

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Особенно высок риск развития дисфункции ЛЖ или сердечной недостаточности (СН) при применении химиотерапевтических средств:

- а) антрациклинов (доксорубин, эпирубин и др.);
- б) алкилирующих средств (циклофосфамид и др.);
- в) антимикротубулярных средств (доцетаксел, паклитаксел и др.).

2. Заболеваемость СН увеличивается свыше 5 % при превышении накопленной дозы доксорубина:

- а) 200 мг/м²;
- б) 300 мг/м²;
- в) 400 мг/м².

3. Кардиальная дисфункция, возникшая вследствие лечения рака, определяется как снижение ФВ ЛЖ:

- а) >5 % от нижней границы нормы;
- б) >10 % от нижней границы нормы;
- в) >7 % от нижней границы нормы.

4. Предполагается риск кардиотоксичности, если при доплерографической визуализации миокарда определяется относительное процентное снижение глобальной продольной деформации миокарда GLS (как маркера ранней субклинической дисфункции ЛЖ):

- а) >15% от исходной;
- б) >10% от исходной;
- в) > 5% от исходной.

5. Пациентам, у которых развилась бессимптомная дисфункция ЛЖ или СН в ходе лечения рака, наиболее показано назначение:

- а) иАПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину II (БРА) и бета-блокаторов (ББ);
- б) иАПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину II (БРА) и дигоксина;

- в) иАПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину II (БРА) и недигидропиридиновых БКК (дилтиазем и верапамил).

6. У онкологических больных нижняя граница нормальных значений ФВ ЛЖ при выполнении ЭхоКГ, наряду с определением кардиотоксичности, принимается равной:

- а) 45 %;
- б) 50 %;
- в) 40 %.

7. При развитии АГ у онкологических больных вследствие применения иVEGF следует избегать применения препаратов, ингибирующих цитохром P450 3A4 и способствующих повышению концентрации иVEGF в плазме крови, к ним относятся:

- а) недигидропиридиновые БКК (дилтиазем и верапамил);
- б) дигидропиридиновые БКК (амлодипин, фелодипин);
- в) бета-блокаторы.

8. Согласно рекомендациям FDA и Европейского медицинского агентства, лечение следует на время прервать, скорректировать электролитные отклонения и контролировать факторы риска удлинения интервала QT, если в ходе лечения отмечается удлинение QTс:

- а) QTс >500 мс (или удлинение QTс >60 мс от исходного);
- б) QTс 460 – 480 мс (или удлинение QTс >40 мс от исходного);
- в) QTс 460–500 мс (или удлинение QTс >50 мс от исходного).

9. Частота развития ишемии миокарда при приеме фторпиримидинов (5-фторурацил, капецитабин, гемцитабин) может достигать:

- а) 10 %;
- б) 20 %;
- в) 5 %.