хронический миелолейкоз.
- В) Лимфогранулематоз.
- Г) Миеломная болезнь.
- Д) Эритремия.

**Эталоны ответов:**

1	Д	21	В	41	Д	61	Д	81	В
2	Д	22	В	42	В	62	Б	82	Д
3	Б	23	В	43	Г	63	А	83	Б
4	В	24	Б	44	Д	64	Г	84	В
5	В	25	В	45	Б	65	Д	85	А, Б,
6	Г	26	Д	46	Г	66	Г	86	Б, Г.
7	Б	27	Д	47	Д	67	Г	87	А, В.
8	Б	28	В	48	Д	68	А	88	А, Б,
9	В	29	Б	49	Д	69	Б	89	Б, Г.
10	В	30	Б	50	В	70	Б	90	А, Б.
11	Д	31	Г	51	Д	71	А	91	А, Б,
12	Д	32	Г	52	В	72	В	92	А, Б,
13	Д	33	В	53	Б	73	А	93	Б, В,
14	Г	34	Г	54	В	74	А	94	Б, Г.
15	В	35	В	55	В	75	В	95	Д
16	А	36	Д	56	Д	76	Г	96	Г
17	Б	37	Д	57	Б	77	Б	97	А
18	В	38	Г	58	В	78	Д	98	Б
19	А	39	Д	59	Г	79	Б	99	Г
20	Д	40	Д	60	В	80	Г	100	Д