

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.62 «РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ДИАГНОСТИКА И
ЛЕЧЕНИЕ»**

1	Организация здравоохранения и безопасность в специальности рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение
1	Квалификационные требования врача по специальности «рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение» включают
	высшее образование - специалитет по специальностям "лечебное дело" или "педиатрия"
	подготовка в ординатуре по специальности "рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение»
	повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет
	повышение квалификации не реже одного раза в 10 лет
2	В стандарт оснащения рентгеноперационной, в соответствии с приказом Минздрава РФ № 918н, входят
	аппарат искусственного кровообращения
	внутриортальный баллонный контрпульсатор
	аппарат искусственной вентиляции лёгких
	ангиографический комплекс
	дефибриллятор
3	К приказу, регламентирующему работу регионального сосудистого центра, относится
	Приказ МЗ РФ от 3 ноября 2010 г. № 912
	Приказ МЗ РФ от 22 июня 1998 года №198
	Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 918н
	Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 938н
4	К основным приказам, регламентирующим работу отделений рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения, относятся
	Приказ МЗ РФ от 3 ноября 2010 г. № 912
	Приказ МЗ РФ от 22 июня 1998 года №198
	Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 918н
	Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 928н
	Приказ МЗ РФ от 12 июля 2004 г. №32
5	В соответствии с приказом Минздрава РФ № 918н количество врачей при односменной работе на одну рентген-операционную, составляет
	1
	2
	3
	4
6	В соответствии с приказом Минздрава РФ № 918н количество должностей «рентгенолаборант» при односменной работе на одну рентген-операционную, составляет
	0,5 на одну должность врача
	1 на одну должность врача
	2 на смену
	1 на смену
7	В стандарт оснащения регионального сосудистого центра входят
	компьютерный томограф
	ядерный магнитно-резонансный томограф
	передвижной рентгеновский аппарат
	аппарат искусственного кровообращения
8	В структуру отделения рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения входят
	кабинет старшей операционной медицинской сестры

	операционная
	помещение для врачей
	кабинет заведующего
9	Рекомендованная Росздравнадзором нагрузка на стационарный ангиографический комплекс составляет
	20 исследований на 1 аппарате в сутки
	15 исследований на 1 аппарате в сутки
	15 исследований на 1 аппарате в смену
	10 исследований на 1 аппарате в сутки
10	К виду излучения, действующего на персонал рентген-операционной относится
	рассеянное излучение от пациента
	прямое излучение трубки
	остаточное излучение после вмешательства
	ослабленное прямое излучение
11	Единица измерения эффективной дозы
	Зв
	мГр
	мГр x см ²
	мЗв x см ²
12	Расчет эффективной дозы пациента осуществляется по специальной формуле на основе
	максимальной потенциальной эффективной дозы
	максимальной поглощенной дозы кожи
	показателя произведения дозы на площадь
	поглощенной дозы
13	Единица измерения поглощенной дозы
	мГр
	Зв
	мГр x см ²
	мЗв x см ²
14	Рекомендуемый предел среднегодовой эффективной дозы всего тела для работников, связанных с облучением
	5 мЗв/год
	10 мЗв/год
	20 мЗв/год
	30 мЗв/год
15	Нормируемая величина эффективной дозы, накопленная за период трудовой деятельности (50 лет)
	1000 мЗв
	500 мЗв
	100 мЗв
	20 Зв
16	Норма месячной эквивалентной дозы на поверхности нижней части области живота женщин в возрасте до 45 лет
	0,5 мЗв
	1 мЗв
	2 мЗв
	5 мЗв
17	К биологическим эффектам ионизирующего излучения относятся
	детерминированные
	стохастические
	термические

	химические
18	К стохастическим эффектам действия ионизирующих излучений на организм относятся острая лучевая болезнь хроническая лучевая болезнь локальное лучевое поражение злокачественное новообразование
19	Порог возникновения временной эритемы составляет 2 Гр 4 Гр 8 Гр 10 Гр
20	Для снижения общей дозы экспозиции рекомендуется уменьшение времени импульса увеличение времени импульса переход на непрерывное излучение увеличение частоты кадров в секунду
21	Рекомендуемая толщина свинцового эквивалента рентгенозащитного фартука составляет 0,5 мм 0,6 мм 0,7 мм 0,8 мм
22	Персонал рентген-операционной должен использовать один дозиметр под фартуком на уровне груди, второй снаружи на воротнике один дозиметр под фартуком на уровне груди один дозиметр над фартуком на уровне живота один дозиметр на воротнике, второй на руке
23	Периодичность индивидуального дозиметрического контроля персонала рентген-операционной составляет 1 раз в месяц 1 раз в 3 месяца 1 раз в 6 месяцев 1 раз в 12 месяцев
24	Периодичность измерения мощности дозы на рабочем месте (в рентген-операционной) составляет 1 раз в месяц 1 раз в 3 месяца 1 раз в 6 месяцев 1 раз в 12 месяцев
25	Оптимальное положение операционного стола соответствует следующей позиции максимально далеко от рентгеновской трубки максимально близко к рентгеновской трубке максимально далеко от плоско-панельного детектора посередине между рентгеновской трубкой и плоско-панельным детектором
26	На дозу облучения при рентгенэндоваскулярных вмешательствах влияют масса тела пациента коллимация рентгеновского пучка частота импульсов флюороскопии общее время флюороскопии
27	На дозу облучения при рентгенэндоваскулярных вмешательствах влияют влажность воздуха в операционной частота импульсов флюороскопии

	расстояние до источника
	масса тела пациента
28	К проявлениям биологического воздействия ионизирующего излучения относятся
	телеангиоэктазия
	радиационная язва кожи
	острый радиодерматит
	катаракта
29	К способам защиты от рентгеновского излучения во время исследования относятся
	смена положения пациента
	увеличение расстояния до источника
	сокращение времени рентгенографии
	экранирование
30	В соответствии с Трудовым кодексом, работникам с классом условий труда 3.1 работодатель обязан установить доплату в размере минимум
	4 % от тарифной ставки
	15% от тарифной ставки
	4% от заработной платы
	15% от заработной платы
31	К факторам риска контраст-индуцированной нефропатии относятся
	старческий возраст
	сахарный диабет
	женский пол
	курение
32	К эффективным мерам профилактики контрастированной нефропатии относятся
	уменьшение объема вводимого контрастного вещества
	инфузия ацетилцистеина в больших дозах
	гипергидратация
	голодание
33	Риск контраст-индуцированной нефропатии возрастает
	при исходной почечной недостаточности
	у пациентов старше 70 лет
	при сахарном диабете
	при курении
34	После ангиографии контраст-индуцированная нефропатия может возникать
	в первые сутки
	на третьи сутки
	через неделю
	через месяц
35	Для контраст-индуцированной нефропатии значимым считается повышение уровня креатинина крови
	на 5% от исходного
	на 25% от исходного
	на 50% от исходного
	в 2 раза от исходного
36	К неионным контрастным веществам относятся
	йоксагловая кислота
	йодиксанол
	йогексол
	йопримид
37	К ионным контрастным веществам относятся

	йоксагловая кислота
	йодиксанол
	йогексол
	йопромид
38	Альтернативой йодсодержащему контрастному препарату у пациентов с почечной недостаточностью может быть
	углекислый газ
	веселящий газ
	гадолиний
	азот
39	Максимальная визуализация при использовании углекислого газа достигается
	в подвздошных артериях
	в бедренных артериях
	в артериях голени
	в аорте
40	Недостатком углекислого газа при ангиографии является
	низкая плотность контрастирования
	эффект «всплывания» газа
	высокий риск осложнений
	высокая токсичность
	при ОИМ
1	Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения в кардиологии
1	В норме количество синусов аорты равно
	1
	2
	3
	4
2	В норме количество коронарных синусов аорты равно
	1
	2
	3
	4
3	В норме количество некоронарных синусов аорты равно
	1
	2
	3
	4
4	В большинстве случаев самой крупной ветвью левой коронарной артерии является
	передняя межжелудочковая
	огибающая
	промежуточная
	диагональная
5	Переднюю стенку левого желудочка сердца кровоснабжает
	передняя межжелудочковая артерия
	задняя межжелудочковая артерия
	правая коронарная артерия
	огибающая артерия
6	Межжелудочковую перегородку сердца кровоснабжают
	передняя межжелудочковая артерия
	задняя межжелудочковая артерия
	промежуточная артерия

	огибающая артерия
7	Септальные ветви отходят от передней межжелудочковой артерии задней межжелудочковой артерии промежуточной артерии огибающей артерии
8	Ветвь острого края сердца отходит от передней межжелудочковой артерии правой коронарной артерии промежуточной артерии огибающей артерии
9	В норме ветвь синусового узла отходит от передней межжелудочковой артерии правой коронарной артерии промежуточной артерии диагональной артерии
10	Из вариантов анатомии коронарных артерий чаще встречается отхождение огибающей ветви от правого коронарного синуса правой артерии от левого коронарного синуса левой артерии от правого коронарного синуса передней межжелудочковой ветви от правой артерии
11	В настоящее время оптимальным сосудистым доступом при выполнении коронарографии является лучевой плечевой аксиллярный бедренный
12	Основным преимуществом трансрадиального доступа при коронарографии является уменьшение продолжительности вмешательства срока госпитализации риска ишемических осложнений риска кровотечений
13	Частота встречаемости артерии Lusoria, осложняющей трансрадиальный сосудистый доступ, составляет 0,5-1% 5-10% 15-20% 20-25%
14	При трансфemorальном доступе анатомическим ориентиром для пункции бедренной артерии является нижний край головки бедренной кости середина головки бедренной кости верхний край головки бедренной кости паховая складка
15	Устройства для механического гемостаза исключают геморрагические осложнения исключают пульсирующие гематомы сокращают время гемостаза эффективны в 100% случаев
16	Специализированным катетером для катетеризации ветвей дуги аорты является

	Judkins
	Amplatz
	Roberts
	Simmons
17	Специализированным катетером для катетеризации коронарных артерий является
	Judkins
	Amplatz
	Roberts
	Simmons
18	Селективную катетеризацию левой коронарной артерии удобнее осуществлять
	в прямой проекции с краниальным отклонением
	в прямой (переднезадней) проекции
	в левой косой проекции
	в правой косой проекции
19	Селективную катетеризацию правой коронарной артерии удобнее осуществлять
	в прямой проекции с краниальным отклонением
	в прямой (переднезадней) проекции
	в левой косой проекции
	в правой косой проекции
20	Управление коронарным проводником осуществляется
	пункционной иглой
	Y-коннектором
	шприцем
	цангой
21	Жёсткость коронарных проводников первого выбора составляет менее
	3 г
	6 г
	9 г
	12 г
22	Длина стандартного коронарного проводника составляет
	150-190 см
	190-230 см
	230-270 см
	270-310 см
23	Диаметр стандартного коронарного проводника составляет
	0.008 дюйма
	0.014 дюйма
	0.018 дюйма
	0.021 дюйма
24	Диаметр стандартного диагностического проводника составляет
	0.014 дюйма
	0.018 дюйма
	0.021 дюйма
	0.035 дюйма
25	Диаметр манометрического проводника для оценки фракционного резерва кровотока составляет
	0.014 дюйма
	0.018 дюйма
	0.021 дюйма
	0.035 дюйма
26	Для предилатации стеноза коронарной артерии используют

	баллон с лекарственным покрытием
	семикомплаентный баллон
	некомплаентный баллон
	режущий баллон
27	Для постдилатации и оптимизации результата стентирования используют
	баллон с лекарственным покрытием
	семикомплаентный баллон
	некомплаентный баллон
	режущий баллон
28	В целях устранения рестеноза коронарной артерии в стенке предпочтителен
	баллон с лекарственным покрытием
	семикомплаентный баллон
	некомплаентный баллон
	режущий баллон
29	В целях устранения рестеноза коронарной артерии рекомендуют
	баллонную ангиопластику
	стент с лекарственным покрытием
	голометаллический стент
	ротационную атерэктомию
30	Шкалой оценки поражения коронарного русла у больных ИБС является
	SYNTAX
	NIHSS
	ASPECTS
	GRACE
31	К дополнительным методам внутрисосудистой визуализации относятся
	определение фракционного резерва кровотока
	оптическая когерентная томография
	ультразвуковое исследование
	сцинтиграфия
32	Для определения функциональной значимости стеноза коронарной артерии используют
	оптическую когерентную томографию
	измерение фракционного резерва кровотока
	селективную коронарографию
	внутрисосудистое УЗИ
33	Какое значение фракционного резерва кровотока является пороговым для подтверждения значимости стеноза
	0.65
	0.75
	0.85
	0.95
34	Классификация бифуркационных поражений коронарных артерий А. Медина
	учитывает стенозы более 50%
	учитывает только стенозы более 70%
	не учитывает окклюзии
	считается сложной
35	По классификации А. Medina стеноз только основной артерии перед отхождением боковой ветви соответствует коду
	0:0:1
	1:0:0
	0:1:0
	1:1:1

36	По классификации А. Medina стеноз только основной артерии после отхождения боковой ветви соответствует коду
	0:0:1
	1:0:0
	0:1:0
	1:1:1
37	По классификации А. Medina изолированный стеноз устья боковой ветви соответствует коду
	0:0:1
	1:0:0
	0:1:0
	1:1:1
38	По классификации А. Medina поражение всех ветвей бифуркации соответствует коду
	0:0:1
	1:0:0
	0:1:0
	1:1:1
39	По классификации Т. Lefevre угол между основным и боковым сосудами более 70 градусов соответствует
	Y-типу бифуркации
	T-типу бифуркации
	V-типу бифуркации
	L- типу бифуркации
40	К технике бифуркационного стентирования коронарных артерий относятся
	cullote-technique
	crush- technique
	T-technique
	V- technique
41	Из представленных ниже вариантов бифуркационного стентирования «юбку-штаны» напоминает
	Cullote техника
	Crush техника
	T - техника
	V - техника
42	Из вариантов бифуркационного стентирования использование одного стента предусматривает
	Provisional - T техника
	Crush техника
	V - техника
	Cullote техника
43	К простой технике бифуркационного стентирования относится
	Provisional - T техника
	Crush техника
	V - техника
	Cullote техника
44	Provisional-T техника бифуркационного стентирования подразумевает использование одного стента
	баллона
	проводника
	манометра
45	Предпочтение Crush-технике бифуркационного стентирования следует отдавать в случаях, когда стенозирована только боковая ветвь
	боковая ветвь малого диаметра

	угол между ветвями > 70 градусов
	ветви сопоставимы по диаметру
46	Предпочтение Cullote-технике бифуркационного стентирования следует отдавать в случаях, когда боковая ветвь значительно меньше по диаметру
	угол между ветвями более 70 градусов
	ветви сопоставимы по диаметру
	поражение соответствует коду
47	Минимальный диаметр проводникового катетера для выполнения баллонной катетерной дилатации равен
	5 Fr
	6 Fr
	7 Fr
	8 Fr
48	Окклюзию коронарной артерии считают хронической, если её предполагаемый срок составляет
	более одного часа
	более одного дня
	более одной недели
	более месяца
49	По классификации Rentrop отсутствие коллатералей к окклюзированной коронарной артерии соответствует
	0 степени
	I степени
	II степени
	III степени
50	По классификации Rentrop контрастирование всей коронарной артерии через коллатерали соответствует
	0 степени
	I степени
	II степени
	III степени
51	Из перечисленных ниже сосудов коллатерали к передней нисходящей артерии чаще образует
	задняя нисходящая артерия
	огибающая артерия
	диагональная артерия
	ветвь тупого края
52	К основным техническим приёмам антеградной реканализации хронических окклюзий коронарных артерий относятся
	катетеризация
	скольжение
	бурение
	пенетрация
53	Реканализацию хронической окклюзии коронарной артерии следует начинать
	со стандартного проводника
	с проводника жёсткостью 3-6 грамм
	с проводника жёсткостью 6-9 грамм
	с проводника жёсткостью 9-12 грамм
54	Антеградную реканализацию хронической окклюзии следует начинать с техники
	одного проводника
	двух проводников
	STAR
	CART

55	Для верификации положения коронарного проводника в дистальном русле окклюзированной артерии ошибочным является
	контрастирование дистального русла через микрокатетер
	контрастирование донорской артерии
	пробное раздувание баллона
	внутрисосудистое УЗИ
56	Для ретроградной реканализации правой коронарной артерии оптимальными являются
	септальные перфоранты
	ветви правого желудочка
	заднебоковые ветви
	сосуды круга Вьессена
57	Тромбоз коронарной артерии, развившийся в течение суток после стентирования, классифицируется, как
	острый
	подострый
	поздний
	очень поздний
58	Тромбоз коронарной артерии, развившийся через месяц после стентирования, классифицируется, как
	острый
	подострый
	поздний
	очень поздний
59	Предиктором тромбоза стента является остаточная площадь просвета коронарной артерии по данным внутрисосудистого УЗИ менее
	6.0 кв. мм
	5.0 кв. мм
	4.5 кв. мм
	4.0 кв. мм
60	Инвазивным методом диагностики, определяющим тактику дальнейшего лечения больных ИБС, является
	селективная коронарография
	эхокардиография
	сцинтиграфия миокарда
	КТ- с контрастированием
61	К методам реваскуляризации миокарда относятся
	стентирование коронарных артерий
	аорто-коронарное шунтирование
	маммаро-коронарное шунтирование
	селективная коронарография
62	При решении вопроса о реваскуляризации миокарда по данным коронарографии учитываются
	степень стеноза
	локализация поражения
	число стенозированных артерий
	наличие зон асинергии миокарда
63	При решении вопроса о плановой реваскуляризации миокарда учитываются
	функциональный класс стенокардии
	фракции выброса левого желудочка
	результаты коронарографии
	возраст хирурга

64	Эндоваскулярную реваскуляризацию миокарда при стабильной стенокардии рекомендуют в случае
	однососудистого поражения без вовлечения проксимального сегмента передней нисходящей артерии
	изолированного поражения проксимального сегмента передней нисходящей артерии
	поражения коронарных артерий по шкале SYNTAX < 22 баллов
	трёхсосудистого поражения с оценкой по шкале SYNTAX > 32
65	С целью выбора метода реваскуляризации миокарда используют шкалу
	CHA2DS2-VASc
	HAS-BLED
	SYNTAX
	DAPT
66	При стратификации риска у больных ОКС без подъёма сегмента ST используют шкалу
	CHA2DS2-VASc
	HAS-BLED
	SYNTAX
	GRACE
67	Стратегию реваскуляризации миокарда у больных ОКС без подъёма сегмента ST определяют по шкале
	CHA2DS2-VASc
	HAS-BLED
	SYNTAX
	GRACE
68	Для оценки риска кровотечения у больных ОКС применяется шкала
	CHA2DS2-VASc
	HAS-BLED
	SYNTAX
	GRACE
69	К первичным критериям высокого риска у больных ОКС без подъёма сегмента ST относятся
	повышение уровня тропонина
	депрессия сегмента ST
	GRACE > 140 баллов
	сахарный диабет
70	К вторичным критериям высокого риска у больных ОКС без подъёма сегмента ST относятся
	фракция выброса левого желудочка < 40%
	ранняя постинфарктная стенокардия
	сахарный диабет
	возраст > 75 лет
71	Показаниями для экстренной коронарографии у больных ОКС без подъёма сегмента ST относятся
	острая сердечная недостаточность
	рецидивирующая стенокардия
	фибрилляция желудочков
	GRACE < 140 баллов
72	Показаниями для ранней инвазивной стратегии у больных ОКС без подъёма сегмента ST являются
	повышение уровня тропонина
	депрессия сегмента ST
	GRACE > 140 баллов
	GRACE < 140 баллов
73	Экстренная коронарография у больных ОКС без подъёма сегмента ST с очень высоким риском ишемии должна быть выполнена в срок

	30 минут
	1 час
	2 часа
	3 часа
74	Ранняя инвазивная стратегия у больных ОКС без подъёма сегмента ST предполагает выполнение коронарографии в срок
	6 часов
	12 часов
	24 часа
	48 часов
75	Инвазивная стратегия у стабильных больных ОКС без подъёма сегмента ST с вторичными критериями высокого риска предполагает выполнение коронарографии в срок
	12 часов
	24 часа
	48 часов
	72 часа
76	У больных ОКС без подъёма сегмента ST низкого риска с целью определения дальнейшей тактики лечения рекомендуется выполнить селективную коронарографию
	КТ-с контрастированием
	нагрузочный тест
	эхокардиографию
77	Реперфузионная терапия показана всем больным ОКС с подъёмом сегмента ST и симптомами длительностью менее
	72 часов
	48 часов
	24 часов
	12 часов
78	Не желательный срок реваскуляризации миокарда у стабильных больных ОКС с подъёмом сегмента ST составляет более
	6 часов
	12 часов
	24 часов
	48 часов
79	Пероральная нагрузочная доза аспирина у ранее не принимавших этот препарат больных ИБС с предполагаемым стентированием составляет
	75-100 мг
	100-150 мг
	150-300 мг
	300-500 мг
80	К ингибиторам P2Y12 рецепторов тромбоцитов относятся
	ацетилсалициловая кислота
	эптифибатид
	клопидогрел
	тикагрелор
81	Клопидогрел относится к группе ингибиторов/блокаторов
	окисления арахидоновой кислоты
	GP IIb/IIIa рецепторов
	P2Y12 рецепторов
	витамина К
82	К общей с клопидогрелом группе препаратов относятся

	тикагрелор
	прасугрел
	эпгифибатид
	аспирин
83	В отношении двойной антитромбоцитарной терапии при стентировании коронарных артерий верно
	заключается в назначении аспирина и ингибитора P2Y12
	у больных ОКС тикагрелор предпочтительнее клопидогрела
	рекомендуемая длительность приёма составляет 3 месяца
	возможен приём более 12 месяцев
84	При отсутствии противопоказаний у больных ОКС нагрузочная доза тикагрелора составляет
	90 мг
	180 мг
	300 мг
	600 мг
85	В случае если применение тикагрелора у больных ОКС невозможно, нагрузочная доза клопидогрела составляет
	75 мг
	150 мг
	300 мг
	600 мг
86	Рекомендуемая поддерживающая доза тикагрелора при стентировании коронарных артерий составляет
	75 мг. 1 раз в сутки
	75 мг. 2 раза в сутки
	90 мг. 1 раз в сутки
	90 мг. 2 раза в сутки
87	Рекомендуемая поддерживающая доза клопидогрела при стентировании коронарных артерий составляет
	75 мг. 1 раз в сутки
	75 мг. 2 раза в сутки
	90 мг. 1 раз в сутки
	90 мг. 2 раза в сутки
88	Рекомендуемая суточная доза аспирина (в дополнение к ингибитору P2Y12) составляет
	75-100 мг
	150 мг
	300 мг
	500 мг
89	В отношении двойной антитромбоцитарной терапии верно
	возможно переключение между ингибиторами P2Y12
	у плановых больных чаще применяется клопидогрел
	в дополнение рекомендован ингибитор протонной помпы
	преждевременная отмена категорически запрещена
90	У больных стабильной стенокардией рекомендуемый срок приёма двойной антитромбоцитарной терапии составляет не менее
	1 месяца
	3 месяцев
	6 месяцев
	12 месяцев
91	У больных ОКС рекомендуемый срок приёма двойной антитромбоцитарной терапии составляет не менее

	1 месяца
	3 месяцев
	6 месяцев
	12 месяцев
92	В отношении антикоагулянтной терапии у больных с чрескожным коронарным вмешательством верно
	рекомендуется в дополнение к ингибитору P2Y12и аспирину на этапе стентирования
	бивалирудин предпочтительнее гепарина у больных стабильной стенокардией и высоким риском кровотечений
	фондапаринукс используется только у больных ОКС с подъёмом сегмента ST
	при назначении на длительный срок для оценки риска кровотечений используется шкала HAS-BLED
93	Болусная доза нефракционированного гепарина перед стентированием составляет
	20-30 ЕД/кг
	30-50 ЕД/кг
	50-70 ЕД/кг
	70-100 ЕД/кг
94	Для стратификации риска смерти у больных с ОКС без подъема сегмента ST используют шкалу
	CRUSADE
	Syntax-score
	Euro-score
	GRACE
95	Оценка - более 140 баллов по шкале GRACE у больных с ОКС без подъема сегмента ST прогнозирует
	очень низкий риск смерти
	низкий риск смерти
	средний риск смерти
	высокий риск смерти
96	Оценка по шкале Syntax-score помогает в выборе
	метода реваскуляризации миокарда
	сроков реваскуляризации миокарда
	расходного материала
	размеров стента
97	При подсчете баллов по шкале Syntax-score учитывается
	локализация поражения коронарных артерий
	степень поражения коронарных артерий
	сопутствующая патология
	сахарный диабет
98	Хирургическая реваскуляризации миокарда предпочтительна при
	> 32 баллов по шкале Syntax-score и трёхсосудистом поражении
	> 32 баллов по шкале Syntax-score и поражении ствола ЛКА
	23 - 32 баллах
	0 - 22 баллах
99	В соответствии с определением европейского общества кардиологов количество основных типов ОИМ равно
	2
	3
	4
	5
100	ОИМ, развившийся на фоне тяжелой анемии без тромбоза коронарной артерии, соответствует
	1 типу

	2 типу
	3 типу
	4 типу
	5 типу
101	ОИМ, ассоциированный с чрескожным коронарным вмешательством, соответствует
	1 типу
	2 типу
	3 типу
	4 типу
	5 типу
102	ОИМ, ассоциированный с коронарным шунтированием, соответствует
	1 типу
	2 типу
	3 типу
	4 типу
	5 типу
103	Боль в груди с острой блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ расценивают, как
	ОКС без подъема ST
	ОКС с подъемом ST
	вазоспастическую стенокардию
	стенокардию напряжения
104	Диагностически значимым ЭКГ-критерием ОКС в отведениях V2-V3 считается подъём сегмента ST
	более 1 мм
	более 2 мм
	более 3 мм
	более 4 мм
105	Диагностически значимым ЭКГ-критерием ОКС в стандартных отведениях считается подъём сегмента ST
	более 1 мм
	более 2 мм
	более 3 мм
	более 4 мм
106	Основным ЭКГ-критерием перенесённого инфаркта миокарда считается
	патологический зубец Q
	положительный зубец T
	отрицательный зубец T
	высокий зубец R
107	Острый передне-боковой инфаркт миокарда характеризуется подъёмом сегмента ST в отведениях
	I, aVL, V5, V6
	II, III, aVF, V5, V6
	II, III, aVF
	V1- V6
108	Острый задний инфаркт миокарда характеризуется подъёмом сегмента ST в отведениях
	I, aVL, V5, V6
	aVF, V5, V6
	II, III, aVF
	V1- V6
109	Острый передний распространённый инфаркт миокарда характеризуется подъёмом сегмента ST в отведениях
	I, aVL, V5, V6

	aVF, V5, V6
	II, III, aVF
	V1- V6
110	Депрессия сегмента ST в стандартных отведениях с элевацией в отведении aVR свидетельствует о поражении
	передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии
	огибающей ветви левой коронарной артерии
	основного ствола левой коронарной артерии
	правой коронарной артерии
111	Для оценки сократимости и фракции выброса левого желудочка рекомендуют
	компьютерную томографию грудной клетки
	рентгенографию грудной клетки
	сцинтиграфию миокарда
	эхокардиографию
112	Основным специфичным маркером острого повреждения миокарда является
	креатинфосфокиназа
	тропонин T
	тропонин I
	миоглобин
113	Рекомендуемое терапевтическое окно для реперфузионной терапии при ОИМ с подъёмом сегмента ST составляет
	3 часа от начала заболевания
	6 часов от начала заболевания
	12 часов от начала заболевания
	48 часов от начала заболевания
114	Предпочтительным методом реперфузионной терапии при ОИМ с подъёмом сегмента ST является
	чрескожное коронарное вмешательство на фоне тромболиза
	первичное чрескожное коронарное вмешательство
	системный тромболизис
	селективный тромболизис
115	Основными критериями реперфузии миокарда является
	резолуция сегмента ST на ЭКГ
	нарушение ритма сердца
	артериальная гипотензия
	купирование боли
116	Реперфузионные нарушения проводимости сердца чаще всего наблюдаются при острой окклюзии
	правой коронарной артерии
	задней нисходящей артерии
	огибающей артерии
	диагональной ветви
117	У больных ОИМ с подъёмом сегмента ST время от установки диагноза до начала выполнения чрескожного коронарного вмешательства не должно превышать
	60 минут
	90 минут
	120 минут
	180 минут
118	При ОИМ с подъёмом сегмента ST время от поступления больного в стационар до реперфузии не должно превышать
	60 минут
	90 минут

	120 минут
	180 минут
119	При ОИМ с подъёмом сегмента ST и кардиогенном шоке чрескожное коронарное вмешательство должно выполняться
	в первые 6 часа от начала заболевания
	в первые 12 часов от начала заболевания
	в первые 24 часа от начала заболевания
	в любые сроки от начала заболевания
120	У больных ОИМ с успешным тромболизисом рекомендуют выполнять чрескожное коронарное вмешательство
	незамедлительно
	через 3-24 часа
	через 48 часов
	через 72 часа
121	У больных ОИМ с безуспешным тромболизисом рекомендуют выполнять чрескожное коронарное вмешательство
	незамедлительно
	через 3-24 часа
	через 48 часов
	через 72 часа
122	При ОИМ с подъёмом сегмента ST нагрузочная доза ингибиторов P2Y12 рецепторов тромбоцитов должна назначаться
	при первом медицинском контакте
	в приёмном отделении стационара
	в рентген-операционной
	после стентирования
123	Нагрузочная доза клопидогрела при стентировании коронарных артерий у больных ОКС составляет
	150 мг
	300 мг
	450 мг
	600 мг
124	Нагрузочная доза прасугрела при стентировании коронарных артерий у больных ОКС составляет
	30 мг
	60 мг
	90 мг
	120 мг
125	Нагрузочная доза тикагрелора при стентировании коронарных артерий у больных ОКС составляет
	50 мг/сутки
	75 мг/сутки
	90 мг/сутки
	180 мг
126	Поддерживающая доза клопидогрела при стентировании коронарных артерий у больных ОКС составляет
	50 мг/сутки
	75 мг/сутки
	90 мг/сутки
	150 мг/сутки
127	Поддерживающая доза прасугрела при стентировании коронарных артерий у больных ОКС составляет
	5 мг/сутки

	10 мг/сутки
	15 мг/сутки
	20 мг/сутки
128	Поддерживающая доза тикагрелора при стентировании коронарных артерий составляет
	45 мг/сутки
	90 мг/сутки
	135 мг/сутки
	180 мг/сутки
129	В случае выполнения стентирования коронарных артерий аспирин назначают
	на 6 месяцев
	на 12 месяцев
	на 24 месяца
	пожизненно
130	Поддерживающая доза аспирина при стентировании коронарных артерий составляет
	100 мг
	125 мг
	150 мг
	250 мг
131	Пациентам с инсультом в анамнезе противопоказан
	клопидогрел
	тикагрелор
	prasugrel
	аспирин
132	Рекомендуемое активированное время свертывания крови на фоне введения антоганистов П ₂ /Т ₁ рецепторов составляет
	100-150 сек
	150-200 сек
	200-250 сек
	250-300 сек
133	Рекомендуемое активированное время свертывания крови без введения антоганистов П ₂ /Т ₁ рецепторов составляет
	100-150 сек
	150-200 сек
	200-250 сек
	250-300 сек
134	Предиктором синдрома no-reflow во время чрескожного коронарного вмешательства при ОИМ является наличие
	протяжённого стеноза коронарной артерии
	острой окклюзии коронарной артерии
	кальциноза коронарной артерии
	тромба в коронарной артерии
135	При наличии массивного тромба коронарной артерии устройством первого выбора является
	тромбаспирационный катетер
	стент с лекарственным покрытием
	голометаллический стент
	баллонный катетер
	ротаблатор
136	Самым редким из перечисленных пороков сердца является
	трикуспидальная недостаточность
	стеноз трикуспидального клапана
	митральная недостаточность

	митральный стеноз
137	По распространённости первое место занимают пороки
	трикуспидального клапана
	митрального клапана
	аортального клапана
	легочной артерии
138	Среди врождённых причин стеноза аортального клапана первое место занимает
	двустворчатый аортальный клапан
	гипертрофическая кардиомиопатия
	коарктация аорты
	тетрада Фалло
139	Самой частой причиной митрального стеноза является
	инфекционный эндокардит
	врождённая аномалия
	ревматизм
	сифилис
140	При рождении Боталлов проток самостоятельно закрывается в течение
	1-30 суток
	1-6 месяцев
	6-12 месяцев
	12-24 месяцев
141	С целью эндоваскулярного закрытия Боталлова протока могут использоваться
	желатиновая губка
	микросферы
	спирали
	окклюдеры
142	К устройству для эндоваскулярной коррекции стеноза митрального клапана относится
	баллонный катетер
	система MitraClip
	клапан Sapien
	окклюдер
143	В качестве сосудистого доступа при имплантации устройства MitraClip у больных с митральной недостаточностью используют
	артериальный трансфеморальный
	трансторакальный
	трансапикальный
	венозный
144	Показанием к эндоваскулярной коррекции аортального клапана является
	стеноз с высоким риском хирургической операции
	стеноз с низким риском хирургической операции
	любой стеноз аортального клапана
	аортальная недостаточность
145	Из вариантов доступа при имплантации аортального клапана могут использоваться
	трансфеморальный
	трансапикальный
	трансаортальный
	венозный
146	Оптимальным катетером для катетеризации левого желудочка при стенозе аортального клапана является
	дзадкинс правый

	джаджкинс левый
	амплатц левый
	многоцелевой
147	Материалом эндопротезов аортального клапана CoreValve и Sapien является
	аутологичный перикард
	политетрафторэтилен
	бычий перикард
	дакрон
148	Эндопротез аортального клапана CoreValve относится к
	самораскрывающимся
	баллонорасширяемым
	шариковым
	дисковым
149	Эндопротез аортального клапана Sapien относится к
	самораскрывающимся
	баллонорасширяемым
	шариковым
	дисковым
150	Эндопротезирование аортального клапана
	используется для коррекции любого аортального стеноза
	используется для коррекции аортальной недостаточности
	используется только у пациентов старше 80 лет
	может затруднять выполнение коронарографии
151	Частота обструкции устья коронарной артерии при эндопротезировании аортального клапана составляет
	менее 1%
	5-10%
	10-15%
	15-20%
152	К осложнениям спиртовой аблации септальной ветви при гипертрофической кардиомиопатии относятся
	образование дефекта межжелудочковой перегородки
	полная поперечная блокада
	инфаркт миокарда
	гемотампонада
153	Альтернативой спиртовой аблации септальной ветви при гипертрофической кардиомиопатии является
	эмболизация микросферами
	эмболизация спиралями
	установка окклюдера
	эмболизация ПВА
1	Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения в неврологии
1	К бассейну внутренней сонной артерии относится
	верхнечелюстная артерия
	средняя мозговая артерия
	лицевая артерия
	язычная артерия
2	К бассейну наружной сонной артерии относится
	верхнечелюстная артерия
	средняя мозговая артерия
	передняя мозговая артерия

	задняя мозговая артерия
3	К бассейну позвоночной артерии относится
	средняя мозговая артерия
	передняя мозговая артерия
	задняя мозговая артерия
	базилярная артерия
4	Участок от бифуркации общей сонной артерии до наружного отверстия сонного канала классифицируется, как
	C1 сегмент
	C2 сегмент
	C3 сегмент
	C4 сегмент
5	Участок внутренней сонной артерии в сонном канале черепа классифицируется, как
	C1 сегмент
	C2 сегмент
	C3 сегмент
	C4 сегмент
6	Участок позвоночной артерии от подключичной артерии до входа в поперечное отверстие VI шейного позвонка классифицируется, как
	V1 сегмент
	V2 сегмент
	V3 сегмент
	V4 сегмент
7	Участок позвоночной артерии в поперечных отверстиях VI-II шейных позвонков классифицируется, как
	V1 сегмент
	V2 сегмент
	V3 сегмент
	V4 сегмент
8	Нормальное строение Виллизиева круга встречается
	в 100% случаев
	в 25-50% случаев
	в 10-25% случаев
	в 5-10%
9	К парным венозным синусам головного мозга относится
	верхний сагиттальный
	нижний сагиттальный
	затылочный
	поперечный
	прямой
10	Основными венозными коллекторами головного мозга являются
	венозные синусы
	диплоические вены
	эмиссарные вены
	ярёмные вены
11	Внутренняя яремная вена начинается от
	сигмовидного синуса
	пещеристого синуса
	поперечного синуса
	прямого синуса

12	Полушарный ишемический инсульт может развиваться при окклюзии экстракраниального отдела внутренней сонной артерии
	M2 сегмента средней мозговой артерии
	передней мозговой артерии
	базиллярной артерии
13	Терапевтическое окно системной тромболитической терапии при ишемическом инсульте составляет
	< 3 часов
	< 4,5 часов
	< 6 часов
	< 12 часов
14	К шкалам, применяемым у больных с инсультом, не относится
	Rankin scale
	ASPECTS
	GRACE
	mTICI
15	Максимальное значение в 10 баллов соответствует шкале
	Rankin scale
	ASPECTS
	NIHSS
	mTICI
16	Шкалой оценки функциональных последствий инсульта является
	шкала Рэнкин
	ASPECTS
	NIHSS
	GRACE
17	Клинической шкалой оценки неврологического дефицита при инсульте является
	ASPECTS
	NIHSS
	GRACE
	mTICI
18	КТ-шкалой оценки ишемических изменений мозга в бассейне средней мозговой артерии является
	шкала Рэнкин
	NIHSS
	ASPECTS
	GRACE
19	Ангиографической шкалой оценки восстановления перфузии мозга при ишемическом инсульте является
	NIHSS
	ASPECTS
	GRACE
	mTICI
20	Оптимальным инвазивным методом в плане реперфузионной терапии ишемического инсульта является
	механическая тромбэкстракция
	разрушение тромба проводником
	селективный тромболизис
	баллонная ангиопластика
21	Рекомендуемые пороговые значения шкалы NIHSS для рентгенэндоваскулярного лечения ишемического инсульта
	> 3 баллов

	> 6 баллов
	> 9 баллов
	> 12 баллов
22	Противопоказанием к тромбоэкстракции при ишемическом инсульте является поражение М2 сегмента мозговой артерии
	менее 6 баллов по шкале ASPECTS
	более 6 баллов по шкале NIHSS
	срок заболевания 6 часов
23	Абсолютным противопоказанием к тромбоэкстракции при ишемическом инсульте является срок заболевания более 6 часов
	ишемический инсульт в анамнезе
	более 6 баллов по шкале NIHSS
	внутричерепное кровоизлияние
24	Максимальная эффективность тромбоэкстракции при ишемическом инсульте доказана при окклюзии
	базиллярной артерии
	позвоночной артерии
	передней мозговой артерии
	средней мозговой артерии
25	Тромбоэкстракция при ишемическом инсульте имеет класс рекомендаций IA при локализации поражения в
	М1-сегменте средней мозговой артерии
	М2-сегменте средней мозговой артерии
	А1-сегменте передней мозговой артерии
	А2-сегменте передней мозговой артерии
26	Для диагностики ишемического инсульта применяют всё, кроме
	суточного мониторинга артериального давления
	компьютерную томографию с контрастированием
	нативную компьютерную томографию
	магниторезонансную томографию
27	Оптимальное значение антеградного кровотока по мозговым артериям соответствует
	mTICI 0
	mTICI 1
	mTICI 2a
	mTICI 3
28	Противопоказанием к тромболитической терапии при ишемическом инсульте является поражение М2 сегмента мозговой артерии
	более 6 баллов по шкале ASPECTS
	более 6 баллов по шкале NIHSS
	срок инсульта более 4,5 часов
29	Дезагрегантную терапию при ишемическом инсульте назначают через
	4,5 часа
	6 часов
	12 часов
	24 часа
30	После тромбоэкстракции при ишемическом инсульте контрольную компьютерную томографию назначают через
	4,5 часа
	6 часов
	12 часов
	24 часа

31	Функциональные последствия инсульта оценивают по шкале Rankin NIHSS ASPECTS GRACE
32	Минимальные последствия инсульта по шкале Rankin соответствуют 0-1 баллу 2 баллам 3 баллам 4 баллам
33	По шкале ASPECTS ишемические изменения оцениваются в бассейне базиллярной артерии позвоночной артерии передней мозговой артерии средней мозговой артерии
34	Максимальная эффективность тромбэкстракции при ишемическом инсульте доказана при окклюзии внутренней сонной артерии передней мозговой артерии базиллярной артерии позвоночной артерии
35	Впервые преимущество тромбэкстракции в сравнении с тромболизом при инсульте было показано в исследовании MR CLEAN ESCAPE EXTEND ADAPT
36	Для диагностики геморрагической трансформации инсульта применяют компьютерную томографию в нативном режиме компьютерную томографию с контрастированием перфузионную компьютерную томографию селективную церебральную ангиографию
37	Интракраниальные стенты используются для стент-ассистенции при эмболизации аневризм лечения каротидно-кавернозного соустья эмболизации аневризм с узкой шейкой эмболизации мальформаций
38	Методом выбора при лечении дуральных артериовенозных фистул в кавернозном синусе является эмболизация оболочечных ветвей наружной сонной артерии окклюзия заинтересованного синуса микроспиральями открытое хирургическое вмешательство перевязка наружной сонной артерии
39	Тактика лечения пациента с асимптомной аневризмой кавернозного сегмента сонной артерии размером менее 5 мм заключается в эмболизации с последующим клипированием аневризмы в динамическом контроле каждые 6 месяцев в эндоваскулярной эмболизации аневризмы в открытом хирургическом вмешательстве
40	Предпочтительным методом лечения при аневризмах в вертебробазиллярном бассейне является эндоваскулярная окклюзия микроспиральями

	открытое хирургическое вмешательство
	клипирование аневризмы
	динамический контроль
41	Основным материалом для окклюзии интракраниальных аневризм являются
	микроэмболы ПВА
	микроспирали
	микросферы
	баллоны
42	Основным проявлением каротидно-каверзного соустья является
	затруднение венозного оттока из орбиты глаза
	субарахноидальное кровоизлияние
	расходящееся косоглазие
	амблиопия
43	Основным материалом для лечения дуральных артериовенозных фистул являются
	жидкие клеевые композиции
	микрочастицы ПВА
	микросферы
	спирали
44	Неблагоприятные исходы эндоваскулярного лечения каротиднокаверзных соустьев в отдаленном периоде связаны
	с нарушением венозного кровообращения мозга
	с формированием ложных аневризм в каверзном синусе
	со стойкими глазодвигательными расстройствами
	с тяжелыми когнитивными нарушениями
45	В общепринятой классификации сосудистой мозговой недостаточности А.В. Покровского выделяют
	2 степени
	3 степени
	4 степени
	5 степеней
46	По классификации А.В. Покровского асимптомное поражение сосудов головного мозга соответствует
	I степени
	II степени
	III степени
	IV степени
47	По классификации А.В. Покровского транзиторные ишемические атаки с полным регрессом неврологической симптоматики в течение суток соответствуют
	I степени
	II степени
	III степени
	IV степени
48	По классификации А.В. Покровского хроническая ишемия головного мозга без перенесенного очагового дефицита в анамнезе соответствует
	I степени
	II степени
	III степени
	IV степени
49	По классификации А.В. Покровского инсульт или сохранение очаговой неврологической симптоматики более 24 ч. соответствует
	I степени

	II степени
	III степени
	IV степени
50	Основным методом оценки степени стеноза сонной артерии является
	NASCET
	Fazekas
	SYNTAX
	ECST
51	Стеноз сонной артерии расценивается как симптомный, если соответствующая симптоматика возникла в течение предыдущих
	6 месяцев
	12 месяцев
	24 месяцев
	нескольких лет
52	Рекомендации каротидной эндартерэктомии при симптомном стенозе сонной артерии 70-99% и низком риске периоперационного инсульта соответствуют
	классу I
	классу IIa
	классу IIb
	классу III
53	После ОНМК вопрос о каротидном вмешательстве следует рассмотреть через
	1 день
	14 дней
	30 дней
	6 месяцев
54	Рекомендации применения устройств противэмболической защиты мозга при стентировании сонных артерий соответствуют
	классу I
	классу IIa
	классу IIb
	классу III
55	Ошибочным принципом стентирования сонной артерии является
	использование устройств противэмболической защиты
	использование самораскрывающегося стента
	устранение любого остаточного стеноза
	превентивное введение атропина
1	Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение сосудистой патологии
1	При I типе дуги аорты
	брахиоцефальные артерии отходят на разном уровне
	брахиоцефальные артерии отходят на одном уровне
	левая общая сонная отходит от брахиоцефального ствола
	левая общая сонная и подключичная артерии имеют общее устье
2	К I типу коарктации аорты относится
	изолированная коарктация
	коарктация на нескольких уровнях
	сочетание коарктации с любым пороком сердца
	сочетание коарктации с открытым артериальным протоком
3	Ко II типу коарктации аорты относится
	изолированная коарктация аорты
	коарктация на нескольких уровнях
	сочетание коарктации с любым пороком сердца

	сочетание коарктации с открытым артериальным протоком
4	Самой частой причиной развития аневризмы грудной и брюшной аорты является неспецифический аортоартериит атеросклероз ревматизм травма
5	К аневризмам аорты относятся увеличение поперечного размера аорты в 1.5-2 раза по сравнению с ближайшим интактным участком расширение поперечного размера аорты более чем на 3 см расширение поперечного размера аорты более чем на 1 см расширение поперечного размера аорты более чем на 1 см
6	Аневризма аорты чаще встречается среди мужчин пожилого возраста молодых мужчин женщин детей
7	Преимуществами МРТ в диагностике аневризм аорты являются отсутствие риска развития контраст-индуцированной нефропатии визуализация сопредельных тканей отсутствие лучевой нагрузки скорость исполнения
8	Риск разрыва аневризмы брюшной аорты диаметром 4-5 см в течение года составляет 1-2% 5-10% 10-15% 15-20%
9	Симптомами разрыва аневризмы брюшной аорты могут быть боль в животе, паховой области или спине резкое падение артериального давления болезненность при пальпации живота потеря сознания
10	При аневризме брюшной аорты менее 4,0 см рекомендуют контрольное обследование через 12 месяцев эндоваскулярную коррекцию хирургическое протезирование имплантацию стент-графта
11	При аневризме брюшной аорты 4,0 – 4,9 см рекомендуют контрольное обследование через 6 месяцев эндоваскулярную коррекцию хирургическое протезирование имплантацию стент-графта
12	Окончательное решение о методе лечения аневризмы аорты принимают на основании данных спиральной компьютерной томографии с контрастным усилением магнитно-резонансной томографии ультразвукового исследования прямой ангиографии
13	Преимуществами эндоваскулярного лечения аневризм брюшной аорты являются низкая вероятность повторных вмешательств короткий период реабилитации

	малая инвазивность
	низкая летальность
14	Недостатками эндоваскулярного лечения аневризм брюшной аорты являются
	около 30% больных не удовлетворяют анатомическим критериям
	частота повторных вмешательств до 15% в год
	длительный период реабилитации
	высокая летальность
15	Анатомическими критериями для эндоваскулярной коррекции аневризмы брюшной аорты являются
	угол между супраренальной аортой и проксимальной шейкой $\leq 60^\circ$
	угол между супраренальной аортой и проксимальной шейкой $> 60^\circ$
	длина проксимальной шейки ≥ 10 мм
	длина дистальной фиксации ≥ 15 мм
16	К специфическим осложнениям эндоваскулярной коррекции аневризмы аорты относятся
	подтекание крови под стент-графт (эндолики)
	инфицирование стент-графта
	миграция стент-графта
	тромбоз бедренных вен
17	Из вариантов эндолика при эндоваскулярном протезировании брюшной аорты выделяют
	1 типа
	2 типа
	3 типа
	4 типа
18	Подтекание крови в аневризму через проксимальную или дистальную зоны фиксации эндопротеза аорты относится
	к I типу
	к II типу
	к III типу
	к IV типу
19	Подтекание крови в аневризму через поясничные или нижнюю брыжеечную артерии после установки стент-графта относится
	к I типу
	к II типу
	к III типу
	к IV типу
20	Подтекание крови в аневризму, связанное с дефектом материала или разгерметизацией частей стент-графта, относится
	к I типу
	к II типу
	к III типу
	к IV типу
21	Подтекание крови в аневризму, связанное с пористостью материала стент-графта, относится
	к I типу
	к II типу
	к III типу
	к IV типу
22	В норме отдельным стволом от аорты отходит
	правая общая сонная артерия
	левая общая сонная артерия
	правая позвоночная артерия
	левая позвоночная артерия

23	Самой крупной ветвью брюшной аорты является
	верхняя брыжеечная артерия
	нижняя брыжеечная артерия
	почечная артерия
	чревный ствол
24	К артериям, отходящим от брюшного отдела аорты, относятся
	верхняя брыжеечная
	почечная
	чревный ствол
	селезёночная
25	К артериям бассейна чревного ствола относятся
	общая печеночная
	селезеночная
	левая желудочная
	верхняя брыжеечная
26	В норме отдельным стволом от брюшного отдела аорты отходит
	верхняя брыжеечная
	общая печеночная
	левая желудочная
	селезеночная
27	Общая печёночная артерия является ветвью
	верхней брыжеечной артерии
	нижней брыжеечной артерии
	селезёночной артерии
	чревного ствола
28	Селезёночная артерия является ветвью
	верхней брыжеечной артерии
	нижней брыжеечной артерии
	общей печёночной артерии
	чревного ствола
29	К парным ветвям брюшной аорты относится
	чревный ствол
	верхняя брыжеечная
	нижняя брыжеечная
	почечная
30	В норме с верхней брыжеечной артерией анастомозирует
	нижняя брыжеечная артерия
	общая печёночная артерия
	левая желудочная артерия
	почечная артерия
31	Правая желудочная артерия анастомозирует с
	левой желудочно-сальниковой артерией
	правой желудочно-сальниковой артерией
	левой желудочной артерией
	гастродуоденальной артерией
32	Самым частым вариантом атипичной анатомии правой печеночной артерии является её
	отхождение от
	верхней брыжеечной артерии
	панкреатодуоденальной артерии
	левой желудочной артерии

	селезеночной артерии
33	Количество аркад тонкокишечных артерий равно
	1-2
	3-4
	5-6
	7-8
34	Самой крупной артерией в бассейне чревного ствола является
	селезеночная
	левая желудочная
	собственно печёночная
	гастродуоденальная
35	Из клинических форм абдоминальной ишемии выделяют
	тонкокишечную
	толстокишечную
	атипичную
	болевую
36	Ишемия кишечника может возникнуть при окклюзии любой из перечисленных артерий, кроме
	верхней брыжеечной артерии
	нижней брыжеечной артерии
	чревного ствола
	почечной
37	При поражении чревного ствола ишемия кишечника может возникнуть связи с окклюзией
	общей печёночной артерии
	левой желудочной артерии
	правой желудочной артерии
	селезёночной
38	Для диагностики нарушения мезентериального кровообращения применяют
	компьютерную томографию с контрастированием
	селективную ангиографию
	лапароскопию
	гастроскопию
39	В финале декомпенсационного течения острого нарушения мезентериального кровообращения
	изменения в кишечнике обратимы
	образуются эрозии и язвы кишечника
	развивается инфаркт кишечника
	развиваются энтерит и колит
40	При субкомпенсационном течении острого нарушения мезентериального кровообращения
	ишемические изменения кишечника обратимы
	могут образоваться эрозии и язвы кишечника
	могут возникнуть энтерит и колит
	происходит инфаркт кишечника
41	При компенсации острого нарушения мезентериального кровообращения показано
	только динамическое наблюдение
	рентгенэндоваскулярное лечение
	хирургическое лечение
	консервативное лечение
42	Причиной окклюзионного нарушения мезентериального кровообращения могут быть
	артериальный тромбоз
	венозный тромбоз
	ангиоспазм

	эмболия
43	Одной из причин неокклюзионного нарушения мезентериального кровообращения может быть артериальный тромбоз венозный тромбоз ангиоспазм эмболия
44	Из перечисленных ниже стадий острого нарушения мезентериального кровообращения ошибочной является I – стадия II - стадия инфаркта III - стадия перитонита IV - стадия сухой гангрены
45	К обратимой стадии острого нарушения мезентериального кровообращения относится I стадия II - стадия инфаркта III - стадия перитонита IV - стадия
46	При остром нарушении мезентериального кровообращения целевой сегмент брыжеечной артерии чаще расположен между устьем и местом отхождения средней ободочной артерии между средней ободочной и подвздошно-ободочной артериями ниже отхождения подвздошно-ободочной артерии в области дистальных арок
47	При локализации эмбола в I сегменте верхней брыжеечной артерии чаще происходит поражение терминальной части тонкой кишки восходящей ободочной кишки всей толстой кишки всей тонкой кишки
48	При локализации эмбола во II сегменте верхней брыжеечной артерии чаще происходит поражение терминальной части тощей кишки и всей подвздошной восходящей ободочной кишки всей толстой кишки всей тонкой кишки
49	При локализации эмбола в III сегменте верхней брыжеечной артерии происходит поражение терминальной части тонкой кишки восходящей ободочной кишки только толстой кишки только тонкой кишки
50	Тромбоз брыжеечных вен может возникнуть при интраабдоминальном гнойном воспалении тромбозе брыжеечной артерии эмболии брыжеечной артерии вазоспазме
51	К оценке тяжести хронической ишемии или поражения артерий нижних конечностей имеют отношения классификации Фонтейна Рутерфорда Покровского Петросяна

52	Стадии I поражения артерий нижних конечностей по Fontaine соответствует
	асимптомное течение заболевания
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы более 200 м
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы менее 200 м
	трофические нарушения с участками некроза
	ишемическая боль в покое
53	Стадии IIa поражения артерий нижних конечностей по Fontaine соответствует
	асимптомное течение заболевания
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы более 200 м
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы менее 200 м
	трофические нарушения с малыми участками некроза
	ишемическая боль в покое
54	Стадии IIb поражения артерий нижних конечностей по Fontaine соответствует
	асимптомное течение заболевания
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы более 200 м
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы менее 200 м
	трофические нарушения с малыми участками некроза
	ишемическая боль в покое
55	Стадии III поражения артерий нижних конечностей по Fontaine соответствует
	асимптомное течение заболевания
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы более 200 м
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы менее 200 м
	трофические нарушения с малыми участками некроза
	ишемическая боль в покое
56	Стадии IVa поражения артерий нижних конечностей по Fontaine соответствует
	асимптомное течение заболевания
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы более 200 м
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы менее 200 м
	трофические нарушения с малыми участками некроза
	ишемическая боль в покое
57	Стадии IVb поражения артерий нижних конечностей по Fontaine соответствует
	асимптомное течение заболевания
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы более 200 м
	перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы менее 200 м
	трофические нарушения с большими участками некроза
	ишемическая боль в покое
58	В классификации поражений сосудов нижних конечностей TASCII выделяют
	2 типа
	3 типа
	4 типа
	5 типов
59	По классификации TASCII типу A соответствует
	короткий стеноз инфраренального отдела аорты
	билатеральная окклюзия общих подвздошных артерий
	билатеральная окклюзия наружных подвздошных артерий
	стеноз одной наружной подвздошной артерии длиной менее 3 см
	односторонняя окклюзия наружной и общей подвздошных артерий
60	По классификации TASCII типу B соответствует
	билатеральная окклюзия общих подвздошных артерий
	билатеральная окклюзия наружных подвздошных артерий
	односторонняя окклюзия наружной и общей подвздошных артерий
	односторонняя окклюзия общей подвздошной артерии

	стеноз одной наружной подвздошной артерии длиной менее 3 см
61	По классификации TASCII типу C соответствует окклюзия инфраренального отдела аорты короткий стеноз инфраренального отдела аорты билатеральная окклюзия общих подвздошных артерий стеноз одной наружной подвздошной артерии длиной менее 3 см односторонняя окклюзия наружной и общей подвздошных артерий
62	По классификации TASCII типу D соответствует короткий стеноз инфраренального отдела аорты окклюзия инфраренального отдела аорты односторонняя окклюзия наружной подвздошных артерий билатеральная окклюзия наружных подвздошных артерий стеноз одной наружной подвздошной артерии длиной более 3 см
63	В норме лодыжечно-плечевой индекс равен 1,1-1,2 0,8-0,9 0,7-0,8 < 0,7
64	К факторам риска ампутации нижней конечности при критической ишемии относятся хроническая сердечная недостаточность инфаркт миокарда в анамнезе сахарный диабет курение
65	Для диагностики поражения сосудов нижних конечностей применяются компьютерная томография с контрастированием холтеровское мониторирование ультразвуковое исследование селективная ангиография
66	При симптомном стенозе общей подвздошной артерии рекомендуют консервативную терапию хирургическую операцию баллонную ангиопластику стентирование
67	При симптомном поражении бедренно-подколенного сегмента типа A по классификации TASC рекомендуют баллонную ангиопластику с возможным стентированием консервативную терапию открытую операцию стентирование
68	При симптомном поражении артерий голени и стопы у больных с критической ишемией рекомендуют баллонную ангиопластику с возможным стентированием консервативную терапию открытую операцию стентирование
69	При ангиопластике артерий нижних конечностей может использоваться только баллонная ангиопластика во всех случаях показано стентирование может использоваться стентирование возможно гибридное вмешательство

70	При ангиопластике артерий нижних конечностей могут использоваться
	баллоны с лекарственным покрытием
	стандартные баллонные катетеры
	стенды с лекарственным покрытием
	биорезорбируемые стенты
71	К гибридной реваскуляризации нижних конечностей относится
	открытое хирургическое вмешательство со стентированием
	баллонная ангиопластика со стентированием
	баллонная ангиопластика на нескольких уровнях
	стентирование на нескольких уровнях
72	Гибридная реваскуляризация нижних конечностей часто используется при
	поражении артерий таза и бедренно-подколенного сегмента
	билатеральном поражении бедренных артерий
	билатеральном поражении артерий таза
	поражении артерий голени
73	Субинтимальная реканализация артерий нижних конечностей
	сопряжена с высоким риском геморрагических осложнений
	всегда расценивается как осложнение
	успешно применяется
	не применяется
74	Массивная тромбоэмболия легочной артерии является жизнеугрожающим состоянием в связи с
	развитием
	острой правожелудочковой недостаточности
	острой митриальной недостаточности
	гипертонического криза
	инсульта
75	Рентгенэндоваскулярное лечение ТЭЛА считается альтернативой
	хирургическим методам эмболэктомии
	имплантации кавафилтра
	тромболитической терапии
	антикоагулянтной терапии
76	Рентгенэндоваскулярное лечение ТЭЛА применяется
	у больных в состоянии шока и гипотонии, когда тромболитическая терапия противопоказана или неэффективна
	при тромбоэмболии мелких ветвей лёгочной артерии
	как альтернатива тромболитической терапии
	как альтернатива антикоагулянтной терапии
77	К интервенционным методам лечения ТЭЛА относится
	эмболэктомия с использованием катетера Фогарти
	открытая хирургическая эмболэктомия
	системная тромболитическая терапия
	катетер-управляемый тромболизис
78	К интервенционным методам лечения ТЭЛА относится
	эмболэктомия с использованием катетера Фогарти
	открытая хирургическая эмболэктомия
	системная тромболитическая терапия
	ротационная тромбэктомия
79	К интервенционным методам лечения ТЭЛА относится
	реолитическая тромбэктомия с использованием гидродинамического катетера
	тромбэктомия с использованием катетера Фогарти
	открытая хирургическая эмболэктомия

	системная тромболитическая терапия
80	К интервенционным методам лечения ТЭЛА относится катетер-управляемый тромболизис с ультразвуковым усилением тромбэктомия с использованием катетера Фогарти открытая хирургическая эмболэктомия системная тромболитическая терапия
81	К интервенционным методам лечения ТЭЛА относится тромбэктомия с использованием катетера Фогарти открытая хирургическая эмболэктомия системная тромболитическая терапия аспирационная тромбэктомия
82	К интервенционным методам лечения ТЭЛА относится фрагментация тромба с использованием катетера Pigtail тромбэктомия с использованием катетера Фогарти открытая хирургическая эмболэктомия системная тромболитическая терапия
83	К механизму действия катетера Pigtail при лечении ТЭЛА относится гидродинамическое воздействие на тромб механическая фрагментация тромба фрагментация тромба ультразвуком аспирация тромба
84	К механизму действия аспирационной ротационной катетерной тромбэктомии при лечении ТЭЛА относится механическая фрагментация тромба с аспирацией его фрагментов механическая фрагментация тромба фрагментация тромба ультразвуком аспирация тромба
85	К механизму действия аспирационной катетерной тромбэктомии при лечении ТЭЛА относится механическая фрагментация тромба с аспирацией его фрагментов механическая фрагментация тромба фрагментация тромба ультразвуком вакуумная аспирация тромба
86	Для аспирационной тромбэктомии можно использовать катетер Гринфилда катетер Джадкинса катетер Амплатца катетер Pigtail
87	К интервенционным методам профилактики ТЭЛА относится эмболэктомия с использованием катетера Фогарти системная тромболитическая терапия селективный тромболизис имплантация кавафилтра
88	Показанием к имплантации кавафилтра является высокий риск ТЭЛА при противопоказании или неэффективности антикоагулянтной терапии тромбоз поверхностных бедренных вен тромбоз глубоких бедренных вен тромбоз вен голени
89	Имплантировать кавафилтр следует в подвздошную вену на стороне поражения на уровне почечных вен

	выше почечных вен
	ниже почечных вен
90	В большинстве случаев рекомендуемый срок удаления кавафилтра составляет менее
	1 месяца
	6 месяцев
	12 месяцев
	24 месяцев
1	Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение заболеваний, не связанных с патологией сосудов
1	для снижения давления в портальной системе при циррозе печени применяют
	трансъаремное внутрипеченочное портокавальное шунтирование
	эндоскопическое лигирование вен пищевода
	эмболизация коротких вен желудка
	эмболизация вен пищевода
2	Абсолютным показанием к трансъаремному внутрипеченочному портокавальному шунтированию является
	рецидивирующее профузное кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
	первичная профилактика пищеводного кровотечения
	повышение общего билирубина в 5 раз
	«мост» перед пересадкой печени
3	Абсолютным противопоказанием к трансъаремному внутрипеченочному портокавальному шунтированию является
	окклюзия портальной вены с развитыми коллатеральными
	тяжелая право-желудочковая недостаточность
	тяжелая печеночная энцефалопатия
	почечная недостаточность
4	Синдромом аорто-мезентериального пинцета называется
	сдавление левой почечной вены между аортой и верхней брыжеечной артерией
	сдавление правой почечной вены между аортой и верхней брыжеечной артерией
	сдавление левой яичковой вены между аортой и верхней брыжеечной артерией
	сдавление правой яичковой вены между аортой и верхней брыжеечной артерией
5	При синдроме верхней полой вены, вызванном сдавлением опухолью
	эндоваскулярное лечение не применяется
	можно использовать стенты
	используются самораскрывающиеся стенты
	часто требуется постдилатация
6	Основной задачей ангиографического исследования в онкологии является
	определение источников и особенностей кровоснабжения опухоли
	оценка состояния магистральных сосудов опухоли
	определение анатомического варианта опухоли
	уточнение распространенности опухоли
7	Для ангиографической картины узлового типа гепатоцеллюлярного рака характерно
	длительная задержка контрастного вещества в сосудистых лакунах
	один или несколько округлых гиперваскулярных очагов
	пониженная или смешанная васкуляризация
	бессосудистая зона в центре опухолевого узла
8	Рекомендуемый диаметр насыщаемых частиц, используемый при проведении химиоэмболизации печеночной артерии, составляет
	100-300 микрон
	300-500 микрон
	500-700 микрон
	700-900 микрон

9	Кончик диагностического катетера при проведении химиоинфузии в печеночную артерию устанавливается
	в проксимальном отделе общей печеночной артерии
	дистальнее левой желудочной артерии
	дистальнее гастродуоденальной артерии
	на уровне гастродуоденальной артерии
10	Интервал повторной масляной химиоэмболизации печеночной артерии составляет
	1-2 дня
	1-2 недели
	1-2 месяца
	1-2 года
11	В России распространённость рака поджелудочной железы среди всех форм злокачественных новообразований составляет
	8,5%
	15%
	20%
	25%
12	Источником кровоснабжения головки поджелудочной железы являются
	нижние передняя и задняя панкреатодуоденальные артерии
	верхние передняя и задняя панкреатодуоденальные артерии
	хвостовая панкреатическая артерия
	длинная поджелудочная артерия
13	Резектабельность рака поджелудочной железы составляет
	5-15%
	15-20%
	25-30%
	> 30%
14	Основными видами хирургических операций при резектабельном раке поджелудочной железы являются
	дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы
	стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция
	панкреатэктомия
	некрэктомия
15	Основными показаниями к проведению рентгенэндоваскулярных вмешательств при раке поджелудочной железы являются
	неоадьювантное лечение резектабельной опухоли
	морфологически подтвержденный рак (T3-4 Nx M0) при отсутствии отделенных метастазов
	рак с изолированными метастазами в печень
	резектабельный рак поджелудочной железы (T1 N0 M0)
16	Назовите этапы диагностической ангиографии при раке поджелудочной железы
	возвратная портография
	ангиография чревного ствола
	ангиография верхней брыжеечной артерии
	ангиография нижней брыжеечной артерии
17	Преимуществами внутриартериальной химиоинфузии по сравнению с системной химиотерапией являются
	повышение частоты ответа опухоли на лечение
	улучшение клинической симптоматики
	уменьшение частоты побочных эффектов лечения
	увеличение средней продолжительности жизни

18	Для стандартной внутриартериальной химиоинфузии при раке поджелудочной железы диагностический катетер устанавливают
	в селезеночную артерию
	в верхнюю брыжеечную артерию
	в собственную печеночную артерию
	в чревный ствол
19	Основными преимуществами масляной химиоэмболизации являются
	увеличение концентрации химиоэмболизата в опухоли
	уменьшение дозы вводимого химиопрепарата
	возможность амбулаторного проведения процедуры
	воздействие на отдаленные метастазы
20	В качестве эмболизата при выполнении масляной химиоэмболизации при раке поджелудочной железы используют
	цианокрилаты
	липиодол
	частицы ПВА
	тромбовар
21	В качестве Какой химиопрепарата для выполнения масляной химиоэмболизации при раке поджелудочной железы используют
	5-фторурацил
	цисплатин
	иринотекан
	гемцитабин
22	Осложнениями масляной химиоэмболизации у пациентов с раком поджелудочной железы являются
	острые эрозии слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки
	транзиторное повышение уровня амилазы
	деструктивный панкреатит
	абсцесс селезенки
23	При химиоэмболизации при раке поджелудочной железы для перераспределения кровотока спирали устанавливают
	в правую желудочно-сальниковую артерию
	в собственную печеночную артерию
	в гастродуоденальную артерию
	в селезеночную артерию
24	Для лечения метастазов рака поджелудочной железы в печень применяется
	химиоэмболизация печеночной артерии насыщаемыми частицами
	химиоинфузия в печеночную артерию
	эмболизация печеночной артерии
	эмболизация воротной вены
25	Для рентгенэндоваскулярного лечения метастазов аденокарциномы поджелудочной железы в печень используют
	иринотекан
	гемцитабин
	доксорубиц
	цисплатин
26	Максимальная распространённость миомы матки наблюдается среди женщин в возрасте
	от 25 до 30 лет
	от 30 до 45 лет
	от 45 до 60 лет
	от 60 до 75 лет

27	0-Б тип миомы матки подразумевает наличие миоматозных узлов
	с шириной ножки более 2 см, без интрамурального компонента
	с шириной ножки менее 2 см, без интрамурального компонента
	на широком основании с интрамуральным компонентом < 50%
	с интрамуральным компонентом > 50%
	с интралигаментарным расположением
28	II тип миомы матки подразумевает наличие
	с шириной ножки более 2 см, без интрамурального компонента
	с шириной ножки менее 2 см, без интрамурального компонента
	на широком основании с интрамуральным компонентом < 50%
	с интрамуральным компонентом > 50%
	с интралигаментарным расположением
29	При I типе отхождения маточная артерия начинается от
	ствола внутренней подвздошной артерии
	нижней ягодичной артерии
	запирательной артерии
	внутренней половой артерии
30	При II типе отхождения маточная артерия начинается от
	ствола внутренней подвздошной артерии
	нижней ягодичной артерии
	запирательной артерии
	внутренней половой артерии
31	Для Ia типа анастомоза между яичниковой и маточной артериями характерно
	кровоснабжение миомы одновременно маточной и яичниковой артериями (преобладает кровоток по яичниковой артерии)
	кровоснабжение миомы одновременно маточной и яичниковой артериями (преобладает кровоток по маточной артерии)
	кровоснабжение части яичника из маточной артерии (преобладает кровоток по направлению к яичнику)
	кровоснабжение части миомы непосредственно из яичниковой артерии
32	Для II типа анастомоза между яичниковой и маточной артериями характерно
	кровоснабжение миомы одновременно маточной и яичниковой артериями (преобладает кровоток по маточной артерии)
	кровоснабжение миомы одновременно маточной и яичниковой артериями (преобладает кровоток по яичниковой артерии)
	кровоснабжение части яичника из маточной артерии (преобладает кровоток по направлению к яичнику)
	кровоснабжение части миомы непосредственно из яичниковой артерии, имеются анастомозы к интрамуральным отделам маточной артерии
33	К абсолютным показаниям к эмболизации маточных артерий при симптомной миоме относятся
	невозможность выполнения безопасной миомэктомии
	продолжающееся маточное кровотечение
	рецидивирующее маточное кровотечение
	размер матки более 20 недель
34	К абсолютным противопоказаниям к плановой эмболизации маточных артерий относятся
	выраженная аллергия на контрастные препараты
	злокачественные новообразования матки
	активный инфекционный процесс
	субмукозное расположение узла
35	Преимуществами эмболизации маточных артерий перед миомэктомией являются
	меньшая потребность в повторных вмешательствах
	меньшая продолжительность госпитализации

	абсолютная безопасность
	100% эффективность
36	Из сосудистых доступов при эмболизации маточных артерий используется
	односторонний бедренный
	двусторонний бедренный
	подмышечный
	плечевой
37	Из сосудистых доступов при для эмболизации маточных артерий используется
	двусторонний бедренный
	подмышечный
	плечевой
	лучевой
38	Специализированным катетером для эмболизации маточных артерий является
	Judkins
	Amplatz
	Roberts
	Simmons
39	Оптимальным размером микросфер для эмболизации маточных артерий является
	100-300 мкм
	300-500 мкм
	500-700 мкм
	700-900 мкм
40	Оптимальным размером частиц ПВА для эмболизации маточных артерий является
	100-300 мкм
	300-500 мкм
	500-700 мкм
	700-900 мкм
41	Основной причиной развития спазма маточной артерии в процессе её эмболизации является
	использование катетеров с гидрофильным покрытием
	применение несферических частиц для эмболизации
	грубая манипуляция катетером или проводником
	использование микрокатетера
42	Устранить спазм маточной артерии можно с помощью селективного интраартериального введения
	физиологического раствора
	контрастного вещества
	нитроглицерина
	гепарина
43	В случае выявления Ib типа анастомоза между яичниковыми и маточными артериями рекомендуется
	введение частиц большого диаметра с малой скоростью
	введение частиц большого диаметра с большой скоростью
	введение частиц малого диаметра с большой скоростью
	отказаться от проведения эмболизации маточных артерий
44	При анастомозировании маточной и яичниковой артерий целесообразно применение
	микрокатетерной техники
	микросфер малого диаметра
	только открытой операции
	удаления яичника
45	К конечным ангиографическим точкам эмболизации маточных артерий относится всё, кроме

	появление раннего артериовенозного сброса
	сохранения кровотока в маточных артериях
	стагнация контраста в маточных артериях
	накопление контраста в проекции узла
	симптома обгорелого дерева
46	К техническим показателям успеха эмболизации маточных артерий имеет отношение всё, кроме
	достижения конечных ангиографических точек с обеих сторон
	количества эмболизационного материала
	продолжительности рентгеноскопии
	объема контрастного вещества
47	Для эмболизации маточных артерий у пациенток с миомами больших размеров характерно
	менее выраженное уменьшение объема миомы
	менее выраженное уменьшение симптоматики
	большая частота осложнений
	меньшая частота осложнений
48	К осложнениям эмболизации маточных артерий относятся
	нецелевая эмболизация артерий перифиброидного сплетения
	нецелевая эмболизация яичниковой артерии
	перфорация маточных артерий
	диссекция маточных артерий
49	К проявлениям постэмболизационного синдрома при эмболизации маточных артерий относятся
	гипергидроз
	гипертермия
	диспепсия
	дизурия
50	Большинство осложнений эмболизации маточных артерий развивается
	во время первичной госпитализации
	в течение первых 6 недель после выписки
	в течение первых 6 месяцев после выписки
	в течение первых 12 месяцев после выписки
51	Вариантом локализации миомиоматозного узла, при котором часто происходит его экспульсия, является
	парацервикальный
	интрамуральный
	субсерозный
	субмукозный
52	Фактором риска развития экспульсии миомы матки является
	субмукозная миома на ножке
	субсерозная миома на ножке
	интерстициальная миома
	миома шейки матки
53	Нестероидные противовоспалительные препараты перед эмболизацией маточных артерий
	рекомендуется начинать
	за 48 часов
	за 12 часов
	за 6 часов
	за 1 час
54	Продолжительность антибиотикотерапии после эмболизации маточных артерий составляет
	один день
	неделю
	месяц

	год
55	Максимальное уменьшение миоматозного узла после эмболизации маточных артерий наблюдается через
	12 месяцев
	6 месяцев
	месяц
	неделю
56	Встречаемость доброкачественной гиперплазии предстательной железы у пациентов старше 80 лет достигает
	50%
	70%
	90%
	100%
57	Самым частым проявлением доброкачественной гиперплазии предстательной железы является
	синдром нижних мочевых путей
	синдром мужского бесплодия
	нефротический синдром
	синдром Гравица
58	Оптимальной проекцией для селективной катетеризации простатических артерий является
	ипсилатеральная косая 10° с краниальным отклонением 10-20°
	ипсилатеральная косая 25-55° с каудальным отклонением 10-20°
	контралатеральная косая 25-55° с каудальным отклонением 10-20°
	прямая переднезадняя
59	Чаще простатические артерии отходят от
	внутренней половой артерии
	верхней пузырной артерии
	нижней ягодичной артерии
	верхней ягодичной артерии
60	Количество основных артерий, участвующих в кровоснабжении предстательной железы, составляет
	1
	2
	3
	4
61	Чаще всего простатические артерии анастомозируют
	с внутренними половыми артериями
	с прямокишечными артериями
	с верхней ягодичной артерией
	с пузырными артериями
62	Перед эмболизацией простатической артерии рекомендуется интраартериально ввести
	нитроглицерин 500 мкг
	нитроглицерин 100 мкг
	верапамил 5.0 мг
	верапамил 2.5 мг
63	Оптимальным материалом для эмболизации артерий предстательной железы является
	сферические частицы диаметром 100-500 микрон
	сферические частицы диаметром 700-900 микрон
	гемостатическая губка
	микроспирали

64	Длительность антибиотикотерапии после эмболизации артерий предстательной железы составляет
	1 день
	7 дней
	14 дней
	30 дней
65	Регресс аденомы и её симптомов после эмболизации артерий предстательной железы продолжается в течение
	3 месяцев
	6 месяцев
	12 месяцев
	24 месяцев
66	Общие размеры предстательной железы после эмболизации артерий предстательной железы в среднем уменьшаются на
	5-10%
	10-30%
	30-50%
	50-70%
1	Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение ургентных состояний, связанных с кровотечением
1	Распространённость задних носовых кровотечений среди населения составляет
	5-10%
	15-20%
	25-50%
	более 50%
2	Распространённость всех носовых кровотечений среди взрослого населения в течение жизни составляет
	5-10%
	15-20%
	25-50%
	около 60%
3	Верхняя губная артерия имеет анастомозы
	со средней менингеальной артерии
	с передней мозговой артерией
	с верхней щитовидной артерией
	с глазной артерией
4	Распространённость aberrантного отхождения глазной артерии от средней менингеальной артерии составляет
	1% случаев
	5% случаев
	10% случаев
	20% случаев
5	Относительными противопоказаниями к эмболизации источника носового кровотечения являются
	аллергия на контрастный препарат
	переднее носовое кровотечение
	печеночная недостаточность
	почечная недостаточность
6	Оптимальной проекцией для выполнения обзорной ангиографии дуги аорты является
	правая косая 20°
	левая косая 20°
	боковая
	прямая

7	Частота встречаемости экстравазации контрастного вещества при носовых кровотечениях составляет
	< 1%
	< 10%
	< 20%
	< 30%
8	Основным показанием к применению стент-графтов при носовых кровотечениях является
	наличие наследственных геморрагических телеангиоэктазий
	наличие псевдоаневризмы внутренней сонной артерии
	наличие артериовенозной мальформации
	наличие злокачественной опухоли
9	Основным показанием к применению спиралей при эмболизации носовых кровотечений является
	наличие наследственных геморрагических телеангиоэктазий
	наличие ювенильной назофарингеальной ангиофибромы
	наличие артериовенозной мальформации
	наличие аневризмы
10	При идиопатических носовых кровотечениях показана
	двухсторонняя эмболизация верхнечелюстных артерий
	односторонняя эмболизация верхнечелюстных артерий
	двухсторонняя эмболизация наружных сонных артерий
	односторонняя эмболизация внутренних сонных артерий
11	Непосредственный успех эмболизации носовых кровотечений составляет
	93-100%
	50-70%
	25-50%
	15-20%
12	Самой частой причиной рецидива носовых кровотечений является
	наследственная геморрагическая телеангиоэктазия
	ювенильная назофарингеальная ангиофиброма
	злокачественная опухоль
	ятрогения
13	Частота встречаемости постоянных осложнений после эмболизации носовых кровотечений составляет
	менее 2%
	5-10%
	10-20%
	20-30%
14	Факторами риска развития носового кровотечения являются
	прием антикоагулянтов или дезагрегантов
	артериальная гипертония
	избыточная масса тела
	коагулопатии
15	Основными этиологическими причинами носовых кровотечений являются
	наследственная геморрагическая телеангиоэктазия
	злокачественные и доброкачественные опухоли
	инфекционные заболевания
	травма
16	Консервативными методами остановки носовых кровотечений являются
	клипирование передней и задней решетчатых артерий
	системная и местная гемостатическая терапия

	перевязка наружной сонной артерии
	тампонада носа
17	Передними ветвями наружной сонной артерии являются
	верхняя щитовидная артерия
	восходящая глоточная артерия
	лицевая артерия
	затылочная артерия
	язычная артерия
18	Конечными ветвями наружной сонной артерии являются
	поверхностная височная артерия
	задняя ушная артерия
	верхнечелюстная артерия
	восходящая глоточная артерия
	верхняя щитовидная артерия
19	Передние отделы полости носа кровоснабжаются
	передними и задними решетчатыми артериями
	нисходящей небной артерией
	артерией верхней губы
	восходящей глоточной артерией
20	Дно полости носа кровоснабжается
	восходящей небной артерией
	клиновиднонебной артерией
	нисходящей небной артерией
	восходящей глоточной артерией
	артерией верхней губы
21	Основными анастомозами между ветвями наружной и внутренней сонных артерий являются
	восходящая глоточная артерия
	артерия круглого отверстия
	средняя мозговая артерия
	средняя менингеальная артерия
22	Нецелевая эмболизация ветвей внутренней сонной и глазной артерии через анастомозы может привести к развитию
	тромбоэмболии легочной артерии
	односторонней потери зрения
	инфаркта миокарда
	инсульта
23	Анастомозы между ветвями наружной и внутренней сонных артерий могут открываться
	во время эмболизации источника носового кровотечения
	на фоне стеноза или окклюзии внутренней сонной артерии
	во время стентирования внутренней сонной артерии
	во время ангиографии сонных артерий
24	Показаниями к проведению эмболизации носового кровотечения являются
	подготовка к операции при ювенильной назальной ангиофибrome
	кровотечение с эффективной задней тампонадой носа
	кровотечение при посттравматической псевдоаневризме
	рецидивирующее кровотечение, рефрактерное к терапии
25	Перед проведением эмболизации при носовом кровотечении необходимо выполнить
	рентгенографию грудной клетки
	рентгенография черепа
	МСКТ или МРТ головы
	назальную эндоскопию

26	Перед проведением эмболизации при носовом кровотечении необходимо выполнить
	селективную ангиографию сонных артерий в нескольких проекциях
	селективную ангиографию подключичных артерий
	селективную ангиографию позвоночных артерий
	обзорную ангиографию дуги аорты
27	Ангиографическими признаками носового кровотечения являются
	гиперваскуляризация области патологического очага
	пропитывание паренхимы контрастным веществом
	наличие артериовенозных мальформаций
	увеличение диаметра сонной артерии
28	Основными материалами для выполнения эмболизации носовых кровотечений в настоящее время являются
	устройства AmplatzerVascularPlug
	желатиновая губка
	цианокрилаты
	микрочастицы
29	Основными материалами для эмболизации при идиопатических носовых кровотечениях являются
	акрилово-желатиновые микросферы диаметром 500-700 микрон
	частицы ПВА диаметром 900-1200 микрон
	частицы ПВА диаметром 180-500 микрон
	аутогемосгусток
30	Основными ангиографическими признаками посттравматических носовых кровотечений являются
	гиперваскуляризация области патологического очага
	экстравазация контрастного вещества
	артериовенозная мальформация
	образование псевдоаневризмы
31	Основными материалами для эмболизации при носовых кровотечениях у пациентов с наследственными геморрагическими телеангиоэктазиями являются
	акрилово-желатиновые микросферы диаметром 500-700 микрон
	частицы ПВА диаметром 900-1200 микрон
	частицы ПВА диаметром 180-500 микрон
	аутогемосгусток
32	К постоянным осложнениям эмболизации носового кровотечения относят
	острое нарушение мозгового кровообращения
	парез лицевого нерва
	потеря зрения
	парестезии
33	К временным осложнениям эмболизации носового кровотечения относят
	некроз кожи и твердого неба
	боль и онемение лица
	головную боль
	лихорадку
34	Для задне-перегородочной зоны полости носа характерно
	кровоснабжение из бассейна решетчатых артерий
	обильный и упорный характер кровотечения
	кровоснабжение из клиновидно-небной артерии
	истончение слизистой оболочки носа
35	Для передне-нижнего отдела носовой перегородки характерно
	кровоснабжение из бассейна решетчатых артерий

	обильный и упорный характер кровотечения
	поверхностное расположение сосудов
	истончение слизистой оболочки носа
36	Какова частота летальных исходов от легочного кровотечения?
	1-5%
	15-20%
	35-85%
	85-100%
37	В норме диаметр бронхиальных артерий составляет
	1-2,5 мм
	3-4 мм
	4-5 мм
	1-2 см
38	Чаще всего левое лёгкое кровоснабжается
	межребернобронхиальным стволом и бронхиальной артерией
	межребернобронхиальным стволом
	двумя бронхиальными артериями
	одной бронхиальной артерией
39	Чаще всего правое лёгкое кровоснабжается
	межребернобронхиальным стволом и бронхиальной артерией
	межребернобронхиальным стволом
	двумя бронхиальными артериями
	одной бронхиальной артерией
40	Вероятность отхождения передней спинномозговой артерии от межребернобронхиального ствола составляет
	3-5%
	5-10%
	10-15%
	15-20%
41	Не бронхиальные системные коллатеральные артерии являются источником легочного кровотечения
	в 5% случаев
	в 10% случаев
	в 15% случаев
	в 20% случаев
42	Частота успеха эмболизации при легочном кровотечении составляет
	5-10%
	10-20%
	30-50%
	85-99%
43	Оптимальным эмболизирующим материалом при лёгочном кровотечении и наличии крупных анастомозов является
	гемостатическая губка
	аутогемосгусток
	микрочастицы
	спирали
44	Наиболее часто артериовенозные мальформации легкого локализуются
	в средней доле правого легкого
	в верхних долях легких
	в нижних долях легких
	в левом легком

45	Частота встречаемости простых артериовенозных мальформаций легкого составляет
	80-90%
	50-60%
	20-30%
	5-10%
46	Диаметр спирали для эмболизации ветви лёгочной артерии при артериовенозной мальформации должен быть
	на 1-2 мм меньше, чем диаметр эмболизируемой артерии
	на 3-4 мм больше, чем диаметр эмболизируемой артерии
	на 1-2 мм больше, чем диаметр эмболизируемой артерии
	на 3-4 мм меньше, чем диаметр эмболизируемой артерии
47	Основным методом контрольного обследования после эмболизации артериовенозных мальформаций легкого является
	МСКТ с контрастированием
	ультразвуковое исследование
	сцинтиграфия легких
	МРТ
48	Смертность при разрыве псевдоаневризмы легочной артерии достигает
	10%
	50%
	70%
	90%
49	Этиологическими причинами легочного кровотечения могут быть
	злокачественные опухоли легкого
	синдром Мэллори-Вейсса
	синдром Гудпасчера
	туберкулёз
50	К временным методам остановки легочного кровотечения относят
	искусственно управляемую гипотонию
	эндобронхиальные методы гемостаза
	резекцию легкого
	торакопластику
51	Бронхиальные артерии кровоснабжают
	паренхиму легких
	миокард
	bronхи
	плевру
52	Вариантами отхождения эктопических бронхиальных артерий являются
	нижняя диафрагмальная артерия
	внутренняя грудная артерия
	коронарные артерии
	сонные артерии
53	Не бронхиальные системные коллатеральные артерии могут возникать при
	хроническом воспалении
	злокачественной опухоли
	бронхиальной астме
	остром воспалении
54	Источником не бронхиальных системных коллатеральных артерий могут быть
	передние и задние межреберные артерии
	нижняя диафрагмальная артерия

	ветви подключичной артерии
	почечные артерии
55	Показаниями к рентгенэндоваскулярному лечению легочного кровотечения являются
	объем легочного кровотечения более 100 мл в сочетании с обструкцией трахео-бронхиального дерева
	рецидивирующее легочное кровотечение
	скорость легочного кровотечения 50-200 мл/сутки
	скорость легочного кровотечения до 50 мл/сутки
56	В обследование пациентов с легочным кровотечением входят
	МСКТ органов грудной клетки с контрастированием
	рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях
	бронхоскопия
	спирография
57	Источниками легочного кровотечения могут быть
	не бронхиальные системные коллатеральные артерии
	брахиоцефальные артерии
	бронхиальные артерии
	ветви легочной артерии
58	Для селективной ангиографии бронхиальных артерий могут использоваться катетеры
	Simmons
	Pig tail
	Cobra
	Bern
59	Косвенными ангиографическими признаками легочного кровотечения являются
	расширение основного ствола бронхиальной артерии
	гиперваскуляризация области патологического очага
	шунтирование крови в легочную артерию или вену
	окклюзия бронхиальной артерии
60	Материалом для эмболизации бронхиальных артерий в настоящее время является
	аутогемосток
	микрочастицы
	цианокрилаты
	спирали
61	Причиной рецидива легочного кровотечения являются
	реканализация эмболизированного сосуда
	прогрессирование основного заболевания
	развитие новых коллатералей
	ишемия легочной ткани
62	Рецидив легочного кровотечения, как правило, развивается
	в течение второго месяца после эмболизации
	в течение двух недель после эмболизации
	через полгода после эмболизации
	через год после эмболизации
63	Осложнениями эмболизации бронхиальных артерий являются
	поперечный миелит (синдром Броун-Секара)
	односторонний паралич диафрагмы
	острый инфаркт миокарда
	стеноз пищевода
64	Сосудистым доступом для выполнения ангиопульмонографии могут быть
	внутренняя яремная вена

	бедренная артерия
	лучевая артерия
	бедренная вена
65	Для выполнения селективной ангиографии долевых ветвей легочной артерии могут использоваться катетеры
	Headhunter
	Hockeystick
	Judkins Left
	Pigtail
66	Этиологическими причинами артериовенозных мальформаций легкого являются
	наследственная геморрагическая телеангиоэктазия
	хроническая обструктивная болезнь легких
	митральный стеноз
	амилоидоз
67	Диаметр устройства AmplatzerVascularPlug при его имплантации должен быть
	на 30-50% больше диаметра целевой артерии
	на 10-20% больше диаметра целевой артерии
	равным диаметру целевой артерии
	меньше диаметра целевой артерии
68	При артериовенозной мальформации лёгкого устройство AmplatzerVascularPlug имплантируется
	в пределах 3 см от венозного мешка
	в пределах 1 см от венозного мешка
	в пределах 0,5 см от венозного мешка
	в венозный мешок
69	Этиологическими причинами образования псевдоаневризм легочной артерии являются
	первичные опухоли легких и метастазы
	тромбоэмболия легочной артерии
	ятрогенное воздействие
	туберкулез легкого
70	При рентгенэндоваскулярном лечении псевдоаневризм легочной артерии используются
	цианокрилаты
	стент-графты
	спирали
	этанол
71	Осложнениями эмболизации артериовенозных мальформаций легкого являются
	острое нарушение мозгового кровообращения
	миграция эмболизирующего материала
	воздушная эмболия
	инфаркт миокарда
72	Частота развития кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта от общего количества желудочно-кишечных кровотечений составляет
	70-85%
	50-70%
	30-50%
	10-30%
73	Уровень смертности от желудочно-кишечных кровотечений составляет
	более 30%
	от 25 до 30%
	от 15 до 25%
	от 5 до 15%

74	Скорость введения контрастного вещества при проведении селективной ангиографии чревного ствола или верхней брыжеечной артерии составляет
	1-2 мл/сек
	2-3 мл/сек
	3-5 мл/сек
	5-6 мл/сек
75	Прямым признаком желудочно-кишечного кровотечения является
	гиперваскуляризация области патологического очага
	задержка контрастного препарата в просвете артерии
	экстравазация контрастного вещества
	ранний артериовенозный сброс
76	Ангиографические признаки активного кровотечения удается выявить у
	34% больных
	46% больных
	54% больных
	82% больных
77	При кровотечении в просвет пищевода или дно желудка возможно проведение эмболизации
	правой желудочно-сальниковой артерии
	левой желудочной артерии
	правой желудочной артерии
	коротких желудочных артерий
78	У пациентов с кровотечением в просвет двенадцатиперстной кишки наиболее частым источником кровотечения является
	собственная печеночная артерия
	гастродуоденальная артерия
	левая желудочная артерия
	правая желудочная артерия
79	Основным показанием к применению стент-графтов у пациентов с желудочно-кишечным кровотечением является
	наличие раннего артериовенозного сброса
	артериовенозная мальформация
	кровотечение из опухоли
	аневризма артерии
80	Технический успех эмболизации желудочно-кишечных кровотечений составляет около
	93%
	83%
	75%
	52%
81	Успех эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях достигает
	100%
	90%
	80%
	75%
82	Частота развития рецидивов желудочно-кишечного кровотечения составляет
	20-33%
	10-15%
	5-10%
	< 5%
83	Частота развития больших и малых осложнений после эмболизации кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта составляет
	около 1%

	около 10%
	около 15%
	около 25%
84	Частота встречаемости целиако-мезентериального ствола составляет
	1%
	2.5%
	5%
	10%
85	Поперечная ободочная кишка кровоснабжается преимущественно
	сигмовидной артерией
	подвздошно-ободочной артерией
	средней ободочной артерией
	левой ободочной артерией
86	Первая эмболизация у больного с кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта была выполнена в
	1954 году
	1974 году
	1994 году
	2004 году
87	Относительными противопоказаниями к эмболизации источника желудочно-кишечного кровотечения являются
	нарушение свертывающей системы крови
	пароксизмальная мерцательная аритмия
	уровень гемоглобина менее 70 г/л
	нарушение выделительной функции почек
88	Для катетеризации висцеральных ветвей брюшной аорты трансфеморальным доступом оптимальным катетером является
	Celiac Trunk
	Amplatz right 2
	Amplatz left 3
	Ultimate
89	Для катетеризации висцеральных ветвей брюшного отдела аорты трансрадиальным доступ используются катетеры
	Celiac Trunk
	Amplatz left 1
	Ultimate
	Cobra
90	Этиологическими причинами кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются
	синдром Меллори-Вейсса
	варикозно расширенные вены
	дивертикул Меккеля
	болезнь Крона
91	Этиологическими причинами кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта являются
	ангиодисплазии тонкой и толстой кишки
	неспецифический язвенный колит
	синдром Меллори-Вейсса
	туберкулез кишечника
92	К верхнему отделу желудочно-кишечного тракта относятся
	двенадцатиперстная кишка

	пищевод
	тощая кишка
	глотка
93	К нижнему отделу желудочно-кишечного тракта относятся
	толстая кишка
	подвздошная кишка
	двенадцатиперстная кишка
	тощая кишка
94	В случае развития кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта выполняется селективная ангиография
	нижней брыжеечной артерии
	нижних диафрагмальных артерий
	наружных подвздошных артерий
	верхней брыжеечной артерии
95	Для проведения провокативной ангиографии могут использоваться
	вазодилатирующие (спазмолитические) препараты
	антикоагулянтные препараты
	сосудосуживающие препараты
	тромболитические препараты
96	Для тяжелой кровопотери характерно
	систолическое АД менее 80 мм рт. ст.
	уровень гемоглобина 80-100 г/л
	уровень гемоглобина 60-80 г/л
	диурез менее 20 мл/ч
97	Местными симптомами желудочно-кишечного кровотечения являются
	бледность кожных покровов
	спутанное сознание
	гематемезис
	мелена
98	Диагностическими методами для установления источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ являются
	компьютерная томография
	капсульная эндоскопия
	эзофагогастродуоденоскопия
	ректороманоскопия
99	Основными ветвями брюшного отдела аорты, кровоснабжающими желудочно-кишечный тракт, являются
	верхняя брыжеечная артерия
	нижняя брыжеечная артерия
	почечные артерии
	чревный ствол
100	Основными ветвями чревного ствола являются
	общая печеночная артерия
	гастродуоденальная артерия
	левая желудочная артерия
	селезеночная артерия
101	Ветвями гастродуоденальной артерии являются
	верхние панкреатодуоденальные артерии
	правая желудочно-сальниковая артерия
	правая желудочная артерия
	левая желудочная артерия

102	Основными ветвями верхней брыжеечной артерии являются
	средняя ободочная артерия
	верхняя панкреатодуоденальная артерия
	нижняя панкреатодуоденальная артерия
	подвздошно-ободочная артерия
103	Основными ветвями нижней брыжеечной артерии являются
	средняя прямокишечная артерия
	сигмовидная артерия
	верхняя прямокишечная артерия
	левая ободочная артерия
104	Основными артериями кровоснабжающими пищевод являются
	левая желудочно-сальниковая артерия
	левая нижняя диафрагмальная артерия
	левая желудочная артерия
	селезеночная артерия
105	Косвенными признаками желудочно-кишечного кровотечения являются
	гиперваскуляризация области патологического очага
	тромботическая окклюзия артерии
	экстравазация контрастного вещества
	аневризматическое расширение артерии
106	Артериями, кровоснабжающими желудок, являются
	нижняя панкреатодуоденальная артерия
	правая желудочно-сальниковая артерия
	правая желудочная артерия
	левая желудочная артерия
107	Ветвями селезеночной артерии являются
	левая желудочно-сальниковая артерия
	короткие желудочные артерии
	правая желудочная артерия
	задняя желудочная артерия
108	Основными артериями кровоснабжающими двенадцатиперстную кишку являются
	нижняя панкреатодуоденальная артерия
	гастродуоденальная артерия
	селезеночная артерия
	кишечные артерии
109	Прямая кишка кровоснабжается преимущественно
	верхней прямокишечной артерией
	внутренней половой артерией
	средней прямокишечной артерией
	запирательной артерией
110	При отсутствии явных признаков кровотечения в просвет тела или антрального отдела желудка показано проведение эмболизации
	правой желудочно-сальниковой артерии
	левой желудочной артерии
	правой желудочной артерии
	селезеночной артерии
111	Основными материалами для выполнения эмболизации желудочно-кишечных кровотечений в настоящее время являются
	устройства Amplatzer Vascular Plug
	клеевые композиции

	микрочастицы
	спирали
112	Микрочастицы какого диаметра предпочтительно использовать при проведении эмболизации желудочно-кишечных кровотечений?
	сферические частицы диаметром 100-300 микрон
	несферические частицы диаметром 350-500 микрон
	несферические частицы диаметром 100-300 микрон
	сферические частицы диаметром 500-700 микрон
113	Основными преимуществами желатиновой губки при проведении эмболизации желудочно-кишечных кровотечений являются
	временная остановка кровотечения после эмболизации
	хорошая визуализация во время введения
	низкая себестоимость
	высокая доступность
114	Основными причинами безуспешной попытки эмболизации желудочно-кишечных кровотечений являются
	наличие экстравазации контрастного вещества
	кровотечения при злокачественных опухолях
	сложная анатомия
	диссекция
115	Основными причинами рецидивов желудочно-кишечных кровотечений являются
	неполная изначальная эмболизация пораженного сосуда
	реканализация эмболизированного сосуда
	персистирующая коагулопатия
	ранняя активизация больного
116	Вероятность развития ишемических осложнений при эмболизации желудочно-кишечных кровотечений повышается при
	ранее выполненном хирургическом вмешательстве
	использовании в качестве материала для эмболизации спиралей
	кровотечениях из нижних отделов желудочно-кишечного тракта
	использовании микрочастиц или клеевых композиций