Что входит в набор для селективной ангиографии?

- 1. Диагностический проводник
- 2. Интродьюсер
- 3. Диагностический катетер
- 4. Проводниковый катетер

Верно 1-3

Какое покрытие проводников используется для уменьшения трения?

- 1. Гидрофильное
- 2. Силиконовое
- 3. Тефлоновое
- 4. Гидрофобное

Верно 1, 3

Какие типы баллонных катетеров по способу доставки к месту поражения используются в современной практике:

- 1. On-The-Wire
- 2. Rapid Exchange
- 3. Under-the-wire
- 4. Over-the-wire

Верно 2, 4

Сколько мм в одном Френче?

- 1. 1
- 2. 1,5
- 3. 0,55
- 4. 0.33

Верно 4

Какие препараты используются в качестве антипролиферативного покрытия?

- 1. Паклитаксел
- 2. Сиролимус
- 3. Эверолимус
- 4. Антитела к эндотелиальным клеткам предшественникам

Верно 1-4

К возможным осложнениям при пункции бедренной артерии относятся:

- 1. Забрюшинная гематома
- 2. Ложная аневризма
- 3. Артерио-венозная фистула
- 4. Остеомиелит головки бедренной кости

Верно 1-3

В состав «коктейля» при выполнении пункции лучевой артерии входят:

- 1. Гепарин
- 2. В-блокатор
- 3. Нитрогицерин или Са-блокатор
- 4. Блокатор IIb/IIIa рецепторов

Верно 1, 3

К йодсодержащим контрастным препаратам, применяемым для ангиографии относятся:

- 1. Парамагнитные контрастные препараты
- 2. Неионные контрастные препараты
- 3. Сульфат бария
- 4. Ионные контрастные препараты

Верно 2, 4

Что является критерием эффективности баллонной ангиопластики:

- 1. Наличие остаточного стеноза менее 70%
- 2. Наличие остаточного стеноза менее 30%
- 3. Наличие остаточного стеноза менее 10%
- 4. Наличие остаточного стеноза менее 50%

Верно 4

Выберите меры профилактики контрастной нефропатии:

- 1. Прегидратация
- 2. Постгидратация
- 3. Road-mapping
- 4. СО2 ангиография

Верно 1-4

Выберите помещения, которые должны иметься в рентгенОПОПерационном блоке согласно СанПиН 2.6.1.1192-03:

- 1. РентгенОПОПерационная
- 2. Комната управления
- 3. Комната временного пребывания больного
- 4. Кладовая запасных частей

Верно 1-3

Анестезиологическое пособие при рентгенохирургических вмешательствах:

- 1. В большинстве случаев у взрослых пациентов заключается в в/в седации
- 2. Не требуется
- 3. В большинстве случаев у детей заключается в общем наркозе
- 4. В большинстве случаев заключается в общем наркозе

Верно 1, 3

Для защиты от рентгеновского излучения в рентгенОПОПерационных применяется:

- 1. Медь
- 2. Свинец
- 3. Цинк
- 4. Барит

Верно 2, 4

Критерием эффективности селективной эмболизации артерии с целью остановки кровотечения является:

- 1. Замедление кровотока в эмболизированной артерии
- 2. Коллатеральное заполнение эмболизированной артерии
- 3. Восстановление кровотока в эмболизированной артерии
- 4. Прекращение кровотока в эмболизированной артерии

Что из перечисленного ниже является компонентом ангиографической установки:

- 1. Рентгеновская трубка
- 2. Электронно-оптический преобразователь
- 3. Цифровая система обработки изображений
- 4. Рентгенопрозрачный стол

Верно 1-4

Выберите из списка ВПС бледного типа с артериовенозным сбросом:

- 1. Дефект межжелудочковой перегородки
- 2. Дефект межпредсердной перегородки
- 3. Открытый артериальный проток
- 4. Тетрада Фалло

Верно 1-3

Выберите из списка ВПС синего типа с веноартериальным сбросом:

- 1. Транспозиция магистральных сосудов
- 2. Дефект межпредсердной перегородки
- 3. Тетрада Фалло
- 4. Открытый артериальный проток

Верно 1, 3

Выберите показания для транскатетерного закрытия ДМПП:

- 1. Системная инфекция в срок до 1 мес. до операции
- 2. Клинические признаки объемной перегрузки правого желудочка
- 3. Расстояние менее 5 мм от края дефекта до устья коронарного синуса легочных вен, а также A-B клапанов
- 4. Шунтирование крови слева направо в отношении 1,5:1

Верно 2, 4

Выберите показания для транскатетерного закрытия ДМЖП:

- 1. Расстояние менее 4 мм от края дефекта до устья легочного, аортального и также А-В клапанов
- 2. Высокое легочное сопротивление
- 3. Малые размеры пациента (вес менее 5,2 кг)
- 4. Большой объем Л-П сброса, легочная гипертензия и сердечная недостаточность

Верно 4

Выберите противопоказания для транскатетерного закрытия ДМПП:

- 1. Противопоказания для назначения антитромбоцитарной терапии на срок до 6 мес.
- 2. Наличие внутрисердечного (внутрипредсердного) тромба
- 3. Малые размеры пациента (невозможность использования чреспищеводной ЭХОКГ и катетеров необходимого диаметра)
- 4. Расстояние менее 5 мм от края дефекта до устья коронарного синуса легочных вен, а также A-B клапанов

Выберите противопоказания для транскатетерного закрытия ДМЖП:

- 1. Малые размеры пациента (вес менее 5,2 кг)
- 2. Сепсис или активная бактериальная инфекция
- 3. Противопоказания для назначения антитромбоцитарной терапии
- 4. Рецидив ДМЖП после хирургического закрытия

Верно 1-3

Выберите показания для баллонной атриосептостомии:

- 1. Полная транспозиция магистральных сосудов;
- 2. Открытый артериальный проток
- 3. Тотальный аномальный дренаж легочных вен
- 4. Дефект межжелудочковой перегородки

Верно 1, 3

Выберите показания для баллонной ангиопластики коарктации аорты:

- 1. Градиент систолического давления на сужении более 10 мм рт. ст.
- 2. Наличие градиента систолического давления между восходящей и нисходящей аортой более 20 мм рт. ст.
- 3. Систолическое давление в ПЖ более 50% от АД при отсутствии сброса крови слева направо
- 4. Коллатеральный или измененный магистральный кровоток на нижних конечностях.

Верно 2, 4

В каких случаях применяется катетер Park с ножевым лезвием?

- 1. Для рассечения сращений по комиссурам митрального клапана
- 2. Для пересечения аномальных проводящих путей сердца
- 3. Для увеличения размера дефекта межжелудочковой перегородки
- 4. В случае ригидной межпредсердной перегородки и у больных старше 3-4 лет.

Верно 4

Показания к ангиопластике легочных артерий:

- 1. Наличие врожденного или приобретенного стеноза легочной артерии;
- 2. Градиент систолического давления на сужении более 10 мм рт. ст.;
- 3. Систолическое давление в ПЖ более 50% от АД при отсутствии сброса крови слева направо;
- 4. Значительное снижение кровотока в заинтересованном легком

Верно 1-4

Выберите показания для баллонной ангиопластики врожденного клапанного стеноза аорты:

- 1. Пиковый градиент систолического давления между ЛЖ и Ао более 50 мм рт. ст.
- 2. Недостаточность на аортальном клапане не более 1+ для клапанного стеноза.
- 3. Недостаточность на аортальном клапане не более 2+ для подклапанного мембранозного стеноза.
- 4. Инфекционный эндокардит в активной фазе

Для эмболизации ОАП применяются:

- 1. Спирали Gianturco
- 2. Окклюзионные баллоны
- 3. DuctOccluder
- 4. Частицы PVA

Верно 1, 3

При выполнении баллонной ангиопластики врожденного клапанного стеноза аорты:

- 1. Диаметр баллона должен быть на 1-2 мм больше диаметра клапанного кольца
- 2. Диаметр баллона должен быть на 1-2 мм меньше диаметра клапанного кольца
- 3. Время раздувания баллона должно быть не менее 10 сек.
- 4. Время раздувания баллона должно быть не более 10 сек.

Верно 2, 4

При выполнении баллонной ангиопластики врожденного клапанного стеноза легочной артерии:

- 1. Должна применятся двойная антитромбоцитарная терапия
- 2. Нужно стремиться к выполнению вмешательства под местной анестезией
- 3. Диаметр баллона должен быть на 1-2 мм меньше диаметра клапанного кольца
- 4. Диаметр баллона должен превышать диаметр клапанного кольца в 1.2-1.4 раза.

Верно 4

Тетрада Фалло включает в себя следующие признаки:

- 1. Стеноз выходного отдела правого желудочка
- 2. Дефект межжелудочковой перегородки
- 3. Декстропозицию аорты
- 4. Гипертрофию левого желудочка.

Верно 1-4

Выберите противопоказания для эндоваскулярного лечения хронических окклюзий вен нижних конечностей:

- 1. Асимптомные пациенты
- 2. Окклюзия общей бедренной вены или бедренной вены
- 3. Окклюзия нижней полой вены
- 4. Окклюзия верхней полой вены

Верно 1-3

Выберите показания для эндоваскулярного лечения хронических окклюзий вен нижних конечностей:

- 1. Симптомные пациенты с частичной или полной (уни- или билатеральной) обструкцией подвздошных вен.
- 2. Асимптомные пациенты с частичной или полной (уни- или билатеральной) обструкцией подвздошных вен.
- 3. Наличие адекватного притока к и оттока от реконструируемого венозного сегмента.
- 4. Отсутствие адекватного притока к и оттока от реконструируемого венозного сегмента.

Верно 1, 3

Выберите абсолютные противопоказания для селективного венозного тромболизиса:

- 1. Почечная недостаточность
- 2. Продолжающееся внутреннее кровотечение или диссеминированное внутрисосудистое свертывание
- 3. Беременность или лактация
- 4. Недавно перенесенный инсульт, ТИА, нейрохирургическое вмешательство или черепно-мозговая травма

Верно 2, 4

Что из перечисленного не может являться источником ТЭЛА?

- 1. Система нижней полой вены
- 2. Правые отделы сердца
- 3. Система верхней полой вены
- 4. Система воротной вены

Верно 4

Что из перечисленного ниже является показанием для имплантации кава-фильтра?

- 1. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей с наличием неокклюзивных (флотирующих) тромбов.
- 2. Венозный тромбоз нижних конечностей с наличием эпизодов тромбоэмболии легочной артерии.
- 3. Венозный тромбоз нижних конечностей у беременных и рожениц
- 4. Проведение операций на венах, лапароскопических вмешательств при тромбозе вен таза.

Верно 1-4

Что из перечисленного является диагностическим минимум при подозрении на ТЭЛА?

- 1. ЭКГ
- 2. Обзорная Rg грудной клетки.
- 3. УЗИ вен нижних конечностей и илеокавального сегмента.
- ЭХОКГ
- 5. МСКТ печени с усилением Rg-контрастным препаратом.

Верно 1-4

Что относится к показаниям для TIPS (ТИПС)?

- 1. Портальная гипертензия.
- 2. Острое кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.
- 3. Повторное пищеводно-желудочное кровотечение.
- 4. Рефрактерный асцит (асцит неподдающийся медикаментозной терапии).

Верно 1-4

Этиологическим фактором внутричерепной аневризмы могут быть:

- 1. Травма
- 2. Инфекция
- 3. Наследственные дефекты соединительной ткани
- 4. Гемодинамические факторы

Клиническими проявлениями внутричерепной аневризмы могут быть:

- 1. Кровоизлияние
- 2. Судорожные приступы
- 3. Парезы черепных нервов
- 4. Амнезия

Верно 1, 3

Для внутрисосудистого лечения аневризм используются:

- 1. Баллоны
- 2. Спирали
- 3. Стенты
- 4. Микрочастицы

Верно 1-3

Использование стентов при лечении внутричерепных аневризм показано:

- 1. При наличии стеноза
- 2. При наличии вазоспазма
- 3. При широкой шейке аневризмы
- 4. В острый период кровоизлияния

Верно 3

Артериовенозная мальформация головного мозга - это

- 1. Одно из последствий травмы
- 2. Врожденное заболевание
- 3. Последствие лучевой терапии
- 4. Результат тромбоза церебральных синусов

Верно 2

Каротидно-кавернозное соустье - это

- 1. Последствие травмы
- 2. Врожденное заболевание
- 3. Последствие лучевой терапии
- 4. Результат тромбоза церебральных синусов

Верно 1

Клинически церебральная артериовенозная мальформация может проявляться:

- 1. Судорожными приступами или их эквивалентами
- 2. Внутричерепными кровоизлияниями
- 3. Очаговым неврологическим дефицитом
- 4. Ощущением пульсирующего шума в голове

Верно 1-4

Для излечения церебральных артериовенозных мальформаций могут применяться:

- 1. Хирургическое удаление
- 2. Лучевая терапия
- 3. Внутрисосудистая эмболизация
- 4. Методы консервативной терапии

Доля радикальных внутрисосудистых эмболизаций внутричерепных артериовенозных мальформаций составляет около:

- 1. 10%
- 2. 40%
- 3. 70%
- 4. 99%

Верно 2

Для лечения внутричерепных артериовенозных мальформаций могут применяться:

- 1. Стенты
- 2. Микроспирали
- 3. Клеевые композиции
- 4. Микрочастицы

Верно 3

Внутрисосудистые методы лечения церебральных аневризм имеют преимущество перед открытым хирургическим лечением в случае:

- 1. Широкой шейки аневризмы
- 2. Локализации аневризмы в вертебробазилярном бассейне
- 3. Наличии внутричерепной гематомы, нуждающейся в удалении
- 4. Если пациент предпочитает внутрисосудистое лечение

Верно 2

Какие из нижеследующих утверждений справедливы для диагностической церебральной ангиографии при подозрении на церебральную аневризму?

- 1. Выполняется из дуги аорты
- 2. Исследование носит полипроекционный характер
- 3. Выполняется селективная катетеризация церебральных сосудов
- 4. Выполняются компрессионные пробы

Верно 2-4

Показанием к перкутанной нефролитолапаксии является:

- 1. Крупный и коралловидный камень
- 2. Любой конкремент, не поддающийся дистанционной литотрипсии
- 3. Небольшой конкремент в отшнурованной чашечке
- 4. Камень в верхней трети мочеточника

Верно 1, 2

Пункция полостной системы почки целесообразна:

- 1. Через лоханку
- 2. Через переднюю группу чашечек
- 3. Через заднюю группу чашечек
- 4. Максимально приближенно к конкременту

Верно 3

Самым частым осложнением перкутанной нефролитолапаксии является:

- 1. Кровотечение
- 2. Ранение соседних органов
- 3. Утеря нефростомического канала
- 4. Перфорация полостной системы почки

Транскутанная пульпдекомпрессия показана:

- 1. Как альтернатива открытого вмешательства
- 2. При выраженном болевом синдроме без двигательных нарушений
- 3. При пролапсе диска до 6 мм
- 4. При наличии секвестра без неврологических выпадений

Верно 3

Абсолютным противопоказанием для выполнения транскутанной цементной вертебропластики является:

- 1. Компрессионный перелом при остеопорозе
- 2. Метастатическое поражение двух и более позвонков
- 3. Остеомиелит
- 4. Гемангиома

Верно 3

Оптимальным местом для пункции тела поясничного позвонка является:

- 1. Остистый отросток
- 2. Непосредственно тело позвонка
- 3. Нижний суставной отросток
- 4. Корень дужки

Верно 4

Оптимальным местом для пункции тела шейного позвонка является:

- 1. Остистый отросток
- 2. Непосредственно тело позвонка
- 3. Нижний суставной отросток
- 4. Корень дужки

Верно 2

Относительным противопоказанием к выполнению чрескожного холангидренирования является:

- 1. Асцит
- 2. Коагулопатия
- 3. Деформация грудного отдела позвоночника
- 4. Все вышеперечисленное

Верно 4

Причиной тяжелой гемобилии после выполнения чрескожного холангидренирования является:

- 1. Повреждение воротной вены
- 2. Повреждение печеночной артерии
- 3. Повреждение печеночной вены
- 4. Прохождение катетера через паренхиму печени

Наиболее частым показанием к выполнению чрескожного холангидренирования является:

- 1. Холедохолитиаз
- 2. Механическая желтуха
- 3. Хронический панкреатит
- 4. Острый холецистит

Верно 2

Для чрескожного дренирования патологических жидкостных образований печени может использоваться следующий метод навигации:

- 1. Ретгеноскопия
- 2. Компьютерая томография
- 3. УЗИ
- 4. Все вышеперечисленное

Верно 4

Наиболее частой причиной механических желтух, требующих выполнения чрескожного холангиодренирования являются:

- 1. Опухоли печени и поджелудочной железы
- 2. Хронический панкреатит
- 3. Холедехолитиаз
- 4. Рубцовые стриктуры холедоха

Верно 1

Методом выбора при лечении механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом является:

- 1. Чрескожное холангиодренирование
- 2. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и литоэкстракция
- 3. Чрескожная холестистомия
- 4. Холедохолитотомия

Верно 2

К типичным осложнениям чрескожного холангиодренирования не относится:

- 1. Гемобилия
- 2. Острый панкреатит
- 3. Повреждение полых органов брюшной полости
- 4. Подтекание желчи мимо дренажа

Верно 3

Выберите клинические формы острого коронарного синдрома (ОКС):

- 1. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST).
- 2. Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ОИМбST).
- 3. Ранняя постинфарктная стенокардия.
- 4. Постинфарктный кардиосклероз (ПИК).
- 5. Впервые возникшая стенокардия.
- 6. Нестабильная стенокардия.

Верно 1, 2, 3, 5, 6

Выберите из приведенного способы восстановления коронарного кровотока при остром коронарном синдроме (ОКС):

- 1. Фармакологическая реперфузия (тромболизис).
- 2. Хирургическая реваскуляризация (АКШ).
- 3. Эндоваскулярные вмешательства (ЧТКА).
- 4. Внутриаортальная баллонная контрпульсация.

Верно 1, 2, 3

Выберите клинические формы острого коронарного синдрома, которые протекают без подъема сегмента ST:

- 1. Нестабильная стенокардия.
- 2. Стабильная стенокардия.
- 3. Острый инфаркт миокарда с формированием зубца Q.
- 4. Острый инфаркт миокарда без формирования зубца Q.
- 5. Впервые возникшая стенокардия.
- 6. Ранняя постинфарктная стенокардия.
- 7. Постинфарктный кардиосклероз.

Верно 1, 4, 5, 6

Выберите факторы риска развития ишемической болезни сердца из приведенного:

- 1. Сахарный диабет.
- 2. Курение.
- 3. Перемежающаяся хромота.
- 4. Гипертоническая болезнь.
- 5. Дислипидемия.
- 6. Хроническая почечная недостаточность.
- 7. Ожирение.

Верно 1, 2, 4, 5, 7

Выберите два заболевания, которые клинически протекают схоже с ОКС и с которыми наиболее часто приходится дифференцировать острый коронарный синдром:

- 1. Перфоративная язва.
- 2. Острая кишечная непроходимость.
- 3. Расслоение грудного отдела аорты.
- 4. Расслоение брюшного отдела аорты.
- 5. Тромбоэмболия легочной артерии.

Верно 3, 5

Какой основной отличительный признак инфарктных и не инфарктный форм острого коронарного синдрома:

- 1. Подъём сегмента ST на ЭКГ.
- 2. Гипокинезия стенки левого желудочка по данным ЭХО-кардиографии.
- 3. Изменение уровня тропонина.
- 4. Нарастание уровня мочевины и креатинина.

Какова нагрузочная доза аспирина при развитии острого коронарного синдрома:

- 1. 125 мг
- 2. 250 мг
- 3. 300 мг
- 4. 500 мг
- 5. 600 мг

Верно 4

Какова нагрузочная доза клопидогреля перед выполнением ЧТКА у пациентов с острым коронарным синдромом:

- 1. 125 мг
- 2. 250 мг
- 3. 300 мг
- 4. 500 мг
- 5. 600 мг

Верно 5

Оптимальный срок выполнения реваскуляризации миокарда при развитии острого инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST:

- 1. До 2 часов.
- 2. До 6 часов
- 3. До 24 часов
- 4. До 72 часов.

Верно 1

Какая форма дезагрегантной терапии применяется при чрескожных коронарных вмешательствах:

- 1. Дезагрегантная монотерапия.
- 2. Двойная дезагрегантная терапия.
- 3. Тройная дезагрегантная терапия.

Верно 2

Выберите все типы кровоснабжения миокарда выделяемые в рентгенохирургии:

- 1. Левый тип.
- 2. Правый тип.
- 3. Передний тип.
- 4. Задний тип.
- 5. Сбалансированный тип.

Верно 1, 2, 5

Выберите все возможные показания для внутриаортальной баллонной контрпульсации:

- 1. Кардиогенный шок.
- 2. Инфекционно-токсический шок.
- 3. Геморрагический шок.
- 4. Гипотония при расслаивающейся аневризме.
- 5. Нарастающая недостаточность аортального клапана.
- 6. Острая левожелудочковая недостаточность.

Верно 1, 2, 6

Сколько синусов в норме имеет аортальный клапан:

- 1. 1.
- 2. 2.
- 3. 3.
- 4. 4.

Верно 3

От каких синусов отходят коронарные артерии:

- 1. От переднего.
- 2. От заднего.
- 3. От левого.
- 4. От правого.

Верно 3, 4

Выберите три главные коронарные артерии, выделяемые в рентгенохирургии:

- 1. Передняя нисходящая (передняя межжелудочковая) артерия.
- 2. Задняя нисходящая (задняя межжелудочковая) артерия.
- 3. Правая коронарная артерия.
- 4. Артерия острого края.
- 5. Артерия тупого края.
- 6. Огибающая артерия.
- 7. Промежуточная артерия.

Верно 1, 3, 6

Компонентами нормальной проводящей системы сердца является все, кроме:

- 1. Пучок Гиса.
- 2. Пучок Кента.
- 3. Пучок Бахмана.
- 4. Волокна Гиса Пуркинье.

Верно 2

Синдром слабости синусового узла включает в себя:

- 1. Синусовая брадикардия
- 2. Синдром тахи брадикардии
- 3. Sinus arrest
- 4. Сочетанное нарушение SA и AV проведения.

Верно 1-4

Дифференциальный диагноз тахикардии с широкими комплексами включает все, кроме:

- 1. Желудочковая тахикардия.
- 2. Наджелудочковая тахикардия с аберрантным комплексом QRS
- 3. Ортодромная атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительного пути.
- 4. Антидромная атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительного пути.

Внутривенное введение АТФ может купировать пароксизм, все кроме:

- 1. Реципрокная тахикардия с участием дополнительного пути.
- 2. Узловая атриовентрикулярная реципрокная тахикардия.
- 3. Трепетание предсердий.
- 4. Фибрилляция предсердий.

Верно 4

Синдром тахи-брадикардии является показанием к:

- 1. Радиочастотная аблация АВ соединения.
- 2. Имплантации ПЭКС VVIR.
- 3. Имплантации ПЭКС DDDR.
- 4. Имплантации ПЭКС AAIR.

Верно 1, 3

Наиболее часто тригеррной зоной фибрилляции предсердий является:

- 1. Устье легочной вены.
- 2. Ушко правого предсердия
- 3. Зона isthmus.
- 4. Ушко левого предсердия

Верно 1

Ресинхронизирующая терапия подразумевает восстановление синхронности сокращения:

- 1. Правого и левого желудочков.
- 2. Верхушки и базальных отделов желудочков
- 3. Правого предсердия и верхушки желудочков
- 4. Межжелудочковой перегородки и свободной стенки

Верно 4

Инструментальные показатели, позволяющие диагностировать хроническую критическую ишемию нижних конечностей:

- 1. Лодыжечное систолическое давление менее 50 mmHg
- 2. Пальцевое систолическое давление менее 30 mmHg
- 3. Транскутанное напряжение кислорода менее 30 mmHg
- 4. Все вышеперечисленное

Верно 4

К хронической критической ишемии не относится:

- 1. Тяжелая перемежающая хромота
- 2. Ишемические боли покоя длительностью более двух недель
- 3. Ишемические язвы стопы
- 4. Гангрена части или всей стопы

Верно 1

Эндоваскулярное лечение считается методом выбора для поражений типа:

- 1. A по TASC
- 2. B πo TASC
- 3. C no TASC
- 4. D πo TASC

Специфическим осложнением эндоваскуляного лечения аневризм брюшной аорты с помощью стент-графта является:

- 1. Острый инфаркт миокарда
- 2. Кровотечение
- 3. Протечки в полость аневризмы
- 4. Инсульт

Верно 3

Ретроградное попадание крови в полость аневризмы после установки стент-графта через ветви, отходящие от аорты - это

- 1. Протечка типа 1
- 2. Протечка типа 2
- 3. Протечка типа 3
- 4. Протечка типа 4

Верно 2

Расчет стеноза внутренней сонной артерии (BCA) как отношение разницы диаметра BCA дистальнее стеноза и диаметра стеноза к диаметру BCA отвечает критериям исследования:

- 1. Фремингемского исследования
- 2. ECST
- 3. NASCET
- 4. ACAS

Верно 3

Наиболее надежная защита от эмболии при выполнении стентирования внутренних сонных артерий достигается с помощью:

- 1. Дистальных окклюзирующих устройств
- 2. Фильтрующих устройств
- 3. Проксимального окклюзирующего устройства (МОМА)
- 4. Временного шунта

Верно 3

Выберите сосудистый бассейн, редко вовлекаемый симптоматическим атеросклерозом:

- 1. Артерии нижних конечностей
- 2. Артерии верхних конечностей
- 3. Коронарные артерии
- 4. Сонные артерии

Верно 2

Модифицируемым фактором риска атеросклероза является:

- 1. Возраст
- 2. Мужской пол (мало эстрогенов)
- 3. Повышение липопротеидов низкой плотности
- 4. Гомоцистинурия

Для аневризм брюшного отдела аорты диаметром более 7см ежегодный риск разрыва составляет:

- 1. 15% в год
- 2. 35% в год
- 3. 55% в год
- 4. 75% в год

Верно 4

Юкстаренальные аневризмы брюшной аорты – это:

- 1. Аневризмы, заканчивающиеся выше почечных артерий
- 2. Почечные артерии отходят от аневризмы
- 3. Аневризма начинается не далее 1см от почечных артерий
- 4. Аневризма начинается далее 1 см от почечных артерий

Верно 3

В настоящее время основным показанием к стентированию сонных артерий является:

- 1. Стенозы менее 70%
- 2. Бессимптомные стенозы более 70%
- 3. Симптоматические стенозы более 70% у пациентов высокого риска
- 4. Симптоматические стенозы более 70%

Верно 3

Наиболее редкая причина окклюзионно-стенотического поражения подколенной артерии – это:

- 1. Атеросклероз
- 2. Кистозная адвентициальная болезнь
- 3. Синдром подколенного защемления
- 4. Эмболия

Верно 2

Противопоказанием к стентированию чревной артерии является:

- 1. Хроническая висцеральная ишемия
- 2. Атеросклеротический стеноз
- 3. Синдром срединной дуговой связки
- 4. Острая висцеральная ишемия

Верно 3

Фибромускулярная дисплазия наиболее часто вовлекает:

- 1. Артерии конечностей
- 2. Церебральные артерии
- 3. Висцеральные артерии
- 4. Почечные артерии

Верно 4

2 этап. Определение уровня практической подготовки.

Поверка практических навыков. Оценка владения

Базовый уровень:

- проведения местной анестезии при пункции сосудов

- пункции сосудов с целью проникновения в артериальную и венозную системы, различными доступами
- постановки интродъюссера
- работы с проводниками различных видов и типов
- работы с катетерами различных видов и типов
- катетеризации сосудов различных анатомических зон
- работы с системой проводник-катетер
- работы с автоматическим шприцом-инъектором
- ручного введения контрастного вещества
- ручного гемостаз, пальцевого прижатие сосудов, использования механических устройств для гемостаза, использование сшивающих и клипирующих устройств для гемостаза
- использования технических средств для удаления инородных тел из сосудистой системы
- постановки баллона для контрпульсации и электродов для ЭКС
- выполнения ВСУЗИ и интравазальной доплерографии
- зондирования полостей сердца с манометрией
- построения проекции изображений различных участков коронарных артерий при коронарографии
- баллонной дилятации и стентирования сосудов различных анатомических зон
- раздувания баллона
- позиционирования и установки стентов
- работы с дилятационным шприцом с манометром

Продвинутый уровень

- использования окклюдеров для закрытия ОАП и дефектов сердечной перегородки
- постановки стент-графтов при аневризмах аорты
- использования средств противоэмболической защиты
- имплантации КАВА-фильтров различных типов, и их удаление
- использования эмболизирующих агентов различных типов
- транспеченочной пункции и катетеризации воротной вены
- наложения трансюгулярного внутрипеченочного портоситемного шунта
- -использования автоматического шприца инъектора и шприца для раздувания баллона дилятационного катетера
- выполнения баллонной и ножевой атриосептостомии
- выполнения баллонной вальвулопластики при изолированном клапанном стенозе легочной артерии

3 этап

Ответы на экзаменационные вопросы

Перечень вопросов для экзамена

- 1. История развития рентген-эндоваскулярной хирургии.
- 2. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения в гинекологии.
- 3. Легочная гипертензия. Классификация. Диагностика. Лечение.
- 4. ДВС-синдром. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 5. Методы хирургической реваскуляризации миокарда.
- 6. Пороки аортального клапана. (этиология, патофизиология, клиника, диагностика, лечение).
- 7. Радиоизотопные методы диагностики заболеваний сердца и сосудов
- 8. Показатели ЭХО КГ в норме и при дефектах межпредсердной перегородки.
- 9. Рентгенангиографическая анатомия брахиоцефальных артерий
- 10. Врач и больной. Особенности этики и деонтологии в хирургии.

- 11. Септический шок. Клиника, диагностика. Лечение и интенсивная терапия..
- 12. Опухоли сердца. Классификация. Оперативное лечение.
- 13. Показатели ЭХО КГ в норме и при поражении аортального клапана.
- 14. Рентгенангиографическая анатомия аорты
- 15. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения ИБС. Показания и противопоказания. Осложнения.
- 16. Показатели ЭХО КГ в норме и при дефектах межжелудочковой перегородки.
- 17. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения в акушерстве.
- 18. Аневризмы аорты. Классификация. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Осложнения.
- 19. Рентгенангиографическая анатомия малого таза
- 20. Инвазивные методы лечение инфаркта миокарда. Показания и противопоказания. Осложнения
- 21. Внезапная сердечная смерть. Определение. Лечение. Профилактика.
- 22. Клапаны сердца (трехстворчатый, митральный, аортальный, легочный),топография клапанов. Специальные (инструментальные) методы диагностики патологии клапанов.
- 23. Рентгенангиографическая анатомия нижней конечности.
- 24. Тромбоэмболия лёгочной артерии. Патогенез. Клиника. Интенсивнаятерапия. Лечение.
- 25. Кровоснабжение сердца: венечные сосуды сердца (артерии, вены); вариантная анатомия сосудов сердца.
- 26. Показатели ЭХО КГ в норме и при коарктации аорты
- 27. Открытый артериальный проток. Классификация. Диагностики. Лечение.
- 28. Классификация врожденных пороков сердца у детей. Этиология, патогенез, диагностика и лечение
- 29. Показатели ЭХО КГ в норме и при поражении митрального клапана
- 30. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения в неврологии и нейрохирургии.
- 31. Алгоритм обследование пациента с ИБС.
- 32. Врожденные пороки сердца. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение.
- 33. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения в онкологии
- 34. Нормальное развитие сердца и сосудов.
- 35. Основные патофизиологические сдвиги и морфологические изменения в организме как следствие нарушений гемодинамики при ВПС.
- 36. Рентгенангиографическая анатомия грудной клетки.
- 37. Стандарты лечения больных стабильной стенокардией.
- 38. Катетеризация магистральных сосудов: яремная, поключичная, бедренная вена, бедренная, плечевая, лучевая, подмышечная артерии.
- 39. Коронарография. Показания, противопоказания,
- 40. Кардиомиопатия. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 41. Дефекты межпредсердной перегородки. Диагностика. Лечение.
- 42. Поражение сердечно-сосудистой системы при сахарном диабете
- 43. Показатели ЭХО КГ в норме и при поражении клапана легочной артерии.
- 44. Методы неинвазивной диагностики заболеваний сердца и сосудов.

- 45. Факторы риска атеросклероза. Морфология атеросклеротической бляшки. Фракции холестерина. Типы дислипидемий
- 46. Пороки митрального клапана. (этиология, патофизиология, клиника, диагностика, лечение).
- 47. Нарушения ритма и проводимости сердца. Классификация. Диагностика.
- 48. Клиника и диагностика ИБС. Классификация ИБС. Стенокардия. Инфаркт миокарда.
- 49. Стеноз легочной артерии. Классификация. Клиника. Диагностика. Современные методы хирургического лечения.
- 50. Топография межпредсердной перегородки, правый желудочек, топография межжелудочковой перегородки. Дефекты межжелудочковой перегородки.
- 51. Классификация антикоагулянтов. Показания к применению. Контроль эффективности и безопасности терапии антикоагулянтами
- 52. Инфекционный эндокардит. Этиология. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение. Результаты.
- 53. Кардиогенный шок. Определение. Диагностика. Лечение. Внутриаортальная баллонная контрапульсация, системы Excor, Impella
- 54. Трансплантация сердца. История вопроса. Показания и противопоказания. Особенности проведения и обеспечения операций. Результаты. Осложнения
- 55. Виды стентов. Ведение больных после стентирования коронарных артерий
- 56. Современные антиагреганты и показания к их применению.
- 57. Стентирование коронарных артерий. Показания и противопоказания. Особенности проведения и обеспечения операций. Результаты. Осложнения.
- 58. Пороки клапана легочной артерии. (этиология, патофизиология, клиника, диагностика, лечение).
- 59. Лечение острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST.
- 60. Тромбоз клапанных протезов. Профилактика. Диагностика. Лечение.
- 61. Показания и противопоказания к проведению нагрузочных проб у больных ИБС. Виды нагрузочных тестов