001. Для адекватной помощи новорожденным с пороками сердца необходимо:

наладить диагностику врожденных пороков сердца в роддомах и детских больницах

разработать транспортировку детей, находящихся в критическом состоянии в клинику с возможностями проведения катетеризации сердца и кардиохирургических операций у новорожденных

разработать и внедрить в практику катетеризацию сердца и сосудов, эндоваскулярные вмешательства, искусственное кровообращение и глубокую гипотермию у новорожденных и больных до 3 лет

все варианты верны

002. Бифуркация общей сонной артерии чаще всего соответствует:

углу нижней челюсти

подъязычной кости

верхнему краю щитовидного хряща

нижнему краю щитовидного хряща

003. В правое предсердие впадают все перечисленные сосуды, кроме:

верхней полой вены

нижней полой вены

венозного сердечного коронарного синуса

непарной вены

небольших вен сердца

004. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:

передних 2/3 межжелудочковой перегородки

части передней стенки правого желудочка

межпредсердной перегородки

левого предсердия, передней и большой части задней стенки левого желудочка

005. От передней поверхности аорты на уровне тела I поясничного позвонка из-под нижнего края поджелудочной железы отходит:

верхняя брыжеечная артерия

средняя надпочечная и почечные артерии

артерия яичка или яичника

нижняя брыжеечная артерия

006. Бифуркация брюшной аорты проходит на уровне:

V поясничного позвонка

крестцово-подвздошного сочленения

большого седалищного отверстия

IV поясничного позвонка

007. Глубокая артерия бедра при отхождении от задне-наружной полуокружности бедренной артерии располагается:

вдоль задней стенки бедренной артерии, кнаружи от нее и далее от глубокой вены бедра

между бедренными сосудами и позади них, затем смещается кнаружи и выступает из-под бедренной артерии у вершины бедренного треугольника

008. При оперативном доступе к бедренной артерии в скарповском треугольнике портняжная мышца в операционной ране:

рассекается

край мышцы тупым путем оттягивается кнаружи

не мешает доступу

009. Рентгенография при исследовании сердца и крупных сосудов выявляет:

функциональные изменения полостей сердца

морфологические изменения полостей сердца и сосудов

функциональные изменения крупных сосудов

010. Путь притока правого желудочка исследуется:

в правом переднем косом положении больного

в левом переднем косом положении больного

в переднем прямом положении больного

011. Путь оттока правого желудочка исследуется:

в правом переднем косом положении больного

в левом переднем косом положении больного

в прямом положении больного

012. Рентгенофункциональным признаком митральной недостаточности являются коромыслоподобные движения:

между правым предсердием и правым желудочком

между левым предсердием и левым желудочком

в пределах одной дуги левого желудочка

между легочной артерией и левым предсердием

013. Ретроградный кровоток по системе интеркостальных артерий при коарктации аорты выражается:

в симптоме «тройки»

в узурации ребер

в расширении левой подключичной артерии

в расширении аорты

014. Первую в мире операцию коронарной ангиопластики выполнил:

J. Simpson

G. Lee

A. Gruntzig

К. Kensey

015. Для рентгенэндоваскулярного закрытия дефектов межпредсердной перегородки может быть использовано устройство:

Amplatzer Septal Occluder К.Амплатца

Rushkind Double Umbrella У.Рашкинда

Button Device Э.Сидериса

Lock Clamshell Occluder Дж.Локка

все варианты верны

016. К противопоказаниям для консервативной терапии индометацином у ребенка с открытым артериальным протоком можно отнести:

гипербилирубинемия

сепсис

коагулопатия

почечная недостаточность

все варианты верны

017. Относительным противопоказаниям для каротидного стентирования является:

хроническая сосудисто-мозговая недостаточность

транзиторные приступы нарушения мозгового кровообращения

острая стадия ишемического инсульта

кровоизлияние в бляшку

изъязвление бляшки

018. Наиболее ценным диагностическим методом при открытом артериальном протоке является:

катетеризация правых отделов сердца

ангиокардиография из правых отделов сердца

катетеризация левых отделов сердца

аортография

019. При диаметре открытого артериального протока менее 4 мм показана операция:

перевязки протока

пересечения с ушиванием концов

механического прошивания протока

перевязки с прошиванием

эндоваскулярное закрытие спиралями Gianturco,Flipper

020. Наиболее информативным методом диагностики дефекта аорто-легочной перегородки является:

аускультация

электрокардиография

рентгенологическое обследование

катетеризация сердца

аортография

021. При дефекте аорто-легочной перегородки наилучшим методом диагностики является:

катетеризация сердца

венозная вентрикулография

аортография

левая вентрикулография

022. Наиболее часто стеноз легочной артерии встречается следующей формы:

надклапанный

клапанный

подклапанный

комбинированный

023. Наиболее характерным ангиокардиографическим признаком атриовентрикулярного канала является:

контрастирование правого предсердия из левого

поступление контрастного вещества из левого желудочка в правый

сужение выводного отдела правого желудочка

сужение путей оттока из левого желудочка

повторное контрастирование легочной артерии

024. Для диагностики атриовентрикулярного канала контрастное вещество при ангиокардиографии следует вводить:

в правое предсердие

в левое предсердие

в правый желудочек

в левый желудочек

в аорту

025. Исходя из клинико-гемодинамической классификации изолированного стеноза легочной артерии, операция не показана:

I группе (давление в правом желудочке до 60 мм рт. ст.)

II группе (давление в правом желудочке 61-100 мм рт. ст.)

III группе (давление в правом желудочке более 100 мм рт.ст.)

IV группе при выраженной недостаточности кровообращения

при градиенте систолического давления между правым желудочком и легочной артерией менее 40 мм рт. ст

026. Операции при изолированном стенозе легочной артерии могут быть выполнены всеми перечисленными методиками, однако предпочтение следует отдать:

умеренной гипотермии

нормальной температуре (закрытая методика)

искусственному кровообращению

гипербарической оксигенации

баллонной дилатации при катетеризации сердца

027. Ангиокардиографически при изолированном клапанном стенозе устья легочной артерии выявляются все перечисленные признаки, за исключением:

постстенотического расширения ствола легочной артерии

сужения выводного отдела правого желудочка в систолу и диастолу

расширения выходного отдела в диастолу

028. Топическая диагностика двойного отхождения аорты и легочной артерии от правого желудочка при ангиокардиографии выявляется введением контрастного вещества:

в правое предсердие

в правый желудочек

в легочную артерию

в левый желудочек

в аорту

029. Катетеризация сердца с тетрадой Фалло у детей обычно выявляет:

нормальное давление в правом предсердии

высокую резистентность легочного клапана

нормальный показатель системного кровотока

снижение насыщения кислородом системного артериального кровотока сброса, как правило, справа налево

030. Катетеризация сердца при тетраде Фалло выявляет все перечисленное, за исключением:

проведения катетера из правого желудочка в аорту

трудного проведения катетера в легочную артерию

снижения систолического давления в легочной артерии желудочке, чем в левом

значительно более высокого систолического давления в правом желудочке, чем в левом

наличия систолического градиента между правым желудочком и

легочной артерией

031. В дифференциальной диагностике изолированного стеноза легочной артерии с тетрадой Фалло следует обратить внимание при катетеризации сердца:

на повышенное систолическое давление в правом желудочке

на снижение давления в легочной артерии

на повышение давления в правом предсердии

на равное давление в правом и левом желудочках или периферической артерии

на систолический градиент между правым желудочком и стволом легочной артерии

032. Признаки застоя в малом круге кровообращения при аортальном стенозе появляются:

при нарушениях ритма

при артериальной гипертензии

при высоком левожелудочковом систолическом давлении

при гипертрофии левого желудочка

при повышении конечно-диастолического давления в левом желудочке выше 10 мм рт. ст

033. Стенокардия при отсутствии поражения коронарных артерий чаще всего встречается:

при митральном стенозе

при митральной недостаточности

при стенозе легочной артерии

при стенозе устья аорты

при аортальной недостаточности

034. Показаниями к коронарографии у больных с клапанными пороками являются все перечисленные, кроме:

типичных стенокардических болей

отсутствия болей в сердце

рубцовых изменений в миокарде на ЭКГ

возраста старше 40 лет

035. Для вариантной стенокардии Принцметалла характерно:

хороший прогноз при медикаментозном лечении

при ЭКГ-исследовании смещение сегмента ST вниз

желудочковые аритмии встречаются нечасто

у большинства больных выявляется спазм при интактных коронарных артериях

036. Ветвью правой коронарной артерии не является:

конусная артерия

ветвь правого желудочка

ветвь острого края

ветвь тупого края

ветвь синусового узла

037. 52-летний больной поступил в клинику с диагнозом инфаркта миокарда передне-перегородочной области. Через 3 дня появился голосистолический шум высокой интенсивности с максимумом у нижнего левого края грудины. При пальпации в этой области определяется дрожание. При катетеризации полостей сердца у этого больного с большей вероятностью будет выявлено:

гигантские Y волны на кривых давления левого предсердия

нормальное давление при заклинивании легочных капилляров

насыщение крови кислородом в легочной артерии выше, чем в правом предсердии

патологии при катетеризации выявлено не будет

насыщение крови кислородом в легочной артерии ниже, чем в правом предсердии

038. Для патологии при инфаркте миокарда характерно все перечисленное, за исключением:

выявления инфарктного тромбоза в течение первых 6 часов при коронарографии приблизительно у 80% больных с острым инфарктом миокарда

спазм коронарной артерии может вести к развитию острого тромбоза, ведущего к возникновению инфаркта миокарда

развития тромбоза на месте атеросклеротической бляшки в коронарной артерии и возникновения острой окклюзии в качестве основной причины острого инфаркта миокарда

причиной острого тромбоза коронарной артерии не является разрыв атеросклеротической бляшки

039. Процент закрытия аутовенозных аортокоронарных шунтов в течение 10-летнего периода составляет:

 10%

 30%

 50%

 70%

 90%

040. Для патологии при острой коронарной недостаточности не характерно:

выявление миокардиального некроза через 90 мин, после полной окклюзии коронарной артерии

начало развития некротических изменений в субэндокардиальной области и дальнейшее их распространение в сторону эпикарда

реперфузия в течение первых 3 часов после окклюзии коронарной артерии ведет к значительному уменьшению размеров инфаркта

влияние реперфузии после 6 часов окклюзии коронарной артерии на размеры инфаркта миокарда

041. Для больных с нестабильной стенокардией следующие положения не являются правильными:

поражение ствола левой коронарной артерии встречается чаще, чем у больных со стабильной стенокардией приступа имеют плохой прогноз

больные имеют повышенный риск смерти или развития инфаркта миокарда в течение первых 3 месяцев

больные с эпизодами пролонгированных ишемических болей при отсутствии объективных данных за инфаркт миокарда имеют такую же смертность в течение года (первого), как и больные с перенесенным инфарктом миокарда

риск внезапной смерти или инфаркта миокарда в течение первых 2-3 недель после возникновения нестабильности превышает 30%

042. Для хирургии коронарных сосудов правильно:

Периоперационный инфаркт составляет 4-6%

Нет различий в проходимости между аутовенозными аортокоронарными шунтами и маммаро-коронарными шунтами в течение первого года после операции

Имеются значительные различия в проходимости между аутовенозными и маммарными шунтами через 10 лет после операции

Прогноз больных улучшается при применении маммаро-коронарного шунтирования передней межжелудочковой ветви

043. К осложнениям селективной коронарографии не относится:

церебральная эмболия

перфорация желудочка

образование гематомы

отрыв хорды трикуспидального клапана

044. После успешной чрезкожной транслюминальной коронарной ангиопластики частота развития рестеноза в течение 6 месяцев составляет:

 10%

 15%

 30%

 45%

 60%

045. У больных ишемической болезнью сердца эхокардиография не может диагностировать:

стеноз в проксимальной трети передней межжелудочковой ветви коронарной артерии

нарушение сократительной способности

внутрижелудочковый тромбоз

наличие аневризмы левого желудочка

дефект межжелудочковой перегородки

046. Диффузный атеросклеротический процесс чаще поражает:

переднюю межжелудочковую ветвь

ствол левой коронарной артерии

правую коронарную артерию

ветвь тупого края

первую септальную ветвь

047. Для выявления спастической формы стенокардии основным диагностическим тестом является:

гипервентиляционная проба

нитроглицериновая проба

холодовая проба

эргоновиновая проба

коронарография

048. Круг Вьесена образуют:

диагональная ветвь и ветвь тупого края

инфунцибулярная ветвь и правожелудочковая ветвь передней межжелудочковой ветви

ветвь тупого края и правая коронарная артерия

ветвь острого края и диагональная артерия

септальная ветвь и правая коронарная артерия

049. Большая часть межжелудочковой перегородки получает кровоснабжение:

от правой коронарной артерии

от передней межжелудочковой ветви

от ветви тупого края

от ветви острого края

от огибающей артерии

050. Для операции эмболэктомии целесообразнее использовать:

баллонный катетер Фогарти

баллонный катетер Рашкинда

любой баллонный катетер

051. Наилучшим методом лечения стенотических поражений артерий выше колена является:

операция с использованием аллотрансплантата

операция с использованием баллонного катетера и/или стента

операция с использованием аутотрансплантата

операция с использованием ксенотрансплантата

операция с использованием эксплантата

052. При перфорации артерии во время ее баллонной ангиопластики оптимальным по времени и эффективности гемостазом будет:

перевязка артерии

резекция артерии

наложение пристеночной лигатуры

имплантация стент-графта

сосудистый шов

053. Интраоперационный тромбоз артерии во время баллонной ангиопластики проявляется:

снижением пульсации дистальнее поражённого сегмента

отсутствием контрастирования дистальнее поражённого сегмента

усилением пульсации выше тромбоза

все варианты верны

054. Аневризма брюшной аорты - это расширение аорты:

на 2 см

в 5 раз

не менее чем в 2 раза

не менее чем в 3 раза

055. Показанием к оперативному лечению, баллонной ангиопластики и/или стентированию при коарктации аорты является:

сам диагноз коарктации аорты

коарктация аорты в раннем детском возрасте при наличии высокой гипертензии и частых приступах сердечной декомпенсации

диагноз коарктации аорты в третий период компенсации (6-7лет)

056. Операцией выбора при коарктации аорты является:

резекция с анастомозом конец в конец

резекция с протезированием эксплантатом

прямая истмопластика

шунтирование эксплантатом

баллонная ангиопластика и/или стентирование

вид операции зависит от возраста больного и вида коарктации аорты

057. Поражение висцеральных ветвей при атеросклерозе брюшной аорты лучше устанавливается при аортографии:

в прямой проекции

в боковой проекции

в косой проекции

невозможно получить достоверное изображение

058. При рентгеноконтрастном исследовании аорты при синдроме Лериша достаточно получить информацию:

о брюшной аорте до наружных подвздошных артерий

о брюшной аорте до бифуркации общих бедренных артерий

о брюшной аорте, включая почечные артерии, до подколенных артерий

о брюшной аорте, почечных артериях, подколенных артериях и артериях голени

059. Hаиболее оптимальным вариантом реконструкции при локальном стенотическом поражении брюшной аорты является:

аорто-бедренное шунтирование

аорто-бедренное протезирование

экстраанатомическое шунтирование

эндартерэктомия из аорты

тромбэмболэктомия из аорты

баллонная ангиопластика и стентирование

060. При окклюзии брюшной аорты операцией выбора является:

резекция и протезирование

шунтирование

эндартерэктомия

экстраанатомическое шунтирование

баллонная ангиопластика и стентирование

тромбэктомия

061. Наиболее часто поражение экстракраниальных артерий определяет:

атеросклероз

неспецифический аортоартериит

экстравазальные компрессии

сифилис

062. Атеросклеротическое поражение в бассейне сонной артерии чаще локализуется:

в устье наружной сонной артерии

в интракраниальных отделах сонной артерии

в проксимальном участке сонной артерии

в области бифуркации общей сонной артерии

063. Экстравазальная компрессия экстракраниальных артерий может происходить за счет:

лестничных мышц

первого ребра

остеофитов при шейном остеохондрозе

хемодектомы

все варианты верны

064. Синдром подключичного обкрадывания связан с окклюзией:

проксимального сегмента общей сонной артерии

бифуркации сонной артерии

брахиоцефального ствола

проксимального сегмента подключичной артерии

065. При синдроме подключичного обкрадывания кровоток направлен из бассейна:

подключичной артерии в бассейн сонной артерии

сонной артерии в бассейн контралатеральной сонной артерии

сонной артерии в бассейн контралатеральной подключичной артерии

вертебральной артерии в бассейн сонной артерии

вертебральной артерии в бассейн подключичной артерии

066. При синдроме подключичного обкрадывания, когда имеется нагрузка на верхнюю конечность, кровоток:

усиливается в сторону головного мозга

не изменяется

усиливается в сторону верхней конечности

усиливается в направлении бассейна сонной артерии

направляется в сторону контралатеральной подключичной артерии

067. Нарушения мозгового кровообращения могут происходить за счет:

гипотензии менее 90 мм рт. ст.

гипертензии выше 240 мм рт. ст.

поражения экстракраниальных артерий

микроэмболов из сердца, из бляшки

все варианты верны

068. При ангиологическом исследовании больного с подозрением на поражение экстракраниальных артерий необходимо определять пульсацию:

височных артерий

сонных артерий

плечевых артерий

лучевых артерий

все варианты верны

069. Среди неинвазивных методов диагностики поражений экстракраниальных артерий в настоящее время наиболее информативным является:

электроэнцефалография

реоэнцефалография

компрессионный спектральный анализ электроэнцефалографии

ультразвуковое сканирование

ультразвуковая допплерография

070. Дуплексное сканирование экстракраниальных артерий позволяет:

определить состояние стенки сонной артерии

выявить наличие бляшки в области бифуркации сонной артерии раздельно для наружной и внутренней сонной артерии

определить степень стеноза в области бифуркации сонной артерии раздельно для наружной и внутренней сонной артерии

произвести запись спектра кровотока из любой точки сонной артерии и оценить объемный кровоток

все варианты верны

071. При атеросклеротическом субтотальном стенозе плечеголовного ствола предпочтительным является:

эндартерэктомия

шунтирование аутовеной

протезирование синтетическим протезом

аорто-сонно-подключичное бифуркационное шунтирование

баллонная ангиопластика и/или стентирование

072. При множественном стенозирующем атеросклеротическом поражении чревного ствола верхней брыжеечной артерии и обеих почечных артерий операцией выбора является:

протезирование артерий эксплантатом от аорты

протезирование бифуркационным протезом и эндартерэктомия

трансартериальная эндартерэктомия из указанных артерий

поэтапная ангиопластика и стентирование поражённых артерий

одномоментная ангиопластика и стентирование поражённых артерий

073. При наличии устьевой бляшки позвоночной артерии, четко ограниченной от остальных неизмененных отделов этого сосуда, методом выбора хирургического лечения является:

эверсионная эндартерэктомия

прямая открытая эндартерэктомия с истмопластикой

позвоночно-сонный анастомоз

ангиопластика и/или стентирование устья позвоночной артерии

074. При облитерирующем эндартериите (тромбангиите) нижних конечностей характерно поражение:

подвздошно-бедренного сегмента

бедренно-подколенного сегмента

артерий голени и стопы

всего артериального русла нижних конечностей

075. При выполнении ангиографии у больного с облитерирующим эндартериитом необходимо исследование:

бедренно-подколенного сегмента

общей бедренной артерии, глубокой артерии бедра и подколенной артерии

аортоподвздошного сегмента, бедренно-подколенного сегмента и артерий стопы в 2 проекциях

подколенной артерии и всех артерий голени

аорто-подвздошно-бедренно-подколенного сегмента, артерий голени и стопы

076. Для уточнения степени поражения артерий голени у больного с эндартериитом, если при ангиографии все артерии поражены, целесообразно:

ультразвуковая допплерография

реовазография

ангиография с возможной одномоментной баллонной ангиопластикой

ультрасонография

дальнейшее обследование нецелесообразно

077. Больному с облитерирующим эндартериитом IV стадии и невозможностью выполнить типичную реконструктивную операцию (изолированный сегмент подколенной артерии) показано:

ампутация конечности на уровне нижней трети бедра

ампутация конечности на уровне верхней трети голени

попытка реваскуляризации конечности путем баллонной ангиопластики

попытка реваскуляризации конечности путем шунтирования в изолированный сегмент подколенной артерии

поясничная симпатэктомия, консервативное лечение и местная некрэктомия

метатарзальная ампутация стопы

078. Показанием к типичной реваскулярной операции у больного с облитерирующим эндартериитом является:

перемежающаяся хромота более 500 м

боли в покое

перемежающаяся хромота менее 200 м при наличии проходимой подколенной артерии и хотя бы одной артерии голени

трофические язвы на стопе

дисгидроз, похолодание конечности и перемежающаяся хромота

079. Hаилучшим действием при внутриартериальном введении в пораженную конечность у больного с облитерирующим эндартериитом обладает:

новокаин

реополиглюкин

раствор перекиси водорода

проставазин

данный метод лечения неэффективен

080. В профилактике тромбоэмболии легочной артерии преобладает:

имплантация кавафильтра

антикоагулянтная терапия

антиагрегантная терапия

сочетание антикоагулянтной терапии и имплантация кавафильтра по показаниям

081. При эмболии легочной артерии используются следующие методы диагностики:

рентгенография грудной клетки

электрокардиография

реопульмонография

ангиопульмонография

все варианты верны

082. Из диагностических методов при эмболии легочной артерии наиболее информативными являются:

электрокардиография

реопульмонография

ангиопульмонография

083. Каротидное стентирование у больных, перенесших острый ишемический инсульт, целесообразно выполнять через:

 1 неделю

 3-4 недели

 6-8 недель

 6 месяцев

 1 год

084. Операцией выбора при тромбозе и эмболии проксимального сегмента почечной артерии без органического сужения является:

протезирование почечной артерии эксплантатом

шунтирование аутовеной

трансартериальная эндартерэктомия

трансаортальная тромбоэмболэктомия

прямое стентирование поражённого сегмента на фоне антикоагулянтной и антиагрегантной терапии

085. К самым доступным и информативным методам диагностики аневризмы грудной аорты относится:

аортография

рентгенография грудной клетки

компьютерная томография

эхокардиография

ультразвуковое исследование аорты

086. При аневризме нисходящей грудной аорты наиболее распространенным методом оперативного вмешательства является:

обходное шунтирование эксплантатом

аорто-аортальное шунтирование из правосторонней торакотомии

резекция и протезирование эксплантатом

резекция и внутрипросветное протезирование

укрепление наружной стенки аневризмы

имплантация стент-графта

разные модификации в зависимости от ситуации

087. Имплантация стент-графта по поводу аневризмы брюшной аорты показана при размере аневризмы:

3-4 см и более

5-6 см и более

6-7 см и более

более 10 см

более 12 см

088. Основным принципом лечения ятрогенных повреждений артерий является:

протезирование артерий эксплантатом

аутовенозное протезирование

восстановление магистрального кровотока путем тромбэктомии или реконструкции сосуда

пластика артерий заплатой

резекция поврежденной артерии с анастомозом или пластикой

имплантация стент-графта

все варианты верны

089. В диагностике травматических аневризм ведущую роль играет:

ультразвуковая допплерография

реовазография

артериография и ультрасонография

радиоизотопное исследование

090. Показанием к открытой операции или имплантации стент-графта при артерио-венозных аневризмах травматической этиологии является:

наличие аневризмы

признаки ишемии конечности

большой сброс артериальной крови в венозное русло

осложнения со стороны рядом находящихся нервных стволов

все варианты верны

091. При повреждении сосудов важную роль после травмы играют следующие диагностические методы:

компьютерная томография

ядерный магнитный резонанс

дигитальная субтракционная артериальная ангиография

ультразвуковая допплерография

092. Признаком клапанного стеноза аорты, выявляемым при катетеризации левых отделов сердца, является:

отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой

увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка

значительное увеличение давления в левом предсердии

значительное увеличение давления в легочной артерии

093. Зондирование сердца у взрослых больных предпочтительнее производить:

под местной анестезией

введением калипсола

введением реланиума

введением барбитуратов

общей комбинированной анестезией

094. Аортокоронарография проводится в условиях:

местной анестезии

мониторинга ЭКГ

ингаляции паров пентрана

ингаляции закиси азота

общей комбинированной анестезии

095. Какой из представленных показателей имеет наибольшее прогностическое значение при оценке риска операции аорто-коронарного шунтирования:

ЭКГ

степень сужения коронарной артерии

конечно-диастолическое давление левого желудочка

фракция изгнания левого желудочка

повторные инфаркты в анамнезе

096. Абсолютным показанием к хирургическим методам лечения ИБС являются:

стабильная стенокардия, не поддающаяся медикаментозной терапии

острый инфаркт миокарда

застойная сердечная недостаточность

постинфарктные осложнения (аневризма сердца, митральная недостаточность, дефект межжелудочковой перегородки)

097. Безусловными показаниями к выполнению операции аорто-коронарного шунтирования у больных с ИБС являются:

поражение трех и более коронарных артерий

поражение ствола левой коронарной артерии

постинфарктный кардиосклероз с застойной сердечной недостаточностью

множественные диффузные стенозы коронарных артерий

невозможность выполнения чрескожного коронарного вмешательства

098. Представленные данные катетеризации сердца: давление в легочной артерии 20/10 мм рт.ст. Среднее давление в легочной артерии 8 мм рт.ст. Давление в правом желудочке 120/8 мм рт.ст. Давление в левом желудочке 95/6 мм рт.ст. Периферическое насыщение крови кислородом 96% являются характерными для:

открытый артериальный проток

тетрада Фалло

полный атриовентрикулярный канал

дефект межжелудочковой перегородки после суживания легочной артерии

клапанный стеноз легочной артерии

099. Факторы, обуславливающие возможность максимально дистальной эмболизации опухоли головы, шеи, головного мозга и позвоночника:

уровень селективности катетеризации питающих артерий

выбор эмболизирующего материала

отсутствие спазма в системе эмболизируемых артерий

все варианты верны

100. Какие малоинвазивные методики лечения и диагностики рака легкого с использованием интервенционных радиологических процедур применяются в настоящее время:

чрескожная трансторакальная игловая биопсия

регионарная химиоинфузия в бронхиальные артерии (хиба) и химиоэмболизация

регионарная изолированная перфузионная химиотерапия

фотодинамическая терапия

брахитерапия

лазерная (аппликационная) терапия

радиочастотная абляция

все варианты верны

101. Относительным противопоказанием для внутрисосудистой регионарной химиотерапии при раке молочной железы является:

необходимость остановки кровотечения из изъязвлённой распадающейся опухоли

неоперабельность рака молочной железы

планирующаяся мастэктомия

послеоперационный рецидив

выраженный стенозирующий атеросклероз внутренней грудной артерии и её ветвей, затрудняющий катетеризацию

102. Методы локального воздействия на опухоль печени, не относящиеся к внутрисосудистым (эндоваскулярным) вмешательствам:

физико-химическая коагуляция

электромагнитная абляция

лазерная фото-термодеструкция

локальная терапия сфокусированным ультразвуком

криохирургическое воздействие

все варианты верны

103. При каком уровне снижения общего билирубина следует применять рентгенохирургические методы после купирования механической желтухи опухолевой этиологии:

 < 50 мкмоль/л

 < 65 мкмоль/л

 < 80 мкмоль/л

 < 100 мкмоль/л

104. Противопоказаниями к проведению регионарной внутриартериальной химиотерапии при раке поджелудочной железы являются:

механическая желтуха

асцит

субкомпенсированный стеноз двенадцатиперстной кишки

острая или хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки

субкомпенсированный стеноз двенадцатиперстной кишки

острая или хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки

клинические или лабораторные признаки острофазного воспаления

физический статус по Karnofsky менее 60

все варианты верны

105. Виды эмболизаций при опухолях почек:

механическая

химио- и химиожировая эмболизация

ферромагнитная, радио- и иммуноэмболизация

все варианты верны

106. Какова 5-летняя выживаемость пациентов с локальной формой рака мочевого пузыря:

 99%

 94%

 76%

 50%

107. Показаниями для эмболизации артерий при опухолевых поражениях костей являются все, кроме:

профилактика массивного интраоперационного кровотечения

уменьшение объема опухоли перед операцией, облучением или системной химиотерапией

радикальное лечение опухолевого процесса

купирование болевого синдрома

108. Скрининговым методом выявления стенозирующего атеросклероза сонных артерий является:

катетеризация и ангиография

аускультация, ультразвуковое исследование с допплерографией

МРТ

МСКТ

109. Первую в мире операцию каротидной ангиопластики выполнил:

J. Simpson

G. Lee

A. Gruntzig

К. Mathias

110. Какая минимальная скорость кровотока по данным дуплексного сканирования свидетельствует о гемодинамической значимости стеноза сонной артерии:

 >90 см/сек

 >100 см/сек

 >125 см/сек

 >150 см/сек

111. Для эндоваскулярного лечения стенотического поражения внутренней сонной артерии верны все утверждени, кроме:

необходимо выполнение ангиографии дуги аорты, каротидографии, ангиографии сосудов головного мозга перед вмешательством

использование стента с «закрытой» ячейкой позволяет снизить риск тромбоэмболических осложнений

необходимо использовать устройство защиты головного мозга

следует применять баллоннорасширяемый стент

112. При каком типе дуги аорты устья брахиоцефальных артерий расположены примерно на одном уровне:

при первом типе

при втором типе

при третьем типе

113. Какое из нижеперечисленных устройств для защиты головного мозга при каротидном стентировании действует по принципу блокады проксимального кровотока:

Angioguard

Accunet

Rubicon Filter

MOMA

Spider

114. При каком артериальном доступе для проведения эндоваскулярных вмешательств наиболее высок риск осложнений связанных непосредственно с выбором доступа:

лучевой

локтевой

плечевой

подмышечный

бедренный

115. При выполнении баллонной ангиопластики и/или стентирования почечных артерий, рекомендован доступ через артерии верхних конечностей за исключением:

прямой угол отхождения почечной артерии от аорты

повторная катетеризация лучевой, локтевой или плечевой артерий

выраженный спазм лучевой артерии

выраженная извитость, стеноз или окклюзия подключичных артерий

116. У каких пациентов рекомендовано использование защитного устройства от дистальной эмболии при эндоваскулярных вмешательствах на почечных артериях:

почечная недостаточность с уровнем креатинина более 1,4 мг/дл

возраст более 80 лет

ишемическая нефропатия

билатеральные стенозы почечных артерий

единственная функционирующая почка

поражение аорты и устьев почечных артерий

все варианты верны

117. При выполнении эндоваскулярных вмешательств на артериях нижних конечностей предпочтительно избегать имплантации стента в:

общую подвздошную артерию

наружную подвздошную артерию

бедренно-подколенный сегмент

артерии голени

118. При стентировании внутренней сонной артерии (ВСА) наиболее простыми в использовании устройствами являются:

церебральная защита с окклюзией ВСА выше стеноза и направлением кровотока по НСА (percusurgeguardwire)

фильтры обеспечивающие непрерывный кровоток (angioguard, Accunet, Rubicon Filter, Spider и т.п.)

системы реверсивного кровотока (PAES, MOMA)

119. Какой сегмент позвоночной артерии представляет её устье:

 V0

 V1

 V2

 V3

 V4

120. Показаниями к коррекции экстракраниальных поражений позвоночных артерий являются:

симптомные значимые двусторонние стенозы (> 60%)

асимптомный односторонний значимый стеноз доминантной позвоночной артерии

асимптомный значимый стеноз или тандемные стенозы позвоночной артерии с доказанной стойкой гипоперфузией в области задней черепной ямки или сниженным цереброваскулярным резервом

значимый стеноз у асимптомного пациента, с сопутствующим выраженным поражением других ветвей дуги аорты

асимптомные пациенты со стенозом высокой степени (>70%) в доминантной или единственной позвоночной артерии, способным привести к развитию инсульта

все варианты верны

121. Определение полной транспозиции магистральных сосудов (ПТМС):

отхождение брахиоцефальных артерий от дуги аорты

отхождение аорты от морфологически правого желудочка, а легочной артерии от морфологически левого желудочка

отхождение правой и левой легочных артерий от восходящего отдела аорты

отхождение легочной артерии от правого желудочка, аорты от левого желудочка при декстракардии

122. Минимальная программа рентгенохирургического лечения больных при полной транспозиции магистральных сосудов находящихся в критическом состоянии включает:

катетеризацию левого предсердия и левого желудочка через предсердный септальный дефект

левую вентрикулографию

баллонную атриосептостомию

все варианты верны

123. Минимальная программа ангиографического исследования при тотальном аномальном дренаже легочных вен (ТАДЛВ):

аортография в восходящем отделе

катетеризация правых отделов сердца и селективное контрастирование левой и правой легочных артерий

левая вентрикулография

селективная ангиография нижней и верхней полых вен

124. Наиболее часто выполняемое эндоваскулярное вмешательство у детей до 3-х месяцев со сложными врождёнными пороками «синего» типа:

процедура Рашкинда

атриосептэктомия по Hanlon-Blalock

процедура Спарка

стентирование ОАП

125. Программа рентгенохирургических исследований при атрезии правого атриовентрикулярного отверстия:

катетеризация правого и левого предсердия, левого желудочка

правая атриография

левая вентрикулография и аортография

все варианты верны

126. При выполнении транслюминальной баллонной вальвулопластики (ТЛБВП) клапанного стеноза лёгочной артерии (КСЛА) диаметр баллона по отношению к диаметру фиброзного кольца лёгочной артерии должен быть:

на 20-30% меньше

1:1

на 20-40% больше

на 40-50% больше

127. При выполнении транслюминальной баллонной вальвулопластики врождённого стеноза аортального клапана диаметр баллона должен быть:

на 1-2 мм больше диаметра фиброзного кольца аортального клапана

на 1-2 мм меньше диаметра фиброзного кольца аортального клапана

1:1

диаметр баллона значения не имеет

128. Операция перфорации мембраны атрезированного клапана лёгочной артерии (проводниковая, лазерная, радиочастотная) чаще всего показана при:

клапанном стенозе легочной артерии

гипоплазии лёгочной артерии

атрезии лёгочной артерии с интактной межжелудочковой перегородкой

подклапанном стенозе легочной артерии (стеноз выходного отдела правого желудочка)

129. Стентирование изолированной коарктации аорты показано в следующих случаях:

эластический возврат стеноза (elastic recoil) непосредственно после баллонной пластики

рестеноз в отдалённом периоде после ранее проведённой баллонной пластики

выраженная диссекция с высоким риском тромбоза непосредственно после баллонной пластики

возраст пациента более 20 лет

все варианты верны

130. Какие эффективные виды экстренной помощи новорожденным с дуктусзависимым системным или лёгочным кровотоком при закрывающемся артериальном протоке применяются в настоящее время:

терапевтический (инфузия простагландинов)

хирургический (наложение системно-лёгочных анастомозов)

эндоваскулярный (стентирование открытого артериального протока)

все варианты верны

131. При устьевых стенозах брахиоцефальных и общих подвздошных артерий предпочтительнее использовать стенты:

баллоннорасширяемые

самораскрывающиеся

тип стента не имеет значения

132. Перед подготовкой пациента к операции эндоваскулярной имплантации биопротеза аортального клапана «Edwards lifescience» необходимо выполнить:

селективную коронарографию

аортографию восходящего отдела аорты

аортографию брюшного отдела аорты с контрастированием подвздошных и бедренных артерий

все варианты верны

133. Техника выполнения процедуры Рашкинда (атриосептостомия) подразумевает:

раздувание баллона в правом предсердии и медленное проведение его по проводнику в левое предсердие

раздувание баллона в левом предсердии и медленное выведение его в правое предсердие

раздувание баллона непосредственно в септальном дефекте

раздувание баллона в левом предсердии и выведение в правое предсердие резким коротким рывком

134. В каких ситуациях необходимо выполнить ножевую атриосептостомию по Park:

ригидная межпредсердная перегородка

возраст пациента более 4-х месяцев

отсутствие эффекта от процедуры Рашкинда

все варианты верны

135. Абсолютные показания к эмболизации маточных артерий как органосохраняющей операции включают:

отсутствие сочетания миомы с аденомиозом III степени

размеры матки менее 20 недель беременности

отсутствие выраженной патологии шейки матки, эндометрия и яичников

все варианты верны

136. Операция перфорации мембраны атрезированного клапана лёгочной артерии (проводниковая, лазерная, радиочастотная) чаще всего показана при:

клапанном стенозе легочной артерии

гипоплазии лёгочной артерии

атрезии лёгочной артерии с интактной межжелудочковой перегородкой

подклапанный стеноз легочной артерии (стеноз выходного отдела правого желудочка)

137. При наличии стенозирующего атеросклероза коронарной и общей подвздошной артерий подходящих для эндоваскулярного лечения необходимо соблюдать следующий алгоритм:

вмешательство предпочтительно выполнять трансфеморальным доступом на стороне поражения

вмешательство предпочтительно выполнять доступом через правую плечевую артерию

первым этапом выполняется чрескожное коронарное вмешательство, следующим - чрескожная транслюминальная ангиопластика общей подвздошной артерии

первым этапом выполняется чрескожная транслюминальная ангиопластика общей подвздошной артерии, следующим - чрескожное коронарное вмешательство

тактику определяет эндоваскулярный хирург, основываясь на личном опыте, клинической и анатомической ситуации

138. При значимом поражении обеих внутренних сонных артерий, подходящем для эндоваскулярного лечения, необходимо соблюдать следующий алгоритм:

первым этапом выполнить стентирование более гемодинамически значимого стеноза ВСА, через 2-4 недели выполнить вмешательство на другой поражённой ВСА

первым этапом выполнить стентирование менее гемодинамически значимого стеноза ВСА, через 2-4 недели выполнить вмешательство на другой поражённой ВСА

одномоментно выполнить стентирование обеих ВСА

тактику определяет эндоваскулярный хирург, основываясь на личном опыте, клинической и анатомической ситуации

139. При устьевых субтотальных стенозах обеих общих подвздошных артерий необходимо придерживаться следующего алгоритма лечения:

необходимо два артериальных доступа (бифеморальный или феморальный и плечевой)

первым этапом выполнить «киссинг»-дилатацию устьевых стенозов

выполнить одномоментную (киссинг) имплантацию стентов в поражённые сегменты общих подвздошных артерий с выведением стентов на 5-7 мм в аорту

выполнить поочерёдную имплантацию стентов в поражённые сегменты общих подвздошных артерий, не выводя стенты в аорту

140. Какое из рандомизированных исследований показало явное преимущество каротидного стентирования над каротидной эндартерэктомией и было приостановлено досрочно по этическим соображениям:

CAVATAS (Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study)

SAPPHIRE (Stenting and Angioplasty with Protection in Patients at High Risk for Endarterectomy)

SPACE (Stent-supported Percutaneous Angioplasty of the Carotid artery versus Endarterectomy)

SECURITY (Study to Evaluate the Neuroshield Bare Wire Cerebral Protection System and X-Act Stent in Patients at High Risk for carotid endarterectomy )

EVA-3S (Endarterectomy Versus Angioplasty in Patients with Symptomatic Severe Carotid Stenosis) CREST (Carotid Revascularization Endarterectomy vs. Stenting Trial)

CREST (Carotid Revascularization Endarterectomy vs. Stenting Trial)

141. Нагрузочная доза клопидогреля для пациентов с инфарктом миокарда с элевацией ST без ТЛТ:

 300 мг

 600 мг

 375 мг

 450 мг

142. Аспирин должен быть назначен в дозе 325 мг в сутки длительно:

на 1 месяц при имплантации непокрытого стента

на 3 месяца при имплантации стента, покрытого сиролимусом

на 6 месяцев при имплантации стента, покрытого пакликсантелом

все варианты верны

143. Восстановление нормальной функции тромбоцитов после отмены тиенопиридинов происходит:

через 1 день

через 3 дня

через 7 дней

через 12 чесов

144. Поддерживающая доза клопидогреля:

 75 мг

 300 мг

 125 мг

 50 мг

145. Первичная ангиопластика наиболее эффективна после начала симптомов в первые:

 2 ч

 4 ч

 6 ч

 8 ч

 12 ч

146. К ранним осложнениям спиртовой редукции миокарда относится:

коаголятивный некроз септальной артерии и миокарда

критическая нейтрофилия

тканевой отёк

все варианты верны

147. Нагрузочная доза клопидогреля для пациентов с инфарктом миокарда с элевацией ST после ТЛТ:

 300 мг

 600 мг

 375 мг

 450 мг

148. Первая интервенционная коронарная ангиопластика у человека была выполнена в ... году:

 1965

 1973

 1977

 1979

149. Первую интервенционную коронарную ангиопластику у человека выполнил:

Грюнциг

Джаткинс

Доттер

Майлер

150. Показанием к имплантации стента с лекарственным покрытием является:

протяженный стеноз, диаметр артерии 3 мм и менее

рестеноз в стенте

короткий локальный стеноз, диаметр артерии менее 3 мм

хроническая окклюзия коронарной артерии

все варианты верны

151. Показанием к имплантации стента с лекарственным покрытием является:

сахарный диабет

метаболический синдром

молодой возраст

все варианты верны

152. Потенциальные недостатки стентов с лекарственным покрытием:

поздний тромбоз

аневризмы коронарных артерий

высокий риск рестеноза

153. Стент с лекарственным покрытием Cypher содержит:

сиролимус

паклитаксель

еверолимус

154. Стент с лекарственным покрытием Taxus содержит:

сиролимус

паклитаксель

зотеролимус

еверолимус

155. Стент с лекарственным покрытием Endevor содержит:

сиролимус

паклитаксель

зотеролимус

еверолимус

156. Стент с лекарственным покрытием Xience V содержит:

сиролимус

паклитаксель

зотеролимус

еверолимус

157. Пороговое значение ФРК для определения показаний к стентированию:

 < 0,80

 > 0,80

 < 0,65

 < 0,90

158. Постинфарктный дефект межжелудочковой перегородки:

встречается в менее 1% случаев в случае своевременной реперфузии

наиболее высокий риск возникновения ДМЖП в течении 3-8 дней после ИМ

без закрытия ДМЖП уровень смертности достигает 90%

все варианты верны

159. Ответ сосуда на повреждение баллонным катетером:

эластический компонент возврата

миграция гладкомышечных клеток и их миграция

ремоделирование сосудистой стенки

синтез внеклеточного коллагена

все варианты верны

160. Закон анатомо-геометрической дихотомии сосудистого дерева Финета:

Dосн.в-вь= 0.67\* (Dбок.в-вь-1 + Dбок.в-вь-2 +… )

Dосн.в-вь3 = D бок.в-вь-1 3 + D бок.в-вь-2 3 +…

Dосн.в-вь= 0.97\* (Dбок.в-вь-1 + Dбок.в-вь-2 +… )

Dосн.в-вь= Dбок.в-вь-1 + Dбок.в-вь-2 +…

161. По данным внутрисосудистого ультрозвукового исследования ( ВСУЗИ )картина при бифуркационных поражениях поражена в ... случаях:

50%

100%

75%

25%

162. Для оценки распределения бляшки в сосуде наиболее информативен метод:

ВСУЗИ (внутрисосудистое ультрозвуковое исследование)

ОКТ (оптикокогерентная томография)

Ангиография

ФРК (фракционный резерв кровотока)

Не один из перечисленных

163. Для оценки прилегания стента наиболее информативен метод:

ВСУЗИ (внутрисосудистое ультрозвуковое исследование)

ОКТ (оптикокогерентная томография)

Ангиография

ФРК ( фракционный резерв кровотока)

Не один из перечисленных

164. Для оценки гемодинамической значимости поражения наиболее информативен метод:

ВСУЗИ (внутрисосудистое ультрозвуковое исследование)

ОКТ (оптикокогерентная томография )

Ангиография

ФРК ( фракционный резерв кровотока )

Ни один из перечисленных

165. Общепризнанная классификация бифуркационных поражений описана:

Sanborn

Duke

Medina

Mohaved

166. К методам подготовки бляшки к стентированию относится:

направленная атероэктомия

ротоблятор

режущий балон

эксимерный лазер

все варианты верны

167. В каких случаях необходимо выполнить предилатацию боковой ветви:

если есть кальциноз боковой ветви

при протяженном поражении боковой ветви

угол отхождения боковой ветви < 70°

все варианты верны

168. Выберите варианты истинного поражения бифуркации по классификации Medina:

 0.1

 1.0

 0.1.1

 1.1

169. Защита боковой ветви при бифуркационном стентировании показана:

значимая боковая ветвь с устьевым поражением

значимая боковая ветвь с углом отхождения > 90° или < 40°

при работе на стволе ЛКА

все варианты верны

170. Для предотвращения перекрута проводников при бифуркационном стентировании помогает:

проведение проводника сначала в наиболее сложную ветвь

проведение проводника в боковую ветвь с минимальным кручением

избегать перекрута проводников на столе

использовать комплекс «баллон-проводник» для профилактики перекрута

все варианты верны

171. Выберите техники бифуркационного стентирования двумя стентами:

Provisional T

Crush

Culotte

Kissing

все варианты верны

172. Факторы риска развития контраст- индуцированной нефропатии ( КИН):

сахарный диабет

миелома

цирроз

нефроз

прием НПВС

все варианты верны

173.Фракцонный резерв кровотока( ФРК) и внутрисосудистое ультрозвуковое исследование( ВСУЗИ) целесообразно выполнять после бифуркационного стентирования если:

стентирование было двумя стентами

стентирование было одним стентом

боковая ветвь скомпрометирована ≥70%

174. Выберите исследования посвященные бифуркационному стентированию:

Nordic

CACTUS

BBC ONE

FERENC

все варианты верны

175. Выберите бифуркационные стенты:

Frontier

Tryton

Euca TAX

Twinrail

176. Хронической окклюзией принято называть окклюзирующее поражение коронарной артерии без признаков антеградного кровотока в течении:

1 месяца

3 месяцев

6 месяцев

12 месяцев

177. Чем "старше" хроническая окклюзия коронарных артерий, тем:

меньше содержание холестерина

больше содержание Са и плотного коллагена

выраженное негативное ремоделирование

все варианты верны

178. Основным компонентом хронической окклюзии коронарной артерии в большинстве случаев является:

фибрин

кальций

коллаген

холестерин

179. Средний диаметр микронеоканала в окклюзированном сегменте коронарной артерии составляет:

100 микрон

200 микрон

500 микрон

1000 микрон

180. Микроканалы в присутствуют в .... случаев хронических окклюзий коронарных артерий:

50%

10%

85%

100%

181. В покое коллатеральный кровоток обеспечивает .... от нормального перфузионного давления в дистальном русле окклюзированной коронарной артерии:

10%

25%

40%

80%

182. При нагрузке коллатерали могут обеспечить нормальный кровоток не более чем в .... случаев окклюзий коронарных артерий:

5%

25%

50%

75%

183. Перечислите положительные эффекты успешной ангиопластики при хронических окклюзиях коронарных артерий:

повышение толерантности к физическим нагрузкам

уменьшения частоты и степени спонтанной и индуцированной ишемии

улучшения функции ЛЖ

уменьшения потребности в АКШ

все варианты верны

184. Выберите пенетрационный проводник:

Fielder

Whisper

Confianza pro

Balance

185. Для ретроградного прохождения окклюзии коронарных артерий можно использовать:

эпикардиальные ветви

септальные ветви

аорто-коронарный шунт

все варианты верны

186. Выберите характеристики относящиеся к "сложным" случаям при ангиопластике хронической окклюзии коронарных артерий:

выраженный кальциноз

коническая форма культи

культя отсутствует

проксимальная извитость

протяженность окклюзии ≤ 20мм

187. Выберите характеристики относящиеся к "простым" случаям при ангиопластике хронической окклюзии коронарных артерий:

выраженный кальциноз

коническая форма культи

культя отсутствует

проксимальная извитость

протяженность окклюзии ≤ 20мм

188. Контраст-индуцированная нефропатия характеризуется увеличением сывороточного креатинина от исходного более чем на:

15%

25%

50%

65%

189. Контраст-индуцированная нефропатия развивается обычно в течении .... часов после введения рентгено-контрастных веществ( РКВ):

2-3

12-24

24-48

6-9

190. Расчетная доза гепарина во время ангиопластики:

50 МЕ/кг

100 МЕ/кг

150 МЕ/кг

1000 МЕ/кг

191. Показания к ротационной атероэктомии:

протяженные кальцинированные поражения

неуспешная баллонная дилатация

кальцинированные устьевые поражения

хроническая окклюзия

все варианты верны

192. Впервые стент без лекарственного покрытия был имплантирован человеку в:

1983 году

1986 году

1994 году

1999 году

193. Впервые стент с лекарственным покрытием был имплантирован человеку в:

1983 году

1986 году

1994 году

1999 году

194. Нагрузочная доза клопидогреля для пациентов с инфрактом миокарда с элевацией ST получивший тромболитическую терапию (ТЛТ):

300 мг

600 мг

375 мг

450 мг

195. Достоверные факторы риска госпитальной летальности:

возраст

сроки инфаркта миокарда < 24 часов

женский пол

почечная недостаточность

все варианты верны

196. При возникновении гипотензии во время мануальной компрессии бедренной артерии первым этапом необходимо:

уменьшить компрессию

в/в мезатон

в/в атропин

местное обезболивание

197. После имплантации стентов с лекарственным покрытием клопидогрель следует принимать как минимум:

3 месяца

6 месяцев

12 месяцев

24 месяца

198. Охарактеризуйте стент с закрытой ячейкой:

меньшая площадь пролапса тканей

большая площадь пролапса тканей

большая неподдерживаемая площадь

тенденция к большей жесткости стента

199. Охарактеризуйте стент с открытой ячейкой:

меньшая площадь пролапса тканей

большая площадь пролапса тканей

большая неподдерживаемая площадь

тенденция к большей жесткости стента

200. Под термином рекоил-стента понимают:

процент, на который уменьшится диаметр расправленного баллоном стента при сдувании баллона

возможность стента сопротивляться сдавливающему усилию, создаваемому негативным ремоделированием артерии

структурная поддержка или каркас, создаваемый стентом внутри артерии

201. Радиальная жесткость стента - это:

процент, на который уменьшится диаметр расправленного баллоном стента при сдувании баллона

возможность стента сопротивляться сдавливающему усилию, создаваемому негативным ремоделированием артерии

структурная поддержка или каркас, создаваемый стентом внутри артерии

202. Наиболее предпочтительными доступами при стентировании почечных артерий являются:

бедренный и ипсилатеральный

локтевой и бедренный

лучевой и локтевой

только лучевой

203. Показаниями к использованию защитных устройств при стентировании почечных артерий являются:

почечная недостаточность с уровнем креатинина более 1,4 мг/дл

пожилые пациенты

ишемическая нефропатия

билатеральные стенозы почечных артерий

единственная функционирующая почка

поражения аорты и устья почечных артерий

все варианты верны

204. Специфическим осложнением стентирования почечных артерий не является:

ухудшение почечной функции

разрыв и перфорация почечной артерии

протяжённое ретроградное расслоение нисходящей аорты

тромбоз почечной артерии

дислокация стента

205. Возможные доступы при стентировании подвздошных артерий являются:

трансбрахиальный

трансфеморальный

ипсилатеральный

все варианты верны

206. При вмешательствах на наружной подвздошной артерии ( НПА) предпочтительнее используют стенты:

самораскрываемые

баллонораскрываемые

баллонораскрываемые и самораскрываемые

НПА не стентируется никогда

207. При стентировании подвздошного сегмента баллонная пластика:

обязательна

желательна

нежелательна

не нужна

208. Подберите соответствующие определение к классификации TASC А:

единичный стеноз общей или наружной подвздошной артерии (одно- или двухсторонний) длиной менее 3 см

единичный стеноз подвздошной артерии не переходящий на бедренную артерию длиной 3-10 см, два стеноза общей подвздошной артерии ( ОПА) или наружной подвздошной артерии( НПА), не переходящие на общую бедренную артерию (ОБА), длиной до 5 см, односторонняя окклюзия ОПА

двухсторонний стеноз общей и/или наружной подвздошной артерии, не переходящий на ОБА, длиной 5-10см, односторонняя окклюзия НПА, не переходящая на ОБА, односторонняя окклюзия НПА, переходящая на ОБА двухсторонняя окклюзия ОПА

обширные стенозы всей ОПА, НПА и ОБА, длиной более 10 см односторонняя окклюзия общей и наружной подвздошной артерии двухсторонние окклюзии наружной подвздошной артерии, стеноз подвздошной артерии в сочетании с аневризмой брюшной аорты или подвздошной артерии

209. По классификации TIMI, TIMI-3 соответствует:

антеградный кровоток отсутствует

небольшое проникновение за окклюзию, дистального потока нет

дистальная перфузия, нет наполнения всех сосудов

адекватная дистальная перфузия менее половины дистальных сосудов

адекватная дистальная перфузия более половины дистальных сосудов

210. Устье правой коронарной артерии( ПКА) наиболее часто находится:

в правом синусе вальсальвы

в переднем синусе вальсальвы

в левом заднем синусе вальсальвы

между правым и передним синусами

211. Устье левой коронарной артерии ( ЛКА) наиболее часто находится:

в правом синусе Вальсальвы

в переднем синусе Вальсальвы

в левом заднем синусе Вальсальвы

между правым и передним синусами

212. Частицы, какого размера рекомендуется использовать для эмболизации миомы матки при IA типе кровоснабжения:

 300 нм

 500 нм

 800 нм

213. При сбалансированном типе кровоснабжения:

кровоснабжение левого желудочка целиком, включая обе папиллярные мышцы, и передних 1/2 и 2/3 межжелудочковой перегородки осуществляется через систему левой коронарной артерии, правый желудочек, в том числе обе правые папиллярные мышцы и задняя 1/2-1/3 перегородки, получает кровь из правой коронарной артерии

кровоснабжение всего левого желудочка и, кроме того, целиком всей перегородки и частично задней стенки правого желудочка осуществляется за счет развитой огибающей ветви левой коронарной артерии, которая достигает задней продольной борозды и оканчивается здесь в виде задней нисходящей артерии, отдавая часть ветвей к задней поверхности правого желудочка

наблюдается при слабом развитии огибающей ветви, которая или заканчивается, не доходя до тупого края, или переходит в коронарную артерию тупого края, не распространяясь на заднюю поверхность левого желудочка, в таких случаях правая коронарная артерия после отхождения задней нисходящей артерии обычно дает еще несколько ветвей к задней стенке левого желудочка

214. При правом типе кровоснабжения:

кровоснабжение левого желудочка целиком, включая обе папиллярные мышцы, и передних 1/2 и 2/3 межжелудочковой перегородки осуществляется через систему левой коронарной артерии, правый желудочек, в том числе обе правые папиллярные мышцы и задняя 1/2-1/3 перегородки, получает кровь из правой коронарной артерии

кровоснабжение всего левого желудочка и, кроме того, целиком всей перегородки и частично задней стенки правого желудочка осуществляется за счет развитой огибающей ветви левой коронарной артерии, которая достигает задней продольной борозды и оканчивается здесь в виде задней нисходящей артерии, отдавая часть ветвей к задней поверхности правого желудочка

наблюдается при слабом развитии огибающей ветви, которая или заканчивается, не доходя до тупого края, или переходит в коронарную артерию тупого края, не распространяясь на заднюю поверхность левого желудочка, в таких случаях правая коронарная артерия после отхождения задней нисходящей артерии обычно дает еще несколько ветвей к задней стенке левого желудочка

215. При левом типе кровоснабжения:

кровоснабжение левого желудочка целиком, включая обе папиллярные мышцы, и передних 1/2 и 2/3 межжелудочковой перегородки осуществляется через систему левой коронарной артерии, правый желудочек, в том числе обе правые папиллярные мышцы и задняя 1/2-1/3 перегородки, получает кровь из правой коронарной артерии

кровоснабжение всего левого желудочка и, кроме того, целиком всей перегородки и частично задней стенки правого желудочка осуществляется за счет развитой огибающей ветви левой коронарной артерии, которая достигает задней продольной борозды и оканчивается здесь в виде задней нисходящей артерии, отдавая часть ветвей к задней поверхности правого желудочка

наблюдается при слабом развитии огибающей ветви, которая или заканчивается, не доходя до тупого края, или переходит в коронарную артерию тупого края, не распространяясь на заднюю поверхность левого желудочка, в таких случаях правая коронарная артерия после отхождения задней нисходящей артерии обычно дает еще несколько ветвей к задней стенке левого желудочка

216. Длина стента должна быть:

больше протяженности поражения коронарной артерии (КА)

равна протяженности поражения КА

меньше протяженности поражения КА

длина стента не должна зависеть от протяженности поражения

217. Заклинивание артерии синус-атриовентрикулярного узла ( СА-узла ) может вызвать:

фибрилляцию желудочков

брадикардию

блокаду правой ножки пучка Гисса

аллергическую реакцию

218. Скольким мм равен 1 Fr :

1,32

0,33

0,4

0,5

219. Метод спиртовой редукции направлен на устранение:

добавочных хорд

гипертрофии выходного отдела миокарда МЖП

дефекта МЖП

такой метод не применяется

220. При эндоваскулярных вмешательствах время действия 5000 Ед гепарина приблизительно равняется:

2 часа

30 минут

1 час

12 часов

221. Укажите механизм действия ангиокса (бивалирудин) :

антагонист iib /III a рецепторов

активатор тромбина

ингибитор тромбина

ингибитор ЦОГ 2

222. Укажите механизм действия монафрама:

антагонист IIb /III a рецепторов

блокатор АДФ рецепторов

ингибитор тромбина

ингибитор ЦОГ 2

223. Укажите механизм действия аспирина:

антагонист IIb /III a рецепторов

блокатор АДФ рецепторов

ингибитор тромбина

ингибитор ЦОГ 2

224. Гепарин относится к группе:

антикоагулянт прямого действия

антикоагулянт непрямого действия

тромболитик

антагонист IIb /III a рецепторов

225. Укажите изоосмолярное контрастное вещество:

ультравист

визипак

ксенетикс

оптирей

226. Укажите контрастное вещество, не содержащее йод:

ультравист

визипак

ксенетикс

оптирей

все варианты верны

227. При ангиокардиографии у детей рекомендуется использовать:

ультравист

визипак

ксенетикс

оптирей

228. У пациентов с почечной патологией рекомендуется использовать:

ультравист

визипак

ксенетикс

оптирей

229. Укажите мягкий гидрофильный проводник:

WHISPER LS

FIELDER FC

MIRACLE 6

PROGRESS 200

230. Укажите жесткий проводник:

WHISPER LS

FIELDER FC

MIRACLE 6

PROGRESS 200

231. Кровоток по коронарной артерии TIMI 0 характеризуется:

замедленным прохождением контраста по артерии

не контрастируется дистальный участок артерии

отсутствием прохождения контраста по артерии

хорошим заполнением всей артерии контрастом

232. Кровоток по коронарной артерии TIMI I характеризуется:

замедленным прохождением контраста по артерии

не контрастируется дистальный участок артерии

отсутствием прохождения контраста по артерии

хорошим заполнением всей артерии контрастом

233. Кровоток по коронарной артерии TIMI II характеризуется:

замедленным прохождением контраста по артерии

не контрастируется дистальный участок артерии

отсутствием прохождения контраста по артерии

хорошим заполнением всей артерии контрастом

234. Кровоток по коронарной артерии TIMI III характеризуется:

замедленное прохождение контраста по артерии

не контрастируется дистальный участок артерии

отсутствие прохождения контраста по артерии

хорошим заполнение всей артерии контрастом

235. К системам проксимальной защиты (при стентировании сонных артерий) относится:

SPIDER FX

ANGIOGARD

MOMA

FIBERNET

236. К системам дистальной защиты (при стентировании сонных артерий) относятся:

SPIDER FX

ANGIOGARD

MOMA

FIBERNET

237. Для ангиопластики с помощью Protege Rx 7\*10\*40 мм можно использовать:

проводниковый катетер 6FR

проводниковый катетер 7FR

интродюсер 6 FR (10 см)

интродюсер 6FR (100 см)

238. Укажите механизм действия плавикса (клопидогрель):

антагонист IIb /III a рецепторов

блокатор АДФ рецепторов

ингибитор тромбина

ингибитор ЦОГ 2

239. К классификации TASC B соответствующие определения:

единичный стеноз общей или наружной подвздошной артерии (одно- или двухсторонний) длиной менее 3 см

единичный стеноз подвздошной артерии не переходящий на бедренную артерию длиной 3-10 см, два стеноза общей подвздошной артерии( ОПА) или наружной подвздошной артерии ( НПА), не переходящие на общую бедренную артерию( ОБА), длиной до 5 см, односторонняя окклюзия ОПА

двухсторонний стеноз общей и/или наружной подвздошной артерии, не переходящий на ОБА, длиной 5-10см, односторонняя окклюзия НПА, не переходящая на ОБА, односторонняя окклюзия НПА, переходящая на ОБА двухсторонняя окклюзия ОПА

обширные стенозы всей ОПА, НПА и ОБА, длиной более 10 см, односторонняя окклюзия общей и наружной подвздошной артерии двухсторонние окклюзии наружной подвздошной артерии, стеноз подвздошной артерии в сочетании с аневризмой брюшной аорты или подвздошной артерии

240. К классификации TASC C соответствующие определения:

единичный стеноз общей или наружной подвздошной артерии (одно- или двухсторонний) длиной менее 3 см

единичный стеноз подвздошной артерии не переходящий на бедренную артерию длиной 3-10 см, два стеноза ОПА или НПА, не переходящие на ОБА, длиной до 5 см, односторонняя окклюзия ОПА

двухсторонний стеноз общей и/или наружной подвздошной артерии, не переходящий на общую бедренную артерию( ОБА), длиной 5-10см, односторонняя окклюзия наружной подвздошной артерии( НПА), не переходящая на ОБА, односторонняя окклюзия НПА, переходящая на ОБА, двухсторонняя окклюзия общей подвздошной артерии( ОПА)

обширные стенозы всей ОПА, НПА и ОБА, длиной более 10 см, односторонняя окклюзия общей и наружной подвздошной артерии двухсторонние окклюзии наружной подвздошной артерии, стеноз подвздошной артерии в сочетании с аневризмой брюшной аорты или подвздошной артерии

241. К классификации TASC D соответствующие определения:

единичный стеноз общей или наружной подвздошной артерии (одно- или двухсторонний) длиной менее 3 см

единичный стеноз подвздошной артерии не переходящий на бедренную артерию длиной 3-10 см, два стеноза ОПА или НПА, не переходящие на ОБА, длиной до 5 см, односторонняя окклюзия ОПА

двухсторонний стеноз общей и/или наружной подвздошной артерии, не переходящий на ОБА, длиной 5-10 см, односторонняя окклюзия НПА, не переходящая на ОБА, односторонняя окклюзия НПА, переходящая на ОБА двухсторонняя окклюзия ОПА

обширные стенозы всейобщей подвздошной артерии( ОПА), наружной подвздошной артерии( НПА) и общей бедренной артерииОБА, длиной более 10 см односторонняя окклюзия общей и наружной подвздошной артерии двухсторонние окклюзии наружной подвздошной артерии, стеноз подвздошной артерии в сочетании с аневризмой брюшной аорты или подвздошной артерии

242. К поздним осложнениям спиртовой редукции миокарда относится:

коуголятивный некроз септальной артерии и миокарда

критическая нейтрофилия

тканевой отёк

некротический миокард оказывается перемещённым по причине появления перманентного рубца и процесса грануляции ткани

243. Укажите оптимальную проекцию для проксимальной трети передней нисходящей артерии( ПНА):

 20° RAO, 0-15° Caudal

 30° RAO, 30° Cranial

 20° LAО

 30°RAO

244. Укажите оптимальную позицию для средней трети передней нисходящей артерии ( ПНА):

 30° LAO, 30° Cranial

 30° RAO, 15 Cranial

Прямая проекция.

 30° RAO

245. Укажите оптимальную проекцию для проксимальной трети огибающей артерии( ОА):

 30° RAO, 15° Caudal

 30° LAO, 30° Cranial

 30° RAO, 15 Cranial

 30° Cranial

246. Укажите оптимальную проекцию для задней нисходящей артерии( ЗНА)и задне-боковой артерии ( ЗБА):

 30° RAO, 30° Caudal

 15° RAO, 30° Caudal

 30° RAO

 30° RAO, 45° Cranial

247. Выберите наиболее точные ориентиры при пункции бедренной артерии:

паховая связка

головка бедренной кости

кожная складка

точка наилучшей пульсации бедренной артерии

248. Какие осложнения возможны при «высокой пункции» бедренной артерии:

подкожная гематома

воздушная эмболия

ранение седалищного нерва

забрюшинная гематома

249. На какой срок назначается «двойная» дезагрегантная терапия (клопидогрель + аспирин) после имплантации стентов с лекарственным покрытием:

не назначается

на 3 мес.

на 6 мес.

на 12 мес.

250. На какой срок назначается «двойная» дезагрегантная терапия (клопидогрель + аспирин) после имплантации голометаллических стентов:

не назначается

на 3 мес.

на 6 мес.

на 12 мес.

251. Некомплаинсный баллон используют для:

достижения максимальной аппозиции стента

для дилатации фиброзных и кальцинированных поражений

для предилятации «простых поражений»

252. Узкий корень аорты требует катетер с кривизной:

JL-3,5

JL-4,0

JL-4,5

JL-5,0

253. Широкий корень аорты требует катетер с кривизной:

JL-3,5

JL-4,0

JL-4,5

JL-5,0

254. Выберите характеристику миомы матки соответствующую III типу:

узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 0%

интралигаментарно расположенные узлы

узлы на ножке без интрамурального компонента

миоматозные узлы с интрамуральным компонентом 0% и более

255. Какие проводниковые катетеры предпочтительны для создания дополнительной поддержки при выполнении вмешательств при «сложных» поражениях левой коронарной артерии:

JL

JR

EBU

PB

256. Какие проводниковые катетеры предпочтительны для создания дополнительной поддержки при выполнении вмешательств при «сложных» поражениях правой коронарной артерии:

JL

JR

AL

EBU, PB

257. Кто первым в эксперименте на себе доказал безопасность введения катетера в живое сердце человека:

D.Richards

S. Seldinger

W. Forssman

M. Judkins

258. Кто впервые выполнил процедуру периферической ангиопластики:

S. Seldinger

A. Gruentzig

W. Forssman

Ch. Dotter

259. Выберите характеристику миомы матки соответствующую 1 типу:

узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 50%

интралигаментарно расположенные узлы

узлы на ножке без интрамурального компонента

миоматозные узлы с интрамуральным компонентом 0% и более

260. Взаиморасположение элементов сосудисто-нервного пучка в проекции бедренного треугольника:

 нерв, артерия, вена

 артерия, нерв, вена

 вена, артерия, нерв

 нерв, вена, артерия

261. Тест, используемый для определения степени выраженности коллатерального кровообращения в ладонной дуге:

Брудзинского

Аллена

Сонеса

Петросяна

262. Триада Вирхова - выберете правильные ответы:

травма внутренней стенки сосуда

снижение скорости кровотока

гиперкоагуляция

повышение скорости кровотока

гипокоагуляция

263. Основные слои сосудистой стенки:

интима, медиа, адвентиция

передний эпителий интимы, передняя пограничная пластинка, собственное вещество интимы, задняя пограничная пластинка, эпителий адвентиции

поверхностный, сосочковый, сетчатый

подсерозный слой, мышечная оболочка, слизистая оболочка

264. Кровоток TIMI II:

нормальный кровоток, наполнение и вымывание контраста из пораженной артерии не отличается от такового в других артериях

частичный кровоток, контраст полностью наполняет коронарное русло дистальнее стеноза, тем не менее, скорость наполнения стенозированного сосуда ниже, чем в сопоставимых непораженных участках русла

просачивание контрастного вещества через стеноз, контраст не может плотно наполнить коронарное русло дистальнее стеноза

отсутствие антеградного кровотока

265. Выберите «проводник первого выбора»:

Miracle

WHISPER

BALANCE

Fielder

266. Назовите общепринятую методику пункции артерий:

По Вишневскому

По Форсману

По Ричардсу

По Сельдингеру

267. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:

передних 2/3 межжелудочковой перегородки

части передней стенки правого желудочка

межпредсердной перегородки

левого предсердия, передней и большой части задней стенки левого желудочка

268. К осложнениям селективной коронарографии не относится:

церебральная эмболия

перфорация желудочка

образование гематомы

отрыв хорды трикуспидального клапана

269. Большая часть межжелудочковой перегородки получает кровоснабжение:

от правой коронарной артерии

от передней межжелудочковой ветви

от ветви тупого края

от ветви острого края

от огибающей артерии

270. К неионным низкоосмолярным контрастным веществам относятся:

изопак

урографин

омнипак

ультравист

271. К неионным изоосмолярным веществам с минимальным влиянием на органы и ткани относиться:

визипак

оптирей

ультравист

гексабрикс

272. Какой катетер предпочтительнее выбрать при обычном корне аорты и отхождении правой коронарной артерии ( ПКА):

JL-4

JR-4

XB 4,5

RCB

273. Какой катетер предпочтительнее выбрать при обычном корне аорты и отхождении передней нисходящей артерии( ПНА):

JL-4

JL-6

XB 4,5

AL 3

274. Какой катетер предпочтительнее выбрать при расширенном корне аорты для катетеризации передней нисзодящей артерии ( ПНА):

JL-4

JL-6

JR 6

JCL 4

275. I тип перфорации коронарных артерий по S.Ellis - это:

экстралюминальный затек без экстравазации

гиперемия миокарда или перикарда без экстравазации

экстравазация через явную перфорацию

перфорация в анатомическую полость

276. Стеноз типа С:

концентрический стеноз с ровными контурами протяженностью менее 10 мм

эксцентрический стеноз либо стенозы, имеющие признаки кальциноза, пристеночного тромбоза и неровные контуры

стеноз протяженностью более 20 мм, стенозы имеющий изъязвленную поверхность, хроническая окклюзия, диффузное поражение артерии

277. Круг Весена образуют:

диагональная ветвь и ветвь тупого края

инфунцибулярная ветвь и правожелудочковая ветвь передней межжелудочковой ветви

ветвь тупого края и правая коронарная артерия

ветвь острого края и диагональная артерия

септальная ветвь и правая коронарная артерия

278. Каково должно быть активированное время свертывания при обычном стентировании:

более 180 с

более 200 с

более 250 с

более 300 с

279. Подострый тромбоз стента:

в пределах 24 часов

от 24 часов до 30 суток

от 30 суток до 12 мес.

после 12 мес.

280. Выберите характеристику миомы матки соответствующую II типу:

узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 0%

интралигаментарно расположенные узлы

узлы на ножке без интрамурального компонента

миоматозные узлы с интрамуральным компонентом 0% и более

281. Какие виды чрезкожных коронарных вмешательств различают при остром инфаркте миокарда:

первичная

немедленная

спасительная

отсроченная

избирательная

все варианты верны

282. Диссекция типа В:

представляет собой небольшую нечеткость в просвете коронарной артерии при протекании по ней контрастного вещества, задержки последнего в сосудистой стенке не наблюдается

характеризуется формированием ангиографической картины двойного просвета внутри артерии, замедления протекания контраста также нет

свойственна задержка контрастного вещества в стенке коронарной артерии при нормальном качестве антероградного кровотока

представляет собой окклюзию с признаками расщепления стенки сосуда и тромбом

283. Диссекция типа F:

представляет собой небольшую нечеткость в просвете коронарной артерии при протекании по ней контрастного вещества, задержки последнего в сосудистой стенке не наблюдается

характеризуется формированием ангиографической картины двойного просвета внутри артерии, замедления протекания контраста также нет

свойственна задержка контрастного вещества в стенке коронарной артерии при нормальном качестве антероградного кровотока

представляет собой окклюзию с признаками расщепления стенки сосуда и тромбом

284. Что не относится к факторам риска острых окклюзий коронарных артерий при коронарном синдроме:

острые формы ИБС

избыточные диссекции

тромбоз

наличие кальциноза и протяженного поражения

хроническая почечная недостаточность

остаточный стеноз

285. II тип атеросклеротической бляшки ( АСБ) сонных артерий по G.Geroulakos:

однородная эхонегативная бляшка

преимущественно эхогенная бляшка с менее чем 0% эхонегативной поверхностью

преимущественно эхонегативная бляшка с менее чем 0% эхогенной поверхностью

однородная эхогенная бляшка

бляшка не подлежащая классификации из-за выраженного кальциноза и акустической тени

286. Ivтип атеросклеротической бляшки ( АСБ) сонных артерий по G.Geroulakos:

однородная эхонегативная бляшка

преимущественно эхогенная бляшка с менее чем 0% эхонегативной поверхностью

преимущественно эхонегативная бляшка с менее чем 0% эхогенной поверхностью

однородная эхогенная бляшка

бляшка, не подлежащая классификации из-за выраженного кальциноза и акустической тени

287. Показания к стентированию сонных артерий:

стеноз у асимптомных пациентов 60%

стеноз у асимптомных пациентов 70 и более

инсульт или транзиторное нарушение мозгового кровообращения при стенозе 0% и более

инсульт или транзиторное нарушение мозгового кровообращения при стенозе 0% и более

288. Диссекция типа А:

представляет собой небольшую нечеткость в просвете коронарной артерии при протекании по ней контрастного вещества, задержки последнего в сосудистой стенке не наблюдается

характеризуется формированием ангиографической картины двойного просвета внутри артерии, замедления протекания контраста также нет

свойственна задержка контрастного вещества в стенке коронарной артерии при нормальном качестве антероградного кровотока

представляет собой окклюзию с признаками расщепления стенки сосуда и тромбом

289. Диссекция типа С:

представляет собой небольшую нечеткость в просвете коронарной артерии при протекании по ней контрастного вещества, задержки последнего в сосудистой стенке не наблюдается

свойственно формирование облакообразных дефектов наполнения

свойственна задержка контрастного вещества в стенке коронарной артерии при нормальном качестве антероградного кровотока

диагностируется по спиральным дефектам заполнения сосуда контрастным веществом

290. Диссекция типа D:

представляет собой небольшую нечеткость в просвете коронарной артерии при протекании по ней контрастного вещества, задержки последнего в сосудистой стенке не наблюдается

свойственно формирование облакообразных дефектов наполнения

свойственна задержка контрастного вещества в стенке коронарной артерии при нормальном качестве антероградного кровотока

диагностируется по спиральным дефектам заполнения сосуда контрастным веществом

291. Что относится к морфологическому типу поражения подвздошных артерий TASC A:

единичный стеноз подвздошной артерии, не переходящий на общую бедренную артерию, длиной - 0 см

единичный стеноз наружной или общей подвздошной артерии длиной < 3см

двусторонняя окклюзия общей подвздошной артерии

односторонняя окклюзия наружной подвздошной артерии, не переходящая на общую бедренную

односторонняя окклюзия общей подвздошной артерии

292. Что относится к морфологическому типу поражения подвздошных артерий TASC В:

единичный стеноз подвздошной артерии, не переходящий на общую бедренную артерию, длинной 3-10 см

единичный стеноз наружной или общей подвздошной артерии длинной <3 см

двусторонняя окклюзия общей подвздошной артерии

односторонняя окклюзия наружной подвздошной артерии, не переходящая на общую бедренную

односторонняя окклюзия общей подвздошной артерии

293. Что относится к морфологическому типу поражения подвздошных артерий TASC С:

единичный стеноз подвздошной артерии, не переходящий на общую бедренную артерию, длинной 3-10 см

единичный стеноз наружной или общей подвздошной артерии длинной <3 см

двусторонняя окклюзия общей подвздошной артерии

односторонняя окклюзия наружной подвздошной артерии, не переходящая на общую бедренную

односторонняя окклюзия общей подвздошной артерии

294. Механизмы рестеноза, выберите лишнее:

эластический возврат

реорганизация тромба

гиперплазия неоинтимы

снижение скорости кровотока

ремоделирование

295. IA тип эндолика:

дефект графта поток из места соединения или разрушения конструкции

потоки из мест прикрепления проксимальный конец эндографта

потоки из мест прикрепления подвздошный окклюдер

несколько потоков

296. IС тип эндолика:

дефект графта поток из места соединения или разрушения конструкции

потоки из мест прикрепления проксимальный конец эндографта

потоки из мест прикрепления подвздошный окклюдер

несколько потоков

297. IIIA тип эндолика:

дефект графта поток из места соединения или разрушения конструкции

потоки из мест прикрепления проксимальный конец эндографта

потоки из мест прикрепления подвздошный окклюдер

несколько потоков

298. Выберите характеристику миомы матки соответствующую 0 типу:

узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 50%

интралигаментарно расположенные узлы

узлы на ножке без интрамурального компонента

миоматозные узлы с интрамуральным компонентом 0% и более