

## Редакция 2017 год

1. Рекомендуемым методом диагностики ИБС при низкой претестовой вероятности (<15%) является:
  - a. Коронарная ангиография
  - b. Стресс-эхокардиография с добутамином
  - c. Стресс-МРТ
  - d. Ни один из перечисленных
2. Рекомендуемым методом диагностики ИБС при высокой претестовой вероятности (>85%) является:
  - a. Стресс-эхокардиография с добутамином
  - b. Коронарная ангиография
  - c. КТ-ангиография коронарных артерий
  - d. Стресс-МРТ
3. Показанием к реваскуляризации миокарда при хронической ИБС является:
  - a. Множественное стенотическое поражение коронарных артерий при SYNTAX Score > 22
  - b. Множественное стенотическое поражение коронарных артерий с документированной ишемией и ФВЛЖ < 40%
  - c. Множественное стенотическое поражение коронарных артерий при наличии обширных рубцовых изменений миокарда
  - d. Множественное стенотическое поражение коронарных артерий при FFR > 0.8
4. Показанием к реваскуляризации миокарда при хронической ИБС является:
  - a. Множественное стенотическое поражение коронарных артерий при SYNTAX Score > 33
  - b. Множественное стенотическое поражение коронарных артерий в сочетании обширных рубцовых изменений миокарда
  - c. Наличие стеноза ствола левой коронарной артерии при FFR < 0.8
  - d. Наличие стеноза ствола левой коронарной артерии при FFR > 0.8
5. Показанием к реваскуляризации миокарда при хронической ИБС является:
  - a. Наличие стеноза ствола левой коронарной артерии при FFR > 0.8
  - b. Наличие стеноза в среднем отделе передней межжелудочковой артерии при FFR < 0.8
  - c. Любого стеноза коронарной артерии с FFR < 0.8 при наличии лимитирующей стенокардии напряжения, резистентной к медикаментозной терапии
  - d. Сопутствующее поражение аортального клапана
6. При хронической ИБС реваскуляризация миокарда улучшит прогноз в случае:
  - a. Наличие стеноза ствола левой коронарной артерии при FFR < 0.8
  - b. Множественное стенотическое поражение коронарных артерий с документированной ишемией и ФВЛЖ < 40%
  - c. Любого стеноза коронарной артерии с FFR < 0.8 при наличии лимитирующей стенокардии напряжения, резистентной к медикаментозной терапии
  - d. Микроваскулярной стенокардии
7. Чрескожное коронарное вмешательство является предпочтительным методом реваскуляризации миокарда в случае:
  - a. Поражение ствола левой коронарной артерии при SYNTAX Score > 32
  - b. Многососудистое поражение коронарных артерий при SYNTAX Score > 32
  - c. Одно- или двухсосудистое поражение коронарных артерий без вовлечения проксимального отдела передней межжелудочковой артерии
  - d. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST
8. У больного с хронической ИБС и множественным стенотическим поражением коронарных артерий при SYNTAX Score > 32 и низким хирургическим риском в качестве метода реваскуляризации рекомендовано:

- a. Чрескожное коронарное вмешательство
  - b. Коронарное шунтирование
  - c. Интракоронарная брахитерапия
  - d. Лазерная реваскуляризация
9. У больного с поражением ствола левой коронарной артерии и SYNTAX Score < 22 при низком хирургическом риске рекомендованным методом реваскуляризации является:
- a. Только коронарное шунтирование
  - b. Коронарное шунтирование или чрескожное коронарное вмешательство
  - c. Только чрескожное коронарное вмешательство
  - d. Гибридная реваскуляризация
10. У больного с хронической ИБС и множественным стенотическим поражением коронарных артерий при SYNTAX Score 22-32 и низким хирургическим риском в качестве метода реваскуляризации рекомендовано:
- a. Чрескожное коронарное вмешательство
  - b. Коронарное шунтирование
  - c. Интракоронарная брахитерапия
  - d. Лазерная реваскуляризация
11. Ургентная (в течение 2 часов) коронарография показана больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:
- a. Рефрактерных ангинозных болей
  - b. Кардиогенного шока
  - c. Жизнеугрожающих аритмий
  - d. Повышенного уровня тропонина при поступлении
12. Ургентная (в течение 2 часов) коронарография показана больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:
- a. Динамики сегмента ST и зубца T на ЭКГ
  - b. Повышения уровня тропонина
  - c. Нестабильной гемодинамики
  - d. Наличия чрескожного коронарного шунтирования в анамнезе
13. Ургентная (в течение 2 часов) коронарография не показана больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:
- a. Наличия ассоциированной сердечной недостаточности
  - b. Рефрактерных ангинозных болей
  - c. Наличия повышения или снижения уровня тропонина в динамике
  - d. Кардиогенного шока
14. Проведение коронарографии в течение 24 часов показано больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:
- a. Наличия повышения или снижения уровня тропонина в динамике
  - b. При коронарном шунтировании или чрескожном коронарном вмешательстве в анамнезе
  - c. При уровне риска по шкале GRACE < 108
  - d. При уровне риска по шкале GRACE 108-140
15. Проведение коронарографии в течение 24 часов показано больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:
- a. Ишемической динамики сегмента ST и зубца T на ЭКГ
  - b. При коронарном шунтировании или чрескожном коронарном вмешательстве в анамнезе
  - c. При уровне риска по шкале GRACE < 108
  - d. При уровне риска по шкале GRACE 108-140
16. Проведение коронарографии в течение 24 часов показано больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в случае:
- a. При сопутствующем сахарном диабете

- b. При коронарном шунтировании или чрескожном коронарном вмешательстве в анамнезе
  - c. При уровне риска по шкале GRACE > 140
  - d. При уровне риска по шкале GRACE 108-140
17. При первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты должна составлять:
- a. 300-500 мг
  - b. 500 мг
  - c. 150-300 мг
  - d. 500 – 1000 мг
18. После выполнения чрескожного коронарного вмешательства по поводу острого инфаркта миокарда длительность двойной антиагрегантной терапии у больных без высокого риска кровотечения должна составлять:
- a. 6 месяцев
  - b. 12 месяцев
  - c. 3 месяца
  - d. 18 месяцев
19. Для блокады P2Y12 рецепторов тромбоцитов у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым проводится первичное чрескожное коронарное вмешательство могут использоваться:
- a. Тикагрелор
  - b. Прасугрель
  - c. Клопидогрель
  - d. Тиклопидин
20. Нагрузочная доза прасугреля при первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST должна составлять:
- a. 180 мг
  - b. 60 мг
  - c. 300 мг
  - d. 600 мг
21. Нагрузочная доза клопидогреля при первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST должна составлять:
- a. 180 мг
  - b. 60 мг
  - c. 300 мг
  - d. 600 мг
22. Нагрузочная доза тикагрелора при первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST должна составлять:
- a. 180 мг
  - b. 60 мг
  - c. 300 мг
  - d. 600 мг
23. При проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства больным с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST нагрузочная доза блокаторов P2Y12 рецепторов тромбоцитов должна быть дана:
- a. В рентгенооперационной, непосредственно перед вмешательством
  - b. За 4-6 часов до вмешательства
  - c. При первом медицинском контакте
  - d. За 1-3 часа до вмешательства
24. Применение блокаторов P<sub>2</sub>Y<sub>12</sub> гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов при первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST показано в случае:

- a. Во всех случаях
  - b. При сопутствующей гепарининдуцированной тромбоцитопении
  - c. В случае тромботических осложнений или признаках развития синдрома no-reflow
  - d. Во всех случаях при низком риске кровотечения
25. Во время первичного чрескожного коронарного вмешательства антикоагулянты назначаются:
- a. Всем пациентам
  - b. При наличии тромбоза в полостях сердца
  - c. При сопутствующем флеботромбозе
  - d. При сопутствующей мерцательной аритмии
26. При проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым вводятся блокаторы гликопротеиновых П<sub>2</sub>/Уа рецепторов тромбоцитов, доза нефракционированного гепарина должна составлять:
- a. 100 Ед/кг
  - b. 50-70 Ед/кг
  - c. 70-100 ЕД/кг
  - d. 30-50 Ед/кг
27. При проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым не вводятся блокаторы гликопротеиновых П<sub>2</sub>/Уа рецепторов тромбоцитов, доза нефракционированного гепарина должна составлять:
- a. 100 Ед/кг
  - b. 50-70 Ед/кг
  - c. 70-100 ЕД/кг
  - d. 30-50 Ед/кг
28. При проведении чрескожных коронарных вмешательств могут использоваться следующие антикоагулянты:
- a. Нефракционированный гепарин
  - b. Эноксапарин
  - c. Фондапаринукс
  - d. Бивалирудин
29. При поздней недостаточности коронарных шунтов предпочтительным методом реваскуляризации является:
- a. Повторное коронарное шунтирование
  - b. ЧКВ шунтов
  - c. ЧКВ нативных коронарных артерий
  - d. Лазерная реваскуляризация
30. Механическая реканализация инфаркт-связанной коронарной артерии при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST должна быть проведена не позднее, чем:
- a. Через 180 мин от первого медицинского контакта
  - b. Через 120 мин от момента начала симптомов
  - c. Через 120 мин от первого медицинского контакта
  - d. Через 90 мин от начала симптомов
31. При остром инфаркте миокарда с кардиогенным шоком первичное чрескожное коронарное вмешательство показано в следующие сроки:
- a. Не позднее 18 часов от развития шока
  - b. Не позднее 36 часов от развития инфаркта
  - c. Не позднее 48 часов от развития инфаркта
  - d. Независимо от времени, прошедшего от начала симптомов
32. При остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST время от момента поступления больного в клинику с возможностью проведения чрескожного коронарного вмешательства до реканализации инфаркт-связанной коронарной артерии не должно превышать:

- a. 120 минут
  - b. 60 минут
  - c. 30 минут
  - d. 90 минут
33. После успешного чрескожного коронарного вмешательства на инфаркт-связанной коронарной артерии у пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST без шока, у которого в других коронарных артериях имеются выраженные стенозы, возможна следующая тактика:
- a. Во всех подобных случаях выполнить одномоментную реваскуляризацию всех пораженных коронарных артерий
  - b. Одномоментная реваскуляризация может рассматриваться у отдельных пациентов
  - c. Рассмотреть поэтапную реваскуляризацию в течение нескольких недель при диагностированной ишемии миокарда
  - d. Выполнить полную реваскуляризацию при Syntax Score < 22
34. При выполнении первичного чрескожного коронарного вмешательства при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST рекомендованной тактикой является:
- a. Стентирование инфаркт-связанной коронарной артерии
  - b. Баллонная ангиопластика инфаркт-связанной коронарной артерии
  - c. Мануальная тромбоаспирация
  - d. Интракоронарный тромболитизис
35. При стентировании инфаркт-связанной коронарной артерии у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST рекомендовано использовать:
- a. Стенты, выделяющие лекарство последнего поколения
  - b. Голометаллические стенты
  - c. Биорезорбируемые скаффолды
  - d. Стенты, покрытые полимерной сеткой
36. Первичное чрескожное коронарное вмешательство у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST рекомендовано проводить, используя:
- a. Феморальный доступ
  - b. Радиальный доступ
  - c. Паравертебральный доступ
  - d. Брахиальный доступ
37. Мануальная тромбоаспирация при первичном чрескожном коронарном вмешательстве у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST:
- a. Должна применяться во всех случаях
  - b. Не применяется
  - c. Может рассматриваться у отдельных пациентов
  - d. Может рассматриваться только в сочетании с блокаторами Пв/Ша рецепторов тромбоцитов
38. После проведения эффективной тромболитической терапии у больного с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST коронарная ангиография должна быть проведена в течение:
- a. 3 часов
  - b. 24 часов
  - c. 48 часов
  - d. 72 часов
39. В случае неэффективной тромболитической терапии у больного с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST «спасительное» чрескожное коронарное вмешательство должно быть проведено:
- a. В течение 3-24 часов после тромболитизиса
  - b. В течение 48 часов после тромболитизиса
  - c. Как можно раньше
  - d. После того как АСТ станет меньше 180 секунд

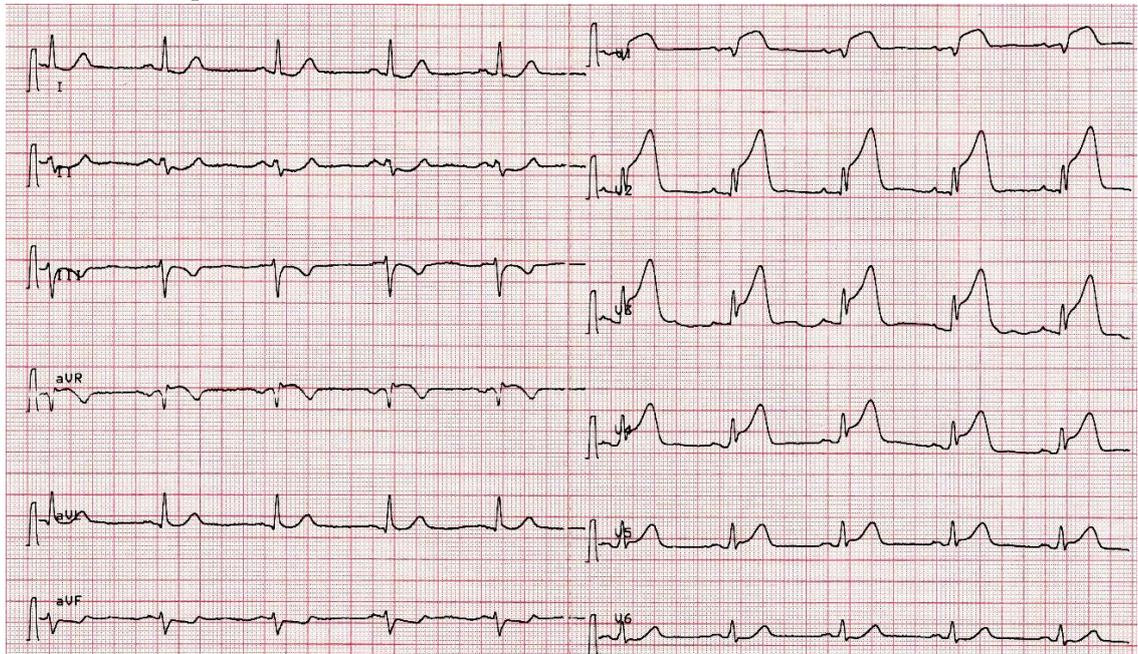
40. Перед проведением чрескожного коронарного вмешательства у больного с острым коронарным синдромом, осложненным кардиогенным шоком, рекомендовано:
- Получить результаты общего клинического анализа крови для исключения кровотечения
  - Провести немедленную эхокардиографию для исключения механических осложнений, требующих хирургического вмешательства
  - Во всех случаях начать механическую поддержку левого желудочка
  - Катетеризировать легочную артерию катетером Свана-Ганса для оценки параметров центральной гемодинамики
41. Для профилактики контраст-индуцированной нефропатии рекомендовано:
- Гидратация физиологическим раствором
  - Использование низко- и изоосмолярных контрастных препаратов
  - Назначение N-ацетилцистеина перед процедурой
  - Краткосрочная терапия высокими дозами статинов
42. Для профилактики контраст-индуцированной нефропатии рекомендовано все, кроме:
- Гидратация физиологическим раствором
  - Использование низко- и изоосмолярных контрастных препаратов
  - Назначение N-ацетилцистеина перед процедурой
  - Гидратация 0,84% раствором бикарбоната натрия
43. У пациентов, которым планируется хирургическое вмешательство на клапанах сердца проведение коронарной ангиографии рекомендовано в следующих случаях:
- Наличие ИБС в анамнезе
  - У мужчин старше 40 лет и у женщин в постменопаузе
  - При низкой вероятности ИБС
  - При систолической дисфункции левого желудочка
44. У пациентов, которым планируется хирургическое вмешательство на клапанах сердца проведение коронарной ангиографии рекомендовано во всех случаях, кроме:
- Наличие ИБС в анамнезе
  - При низкой вероятности ИБС
  - При наличии более 1 фактора риска развития ИБС
  - При систолической дисфункции левого желудочка
45. При наличии первичных показаний к хирургическому вмешательству на аортальном или митральном клапанах и стеноза эпикардиальной коронарной артерии более 70% предпочтительным методом реваскуляризации является:
- Стентирование с имплантацией стента, выделяющего лекарство последнего поколения
  - Стентирование с имплантацией голометаллического стента
  - Коронарное шунтирование
  - Баллонная ангиопластика
46. У пациента, которому планируется проведение транскатетерной имплантации аортального клапана, при наличии стеноза эпикардиальной коронарной артерии более 70% чрескожное коронарное вмешательство:
- Противопоказано
  - Может рассматриваться
  - Должно проводиться во всех таких случаях
47. У пациента, которому планируется проведение транскатетерного вмешательства на митральном клапане, при наличии стеноза эпикардиальной коронарной артерии более 70% чрескожное коронарное вмешательство:
- Противопоказано
  - Может рассматриваться
  - Должно проводиться во всех таких случаях
48. Минимальная рекомендованная продолжительность двойной антиагрегантной терапии после стентирования коронарных артерий составляет:

- a. 12 месяцев
  - b. 1 месяц
  - c. 6 месяцев
  - d. 3 месяца
49. Для чрескожных коронарных вмешательств на венозных аорто-коронарных шунтах справедливы следующие утверждения:
- a. Рекомендовано применение стентов, выделяющих лекарство
  - b. Рекомендовано применение голометаллических стентов
  - c. Рекомендовано применение устройств дистальной защиты
  - d. Рекомендована агрессивная баллонная предилатация
50. У пациента с рестенозом голометаллического стента рекомендованная тактика реваскуляризации может заключаться в:
- a. Имплантации еще одного голометаллического стента в рестенозированный сегмент
  - b. Имплантации стента, выделяющего лекарство в рестенозированный сегмент
  - c. Баллонной ангиопластике с использованием баллона с лекарственным покрытием
  - d. Коронарном шунтировании
51. У пациента с рестенозом стента, выделяющего лекарство, рекомендованная тактика реваскуляризации может заключаться в:
- a. Имплантации голометаллического стента в рестенозированный сегмент
  - b. Имплантации другого стента, выделяющего лекарство в рестенозированный сегмент
  - c. Баллонной ангиопластике с использованием баллона с лекарственным покрытием
  - d. Коронарном шунтировании
52. Для оценки тяжести поражения и результата стентирования незащищенного ствола левой коронарной артерии рекомендовано использовать:
- a. Оптическую когерентную томографию
  - b. Внутрисосудистое ультразвуковое исследование
  - c. Ангиоскопию
  - d. Виртуальную гистологию
53. Рекомендованной стратегией первой линии при чрескожных коронарных вмешательствах на бифуркационных поражениях является:
- a. Стентирование основной ветви с дальнейшим провизорной баллонной дилатацией или стентированием боковой ветви
  - b. Crush-стентирование
  - c. Culotte-стентирование
  - d. T-стентирование без протрузии
54. Баллонная аортальная вальвулопластика может рассматриваться:
- a. В качестве изолированного метода лечения тяжелого симптоматического аортального стеноза
  - b. В качестве «моста» к хирургическому или транскатетерному протезированию аортального клапана у гемодинамически нестабильных пациентов
  - c. В качестве изолированного метода лечения умеренного аортального стеноза
  - d. Как метод выбора лечения аортального стеноза при сопутствующем поражении устьев коронарных артерий
55. При перфорации коронарной артерии во время чрескожного коронарного вмешательства первым лечебным мероприятием является:
- a. Имплантация графт-стента
  - b. Длительная (> 10 минут) баллонная инфляция низким давлением (2-4 атмосферы)
  - c. Коил-эмболизация перфорированной артерии
  - d. Интракоронарное введение цианокрилата
56. При перфорации коронарной артерии во время чрескожного коронарного вмешательства прекращению экстрavasации могут способствовать:

- a. Введение протамина сульфата
  - b. Трансфузия тромбоцитарной массы
  - c. Инфузия блокаторов Пв/Ша гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов
  - d. Введение викасола
57. К факторам риска перфорации коронарной артерии во время чрескожного коронарного вмешательства относятся:
- a. Применение атероабляции
  - b. Соотношение размера используемых баллонов к диаметру артерии 0,5/1
  - c. Использование гидрофильных коронарных проводников
  - d. Вмешательства на хронических тотальных окклюзиях
58. Диаметр стент-графта при эндоваскулярном протезировании аорты должен быть:
- a. На 10-15% больше диаметра аорты
  - b. Точно соответствовать диаметру аорты
  - c. На 0,5 см меньше диаметра аорты
  - d. На 10-15% меньше диаметра аорты
59. При эндоваскулярном протезировании аорты проксимальная и дистальная зоны фиксации стента должны иметь протяженность не менее:
- a. 1,5 см
  - b. 2 см
  - c. 5 см
  - d. 1 см
60. При расслаивающей аневризме грудной аорты эндоваскулярное протезирование рекомендовано в случае:
- a. Диссекции аорты типа А
  - b. Неосложненном течении диссекции аорты типа В
  - c. Осложненном течении диссекции аорты типа В
  - d. Неосложненном течении диссекции аорты типа А
61. Целевым сосудом при феморальном артериальном доступе является:
- a. Поверхностная бедренная артерия
  - b. Глубокая артерия бедра
  - c. Общая бедренная артерия
  - d. Наружная подвздошная артерия
62. При стентировании аорто-устьевого и проксимального сегмента левой подключичной артерии для лучшего контроля за положением стента в момент имплантации целесообразно использовать:
- a. Саморасширяющийся стент
  - b. Баллонорасширяемый стент
  - c. Биоабсорбируемый скаффолд
  - d. Стент-графт
63. Для оценки риска развития ишемии кисти после трансрадиальных вмешательств можно использовать:
- a. Модифицированный тест Allen
  - b. УЗИ лучевой артерии
  - c. Оксиметрический плетизмографический тест Varbeau
  - d. Оценка плетизмографической кривой с I пальца в покое
64. При проведении оксиметрического плетизмографического теста Varbeau оценка формы и амплитуды оксиметрической кривой проводится через:
- a. 5-10 секунд
  - b. 1 минуту
  - c. 2 мин
  - d. 30 секунд
65. По результатам теста Varbeau коллатеральное кровоснабжение кисти считается неадекватным в случае наличия оксиметрической кривой типа:

- a. A
  - b. B
  - c. C
  - d. D
66. Тип кровоснабжения миокарда определяется артерией, которая отдает:
- a. Переднюю межжелудочковую ветвь
  - b. Заднюю межжелудочковую ветвь
  - c. Заднебоковую ветвь
  - d. Ветвь тупого края
67. Коллатераль Кюгеля представляет собой анастомоз между:
- a. Проксимальной частью правой коронарной артерии и проксимальной частью передней межжелудочковой артерии
  - b. Септальными ветвями задней и передней межжелудочковых артерий
  - c. Проксимальным и дистальным отделами правой коронарной артерии
  - d. Ветвью тупого края и дистальной частью передней межжелудочковой артерии
68. Для левой вентрикулографии рекомендовано применение катетера:
- a. Типа JL
  - b. Типа AL
  - c. Типа Pigtail
  - d. Типа JR
69. Стандартными ангиографическими проекциями для левой вентрикулографии являются:
- a. RAO 30°
  - b. AP 0°
  - c. LAO 40° - 60°
  - d. LAO 90°
70. Оптимальной ангиографической проекцией для ангиографии правой общей бедренной артерии является:
- a. LAO 30-45°
  - b. RAO 30-45°
  - c. AP 0°
  - d. LAO 30° с умеренной каудальной ангуляцией
71. Оптимальной ангиографической проекцией для ангиографии левой общей бедренной артерии является:
- a. LAO 30-45°
  - b. RAO 30-45°
  - c. AP 0°
  - d. RAO 30° с умеренной каудальной ангуляцией
72. Оптимальной ангиографической проекцией для ангиографии общей бедренной артерии является:
- a. 30-45° ипсилатеральная
  - b. 30-45° контралатеральная
  - c. Прямая передне-задняя
  - d. Прямая с 30° каудальной ангуляцией
73. Оптимальной ангиографической проекцией для ангиографии подколенных артерий является:
- a. Боковая
  - b. Прямая передне-задняя
  - c. Прямая с каудальной ангуляцией
  - d. Прямая с краниальной ангуляцией
74. Оптимальной ангиографической проекцией для ангиографии артерий стопы является:
- a. Боковая (90° к стопе)
  - b. Прямая передне-задняя
  - c. Прямая с каудальной ангуляцией

- d. Прямая с краниальной ангуляцией
75. Оптимальной ангиографической проекцией для ангиографии абдоминальной аорты является:
- Боковая  $90^{\circ}$
  - Прямая  $0^{\circ}$
  - LAO  $15^{\circ} - 30^{\circ}$
  - RAO  $15^{\circ} - 30^{\circ}$
76. Оптимальной ангиографической проекцией для ангиографии дуги аорты является:
- Боковая  $90^{\circ}$
  - Прямая  $0^{\circ}$
  - LAO  $30^{\circ} - 40^{\circ}$
  - RAO  $30^{\circ} - 40^{\circ}$
77. Оптическая когерентная томография в сравнении с внутрисосудистым ультразвуковым исследованием имеет:
- Большую разрешающую способность
  - Меньшую проникающую способность
  - Необходимость заполнения просвета сосуда контрастом
  - Большую длину волны
78. У больного с представленной ниже ЭКГ:



- Инфаркт-связанной артерией с наибольшей долей вероятности будет являться:
- Правая коронарная артерия
  - Передняя межжелудочковая артерия
  - Задняя межжелудочковая артерия
  - Огибающая артерия
79. При трансрадиальных вмешательствах на правой коронарной артерии наибольшую поддержку обеспечивает проводниковый катетер:
- JR 4
  - AL 1
  - AR 1
  - AR 1 Modified
80. При чрескожных коронарных вмешательствах на поражениях аорто-устьевого сегмента правой коронарной артерии наиболее целесообразно использовать проводниковый катетер:
- JR 4
  - AL 1
  - AR 1

- d. JL 4
81. При чрескожных коронарных вмешательствах на поражениях аорто-устьевого сегмента ствола левой коронарной артерии наиболее целесообразно использовать проводниковый катетер:
- a. AL 1
  - b. EBU (XB, PB)
  - c. JL 4
  - d. AR Modified
82. К стентам, выделяющим лекарство, 2-го поколения относятся стенты, выделяющие:
- a. Эверолимуз
  - b. Зотаролимуз
  - c. Сиरोлимуз
  - d. Паклитаксель
83. К стентам, выделяющим лекарство, 1-го поколения относятся стенты, выделяющие:
- a. Эверолимуз
  - b. Зотаролимуз
  - c. Сиролимуз
  - d. Паклитаксель
84. К абсолютным противопоказаниям к ротации относятся:
- a. Невозможность провести проводник для ротации через поражение
  - b. Последний оставшийся сосуд у больного со сниженной функцией левого желудочка
  - c. Признаки интракоронарного тромбоза до проведения ротации
  - d. Фракция выброса левого желудочка менее 30%
85. Для классификации бифуркационных поражений коронарных артерий используется классификация:
- a. По Rentrop
  - b. TIMI
  - c. По Medina
  - d. Syntax
86. При поражениях аорто-подвздошного сегмента эндоваскулярное лечение является методом выбора в случае, если поражение соответствует:
- a. Типу А по TASC
  - b. Типу В по TASC
  - c. Типу С по TASC
  - d. Типу D по TASC
87. После имплантации голометаллического стента в артерии нижней конечности минимальная продолжительность двойной антиагрегантной терапии должна составлять:
- a. 12 месяцев
  - b. 6 месяцев
  - c. 1 месяц
  - d. 3 месяца
88. На наличие устьевого поражения коронарной артерии могут указывать:
- a. Вентрикуляризация/демпфинг кривой давления, регистрируемой с кончика катетера
  - b. Отсутствие рефлюкса в аорту
  - c. Выраженный рефлюкс в аорту
  - d. Появление инцизуры на нисходящем колоне кривой давления, регистрируемой с кончика катетера

