ՍՐՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սրտի բնածին և ձեռքբերովի արատներ

1.Սրտի բնածին արատները.

Ա-Սրտի, նրա առանձին բաժինների, փականային կամ ենթափականային կառուցվածքների, մագիստրալ անոթների մորֆոլոգիական զարգացման անոմալիաներ են, որոնք ձևավորվում են ներարգանդային զարգացման 12-18-րդ շաբաթում
Բ-Զարգացման իզոլացված դեֆեկտներ են, որոնք ձևավորվում են ներարգանդային զարգացման 3-8-րդ շաբաթում
Գ-Սրտի, նրա առանձին բաժինների, փականային կամ ենթափականային կառուցվածքների, մագիստրալ անոթների մորֆոլոգիական զարգացման անոմալիաներ են, որոնք ձևավորվում են ներարգանդային զարգացման 3-8-րդ շաբաթում
Դ-Զարգացման իզոլացված դեֆեկտներ են, որոնք ձևավորվում են ներարգանդային զարգացման 18-22-րդ շաբաթում

2.<<Աջից ձախ>> արյան շունտավորմամբ ուղեկցվող սրտի բնածին արատներ են.

Ա-մագիստրալ անոթների տրանսպոզիցիա
Բ-Ֆալլոյի տետրադա
Գ-աորտայի կոարկտացիա
Դ-սրտի դեքստրոկարդիա

3.Սրտի բնածին արատները ձևավորվում են էմբրիոգենեզի խանգարման արդյունքում՝

Ա-հղիության 11-14 շաբաթ ժամկետում
Բ-հղիության 20-23 շաբաթ ժամկետում
Գ-հղիության 14-17 շաբաթ ժամկետում
Դ-հղիության 3-8 շաբաթ ժամկետում

4.Թոքային զարկերակի ստենոզի դեպքում հեմոդինամիկան բնութագրվում է.

Ա-արյան փոքր շրջանառության աղքատացումով
Բ-արյան փոքր շրջանառության հարստացումով
Գ-հեմոդինամիկ փոփոխությունները բացակայում են
Դ-առկա է արյունահոսքի արգելք արյան մեծ շրջանառությունում

5.Էբշտեյնի անոմալիան բնութագրվում է.

Ա-միտրալ փականի տեղաշարժով դեպի ձախ փորոքի խոռոչ
Բ-եռփեղկ փականի տեղաշարժով դեպի աջ նախասիրտ
Գ-եռփեղկ փականի սեպտալ կամ հետին փեղկի տեղաշարժով դեպի աջ փորոքի խոռոչ
Դ-եռփեղկ փականի առաջային փեղկի տեղաշարժով դեպի աջ փորոքի խոռոչ

6.Էբշտեյնի անոմալիան առավել հաճախ զուգակցվում է.

Ա-միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտի հետ
Բ-միջնախասրտային միջնապատի դեֆեկտի հետ
Գ-միտրալ փականի պրոլապսի հետ
Դ-Վոլֆ-Պարկինսոն-Ուայտի համախտանիշի հետ

7.Էբբշտեյնի անոմալիայի ախտորոշման հիմնական մեթոդը հանդիսանում է.

Ա-ՀՇ-անգիոգրաֆիան
Բ-մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիան
Գ-էլեկտրոկարդիոգրաֆիան
Դ-էխոսրտագրությունը

8.Էբշտեյնի անոմալիայի ախտորոշման հիմնական էխոկարդիոգրաֆիկ չափորոշիչը հանդիսանում է եռփեղկ փականի սեպտալ փեղկի տեղաշարժը

Ա-> 20մմ
Բ-> 8մմ/մ2
Գ-<11մմ/մ2
Դ-<8մմ/մ2

9.Սրտի <<կապույտ>> բնածին արատ է.

Ա-միջնախասրտային միջնապատի դեֆեկտ
Բ-միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտ
Գ-Ֆալլոյի տետրադա
Դ-աորտալ փականային ստենոզ

10.Սրտի <<կապույտ>> բնածին արատ է.

Ա-միջնախասրտային միջնապատի դեֆեկտ
Բ-Էբշտեյնի անոմալիա
Գ-միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտ
Դ-միտրալ փականային ստենոզ

11.Սրտի <<կապույտ>> բնածին արատ է.

Ա-միջնախասրտային միջնապատի դեֆեկտ
Բ-աորտայի կոարկտացիա
Գ-միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտ
Դ-մագիստրալ անոթների տրանսպոզիցիա

12.Սրտի <<սպիտակ>>բնածին արատ է.

Ա-մագիստրալ անոթների տրանսպոզիցիան
Բ-միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտը
Գ-Էբշտեյնի անոմալիան
Դ-Ֆալլոյի տետրադան

13.Բարդ <<համակցված>> սրտի արատը.

Ա-որևէ մեկ փականի իզոլացված անբավարարությունն է
Բ-միևնույն փականի նեղացումը և անբավարարությունն է
Գ-միևնույն փականի նեղացումը կամ անբավարարությունն է
Դ-մի քանի փականների ախտահարումն է

14.Բարդ <<կոմբինացված>> սրտի արատը.

Ա-որևէ մեկ փականի իզոլացված նեղացումն է
Բ-միևնույն փականի նեղացումը և անբավարարությունն է
Գ-միևնույն փականի նեղացումը կամ անբավարարությունն է
Դ-մեկից ավել փականների ախտահարումն է

15.Միջնախասրտային միջնապատի դեֆեկտի տեսակ չէ .

Ա-Ostium secundum
Բ-Ostium primum
Գ-Sinus venosus
Դ-մեմբրանոզ դեֆեկտ

16.Միջնախասրտային միջնապատի դեֆեկտ է.

Ա-երկրորդային դեֆեկտ
Բ-մկանային դեֆեկտ
Գ-բաց օվալ պատուհան
Դ-սուբարտերիալ դեֆեկտ

17.Միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների ժամանակ առաջանում է.

Ա-աջից ձախ արյան շունտավորում
Բ-ձախից աջ արյան շունտավորում
Գ-համակարգային հիպօքսեմիա
Դ-ակրոցիանոզ

18.Միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների ժամանակ արյան ձախից աջ շունտավորման ծավալը կախված է.

Ա-ՁՓ/ԱՓ ենթարկվելիությունից (compliance), դեֆեկտի չափից, ՁՆ/ԱՆ ճնշումից
Բ-միայն դեֆեկտի չափից
Գ-միայն սրտի ձախ բաժիններում ճնշման մակարդակից
Դ-գլխավորապես սրտի աջ բաժիններում ճնշման մակարդակից

19.Միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների ժամանակ ձախից աջ արյան նշանակալի շունտավորում առաջանում է, երբ դեֆեկտի չափը.

Ա-3-5սմ
Բ->5սմ
Գ->10սմ
Դ-5-10սմ

20.Արտահայտված թոքային հիպերտենզիան, թոքային զարկերակի փականային ստենոզը, եռփեղկ փականի հիվանդությունները միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների ժամանակ բերում են.

Ա-ձախից աջ արյան շունտավորման ծավալի մեծացման
Բ-աջից ձախ արյան շունտավորման ձևավորման
Գ-դեֆեկտի սպոնտան փակման
Դ-ձախից աջ արյան շունտավորման ծավալի փոքրացման

21.Միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների ժամանակ ամենահաճախ հանդիպող ախտանշաններն են.

Ա-ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ տոլերանտության իջեցում, վերփորոքային տախիառիթմիաներ, հևոց և սրտխփոց՝ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ
Բ-ակրոցիանոզ, արտահայտված հիպօքսեմիա
Գ-ցավ կրծքավանդակում
Դ-գլխացավ, գլխապտույտ

22.Միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների գործիքային ախտորոշման առաջին ընտրության մեթոդ է.

Ա-ՏԹԷխոՍԳ/ՏԷԷխոՍԳ հետազոտությունը
Բ-սրտի ՄՌՏ հետազոտություն
Գ-սրտի ԿՏ-անգիոգրաֆիա
Դ-սրտի կաթետերիզացիա

23.Միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների փակումը օկլյուդերի միջոցով ցուցված է.

Ա-բավարար չափերով և արտահայտված ծայրերով առաջնային դեֆեկտի դեպքում
Բ-անհրաժեշտ տեխնիկական հնարավորություններով երկրորդային դեֆեկտի դեպքում
Գ-վերին վենոզ սինուսի դեֆեկտի դեպքում
Դ-ստորին վենոզ սինուսի դեֆեկտի դեպքում

24.Միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների փակումն անկախ նրա չափից պետք է քննարկել.

Ա-ձախ փորոքի ախտահարման դեպքում
Բ-եթե Qp/Qs<1.5
Գ-Էյզենմենգերի համախտանիշի դեպքում
Դ-պարադոքսալ էմբոլիաների կասկածի դեպքում

25.Պարադոքսալ էմբոլիաների կասկածով պացիենտներին միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների փակումը պետք է քննարկել.

Ա-Էյզենմենգերի համախտանիշի դեպքում

Բ-մեծ չափի դեֆեկտի առկայության դեպքում, երբ բացակայում են ՁՓ-ի ախտահարման նշանները
Գ-անկախ դեֆեկտի չափից՝ պայմանով, որ բացակայում են ԹՋՀ-ի և ՁՓ ախտահարման նշանները
Դ-անկախ դեֆեկտի չափից, պայմանով, որ առկա են արտահայտված ԹՋՀ-ի նշանները

26.Միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների ինվազիվ շտկման հետվիրահատական շրջանում հակաագրեգանտային թերապիան ցուցված է.

Ա-առավելագույնը 6 ամիս
Բ-առնվազն 6 ամիս
Գ-1-3 ամիս
Դ-4-8 շաբաթ

27.Միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների դեպքում հղիությունը.

Ա-հակացուցված է
Բ-միշտ առկա է բարձր ռիսկ՝ անկախ ԹՋՀ-ի առկայությունից
Գ-ասոցացվում է պարադոքսալ էմբոլիաների ռիսկի բարձրացման հետ
Դ-ցուցված է, եթե առկա է նախամազանոթային ԹՀ

28.Միջնախասրտային միջնապատի պարզ դեֆեկտների սպոնտան փակում առավել հաճախ հնարավոր է.

Ա-չափահաս տարիքում
Բ-բազմակի դեֆեկտների առկայության դեպքում
Գ-մանկահասակ տարիքում
Դ-սուր ռեսպիրատոր վարակից հետո

29.Միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտներ են.

Ա-պերիմեմբրանոզ, մկանային, ինֆունդիբուլյար, բերող հատվածի դեֆեկտները
Բ-պերիմեմբրանոզ, սուբարտերիալ, երակային սինուսի, տրաբեկուլյար
Գ-առաջնային, երկրորդային, կորոնար սինուսի, երակային սինուսի
Դ-պերիմեմբրանոզ, մկանային, երկրորդային, ինֆունդիբուլյար

30.Միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտների դեպքում հիվանդության ասիմպտոմ ընթացք հնարավոր չէ.

Ա-մանկական տարիքում դեֆեկտի սպոնտան փակման դեպքում
Բ-ռեստրիկտիվ տիպի դեֆեկտի առկայության դեպքում
Գ-մանկական տարիքում դեֆեկտի վիրաբուժական շտկման դեպքում
Դ-Էյզենմենգերի համախտանիշի ժամանակ

31.Միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտների ախտորոշման առանցքային մեթոդ է հանդիսանում.

Ա-սրտի կաթետերիզացիան
Բ-սրտի ՄՌՏ հետազոտությունը
Գ-ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությամբ թեստ
Դ-ԷխոՍԳ հետազոտություն

32.Միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտների ժամանակ սրտի կաթետերիզացիան ցուցված չէ.

Ա-ոչ ինվազիվ գործիքային մեթոդներով առկա են թոքային հիպերտենզիայի նշաններ (ԹՋՍՃ>40մմ ս.ս.)
Բ-առկա են թոքային հիպերտենզիայի անուղղակի նշաններ բայց հնարավոր չէ որոշել ԹՋՍՃ-ման մակարդակը
Գ-ոչ ինվազիվ գործիքային մեթոդներով թոքային հիպերտենզիայի ուղղակի և անուղղակի նշանների բացակայության դեպքում
Դ-Թոքային անոթային դիմադրության մակարդակը որոշելու նպատակով

33.Միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտների դեպքում ԷխոՍԳ ռուտին չի կիրառվում.

Ա-Թոքային անոթային դիմադրության գնահատման նպատակով
Բ-դեֆեկտի տեղակայման, քանակի և չափերի գնահատման նպատակով
Գ-ՁՓ ծավալային գերբեռնվածության գնահատման նպատակով
Դ-ԹՋ-ում ճնշման գնահատման նպատակով

34.Միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտների փակում խորհուրդ չի տրվում.

Ա-ինֆեկցիոն էնդոկարդիտի կրկնակի էպիզոդների առկայության դեպքում
Բ-աորտալ փականի պրոլապս՝ պրոգրեսիվող աորտալ անբավարարության առկայության դեպքում

Գ-եթե Թոքային անոթային դիմադրության ≥5 Վուդի միավոր և ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ SpO2<90%
Դ-ռեստրիկտիվ տիպի ձախից աջ շունտի առկայության դեպքում

35.Մինիմալից մեծ չափի միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտով պացիենտներին անհրաժեշտ է հսկել

Ա-1 տարվա ընդմիջումով
Բ-3-5 տարվա ընդմիջումով
Գ-5 տարվա ընդմիջումով
Դ-2-5 տարվա ընդմիջումով

36.Փոքր չափի միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտների դեպքում, երբ ձախ փորոքի ֆունկցիան նորմալ է և չկա թոքային հիպերտենզիա, անհրաժեշտ է հսկել.

Ա-1 տարվա ընդմիջումով
Բ-3-5 տարվա ընդմիջումով
Գ-5 տարվա ընդմիջումով
Դ-2-5 տարվա ընդմիջումով

37.Միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտների տրանսկաթետրալ շտկումից հետո անհրաժեշտ է հսկել.

Ա-1 տարվա ընդմիջումով
Բ-3-5 տարվա ընդմիջումով
Գ-5 տարվա ընդմիջումով
Դ-2-5 տարվա ընդմիջումով

38.Միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտների դեպքում ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում ցուցված է.

Ա-արատի վիրահատական շտկումից հետո
Բ-փոքր դեֆեկտի առկայության դեպքում՝ առանց թոքային հիպերտենզիայի նշանների
Գ-փոքր դեֆեկտի առկայության դեպքում՝ առանց ձախ փորոքի դիսֆունկցիայի նշանների
Դ-թոքային հիպերտենզիայի առկայության դեպքում

39.Միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտով պացիենտին խորհուրդ չի տրվում պլանավորել հղիություն, եթե.

Ա-հիվանդությունն ընթանում է ասիմպտոմ
Բ-բացակայում են թոքային հիպերտենզիայի նշանները
Գ-առկա է պրեկապիլյար թոքային հիպերտենզիա
Դ-բացակայում են ձախ փորոքի դիսֆունկցիայի նշանները

40.Լրիվ ԱՎ-կանալը բնութագրվում է.

Ա-իզոլացված միջնախասրտային միջնապատի դեֆեկտի առկայությամբ
Բ-իզոլացված միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտի առկայությամբ
Գ-կենտրոնական սեպտալ դեֆեկտի առկայությամբ՝ միջփորոքային միջնապատի և միջնախասրտային միջնապատի ընդգրկումով
Դ-կորոնար սինուսին իզոլացված դեֆեկտի առկայությամբ

41.Նորմայում աորտալ փականի բացվածքի մակերեսը.

Ա-6-8սմ2
Բ-3-4սմ2
Գ-4-6սմ2
Դ-1-2սմ2

42.Աորտալ ստենոզի դեպքում առաջանում է.

Ա-սիստոլայի ժամանակ ձախ փորոքից արյան արտահոսքի խանգարում և ձախ փորոքի ու աորտայի միջև ճնշման գրադիենտի բարձրացում
Բ-դիաստոլայի ժամանակ աորտայից դեպի ձախ փորոքի խոռոչ արյան հետադարձ հոսքի
Գ-դիաստոլայի ժամանակ ձախ փորոքից արյան արտահոսքի խանգարում և ձախ փորոքի ու աորտայի միջև ճնշման գրադիենտի բարձրացում
Դ-սիստոլայի ժամանակ աորտայից դեպի ձախ փորոքի խոռոչ արյան հետադարձ հոսքի

43.Ըստ տեղակայման տարբերում ենք աորտալ ստենոզի հետևյալ տեսակները.

Ա-փականային
Բ-ենթափականային
Գ-վերփականային
Դ-ճիշտ են բոլոր պատասխանները

44.Ըստ տեղակայման աորտալ ստենոզի տեսակ չէ.

Ա-փականային
Բ-ենթափականային
Գ-վերփականային
Դ-շուրջփականային

45.Աորտալ ստենոզի պատճառ կարող են լինել.

Ա-երկփեղկ աորտալ փականը
Բ-ինֆեկցիոն էնդոկարդիտը
Գ-ռևմատոիդ արթրիտը
Դ-ճիշտ են բոլոր պատասխանները

46.Ձեռքբերովի աորտալ ստենոզի պատճառ չէ.

Ա-ինֆեկցիոն էնդոկարդիտը
Բ-ռևմատիզմը
Գ-միափեղկ աորտալ փականը
Դ-համակարգային կարմիր գայլախտը

47.Աորտալ ստենոզին բնորոշ է.

Ա-ֆիքսված հարվածային ծավալ
Բ-ձախ փորոքի սրտամկանի կոնցենտրիկ հիպերտրոֆիա
Գ-ձախ փորոքի դիաստոլիկ դիսֆունկցիա
Դ-ճիշտ են բոլոր պատասխանները

48.Ծանր աորտալ փականային ստենոզի դեպքում աորտալ փականի բացվածքի մակերեսը.

Ա-3-4սմ2
Բ->1.5սմ2
Գ-<1.0սմ2
Դ-1.5-1.0սմ2

49.Որ պնդումն է սխալ.

Ա-նորմայում աորտալ փականի վրա չկա ֆիզիոլոգիական հետհոսք
Բ-նորմայում աորտալ փականի վրա կարող է լինել մինչև 1-ին աստ. ֆիզիոլոգիական հետհոսք
Գ-աորտալ փականը կազմված է 3 բարակ կիսալուսնաձև փեղկերից
Դ-նորմայում աորտալ փականի փեղկերի ծայրերի մինիմալ հեռացումը սիստոլայի մեջտեղում պետք է կազմի առնվազն 15մմ

50.Աորտալ փականային անբավարարությունը չի լինում.

Ա-բնածին և ձեռքբերովի
Բ-սուր և քրոնիկական
Գ-ֆիզիոլոգիական և պաթոլոգիական
Դ-չափավոր, միջին և ծանր

51.Աորտալ անբավարարության պատճառներ են.

Ա-քառափեղկ աորտալ փականը
Բ-սիֆիլիտիկ աորտիտը
Գ-ինֆեկցիոն էնդոկարդիտը
Դ-ճիշտ են բոլոր պատասխանները

52.Բնածին աորտալ անբավարարության պատճառ չէ.

Ա-սրտի տրավման
Բ-քառափեղկ աորտալ փականը
Գ-միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտը
Դ-երկփեղկ աորտալ փականը

53.Ֆալլոյի տետրադային բնորոշ են.

Ա-միջփորոքային միջնապատի ոչ ռեստրիկտիվ դեֆեկտ
Բ-աորտայի դեքստրապոզիցիա
Գ-աջ փորոքի արտատար տրակտի և/կամ թոքային զարկերակի ստենոզ և աջ փորոքի հիպերտրոֆիա
Դ-ճիշտ են բոլոր պատասխանները

54.Բաց օվալ անցքը.

Ա-թունելանման տարածություն է առաջնային և երկրորդային միջնապատերի միջև

Բ-կարող է զուգակցվել միջնախասրտային միջնապատի անևրիզմայի հետ
Գ-կարող է պատճառ հանդիսանալ կրիպտոգեն ինսուլտների առաջացման
Դ-ճիշտ են բոլոր պատասխանները

55.Ձեռքբերովի միտրալ ստենոզի ամենահաճախ հանդիպող պատճառ է.

Ա-սիֆիլիսը
Բ-ռևմատիկ տենդը
Գ-ինֆեկցիոն էնդոկարդիտը
Դ-համակարգային կարմիր գայլախտը

56.Միտրալ փականային ստենոզին բնորոշ է.

Ա-գագաթում լսվում է դիաստոլիկ աղմուկ
Բ-գագաթում լսվում է սիստոլիկ աղմուկ
Գ-Բոտկին-Էրբի կետում լսվում է դիաստոլիկ աղմուկ
Դ-Բոտկին-Էրբի կետում լսվում է սիստոլիկ աղմուկ

57.Միտրալ փականային ստենոզի բարդություններ են.

Ա-ինֆեկցիոն էնդոկարդիտը
Բ-նախասրտերի ֆիբրիլյացիան
Գ-համակարգային էմբոլիաները
Դ-ճիշտ են բոլոր պատասխանները

58.Նորմայում միտրալ փականի բացվածքի մակերեսը.

Ա-3-4սմ2
Բ-1-2սմ2
Գ-4-6սմ2
Դ-6-8սմ2

59.Որը բնորոշ չէ միտրալ փականային անբավարարությանը.

Ա-կարող է լինել բնածին և ձեռքբերովի
Բ-սիստոլայի ժամանակ ձևավորվում է արյան հետհոսք դեպի ձախ նախասիրտ
Գ-դիաստոլայի ժամանակ ձևավորվում է արյան հետհոսք դեպի ձախ նախասիրտ
Դ-կարող է ենթափականային կառուցվածքների ախտահարման հետևանք լինել

60.Միտրալ փականային անբավարարությունը.

Ա-կարող է լինել սուր և քրոնիկ
Բ-կարող է առաջանալ և՛ փականային, և՛ ենթափականային կառուցվածքների ախտահարման արդյունքում
Գ-բերում է ձախ նախասրտի դիլատացիայի
Դ-ճիշտ են բոլոր պատասխանները

61.Եռփեղկ փականային անբավարարության պատճառ է.

Ա-Էբշտեյնի անոմալիան
Բ-ռևմատիզմը
Գ-կարցինոիդ համախտանիշը
Դ-ճիշտ են բոլոր պատասխանները

Էլեկտրասրտագրություն

62.Ինչպե՞ս կարտահայտվի «P mitrale»-ն ԷԿԳ ժապավենի վրա.

Ա-բարձր և սրածայր P ատամիկ
Բ-երկփուլ և երկար P ատամիկ
Գ-բացասական P ատամիկ II,III,aVF արտածումներում
Դ-հարթված P ատամիկ բոլոր արտածումներում

63.Ի՞նչ փոփոխություն է բնորոշ QRS կոմպլեքսին՝ ձախ փորոքի հիպերտրոֆիայի դեպքում.

Ա-S ատամիկի խորության մեծացում V1-V2-ում
Բ-QRS կոմպլեքսի նեղացում
Գ-P ատամիկի երկատում II ստանդարտ արտածման մեջ
Դ-Q ատամիկի լայնացում բոլոր կրծքային արտածումներում

64.Ի՞նչ փոփոխություն է բնորոշ QRS կոմպլեքսին՝ ձախ փորոքի հիպերտրոֆիայի դեպքում.

Ա-բարձր R ատամիկ V5-V6-ում
Բ-QRS կոմպլեքսի լայնացում
Գ-P ատամիկի երկատում V1 արտածման մեջ
Դ-բոլոր պատասխանները ճիշտ են

65.Ի՞նչ փոփոխություն է բնորոշ QRS կոմպլեքսին՝ աջ փորոքի հիպերտրոֆիայի դեպքում.

Ա-R ատամիկի ամպլիտուդայի նվազում V1-V2 արտածումներում
Բ-R ատամիկի ամպլիտուդայի մեծացում V1-V2 արտածումներում
Գ-QRS առանցքի ձախ շեղում
Դ-PR ինտերվալի կարճացում

66.Երբ ենք դիտում M-աձև QRS կոմպլեքսներ V1 արտածման մեջ.

Ա-Աջ փորոքի հիպերտրոֆիայի դեպքում
Բ-ձախ փորոքի հիպերտրոֆիայի դեպքում
Գ-Հիսի խրձի աջ ոտիկի պաշարման (RBBB) դեպքում
Դ-նորմալ ԷՍԳ պատկերի դեպքում

67.Ո՞ր առիթմիայի մասին է խոսում P ատամիկի բացակայությունը ԷՍԳ ժապավենի վրա՝ զուգակցված սրտի անկանոն ռիթմի հետ.

Ա-Սինուսային առիթմիա
Բ-Նախասրտերի ֆիբրիլյացիա
Գ-Փորոքային տախիկարդիա
Դ-Նախասիրտ-փորոքային պաշարում

68.Ո՞ր առիթմիայի մասին է խոսում P ատամիկի բացակայությունը ԷՍԳ ժապավենի վրա՝ զուգակցված սրտի կանոնավոր ռիթմի հետ.

Ա-նախասրտերի ֆիբրիլյացիա
Բ-էկտոպիկ նախասրտային ռիթմ
Գ-նախասիրտ-փորոքային պաշարում
Դ-հանգուցային ռիթմ

69.Երբ ենք տեսնում լայնացած QRS կոմպլեքս (>120 մվ).

Ա-Հիսի խրձի ոտիկների պաշարումների դեպքում
Բ-նորմալ ֆիզիոլոգիական պայմաններում
Գ-սինուսային բրադիկարդիայի դեպքում
Դ-Հիսի խրձի ճյուղերի պաշարումների դեպքում

70.Հետևյալ պնդումներից ո՞րն է բնորոշ ՀԽՁՈ (LBBB) պաշարմանը.

Ա-T ատամիկի ամպլիտուդայի մեծացում (>10 մմ) V1-V2 արտածումներում
Բ-QRS կոմպլեքսի նեղացում (<100 մվ) և RSR' ձևի փորոքային կոմպլեքս V1-ում
Գ-QRS կոմպլեքսի լայնացում (>120 մվ) և M-աձև R ատամիկ V5-V6 արտածումներում
Դ-T ատամիկի ամպլիտուդայի մեծացում (>10 մմ) V5-V6 արտածումներում

71.Եթե ԷՍԳ-ում առկա է Q ատամիկի մեծացում (≥40 մվ կամ ≥1/4 R ատամիկի ամպլիտուդայի), ապա դա կարող է վկայել.

Ա-ձախ փորոքի հիպերտրոֆիայի մասին
Բ-նախկինում տարած սրտամկանի ինֆարկտի մասին
Գ-նորմալ ֆիզիոլոգիական տարբերակի մասին
Դ-ՀԽԱՋՈ պաշարման մասին

72.QRS կոմպլեքսի ինչպիսի՞ փոփոխություն է բնորոշ հիպերկալիեմիային.

Ա-QRS կոմպլեքսի լայնացում և «սինուսոիդի» ձև
Բ-QRS կոմպլեքսի նեղացում և T ատամիկի ամպլիտուդայի մեծացում
Գ-R ատամիկի ամպլիտուդայի նվազում բոլոր արտածումներում
Դ-P ատամիկի ամպլիտուդայի մեծացում և QRS կոմպլեքսի լայնացում

73.Երբ է դիտվում սրտի էլեկտրական առանցքի աջ շեղում (>+90°).

Ա-միայն AV հանգուցային ռիթմերի դեպքում
Բ-ձախ փորոքի հիպերտրոֆիայի և թոքային հիպերտենզիայի դեպքում
Գ-առողջ մարդկանց մոտ երբեք չի դիտվում
Դ-աջ փորոքի հիպերտրոֆիայի և թոքային հիպերտենզիայի դեպքում

74.Ո՞ր իրավիճակում կարող ենք տեսնել «ցածր ամպլիտուդայի QRS» բոլոր ստանդարտ արտածումներում.

Ա-AVNRT-ի դեպքում
Բ-ձախ փորոքի հիպերտրոֆիայի դեպքում
Գ-սինուսային բրադիկարդիայի դեպքում
Դ-պերիկարդում հեղուկի կամ հիպոթիրեոզի դեպքում

75.Սինո- ատրիալ 2:1 պաշարմանը բնորոշ է.

Ա-անկանոն սինուսային ռիթմը
Բ-QRS կոմպլեքսների պարբերաբար արտանկումը

Գ-արտահատված սինուսային բրադիկարդիան
Դ-նախասիրտ- փորոքային դիսոցիացիան

76.Սինո- ատրիալ 3 աստիճանի պաշարմանը բնորոշ է.

Ա-անկանոն սինուսային ռիթմը
Բ-PQRS կոմպլեքսների պարբերաբար արտանկումը
Գ-լրիվ նախասիրտ-փորոքային պաշարումը
Դ-փոխարինող ռիթմը

77.Նախասիրտ- փորոքային 1աստիճանի պաշարմանը բնորոշ է.

Ա-PQ ինտերվալի աստիճանական երկարացումը
Բ-PQ ինտերվալի կայուն երկարացումը
Գ-արտահատված սինուսային բրադիկարդիան
Դ-երկատված P ատամիկը

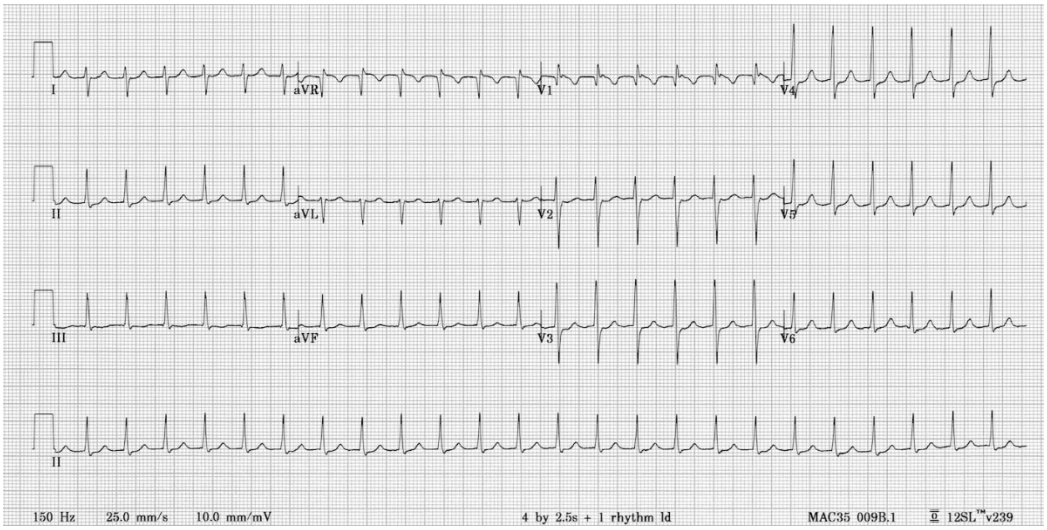
78.Հիվանդը 65 տարեկան է, բարձր զարկերակային ճնշումով և շաքարային դիաբետով: ԷՍԳ-ում առկա են՝ բարձր R ատամիկներ V5-V6-ում ST թեք- վայրէջ դեպրեսիայով, խորը S ատամիկներ V1-V2-ում ST թեթև էլևացիայով: Ի՞նչ ախտորոշում կարելի է ենթադրել.

Ա-աջ փորոքի սրտամկանի սուր ինֆարկտ
Բ-ձախ փորոքի սրտամկանի հետին-կողմնային պատի սուր ինֆարկտ
Գ-աջ փորոքի հիպերտրոֆիա՝ գերծանրաբեռնվածությամբ
Դ-ձախ փորոքի հիպերտրոֆիա՝ գերծանրաբեռնվածությամբ

79.Հիվանդը ներկայացել է կրծքավանդակի ցավերով: ԷՍԳ-ում առկա է ST էլևացիա V2-V4 արտածումներում: Ինչի՞ մասին է դա վկայում.

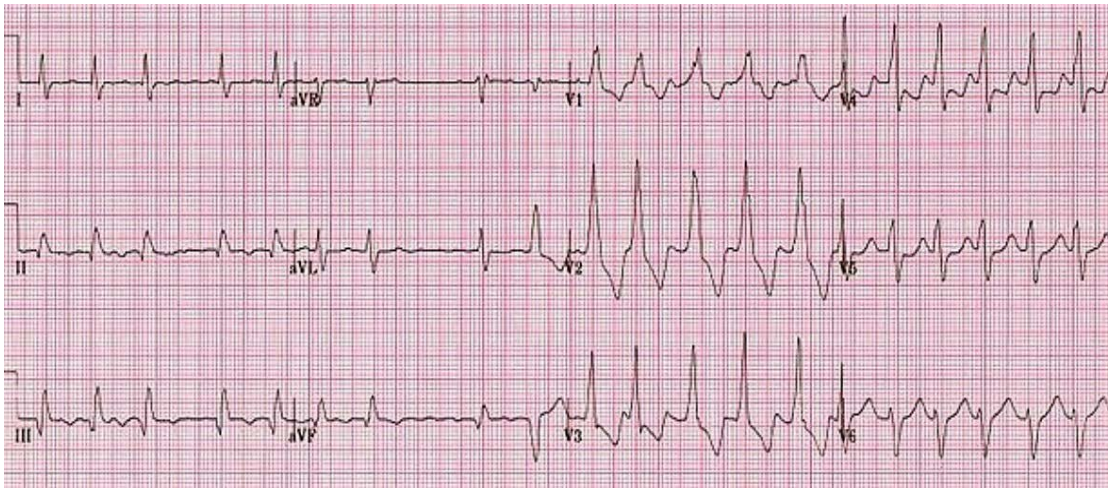
Ա-ձախ փորոքի հետին պատի սուր ինֆարկտ
Բ-ձախ փորոքի ստորին պատի սուր ինֆարկտ
Գ-ձախ փորոքի առաջային պատի սուր ինֆարկտ
Դ-հիպերկալիեմիա

80.Ինչպիսի՞ առիթմիա եք տեսնում ներկայացված ժապավենի վրա.



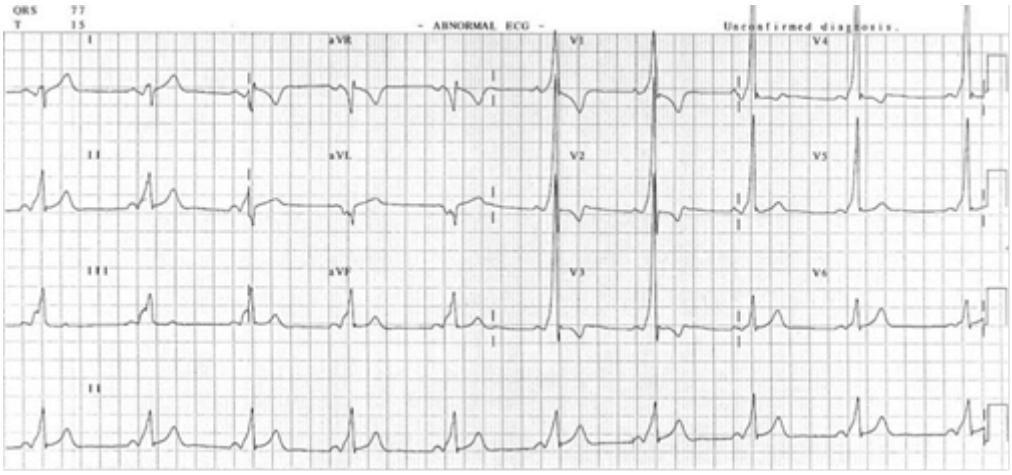
Ա-նախասրտերի թրթռում
Բ-նախասրտերի ֆիբրիլյացիա
Գ-նախասրտային տախիկարդիա
Դ-էկտոպիկ նախասրտային ռիթմ

81.Ինչպիսի՞ առիթմիա եք տեսնում ներկայացված ժապավենի վրա.



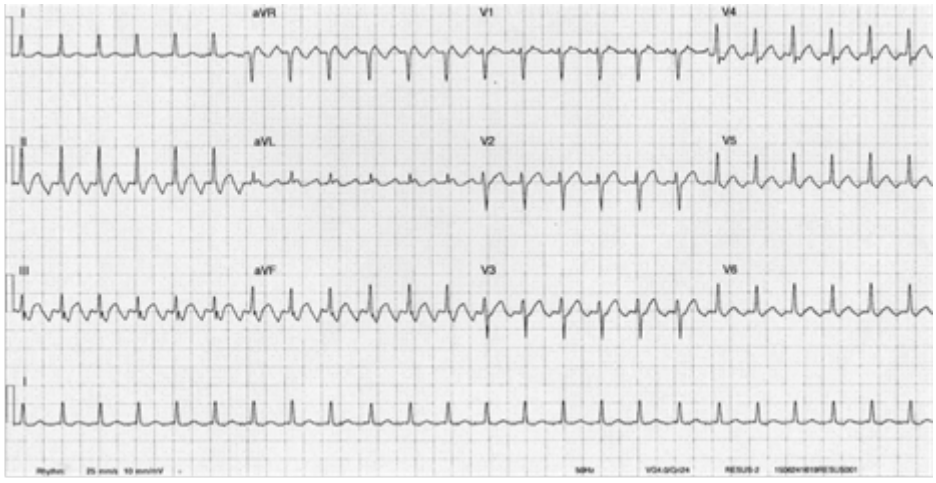
Ա-նախասրտերի թրթռում՝ անկանոն ՆՓ հաղորդականությամբ
Բ-մուլտիֆոկալ նախասրտային տախիկարդիա
Գ-նախասրտերի ֆիբրիլյացիա՝ ՀԽՁՈ պաշարումով
Դ-նախասրտերի ֆիբրիլյացիա՝ ՀԽԱՈ պաշարումով

82.Ինչպիսի՞ առիթմիա եք տեսնում ներկայացված ժապավենի վրա.



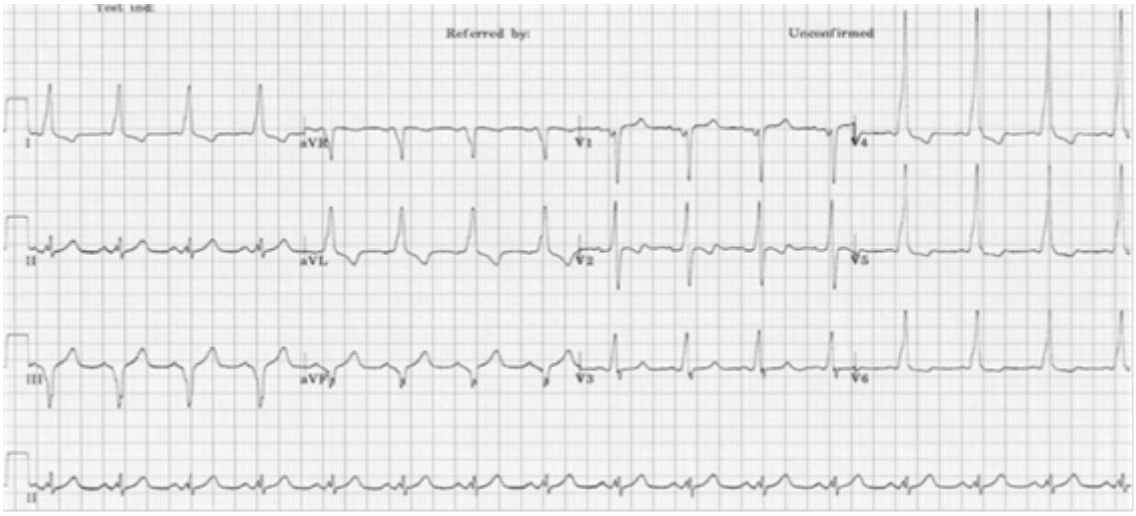
Ա-նախասիրտ-փորոքային հանգուցային ռիէնտրանտ տախիկարդիա
Բ-ֆոկալ նախասրտային տախիկարդիա
Գ-սինուսային տախիկարդիա
Դ-նախասրտերի թրթռում՝ 1:1 ՆՓ հաղորդականությամբ

83.Ո՞ր համախտանիշի մասին է խոսքը ներկայացված ժապավենի վրա.



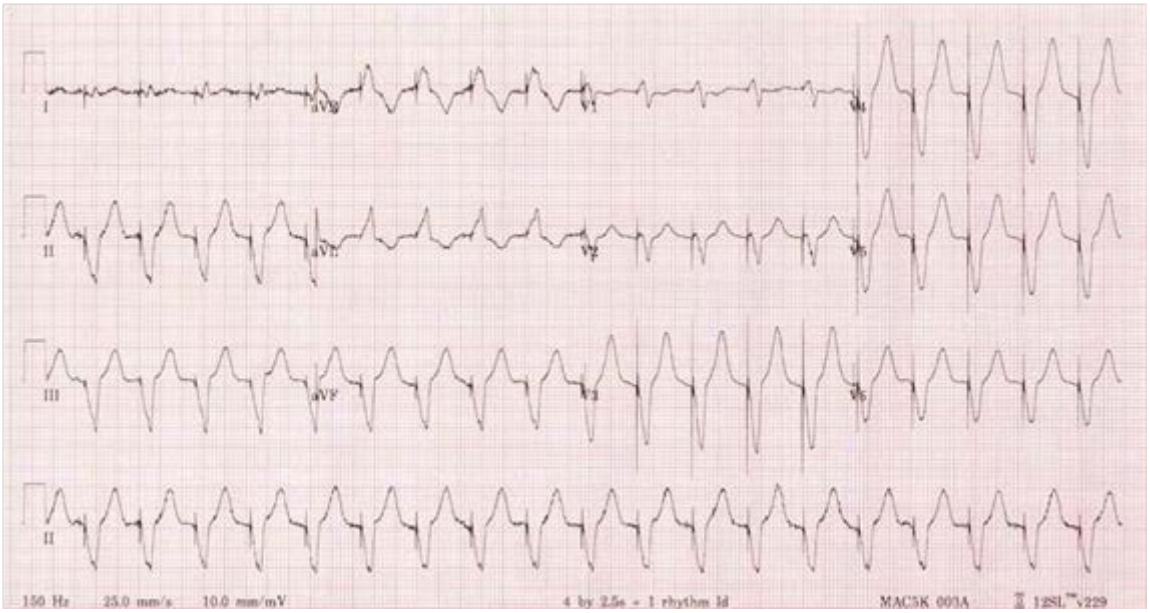
Ա-WPW համախտանիշ A տիպ
Բ-WPW համախտանիշ B տիպ
Գ-երկար QT համախտանիշ
Դ-կարճ QT համախտանիշ

84.Ո՞ր համախտանիշի մասին է խոսքը ներկայացված ժապավենի վրա.



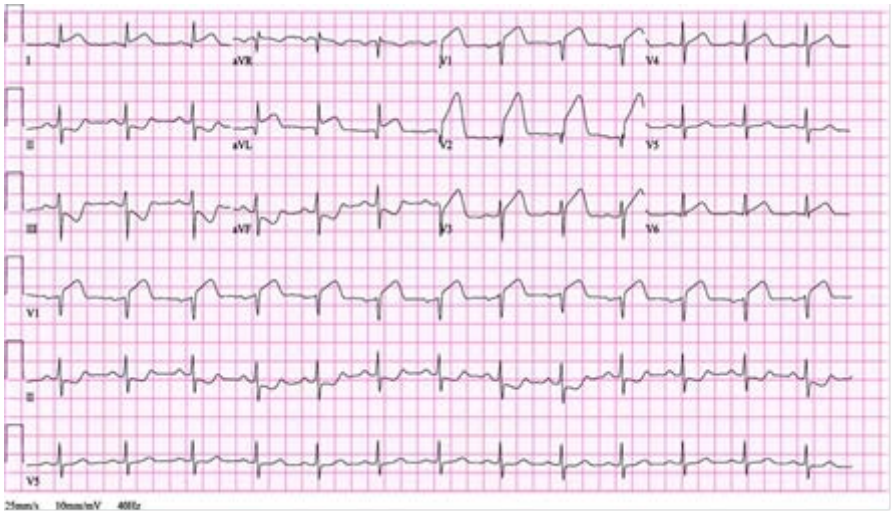
Ա-WPW համախտանիշ A տիպ
Բ-WPW համախտանիշ B տիպ
Գ-երկար QT համախտանիշ
Դ-կարճ QT համախտանիշ

85.Ինչպիսի՞ առիթմիա եք տեսնում ներկայացված ժապավենի վրա.



Ա-փորոքային տախիկարդիա
Բ-հաճախացած փորոքային ռիթմ
Գ-ԷԿՍ ինդուկցված ռիթմ
Դ-Հիսի խրձի ձախ ոտիկի պաշարում

86.Ի՞նչ ախտաբանության մասին է խոսքը ներկայացված ԷՍԳ ժապավենի վրա.



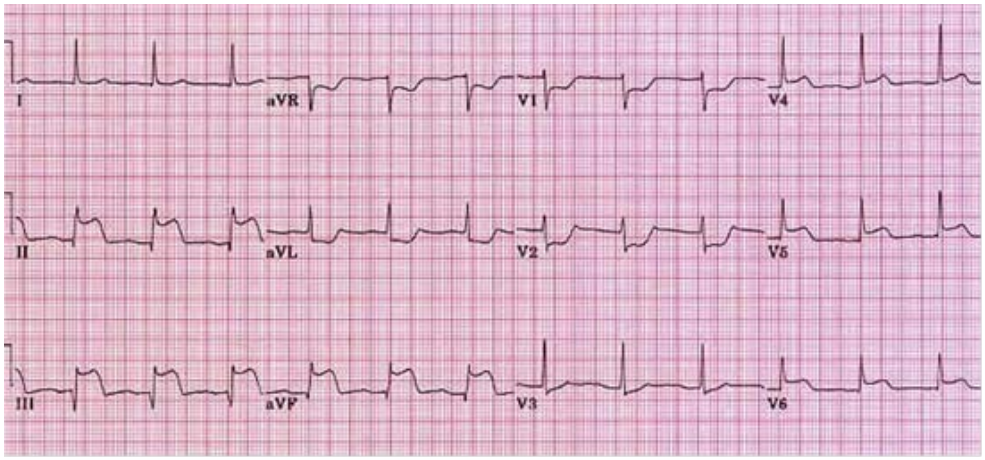
Ա-ձախ փորոքի առաջային պատի ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտ,
Բ-ձախ փորոքի առաջատարածուն ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտ,
Գ-ձախ փորոքի բարձր կողմնային պատի ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտ
Դ-ձախ փորոքի ստորին պատի առանց ST էլևացիայի սրտամկանի ինֆարկտ

87.Ի՞նչ ախտաբանության մասին է խոսքը ներկայացված ԷՍԳ ժապավենի վրա.



Ա-ՁՓ առաջային պատի առանց ST էլևացիայի սրտամկանի ինֆարկտ
Բ-ՁՓ առաջատարածուն պատի ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտ
Գ-ՁՓ բարձր կողմնային պատի ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտ
Դ-ՁՓ ստորին պատի ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտ

88.Ինչ ախտաբանության մասին է խոսքը ներկայացված ԷՍԳ ժապավենի վրա.



Ա-ՁՓ առաջային պատի առանց ST էլևացիայի սրտամկանի ինֆարկտ
Բ-ՁՓ ստորին պատի ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտ
Գ-ՁՓ գագաթ-կողմնային պատի ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտ
Դ-ՁՓ ստորին-կողմնային-հետին պատի ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտ

Էխոսրտագրություն

89.Պարաստերնալ երկար առանցքի դիրքում աորտայի ո՞ր մասերն են երևում

Ա-Աորտայի արմատ, վերել աորտա
Բ-Աորտայի արմատ, վերել աորտա, վայրէջ աորտա
Գ-Վերել աորտա, վայրէջ աորտա
Դ-Աորտայի արմատ, վերել աորտա, աորտայի աղեղ

90.Ո՞ր դիրքերում կարելի է պատկերավորել թոքային զարկերակը

Ա-Պարաստերնալ երկար առանցք և պարաստերնալ կարճ առանցք աորտայի մակարդակի վրա
Բ-Ապիկալ 5 խոռոչ մոդիֆիկացված դիրք
Գ-Սուբկոստալ դիրք և Սուպրաստերնալ դիրք
Դ-Բոլոր վերը նշված դիրքերում

91.ԱՓ-ի ծավալային ծանրաբեռնվածությունը գնահատվում է լավագույնը գնահատվում է

Ա-Պարաստերնալ կարճ առանցքից
Բ-Պարաստերնալ երկար առանցքից
Գ-Ապիկալ քառախորշ դիրքից աջ փորոքի վրա ֆոկուսացմամբ
Դ-Պարաստերնալ կարճ առանցքից և սուբկոստալ դիրքերից

92.ԱՓ-ի ճնշումով ծանրաբեռնվածությունը լավագույնը գնահատվում է.

Ա-Պարաստերնալ կարճ առանցքից
Բ-Պարաստերնալ երկար առանցքից
Գ-Ապիկալ քառախորշ դիրքից աջ փորոքի վրա ֆոկուսացմամբ
Դ-Պարաստերնալ կարճ և սուբկոստալ կարճ դիրքերից

93.Ակինեզ ախտորոշվում է եթե սրտամկանի պատի հաստացումը

Ա-Բացակայում է

Բ-< 5%
Գ-< 10%
Դ-< 20%

94.Ո՞ր դիրքից է լավագույնը գնահատվում վերել աորտայի տրամագիծը.

Ա-Պարաստերնալ երկար առանցք
Բ-Ապիկալ երկար առանցք
Գ-Պարաստերնալ կարճ առանցք աորտայի մակարդակի վրա
Դ-Սուբկոստալ դիրք

95.Ո՞ր դիրքից/դիրքերից պետք է ախտորոշել միտրալ փականի պրոլապսը

Ա-Պարաստերնալ երկար և ապիկալ 2
Բ-Ապիկալ երկար
Գ-Ապիկալ 4 և ապիկալ 2
Դ-Պարաստերնալ երկար և ապիկալ երկար

96.Հիպոկինեզ համարվում է ձախ փորոքի սեգմենտի հաստացումը համեմատ իր դիաստոլիկ հաստությանը.

Ա-10-40%
Բ-<10%
Գ-<10-50%
Դ-<100%

97.Ինչքա՞ն է պատերի կծկողականության գործակցի արժեքը եթե ձախ փորոքի բոլոր սեգմենտների կծկողականությունը անփոփոխ է

Ա-1
Բ-0.5
Գ-5
Դ->1.5

98.Ո՞ր դիրքից է գնահատվում ԱՓ-ի պատի հաստությունը

Ա-Պարաստերնալ երկար
Բ-Պարաստերնալ կարճ պտկաձև մկանների մակարդակի վրա
Գ-Ապիկալ 4
Դ-Սուբկոստալ

99.Ո՞ր խոռոչն է առաջինը ընկճվում սկսվող տամպոնադայի ժամանակ

Ա-Աջ փորոք
Բ-Աջ նախասիրտ
Գ-Ձախ նախասիրտ
Դ-Ձախ փորոք

100.Սրտի ցիկլի ո՞ր փուլում է աջ փորոքի պատը կոլապսվում տամպոնադայի ժամանակ

Ա-Սիստոլա
Բ-Դիաստոլա
Գ-Իզովոլյումետրիկ կծկման փուլում
Դ-Սիստոլայի առաջին կեսում

101.Աջ փորոքի բազալ-միջին հատվածների հիպո- ակինեզի անվանումը

Ա-Ահարոնի նշան
Բ-Մակոնելի նշան
Գ-D նշան
Դ-Կարվալոյի նշան

102.Ձախ փորոքի D ախտանիշը սիստոլայի ժամանակ բնորոշ է

Ա-Միջփորոքային միջնապատի ինֆարկտին
Բ-Թոքային հիպերտենզիային
Գ-Աջ փորոքի ծավալային գերծանրաբեռնվածությանը
Դ-Աորտալ անբավարարությանը

Դիսլիպիդեմիա

103.Ստատինները՝

Ա-Հանդիսանում են ԳՄԳ-CoA ռեդուկտազ ֆերմենտի սելեկտիվ մրցակցային ինհիբիտորներ
Բ-Արգելակում են էկզոգեն խոլեստերինի ներծծումը ստամոքս-աղիքային տրակտում
Գ-Ազդեցությունը միջնորդված է Նիման Պիկի C1 տիպի սպիտակուցով
Դ-Արգելակում են PCSK9 սպիտակուցը

104.Էկզոգեն խոլեստերինի ներծծումն արգելակում է

Ա-Ատորվաստատինը
Բ-Ռոզուվաստատինը
Գ-Էզետիմիբը
Դ-Էվոլուկումաբը

105.Էվոլուկումաբը

Ա-Պատկանում է ԳՄԳ-CoA ռեդուկտազ ֆերմենտի սելեկտիվ մրցակցային ինհիբիտորների դասին
Բ-Հանդիսանում է PCSK9 սպիտակուցի ինհիբիտոր
Գ-Նվազեցնում է էկզոգեն խոլեստերինի ներծծումը
Դ-Հանդիսանում է կորիզային ալֆա-ռեցեպտորների ագոնիստ

106.Եթե ստատինների մաքսիմալ տանելի դեղաչափի ընդունման արդյունքում չեն գրանցվել թիրախային ցուցանիշները, խորհուրդ է տրվում

Ա-թերապիային ավելացնել Էզետիմիբ
Բ-զուգակցել այլ ստատինի հետ
Գ-թերապիային ավելացնել ֆենոֆիբրատ
Դ-թերապիային ավելացնել PCSK9-սպիտակուցի ինհիբիտոր

107.SCORE ≥10% պացիենտի համար LDL թիրախային մակարդակ է հանդիսանում

Ա-1,4 մմոլ/լ (55 մգ/դլ)
Բ-1,8 մմոլ/լ (70 մգ/դլ)
Գ-2,6 մմոլ/լ (100մգ/դլ)
Դ-3,0 մմոլ/լ (116 մգ/դլ)

108.Պացիենտը 52տ տղամարդ է, ով մոտ 1 տարի առաջ տարել է աթերոսկլերոտիկ գենեզի սրտամկանի սուր ինֆարկտ, այժմ հոսպիտալացվել է իշեմիկ ՈԻԱՇՍԽ ախտորոշմամբ: Տվյալ պացիենտի համար LDL թիրախային մակարդակ է հանդիսանում

Ա-1,4 մմոլ/լ (55 մգ/դլ)
Բ-1,8 մմոլ/լ (70 մգ/դլ)
Գ-2,6 մմոլ/լ (100մգ/դլ)
Դ-1,0 մմոլ/լ (40մգ/դլ)

109.Եթե խիստ բարձր ռիսկի խմբի պացիենտների մոտ ստատինների մաքսիմալ տանելի դեղաչափի և էզետիմիբի ընդունման արդյունքում չեն գրանցվել թիրախային ցուցանիշները, խորհուրդ է տրվում

Ա-զուգակցել այլ ստատինի հետ
Բ-թերապիային ավելացնել ֆենոֆիբրատ
Գ-թերապիային ավելացնել PCSK9 սպիտակուցի ինհիբիտոր
Դ-ստատինի և էզետիմիբի կոմբինացիան փոխարինել PCSK9 սպիտակուցի ինհիբիտորով

110.Խիստ բարձր սիրտ-անոթային ռիսկ ունեցող պացիենտների մոտ խորհուրդ է տրվում

Ա-նվազեցնել LDL մակարդակը ելային մակարդակից ≥50% կամ հասնել < 1,4 մմոլ/լ (55 մգ/դլ) թիրախային մակարդակի
Բ-նվազեցնել LDL մակարդակը ելային մակարդակից ≥50% և հասնել < 1,4 մմոլ/լ (55 մգ/դլ) թիրախային մակարդակի
Գ-նվազեցնել LDL մակարդակը ելային մակարդակից ≥50% կամ հասնել < 1,8 մմոլ/լ (70 մգ/դլ) թիրախային մակարդակի
Դ-նվազեցնել LDL մակարդակը ելային մակարդակից ≥50% և հասնել < 1,8 մմոլ/լ (70 մգ/դլ) թիրախային մակարդակի

111.Բարձր ինտենսիվության ստատին է

Ա-Ատորվաստատին 20մգ
Բ-Ռոզուվաստատին 5 մգ
Գ-Ռոզուվաստատին 20 մգ
Դ-Սիմվաստատին 40մգ

112.Ստատինների պլեյոտրոպ էֆեկտ է

Ա-հակաբորբոքային
Բ-հիպերտենզիվ
Գ-հիպոտենզիվ
Դ-հիպերգլիկեմիկ

113.Հիպոլիպիդեմիկ պրեպարատ է հանդիսանում

Ա-Մոնտելուկաստ
Բ-Ինկլիսիրան
Գ-Էպլերենոն
Դ-Աբցիքսիմաբ

114.Ստատինների հնարավոր կողմնակի ազդեցություններին են պատկանում

Ա-Միոպաթիաներ
Բ-Հիպոտենզիա
Գ-Իշեմիկ ինսուլտների ռիսկի ավելացում
Դ-Հիպոթերմիա

115.Եթե հիպոլիպիդեմիկ թերապիա ստացող պացիենտի մոտ ԱԼՏ մակարդակը 3 անգամ գերազանցում է նորմայի վերին սահմանը, խորհուրդ է տրվում

Ա-Դադարեցնել թերապիան կամ նվազեցնել դեղաչափը, ստուգել լյարդային տրանսամինազների մակարդակը 4-6 շաբաթ անց
Բ-Շարունակել թերապիան նույն սխեմայով, ստուգել լյարդային տրանսամինազների մակարդակը 4-6 շաբաթ անց
Գ-Նվազեցնել թերապիան, ստուգել լյարդային տրանսամինազների մակարդակը 2 շաբաթ անց
Դ-Շարունակել թերապիան նույն սխեմայով, ստուգել լյարդային տրանսամինազների մակարդակը 2 շաբաթ անց

116.Էզետիմիբը նշանակվում է հետևյալ դեղաչափով

Ա-20 մգ/օր՝ մոնոթերապիայի դեպքում
Բ-20 մգ/օր՝ մոնոթերապիայի կամ ստատինի հետ զուգակցման դեպքում
Գ-10 մգ/օր՝ մոնոթերապիայի կամ ստատինի հետ զուգակցման դեպքում
Դ-5 մգ/օր՝ ստատինի հետ զուգակցման դեպքում

117.Աթերոսկլերոզի զարգացման չմոդիֆիկացվող ռիսկի գործոն է

Ա-Իգական սեռը
Բ-Արական սեռը
Գ-Դիսլիպիդեմիան
Դ-Հիպոդինամիան

118.Գեներալիզացված աթերոսկլերոզի դեպքում պացիենտի ֆիզիկալ զննման ժամանակ կարող են հանդիպել

Ա-Սիրինգոմաներ
Բ-Ռոտի բծեր
Գ-Օսլերի հանգույցիկներ
Դ-Քսանտոմաներ և քսանտելազմաներ
Ինֆեկցիոն էնդոկարդիտ

119.Վարակային էնդոկարդիտի ախտորոշումը հաստատվում է, եթե առկա են՝

Ա-1մեծ և 1 փոքր չափանիշ
Բ-3 փոքր չափանիշ
Գ-4 փոքր չափանիշ
Դ-1 մեծ և 3 փոքր չափանիշ

120.Վարակային էնդոկարդիտի սկզբնական էմպիրիկ բուժման համար առաջարկվող հակաբիոտիկային մոտեցումն է (մինչև կամ առանց հարուցչի հայտնաբերման) բնական փականի դեպքում

Ա-պենիցիլին G և ամոքսացիլին
Բ-վանկոմիցին և գենտամիցին
Գ-ցեֆտրիաքսոն և վանկոմիցին
Դ-օքսացիլին և գենտամիցին

121.Վարակային էնդոկարդիտի զարգացման նոր նախատրամադրող գործոն չէ

Ա-արհեստական փականները
Բ-փականային դեգեներատիվ սկլերոզը
Գ-ներերակային դեղորայքի չարաշահումը
Դ-միտրալ փականի պրոլապսը

122.Վարակային էնդոկարդիտի զարգացման համար ամենաբարձր ռիսկի միջոցառումներն են

Ա-ատամնաբուժական
Բ-սրտի վիրահատությունները
Գ-անոթների վիրահատությունները
Դ-նշված բոլորը

123.Վարակային էնդոկարդիտի ախտորոշման հիմնական էխոկարդիոգրաֆիկ չափանիշներ են

Ա-վեգետացիան
Բ-թարախակույտը
Գ-պրոթեզավորված փականի նոր բացվածքը
Դ-նշված բոլորը

Պերիկարդիտ

124.Պերիկարդում էնդոկրին ախտաբանություններից հեղուկի կուտակումը առավել սպասելի է

Ա-հիպերթիրիոզի ժամանակ
Բ-շաքարային դիաբետի ժամանակ
Գ-հիպոթիրեոիդիզմի ժամանակ
Դ-առաջնային հիպերալդոստերոնիզմի ժամանակ

125.Հակաբորբոքային թերապիան սուր պերիկարդիտի դեպքում ընդգրկում է նշված դեղամիջոցները, բացի

Ա-ասպիրինը
Բ-կլոպիդոգրելը
Գ-իբուպրոֆենը
Դ-կոլխիցինը

126.Սրտի տամպոնադայի պատճառ կարող են հանդիսանալ թվարկվածները, բացի

Ա-հիպոթիրեոզը
Բ-վնասվածքները
Գ-սրտի պատռվածքը
Դ-առիթմիաները

127.Սրտի տամպոնադայի նշան չէ

Ա-զարկերակային հիպերտենզիան
Բ-քներակների բարձրացած ճնշումը
Գ-ԷՍԳ-ան վոլտաժի իջեցում
Դ-կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտությունով սրտի ստվերի մեծացումը

128.Որ պերիկարդիտներն են հազվադեպ հանդիպում

Ա-վիրուսային
Բ-բակտերիալ
Գ-պարազիտային
Դ-աուտոիմունը

129.Սուր բորբոքային պերիկարդիտի ախտորոշման չափորոշիչներ են

Ա-ST սեգմենտի նոր տարածուն էլևացիան
Բ-PR սեգմենտի դեպրեսիան
Գ-պերիկարդում հեղուկի առկայությունը
Դ-նշված բոլորը

Կարդիոմիոպաթիաներ

130.Դիլատացիոն ԿՄՊ-ի ամենատարածված սիմպտոմատիկան հետևյալն է

Ա-կանգային սրտային անբավարարությունը
Բ-ռիթմի խանգարումները
Գ-համակարգային բորբոքային նշանները
Դ-զարկերակային հիպերտենզիա

131.Դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիայի վերաբերյալ որ պնդումը ճիշտ չէ

Ա-հաճախ նկատվում են փորոքային տախիկարդիաներ
Բ-նկատվում է ձախ փորոքի արտատար տրակտի օբստրուկցիա
Գ-դեկոմպենսացիայի շրջանում կարող է լսվել գալոպի ռիթմ
Դ-կարող են լինել Հիսի խրձի պաշարումներ

132.Հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայի ժամանակ սրտամկանի ասիմետրիկ հիպերտրոֆիան նպաստում է

Ա-ձախ փորոքի լայնացմանը
Բ-զարկերակային հիպերտենզիային
Գ-աորտալ անբավարարության զարգացմանը
Դ-ձախ փորոքի արտատար տրակտի նեղացմանը

133.Հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայի բուժման համար ստորև նշվածներից ցուցված է

Ա-β-ադրենապաշարիչները
Բ-α-ադրենապաշարիչները
Գ-միզամուղները
Դ-ծայրամասային անոթալայնիչները

134.Հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայի բարդություն են բոլորը բացի

Ա-զարկերակային հիպերտենզիան
Բ-հանկարծամահությունը

Գ-միտրալ անբավարարությունը
Դ-սրտային անբավարարությունը

135.Դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիայի բուժման համար ստորև նշվածներից նախընտրելին է համարվում

Ա-սակուբիտրիլ-վալսարտանը
Բ-կորտիկոստերոիդները
Գ-սրտային գլիկոզիդները
Դ-միզամուղները

136.Հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիան բերում է սրտային ֆիզիոլոգիայի հետևյալ փոփոխությունների

Ա-ձախ փորոքի հիպերտրոֆիայի
Բ-դիաստոլիկ դիսֆունկցիայի
Գ-ձախ փորոքի արտատար տրակտի օբստրուկցիայի
Դ-նշված բոլորը

137.Բետա-ադրենապաշարիչների կիրառումը հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայի ժամանակ շահեկան է քանի, որ բերում է

Ա-սրտի կծկումների հաճախության նվազմանը՝ ի պատասխան ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության
Բ-ձախ փորոքի արտատար տրակտում ճնշման գրադիենտի նվազման՝ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ
Գ-կրծքահեղձուկի նշանների թեթևացման
Դ-նշված բոլորը

138.Թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների ամենահաճախակի պատճառն է ստորև նշվածներից

Ա-ԴԿՄՊ
Բ-ՀԿՄՊ
Գ-միտրալ պրոլապսը
Դ-զարկերակային հիպերտենզիան

139.Միտրալ փականի առաջնասիստոլիկ շարժումը դեպի միջփորոքային միջնապատ բնորոշ է

Ա-հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիային

Բ-միտրալ փականի պրոլապսին
Գ-ԴԿՄՊ-ին
Դ-միտրալ ստենոզին

140.Բոլոր ստորև նշվածները կարող են հանդիսանալ դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիայի պատճառ, բացի

Ա-օսթեոպորոզը
Բ-ալկոհոլի չարաշահումը
Գ-Էբշտեյն-Բարի վիրուսը
Դ-ժառանգական մուտացիաները

141.Դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիան բնորոշվում է բոլոր ստորև նշվածներով բացի

Ա-հեմոռագիկ համախտանիշով
Բ-ռեֆրակտեր սրտային անբավարարությունով
Գ-կարդիոմեգալիայով
Դ-թրոմբոէմբոլիկ բարդություններով

142.Ստորև նշվածներից բոլորը ցուցված են հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայի դեպքում բացի

Ա-սրտային գլիկոզիդները
Բ-b-ադրենոպաշարիչները
Գ-միոէկտոմիան
Դ-ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության սահմանափակումը

143.Դիզոպիրամիդը ցուցված է

Ա-հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայի դեպքում
Բ-հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայի դեպքում, եթե կա ՁՓ արտատար տրակտի հանգստի վիճակում կամ պրովոկացված օբստրուկցիա
Գ-ռեստրիկտիվ կարդիոմիոպաթիայի դեպքում
Դ-դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիայի դեպքում

144.ՁՓ արտատար տրակտի օբստրուկցիայով հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայի դեպքում ցուցված չէ

Ա-բետա-ադրենոբլոկատորներ
Բ-վերապամիլ

Գ-դիգոքսին
Դ-դիլտիազեմ

145.ՁՓ արտատար տրակտի օբստրուկցիայով հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայի բուժման առաջին ընտրության դեղամիջոց են հանդիսանում

Ա-սելեկտիվ բետա-ադրենոբլոկատորները
Բ-ոչ սելեկտիվ բետա-ադրենոբլոկատորները
Գ-ոչ անոթալայնիչ բետա-ադրենոբլոկատորները
Դ-անոթալայնիչ բետա-ադրենոբլոկատորները

146.Սրտային միոզին ԱԵՖ-ազայի ինհիբիտոր մավակամտենը ցուցված է

Ա-ՁՓ արտատար տրակտի օբստրուկցիայի դեպքում
Բ-դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիայի դեպքում
Գ-ռեստրիկտիվ կարդիոմիոպաթիայի դեպքում
Դ-սրտի ամիլոիդոզի դեպքում

147.Ըստ ESC 2023թ.Կարդիոմիոպաթիաների ուղեցույցի, կարդիոմիոպաթիաների դասակարգման մեջ չի մտնում

Ա-ՁՓ ոչ դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիան
Բ-Հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիան
Գ-Աջ փորոքի առիթմոգեն կարդիոմիոպաթիան
Դ-Տակոցուբոյի կարդիոմիոպաթիան

Միոկարդիտներ

148.Կլինիկական բնութագիրը միոկարդիտների դեպքում

Ա-ունի ոչ սպեցիֆիկ սիմպտոմներ
Բ-ունի սպեցիֆիկ սիմպտոմներ
Գ-ախտորոշիչ հստակ սիմպտոմներ են
Դ-հնարավորություն է տալիս վերջնական ախտորոշել միոկարդիտը

149.Բոլոր ստորև նշվածները կարող են հանդիսանալ միոկարդիտների առաջացման էթիոլոգիկ գործոն բացի

Ա-էնդոկրին հիվանդությունները
Բ-դեղամիջոցները

Գ-պաթոգեն միկրոօրգանիզմները
Դ-ճառագայթումը

150.Հիվանդը 34 տարեկան է, ծանր վիրուսային ինֆեկցիայով (գրիպ) տանելուց հետո, 2 շաբաթ անց զարգացել է թուլություն, շնչահեղձություն, ցավ սրտի շրջանում և սրտխփոց: Հետազոտության ժամանակ զարկերակային ճնշումը 110/70 մմ/սս էր, սրտի զարկը 80 զարկ րոպեում հանգստի ժամանակ: ԷՍԳ-ի վրա՝ - T (-) V1-V4 արտածումներում: Ինչ պաթոլոգիայի մասին կարող եք մտածել.

Ա-թոքաբորբ
Բ-սրտամկանի իշեմիա
Գ-միոկարդիտ
Դ-դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիա

151.Միոկարդիտների բուժման առաջին գիծ չէ

Ա-կոլխիցինը
Բ-կորտիկոստերոիդները
Գ-ասպիրինը
Դ-ոչ սպեցիֆիկ հակաբորբոքային դեղերը (NSAID)

Խրոնիկ սրտային անբավարարություն

152.Խրոնիկ սրտային անբավարարության սիմպտոմների պահպանման ժամանակ ԱՓՖԻ/ԱՌՆԻ-ի, բետա-պաշարիչների, միներալոկորտիկոիդների ռեցեպտորների անտագոնիստների բուժման ֆոնին որ դեպքերում պետք է նշանակել իվաբրադին

Ա-սինուսային ռիթմ, ՍԿՀ≥75զ/ր, ՁՓ ԱՖ≤40%
Բ-սինուսային ռիթմ, ՍԿՀ≥70զ/ր, ՁՓ ԱՖ≤35%
Գ-սինուսային ռիթմ, ՍԿՀ≥75զ/ր, ՁՓ ԱՖ≤35%
Դ-սինուսային ռիթմ, ՍԿՀ≥70զ/ր, ՁՓ ԱՖ≤40%

153.Սրտային անբավարարության և նախասրտերի ֆիբրիլյացիայի դեպքում սրտի հաճախության վերահսկման (rate control) համար գերադասելի են

Ա-ոչ-դիհիդրոպիրիդինային կալցիումական ներհակորդները
Բ-իվաբրադինը
Գ-բետա-պաշարիչները
Դ-կորդարոնը

154.SGLT2 ինհիբիտորներ դապագլիֆլոզինը, էմպագլիֆլոզինը, սոտագլիֆլոզինը ցուցված են 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետի և իջած արտամղման ֆրակցիայով սրտային անբավարարության (HFrEF) ժամանակ

Ա-վերահսկելու գլիկեմիան
Բ-նվազեցնելու սրտային անբավարարության պատճառով հոսպիտալացումը և սիրտ-անոթային մահացությունը
Գ-նվազեցնելու սրտային անբավարարության պատճառով հոսպիտալացումը
Դ-նվազեցնելու սիրտ-անոթային մահացությունը

155.Ստորև նշվածներից ո՞ր դեղամիջոցն է ապացուցված, որ նվազեցնում է մահացությունը սրտային անբավարարությամբ և նվազեցված արտամղման ֆրակցիայով (HFrEF) հիվանդների մոտ:

Ա-Սակուբիտրիլ/վալսարտան
Բ-Դիգոքսին՝ որպես մոնոթերապիա
Գ-Նիտրոգլիցերին՝ երկարատև օգտագործմամբ
Դ-Վերապամիլ

156.Ըստ ESC 2026թ. Սրտային անբավարարության ուղեցույցի խրոնիկ սրտային անբավարարությունը ըստ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայի դասակարգվում է՝

Ա-HFrEF (սրտային անբավարարություն նվազած արտամղման ֆրակցիայով) , HFmrEF (սրտային անբավարարություն մեղմ նվազած արտամղման ֆրակցիայով), HFpEF (սրտային անբավարարություն պահպանված արտամղման ֆրակցիայով)
Բ-HFrEF (սրտային անբավարարություն նվազած արտամղման ֆրակցիայով), HFpEF (սրտային անբավարարություն պահպանված արտամղման ֆրակցիայով)
Գ-HFmrEF(սրտային անբավարարություն մեղմ նվազած արտամղման ֆրակցիայով), HFpEF (սրտային անբավարարություն պահպանված արտամղման ֆրակցիայով)
Դ-HFrEF(սրտային անբավարարություն նվազած արտամղման ֆրակցիայով) , HFmrEF (սրտային անբավարարություն մեղմ նվազած արտամղման ֆրակցիայով)

157.Ըստ ESC 2026թ. Սրտային անբավարարության ուղեցույցի նվազած արտամղման ֆրակցիայով սրտային անբավարարությունը բնորոշվում է ձախ փորոքի հետևյալ արտամղման ֆրակցիայով

Ա-<35%
Բ-<40%

Գ-<45%
Դ-<50%

158.Ըստ ESC 2026թ. Սրտային անբավարարության ուղեցույցի պահպանված արտամղման ֆրակցիայով սրտային անբավարարությունը բնորոշվում է ձախ փորոքի հետևյալ արտամղման ֆրակցիայով

Ա-≥40%
Բ->40%
Գ-≥50%
Դ->50%

159.ESC 2026թ. Սրտային անբավարարության ուղեցույցի դասակարգմամբ քանի՞ փուլի է բաժանվում սրտային անբավարարությունը

Ա-A, B
Բ-A, B, C
Գ-A, B, C, D
Դ-A, B, C, D, E

160.Ըստ ESC 2026թ. Սրտային անբավարարության ուղեցույցի միներալոկորտիկոիդների ռեցեպտորների անտագոնիստները ցուցված են

Ա-HFrEF (սրտային անբավարարություն նվազած արտամղման ֆրակցիայով) ժամանակ
Բ-HFpEF (սրտային անբավարարություն պահպանված արտամղման ֆրակցիայով) ժամանակ
Գ-Բոլոր տեսակի սրտային անբավարարությունների ժամանակ՝ անկախ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայից
Դ-Ցուցված չեն ոչ մի տեսակի սրտային անբավարարության ժամանակ

161.Հետևյալ ախտանիշներից և ֆիզիկական նշաններից որն է պաթոգմոնիկ ձախ փորոքային անբավարարության ժամանակ.

Ա-պարանոցի երակների փքվածություն
Բ-ասցիտ
Գ-օրթոպնոէ
Դ-լյարդի չափերի մեծացում.

162.Խորացած խրոնիկ սրտային անբավարարության չափորոշիչներից է

Ա-ԱՖ≤35%
Բ-ԱՖ≤30%
Գ-ԱՖ≤25%
Դ-ԱՖ≤20%

163.Սրտային անբավարարության և նախասրտերի ֆիբրիլյացիայի դեպքում սրտի հաճախության վերահսկման (rate control) համար բետա-պաշարիչների ֆոնին կամ նրանց անտանելիության դեպքում պետք է ավելացնել

Ա-իվաբրադին
Բ-կորդարոն
Գ-դիգոքսին
Դ-ոչ-դիհիդրոպիրիդինային կալցիումական ներհակորդներ

164.Վերիսիգուատը ցուցված է խրոնիկ սրտային անբավարարությամբ բոլոր սիմպտոմատիկ հիվանդներին, որոնք

Ա-ստանում են բազիսային դեղորայքային թերապիա և ունեն ՁՓ ԱՖ <50%
Բ-ստանում են բազիսային դեղորայքային թերապիա և ունեն ՁՓ ԱՖ <45%
Գ-չեն ստանում բազիսային դեղորայքային թերապիա և ունեն ՁՓ ԱՖ <40%
Դ-ստանում են բազիսային դեղորայքային թերապիա՝ անկախ ՁՓ ԱՖ-ից

165.Ո՞ր բետա-ադրենոբլոկատորը ցուցված չէ նվազած արտամղման ֆրակցիայով հիվանդների բուժման համար

Ա-բիսոպրոլոլ
Բ-կարվեդիլոլ
Գ-մետոպրոլոլ տարտրատ
Դ-նեբիվոլոլ

166.Էպլերենոնը

Ա-մինեռալոկորտիկոիդային ռեցեպտորների անտագոնիստ է
Բ-ԱՓՖ ինհիբիտոր է
Գ-բետա-ադրենոբլոկատոր է
Դ-SGLT2 ինհիբիտոր է

167.Սրտային անբավարարության պատճառով հոսպիտալացման կամ սիրտ-անոթային պատճառներով մահվան ռիսկը նվազեցնելու նպատակով խորհուրդ է

տրվում SGLT2-ի ինհիբիտոր (դապագլիֆլոզին կամ էմպագլիֆլոզին) նշանակել սրտային անբավարարության ախտանշաններ ունեցող պացիենտներին, եթե

Ա-ՁՓ արտամղման ֆրակցիան <50%
Բ-ՁՓ արտամղման ֆրակցիան <40%
Գ-ՁՓ արտամղման ֆրակցիան >50%
Դ-անկախ արտամղման ֆրակցիայից

168.Նվազած արտամղման ֆրակցիայով խրոնիկ սրտային անբավարարությամբ հիվանդների ՁՓ արտամղման ֆրակցիայի նորմալացման կամ ախտանշանների վերացման դեպքում պետք է

Ա-աստիճանաբար իջեցնել բազիսային դեղորայքային բուժման դեղամիջոցների դոզաները
Բ-դադարեցնել բազիսային դեղորայքային բուժումը
Գ-հերթականությամբ հանել բազիսային դեղորայքային բուժման դեղամիջոցները
Դ-շարունակել բազիսային դեղորայքային բուժման դեղամիջոցները առավելագույն տանելի դեղաչափերով

169.Ե՞րբ է խորհուրդ տրվում սուր դեկոմպենսացված սրտային անբավարարությամբ պացիենտներին SGLT2-ի ինհիբիտորի նշանակումը կյանքի որակը և կանգային ախտանշանները բարելավելու, ինչպես նաև սրտային անբավարարության պատճառով հոսպիտալացման ռիսկը նվազեցնելու նպատակով.

Ա-հոսպիտալացման ամենասկզբից
Բ-հոսպիտալացման ընթացքում ՝ վիճակի կայունացումից հետո
Գ-հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո
Դ-պետք չէ ընդհանրապես նշանակել, եթե հիվանդի մոտ չկա շաքարային դիաբետ

170.Սրտային անբավարարության պատճառով հոսպիտալացման ռիսկը նվազեցնելու նպատակով, չնայած բազիսային դեղորայքային բուժմանը, սրտային գլիկոզիդի (դիգոքսին կամ դիգիտոքսին) նշանակման հնարավորությունը պետք է դիտարկել ախտանշանային սրտային անբավարարությամբ այն հիվանդների մոտ, որոնց

Ա-ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան ≤40%
Բ-ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան ≤35%
Գ-ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան ≤30%
Դ-անկախ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայից

171.Չնայած օպտիմալ դեղորայքային բուժմանը, ախտանշանները բարելավելու և հոսպիտալացման ու մահվան ռիսկը նվազեցնելու նպատակով ախտանշանային սրտային անբավարարությամբ սինուսային ռիթմով, Հիսի խրձի ձախ ոտիկի պաշարումով և QRS կոմպլեքսի ≥150 մվ տևողությամբ հիվանդներին սրտի ռեսինխրոնիզացնող թերապիայի (CRT) ուղղակի ցուցում է, եթե

Ա-ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան ≤40%
Բ-ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան ≤35%
Գ-ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան ≤30%
Դ-ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան ≤ 25%

172.Կարդիոգեն շոկի փուլերն են

Ա-A, B, C
Բ-A, B, C, D,
Գ-A, B, C, D, E
Դ-A, B, C, D, E, F

Սուր կորոնար համախտանիշ

173.Սուր կորոնար համախտանիշը իր մեջ ներառում է

Ա-առանց ST սեգմենտի էլևացիայի սրտամկանի ինֆարկտը և ST սեգմենտի էլևացիայիայով սրտամկանի ինֆարկտը
Բ-առանց ST սեգմենտի էլևացիայի սրտամկանի ինֆարկտը և անկայուն ստենոկարդիան
Գ-առանց ST սեգմենտի էլևացիայի սրտամկանի ինֆարկտը, ST սեգմենտի էլևացիայիայով սրտամկանի ինֆարկտը և անկայուն ստենոկարդիան
Դ-ST սեգմենտի էլևացիայիայով սրտամկանի ինֆարկտը և անկայուն ստենոկարդիան

174.Ըստ 2026թ. Սրտամկանի ինֆարկտի 5-րդ ունիվերսալ դասակարգման սրտամկանի ինֆարկտի առաջին տիպը պայմանավորված է

Ա-Բոլոր տեսակի սուր կորոնար պաթոլոգիաներով
Բ-սրտամկանի թթվածնի պահանջարկ/առաջարկ հարաբերության դիսբալանսով՝ կորոնար զարկերակների հեմոդինամիկ նշանակալի (>50%) առնվազն մեկ ստենոզի բացակայության պարագայում
Գ-կորոնար ստենտավորմամբ
Դ-աորտ-կորոնար շունտավորմամբ

175.Ըստ 2026թ. Սրտամկանի ինֆարկտի 5-րդ ունիվերսալ դասակարգման սրտամկանի ինֆարկտի երկրորդ տիպը պայմանավորված է

Ա-կորոնար աթերոսկլերոզով և կորոնար զարկերակի հեմոդինամիկ նշանակալի ստենոզով
Բ-սրտամկանի թթվածնի պահանջարկ/առաջարկ հարաբերության դիսբալանսով՝ առանց սուր կորոնար ախտաբանության
Գ-աորտո-կորոնար շունտավորմամբ
Դ-կորոնար ստենտավորմամբ

176.Ըստ 2026թ. Սրտամկանի ինֆարկտի 5-րդ ունիվերսալ դասակարգման սրտամկանի ինֆարկտի միջամտություն-կախյալ տիպը պայմանավորված է

Ա-կորոնար աթերոսկլերոզով և կորոնար զարկերակի հեմոդինամիկ նշանակալի ստենոզով
Բ-սրտամկանի թթվածնի պահանջարկ/առաջարկ հարաբերության դիսբալանսով՝ առանց սուր կորոնար ախտաբանությանկորոնար ստենտավորմամբ
Գ-միջմաշկային սրտային որևէ միջամտության կամ սրտային բաց վիրաբուժական միջամտության բարդություններով՝ միջամտությունից հետո 30 օրվա ընթացքում
Դ-միջմաշկային սրտային որևէ միջամտության կամ սրտային բաց վիրաբուժական միջամտության բարդություններով՝ միջամտությունից առնվազ 31 օր անց

177.Ըստ 2026թ. Սրտամկանի ինֆարկտի 5-րդ ունիվերսալ դասակարգման կորոնար զարկերակի սպազմով պայմանավորված սրտամկանի ինֆարկտը դասվում է

Ա-առաջին տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Բ-երկրորդ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Գ-միջամտություն-կախյալ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Դ-ոչ մի տիպի սրտամկանի ինֆարտների մեջ չի դասվում

178.Ըստ 2026թ. Սրտամկանի ինֆարկտի 5-րդ ունիվերսալ դասակարգման կորոնար զարկերակի սպոնտան դիսսեկցիայով պայմանավորված սրտամկանի ինֆարկտը դասվում է

Ա-առաջին տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Բ-երկրորդ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Գ-միջամտություն-կախյալ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Դ-ոչ մի տիպի սրտամկանի ինֆարտների մեջ չի դասվում

179.Ըստ 2026թ. Սրտամկանի ինֆարկտի 5-րդ ունիվերսալ դասակարգման կորոնար զարկերակի էմբոլիզմով պայմանավորված սրտամկանի ինֆարկտը դասվում է

Ա-առաջին տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Բ-երկրորդ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Գ-միջամտություն-կախյալ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Դ-ոչ մի տիպի սրտամկանի ինֆարտների մեջ չի դասվում

180.Ըստ 2026թ. Սրտամկանի ինֆարկտի 5-րդ ունիվերսալ դասակարգման կորոնար միջամտությունից հետո 30 օրից ավել ժամկետում կորոնար ռեստենոզով պայմանավորված սրտամկանի ինֆարկտը դասվում է

Ա-առաջին տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Բ-երկրորդ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Գ-միջամտություն-կախյալ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Դ-ոչ մի տիպի սրտամկանի ինֆարտների մեջ չի դասվում

181.Ըստ 2026թ. Սրտամկանի ինֆարկտի 5-րդ ունիվերսալ դասակարգման կորոնար միջամտությունից հետո 30 օրից ավել ժամկետում կորոնար ստենտ-թրոմբոզով պայմանավորված սրտամկանի ինֆարկտը դասվում է

Ա-առաջին տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Բ-երկրորդ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Գ-միջամտություն-կախյալ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Դ-ոչ մի տիպի սրտամկանի ինֆարտների մեջ չի դասվում

182.Ըստ 2026թ. Սրտամկանի ինֆարկտի 5-րդ ունիվերսալ դասակարգման սրտի բաց վիրաբուժական միջամտությունից հետո 30 օրվա ընթացքում վիրահատության բարդությամբ պայմանավորված սրտամկանի ինֆարկտը դասվում է

Ա-առաջին տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Բ-երկրորդ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Գ-միջամտություն-կախյալ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Դ-ոչ մի տիպի սրտամկանի ինֆարտների մեջ չի դասվում

183.Ըստ 2026թ. Սրտամկանի ինֆարկտի 5-րդ ունիվերսալ դասակարգման սրտի բաց վիրաբուժական միջամտությունից հետո 30 օրից ավել ժամկետում տեղադրված շունտի անբավարարությամբ պայմանավորված սրտամկանի ինֆարկտը դասվում է

Ա-առաջին տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Բ-երկրորդ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Գ-միջամտություն-կախյալ տիպի սրտամկանի ինֆարկտներին
Դ-ոչ մի տիպի սրտամկանի ինֆարտների մեջ չի դասվում

184.Սրտամկանի ինֆարկտի վաղ բարդություններ են՝

Ա-թոքի այտուց
Բ-սրտի կանգ
Գ-սրտամկանի պատռվածք
Դ-բոլոր թվարկված բարդությունները

185.ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտից հետո արյունահոսական ցածր ռիսկով հիվանդներին ի լրումն ասպիրինի և կլոպիդոգրելի կարելի է նշանակել ռիվառոքսաբան

Ա-2,5 մգ օրը երկու անգամ դոզայով
Բ-5 մգ օրը երկու անգամ դոզայով
Գ-15 մգ օրը մեկ անգամ դոզայով
Դ-20 մգ օրը մեկ անգամ դոզայով

186.ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտից հետո որպես եռակի հակաթրոմբոտիկ բուժման մաս խորհուրդ չի տրվում նշանակել

Ա-ասպիրին
Բ-ռիվառոքսաբան
Գ-կլոպիդոգրել
Դ-տիկագրելոր

187.Սրտային հանկարծամահության առաջնային կանխարգելման նպատակով կարդիովերտեր-դեֆիբրիլյատորի իմպլատացիայի թեկնածու հիվանդներին սարքի տեղադրումը պետք է իրականացվի սրտամկանի սուր ինֆարկտից առնվազն

Ա-4 շաբաթ անց
Բ-6 շաբաթ անց
Գ-12 շաբաթ անց
Դ-6 ամիս անց

188.Իշեմիկ բարձր ռիսկի և արյունահոսության բացակայության արագայում կրկնակի հակաագրեգանտային բուժումը ST էլևացիայով սրտամկանի ինֆարկտից հետո կարելի է երկարեցնել մինչև

Ա-18 ամիս
Բ-24 ամիս
Գ-36 ամիս
Դ-48 ամիս

189.Կարդիոգեն շոկը դա հյուսվածքների հիպոպերֆուզիան է պայմանավորված

Ա-սրտամկանի ինոտրոպ ֆունկցիայի անկման հետ
Բ-զարկերակային ճնշման անկման հետ
Գ-օլիգուրիայով
Դ-ճիշտ են b և c տարբերակները

190.ԷՍԳ-ի ո՞ր նշաններն են առավել տեղեկատվական աջ փորոքի ինֆարկտի ախտորոշման համար՝

Ա-ST սեգմենտի բարձրացում V3R - V6R արտածումներում
Բ-Սրտի էլեկտրական առանցքի կտրուկ շեղում դեպի աջ
Գ-Հիսի խրցի աջ ոտիկի լրիվ պաշարում
Դ-P-pulmonale-ի հայտնվելը II III AVF-արտածումներում

191.Սրտամկանի վնասումը արտահայտվում է՝

Ա-Սրտային տրոպոնինի բարձացմամբ նորմայից ավելի արյան պլազմայում
Բ-Սրտային տրոպոնինի բարձացմամբ նորմայից ավելի արյան պլազմայում և սրտամկանի սուր իշեմիայի նշաններով
Գ-BNP-ի բարձրացումով արյան պլազմայում և սրտամկանի իշեմիայի նշաններով
Դ-BNP-ի բարձրացումով արյան պլազմայում

192.Սրտամկանի սուր ինֆարկտի համար պարտադիր է հետևյալի առկայությունը՝

Ա-Սրտամկանի սուր իշեմիայի նշաններ
Բ-Սրտային տրոպոնինի բարձացմամբ նորմայից ավելի արյան պլազմայում (+)
Գ-Կորոնար թրոմբոզի առկայություն կորոնար անգիոգրաֆիայի ժամանակ
Դ-ԷՍԳ նոր փոփոխություններ

193.Ռեպերֆուզիոն համախտանիշն է՝

Ա-սրտամկանի վնասումը ազատ ռադիկալներով
Բ-ախտանշանների համալիր, որը ուղեկցում է արյան հոսքի վերականգնմանը փակ կորոնար զարկերակում
Գ-ստենոկարդիայի ապակայունացում β-բլոկլերների դադարեցումից հետո
Դ-էլեկտրամեխանիկական դիսոցացիա տեսակ

194.Ստորև նշվածներից որն է հակացուցում թրոմբոլիտիկ թերապիայի համար սրտամկանի ST էլևացիայով սուր ինֆարկտի ժամանակ.

Ա-ԶՃ 160/100 մմ
Բ-աորտայի անևրիզմայի շերտազատում
Գ-սրտամկանի ստորին լոկալիզացիայի ST էլևացիայով սուր ինֆարկտ
Դ-Հիսի խրձի ձախ ոտիկի նոր առաջացած պաշարում

195.Առաջին բժշկական կոնտակտի տևողությունը սրտամկանի ST էլևացիայով սուր ինֆարկտի ժամանակ պետք է լինի՝

Ա-Առավելագույնը 10 րոպե
Բ-Առավելագույնը 20 րոպե
Գ-Առավելագույնը 30 րոպե
Դ-Առավելագույնը 1 ժամ

196.Սրտամկանի ST էլևացիայով սուր ինֆարկտի ժամանակ առաջնային կորոնար ստենտավորում է համարվում՝

Ա-որքան հնարավոր է անհապաղ իրականացված կորոնար զարկերակի ստենտավորումը անհաջող ֆիբրինոլիտիկ թերապիայից հետո
Բ-անհապաղ կորոնար անիոգրաֆիան և ինֆարկտ պատասխանատու կորոնար զարկերակի ստենսավորումը առանց նախնական ֆիբրինոլիտիկ թերապիայի
Գ-Բարեհաջող ֆիբրինոլիտիկ թերապիայից հետո կորոնար զարկերակի ստենտավորումը
Դ-Նշվածներից ոչ մեկը ճիշտ չէ

197.Փրկիչ առաջնային կորոնար անգիոպլաստիկա (PCI) է համարվում ՝

Ա-Որքան հնարավոր է անհապաղ իրականացված կորոնար զարկերակի ստենտավորումը անհաջող ֆիբրինոլիտիկ թերապիայից հետո
Բ-Անհապաղ կորոնար անգիոգրաֆիան և ինֆարկտ պատասխանատու կորոնար զարկերակի ստենդավորումը

Գ-Բարեհաջող ֆիբրինոլիտիկ թերապիայից հետո կորոնար զարկերակի ստենտավորումը
Դ-Նշվածներից ոչ մեկը ճիշտ չէ

198.Վաղ ռուտին ինվազիվ (PCI) ստրատեգիան դա կորոնար անգիոգրաֆիան և ինֆարկտ պատասխանատու զարկերակի անգիոպլաստիկան (PCI) է՝ իրականացված բարոհաջող ֆիբրինոլիտիկ թերապիայից՝

Ա-2-24 ժամվա ընթացքում
Բ-2-36 ժամվա ընթացքում
Գ-2-48 ժամվա ընթացքում
Դ-2-72 ժամվա ընթացքում

199.Չհաջողված ֆիբրինելիզիսի նշաններն են՝

Ա-ST սեգմենտի էլևացիայի իջեցումը 50%-ից պակաս 60-90 րոպեի ընթքացքում
Բ-ST սեգմենտի էլևացիայի իջեցումը 50%-ից պակաս 120 րոպեի ընթքացքում
Գ-Փորոքային առիթմիաների առաջացումը
Դ-Զարկերակային ճնշման անկումը

200.Առաջնային ինվազիվ (PCI) տակտիկան ցուցված է առանց ST-սեգմենտի էլևացիայի սրտամկանի ինֆարկտի այն դեպքերում, երբ առկա են շարունակական իշեմիկ սիմպտոմներ և

Ա-Կարդիոգեն շոկ
Բ-Ռեֆրակտեր կրծքավանդակի ցավ
Գ-Սրտի կանգ
Դ-Ճիշտ են բոլորը

201.Սուր կորոնար համախտանիշի ժամանակ ասպիրինի ծանրաբեռնվածության դոզան է (per-os)՝

Ա-75-100mg
Բ-150-300mg
Գ-300-500mg
Դ-500-600mg

202.Առաջնային կորոնար անգիոպլաստիկայի (PCI) ժամանակ կլոպիդոգրելի ծանրաբեռնվածության դոզան է՝

Ա-75 mg

Բ-150 mg
Գ-300 mg
Դ-600 mg

203.Առաջնային կորոնար անգիոպլաստիկայի (PCI) ժամանակ պրազուգրելի ծանրաբեռնվածության դոզան է՝

Ա-10 mg
Բ-30 mg
Գ-60 mg
Դ-100 mg

204.Առաջնային կորոնար անգիոպլաստիկայի (PCI) ժամանակ տիկագրելորի ծանրաբեռնվածության դոզան է՝

Ա-90 mg
Բ-180 mg
Գ-270 mg
Դ-360 mg

205.Աիմպտոմատիկ հիվանդների ինֆարկտ պատասխանատու զարկերակի կորոնար անգիոպլաստիկա (PCI) ցուցված չէ սրտամկանի ST էլևացիայով սուր ինֆարկտի սկզբից՝

Ա-12 ժամ անց
Բ-24 ժամ անց
Գ-48 ժամ անց
Դ-72 ժամ անց

206.Ֆիբրինոլիտիկ թերապիայից հետո հակաագրեգանտներից կարելի է նշանակել՝

Ա-Միայն ասպիրին
Բ-Միայն կլոպիդոգրել
Գ-Ոչ մեկը
Դ-Երկուսն էլ

207.Ֆիբրինոլիտիկ թերապիայի բացարձակ հակացուցում չի հանդիսանում՝

Ա-Նախկինում տարած հեմոռագիկ ինսուլտը
Բ-Նախորդ 6 ամսում տարած իշեմիկ ինսուլտը
Գ-ՍԱ-ին տրակտի արյունահոսությունը վեջին 1 ամսում

Դ-Զարկերակային հիպերտենզիան՝ ՍԶՃ-150մմ/սս-ից ավել

208.Արյան պլազմայում սրտային տրոպոնինի բարձացմամբ նորմայից ավելի չի կարող պայմանավորված լինել

Ա-Խրոնիկ երիկամային հիվանդությամբ
Բ-Սեպսիսով
Գ-Պոդագրայով
Դ-Իշեմիկ ինսուլտով

Խրոնիկ կորոնար համախտանիշ

209.Նվազած արտամղման ֆրակցիայով սրտային անբավարարության և քրոնիկ կորոնար համախտանիշի ժամանակ իրենց պրոգնոստիկ նշանակությամբ դեղորայքային որ խումբն է հանդիսանում նախընտրելին

Ա-Նիտրատներ
Բ-Ալֆա- պաշարիչներ
Գ-Կալցիումական անցուղիների պաշարիչներ
Դ-Բետտա-պաշարիչներ

210.2024 թվականի ESC ուղեցույցները օգտագործում են օբստրուկտիվ սրտային հիվանդությունների նախնական թեստի հավանականության (PTL) թարմացված գնահատականը: Հետևյալ կլինիկական բնութագրերից որը՞ չի հանդիսանում այս գնահատականը հաշվարկելու ուղղակի փոփոխական

Ա-Ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիա (ՁՓԱՖ)
Բ-Հիվանդի տարիքը և սեռը
Գ-Կրծքավանդակի ցավի բնույթը (տիպիկ, ատիպիկ կամ ոչ անգինալ)
Դ-Ավանդական սրտանոթային ռիսկի գործոններ (զարկերակային հիպերտոնիա, դիսլիպիդեմիա, շաքարային դիաբետ, ծխել)

211.Ո՞ր ոչ ինվազիվ ախտորոշիչ թեստն է ամենանախընտրելի նախնական քայլը ախտանիշային հիվանդի համար, ով ունի օբստրուկտիվ սրտի իշեմիկ հիվանդության ցածրից մինչև միջին նախնական թեստային հավանականություն (PTL 5–15%) և լավ պատկերագրական որակի բարձր հավանականություն

Ա-Ինվազիվ կորոնար անգիոգրաֆիա (ICA)՝ ֆրակցիալ հոսքի պահուստի (FFR) որոշմամբ:

Բ-Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության թեստ (վազքուղու թեստ ԷՍԳ-ով) որպես միակ մեթոդ:
Գ-Պոզիտրոնային էմիսիոնային տոմոգրաֆիա (ՊԷՏ)՝ միոկարդի պերֆուզիայի գնահատման համար:
Դ-Համակարգչային տոմոգրաֆիկ կորոնար անգիոգրաֆիա (ՀՏ անգիոգրաֆիա)

212.Հետևյալներից որն է խորհուրդ տրվում որպես առաջին գծի դեղորայքային թերապիա նոր ախտորոշված քրոնիկ կորոնար համախտանիշով հիվանդների մոտ ախտանիշների վերահսկման համար

Ա-Բետա-ադրենոբլոկատորներ կամ կալցիումական անցուղիների պաշարիչներ
Բ-Ռանոլազինի, իվաբրադինի և տրիմետազիդինի եռակի համակցության անհապաղ կիրառում
Գ-Բարձր դեղաչափերով երկարացված արտազատմամբ նիտրատներ՝ որպես առաջին գծի մոնոթերապիա
Դ-Տրիմետազիդինը օրական մեկ անգամ

213.Դեղերի որ խումբն է հանդիսանում դեղորայքային թերապիայի հիմքը՝ հաստատված վազոսպաստիկ անգինայով հիվանդի մոտ նոպաները կանխելու համար (INOCA համախտանիշի շրջանակներում)

Ա-Սելեկտիվ բետա-1 պաշարիչներ (օրինակ՝ մետոպրոլոլ) որպես մոնոթերապիա:
Բ-Ասպիրինով և տիկագրելորով ռուտինային կրկնակի հակաթրոմբոցիտային թերապիա (DAPT):
Գ-Կալցիումական անցուղիների պաշարիչներ (դիհիդրոպրիրիդինային կամ ոչ դիհիդրոպրիրիդինային) և/կամ երկարատև ազդեցության նիտրատներ
Դ-PCSK9 ինհիբիտորներ կամ ինկլիսիրան:

214.Ո՞ր դեպքերում է հակաթրոմբոտիկ թերապիայի երկարատև ինտենսիվացումը (օրինակ՝ ասպիրինին ռիվարոքսաբանի անոթային դեղաչափի ավելացում) խորհուրդ տրվում խրոնիկ կորոնար համախտանիշով հիվանդներին, որոնք չունեն սրտամկանի ինֆարկտի կամ PCI-ի պատմություն

Ա-ՔԿՀ-ով բոլոր հիվանդները՝ առանց բացառության, ախտորոշումից անմիջապես հետո:
Բ-Բարձր իշեմիկ/թրոմբոտիկ ռիսկ ունեցող հիվանդների մոտ (օրինակ՝ տարբեր ավազանների զարկերակների բազմաանոթային հիվանդություն, շաքարային դիաբետ կամ ՔԵՀ) և արյունահոսության ցածր ռիսկ:
Գ-Միայն այն հիվանդների մոտ, որոնց հանգստի վիճակում սրտի զարկերի հաճախականությունը մշտապես գերազանցում է 90 զարկ/րոպե:

Դ-Բացառապես բացարձակապես նորմալ երիկամային ֆունկցիա ունեցող և զրոյական ռիսկի գործոններ ունեցող հիվանդների մոտ:

215.Համաձայն 2024 թվականի ESC ուղեցույցների, հետևյալ անատոմիական սցենարներից որո՞ւմ է ցուցված ռեվասկուլյարիզացիան՝ պրոգնոզը (ապրելիությունը) բարելավելու համար

Ա-Էքսցենտրիկ վահանիկ 30% աջ պսակածև զարկերակի միջին հատվածում ասիմպտոմատիկ հիվանդի մոտ:
Բ-Փոքր անկյունագծային ճյուղի մեկուսացված 50% ստենոզ՝ նորմալ ձախ փորոքային արտազատման ֆրակցիայով և առանց իշեմիայի:
Գ-Դիֆուզ ոչ օբստրուկտիվ եռանոթային հիվանդություն՝ առանց ինդուկցվող իշեմիայի կամ ձախ փորոքի դիսֆունկցիայի:
Դ-Ձախ գլխավոր պսակածև զարկերակի >50% ստենոզ կամ պրոքսիմալ LAD՝ իշեմիայի մեծ մակերեսի կամ ձախ փորոքային արտազատման ֆրակցիայի (ՁՓԱՖ) նվազման դեպքում:

216.Ինվազիվ անգիոգրաֆիայի ընթացքում չափվող ֆրակցիոն հոսքի ռեզերվի (FFR) շեմային մակարդակը որքա՞ն է՝ վերաանոթավորում պահանջող սրտամկանի ստենոզի ֆունկցիոնալ նշանակությունը հաստատելու համար

Ա-FFR ≤ 0.80:
Բ-FFR ≤ 0.60:
Գ-FFR ≤ 0.95:
Դ-FFR ≤ 0.70:

217.Քրոնիկ կորոնար համախտանիշի ժամանակ հետդաշտանադադարային շրջանում գտնվող կանանց խորհուրդ է տրվում

Ա-Ռիսկերի իջեցման նպատակով անհրաժեշտ է ռուտին փոխարինող հորմոնալ թերապիա
Բ-Փոխարինող հորմոնալ թերապիա ռիսկերի իջեցման նպատակով խորհուրդ չի տրվում
Գ-Հաճախակի սիմպտոմների առկայության դեպքում անհրաժեշտ է վերանայել փոխարինող հորմոնալ թերապիա նշանակելու հարցը
Դ-Նշվածներից ոչ մեկը

218.Ձախ կորոնար զարկերակի ցողունի կամ բազմաանոթային կորոնար ախտահարման մասին խոսում են հետևյալ ԷՍԳ նշանները՝

Ա-ST սեգմենտի էլեվացիա 1մմ և ավելի V1-V4 արտածումներում
Բ-ST սեգմենտի էլեվացիա 1մմ և ավելի I II AVL արտածումներում
Գ-ST սեգմենտի դեպրեսիա 1մմ և ավելի II III AVF արտածումներում և ST սեգմենտի էլեվացիա 1մմ և ավելի AVR արտածումում
Դ-ST սեգմենտի դեպրեսիա 1մմ և ավելի բոլոր կրծքային արտածումներում և և ST սեգմենտի էլեվացիա 1մմ և ավելի AVR արտածումում

219.Ըստ Կանադական սրտաբանների ասոցիացիայի կայուն ստենոկարդիայի դասակարգման II ՖԴ-ը սահմանվում է՝

Ա-Առկա է սովորական ֆիզիկական ակտիվության չափավոր սահմանափակում: Հիվանդը հարթ ճանապարհով հանգիստ կարող է քայլել 200մ-ից ավելի կամ բարձրանալ մեկ հարկից բարձր:
Բ-Առկա է սովորական ֆիզիկական ակտիվության արտահայտված սահմանափակում: Հիվանդը կարող է քայլել 100-200մ, կարող է բարձրանալ մինչև 1 հարկ:
Գ-Ցանկացած ֆիզիկական ակտիվություն հնարավոր չէ առանց հիվանդի համար դիսկոմֆորտի: Հնարավոր է նոպաների առաջացում հանգիստ վիճակում
Դ-Նշվածներից ոչ մեկը

220.Սթրես-էխոկարդիոգրաֆիայի ընթացքում հայտնաբերված հետևյալ փոփոխություններից ո՞րն է համապատասխանում սրտի քրոնիկ կորոնար համախտանիշով պացիենտների շրջանում անբարենպաստ սրտանոթային իրադարձությունների բարձր ռիսկի չափանիշին:

Ա-Ծանրաբեռնվածությամբ պայմանավորված հիպոկինեզիա՝ ձախ փորոքի 16 սեգմենտներից 1-ում:
Բ-Ծանրաբեռնվածությամբ պայմանավորված հիպոկինեզիա կամ ակինեզիա՝ ձախ փորոքի 16 սեգմենտներից 3-ում:
Գ-Ծանրաբեռնվածությամբ պայմանավորված հիպոկինեզիա կամ ակինեզիա՝ ձախ փորոքի 16 սեգմենտներից 2-ում:
Դ-Ծանրաբեռնվածությամբ պայմանավորված հիպոկինեզիա՝ ձախ փորոքի 8 սեգմենտներից 1-ում:

221.Սրտային անբավարարությամբ պացիենտի ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան (ՁՓԱՖ) կազմում է 40%, և առկա են սրտի քրոնիկ կորոնար համախտանիշին բնորոշ ախտանիշներ: Կորոնար զարկերակների օբստրուկտիվ հիվանդության նախաթեստային հավանականությունը գնահատվում է որպես միջին: Ո՞ր սկզբնական ախտորոշիչ ռազմավարությունն է խորհուրդ տրվում տվյալ դեպքում:

Ա-Ինվազիվ կորոնարոգրաֆիա՝ որպես առաջին ընտրության ախտորոշիչ հետազոտություն:
Բ-Միայն ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությամբ էլեկտրասրտագրություն (ԷՍԳ)՝ առանց պատկերային հետազոտության:
Գ-Կորոնար զարկերակների ֆունկցիոնալ հետազոտություն՝ բացառապես վազոսպազմի հայտնաբերման նպատակով:
Դ-Կորոնար զարկերակների համակարգչային տոմոգրաֆիկ անգիոգրաֆիա (ԿՏ-անգիոգրաֆիա, CCTA) կամ ֆունկցիոնալ պատկերային հետազոտություն:

222.Կրկնվող ստենոկարդիայի կապակցությամբ հետազոտված ախտանիշային պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ANOCA/INOCA (ստենոկարդիա կամ իշեմիա՝ առանց կորոնար զարկերակների օբստրուկտիվ ախտահարման): Բուժման ո՞ր ընդհանուր մոտեցումն է նպատակահարմար դիտարկել՝ ախտանիշները մեղմելու և կյանքի որակը բարելավելու նպատակով:

Ա-Միայն կենսակերպի փոփոխություն՝ առանց կորոնար ֆունկցիոնալ հետազոտության արդյունքներով ուղղորդվող հակաստենոկարդիալ դեղորայքային բուժման:
Բ-Կորոնար զարկերակների ֆունկցիոնալ հետազոտության արդյունքների հիման վրա ընտրված դեղորայքային բուժում:
Գ-Ցավային համախտանիշի պահպանման դեպքում՝ կորոնար զարկերակների ոչ օբստրուկտիվ ախտահարումների ռևասկուլյարիզացիա:
Դ-Երկարատև հակամակարդիչ բուժում՝ բացառապես ախտանիշների վերահսկման նպատակով:

223.Ցածր խտության լիպոպրոտեինների խոլեստերինի (ՑԽԼ-Խ) ո՞ր թիրախային մակարդակն է խորհուրդ տրվում սրտի քրոնիկ կորոնար համախտանիշով պացիենտների համար:

Ա-ՑԽԼ-Խ-ի մակարդակ՝ 2,6 մմոլ/լ-ից ցածր՝ ելակետային մակարդակի համեմատ ցանկացած աստիճանի նվազեցմամբ:
Բ-ՑԽԼ-Խ-ի մակարդակ՝ 1,8 մմոլ/լ-ից ցածր՝ ելակետային մակարդակի համեմատ առնվազն 30% նվազեցմամբ:
Գ-ՑԽԼ-Խ-ի մակարդակ՝ 1,4 մմոլ/լ-ից ցածր՝ ելակետային մակարդակի համեմատ առնվազն 50% նվազեցմամբ:
Դ-ՑԽԼ-Խ-ի մակարդակ՝ 1,0 մմոլ/լ-ից ցածր՝ ելակետային մակարդակի համեմատ առնվազն 20% նվազեցմամբ:

224.Կորոնար զարկերակների համակարգչային տոմոգրաֆիկ անգիոգրաֆիայի (CCTA) ընթացքում հայտնաբերված հետևյալ փոփոխություններից ո՞րն է սրտի քրոնիկ կորոնար համախտանիշով պացիենտին դասում անբարենպաստ սրտանոթային իրադարձությունների բարձր ռիսկի խմբում:

Ա-Ձախ կորոնար զարկերակի հիմնական ցողունի 40% ստենոզ:
Բ-Երկու կորոնար զարկերակների ախտահարում՝ 60% ստենոզներով, ներառյալ ձախ առաջային վայրէջ զարկերակի (LAD) պրոքսիմալ հատվածը:
Գ-Մեկ կորոնար զարկերակի ախտահարում՝ ձախ առաջային վայրէջ զարկերակի պրոքսիմալ հատվածի 70% ստենոզով և համակարգչային տոմոգրաֆիայի տվյալներով հաշվարկված արյան հոսքի ֆրակցիոն ռեզերվի (FFR-CT) 0,84 արժեքով:
Դ-Մեկ կորոնար զարկերակի ախտահարում՝ ձախ առաջային վայրէջ զարկերակի պրոքսիմալ հատվածի 75% ստենոզով և համակարգչային տոմոգրաֆիայի տվյալներով հաշվարկված արյան հոսքի ֆրակցիոն ռեզերվի (FFR-CT) 0,78 արժեքով:

225.Սրտի քրոնիկ կորոնար համախտանիշով և նախասրտերի ֆիբրիլյացիայով 72-ամյա տղամարդուն նախատեսվում է նշանակել երկարատև հակամակարդիչ բուժում: Պացիենտը համապատասխանում է ուղղակի ազդեցության պերօրալ հակամակարդիչների (NOAC) կիրառման չափանիշներին: Հետևյալ հակաթրոմբոտիկ բուժման ռազմավարություններից ո՞րն է նախընտրելի տվյալ դեպքում:

Ա-Վիտամին K-ի անտագոնիստով (VKA) մոնոթերապիա:
Բ-Ուղղակի ազդեցության պերօրալ հակամակարդիչով (NOAC) մոնոթերապիա:
Գ-Ասպիրինով մոնոթերապիա:
Դ-Կլոպիդոգրելով մոնոթերապիա:

226.Սրտի քրոնիկ կորոնար համախտանիշով 69-ամյա կինն ունի նաև զարկերակային գերճնշում և 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետ: Հետևյալ պնդումներից ո՞րն է առավել ճշգրիտ արտացոլում ռենին-անգիոտենզինային համակարգի պաշարման վերաբերյալ ուղեցույցային առաջարկությունները:

Ա-Ռենին-անգիոտենզինային համակարգի պաշարումը խորհուրդ է տրվում միայն ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայի արտահայտված նվազման դեպքում:
Բ-Ռենին-անգիոտենզինային համակարգի պաշարումը խորհուրդ է տրվում միայն նախկինում փաստագրված սրտամկանի ինֆարկտի առկայության դեպքում:
Գ-Անգիոտենզին-փոխակերպող ֆերմենտի ինհիբիտորի (ԱՓՖԻ) կամ անգիոտենզին II-ի ընկալիչների պաշարիչի (ARB) կիրառումը խորհուրդ է տրվում՝

հաշվի առնելով պացիենտի ուղեկցող զարկերակային գերճնշումը և 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետը:
Դ-Ռենին-անգիոտենզինային համակարգի պաշարիչների կիրառումից պետք է խուսափել, եթե նիտրատներով բուժման ֆոնին ստենոկարդիայի ախտանիշները բավարար չափով վերահսկվում են:

227.Սրտի քրոնիկ կորոնար համախտանիշով և նվազած արտամղման ֆրակցիայով սրտային անբավարարությամբ (HFrEF) պացիենտը ներկայումս ստանում է անգիոտենզին-փոխակերպող ֆերմենտի ինհիբիտոր (ԱՓՖԻ): Դեղորայքային բուժման ո՞ր փոփոխությունն է խորհուրդ տրվում՝ սրտային անբավարարության պատճառով հոսպիտալացման և մահվան ռիսկը նվազեցնելու նպատակով:

Ա-Շարունակել ԱՓՖ ինհիբիտորով բուժումը՝ առանց փոփոխության:
Բ-ԱՓՖ ինհիբիտորը փոխարինել իվաբրադինով:
Գ-ԱՓՖ ինհիբիտորը փոխարինել ռանոլազինով:
Դ-ԱՓՖ ինհիբիտորը փոխարինել սակուբիտրիլ/վալսարտան համակցությամբ:

228.Սրտի քրոնիկ կորոնար համախտանիշով և 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետով պացիենտն արդեն ստանում է մի քանի գլյուկոզանվազեցնող դեղամիջոց, իսկ գլիկոզիլացված հեմոգլոբինի (HbA1c) մակարդակը մոտ է թիրախային արժեքին: Հետևյալ դեղորայքային բուժումներից ո՞րն է լրացուցիչ խորհուրդ տրվում սրտանոթային իրադարձությունների ռիսկը նվազեցնելու նպատակով՝ անկախ HbA1c-ի ելակետային մակարդակից:

Ա-Սուլֆոնիլմիզանյութերի խմբի դեղամիջոց՝ ապացուցված գլյուկոզանվազեցնող արդյունավետությամբ:
Բ-Դիպեպտիդիլպեպտիդազ-4-ի (DPP-4) ինհիբիտոր՝ ապացուցված գլյուկոզանվազեցնող արդյունավետությամբ:
Գ-Գլյուկագոնանման պեպտիդ-1-ի (GLP-1) ընկալիչների ագոնիստ՝ ապացուցված սրտանոթային պաշտպանիչ արդյունավետությամբ:
Դ-Թիազոլիդինդիոնների խմբի դեղամիջոց՝ ապացուցված գլյուկոզանվազեցնող արդյունավետությամբ:

229.Սրտի քրոնիկ կորոնար համախտանիշով պացիենտի մոտ հայտնաբերվել է կորոնար զարկերակների ֆունկցիոնալ առումով նշանակալի բազմաանոթային ախտահարում, իսկ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան (ՁՓԱՖ) կազմում է 28%: Վիրահատական չափազանց բարձր ռիսկի պատճառով պացիենտը համարվում է ոչ վիրահատելի: Հետևյալ պնդումներից ո՞րն է առավել ճշգրիտ համապատասխանում կլինիկական ուղեցույցների առաջարկություններին:

Ա-Աորտոկորոնար շունտավորումը (CABG) շարունակում է մնալ ռևասկուլյարիզացիայի միակ ընդունելի մեթոդը:
Բ-Նախընտրելի է բացառապես դեղորայքային բուժումը՝ առանց ռևասկուլյարիզացիայի որևէ միջամտության:
Գ-Պետք է խուսափել PCI-, քանի որ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան ցածր է 35%-ից:
Դ-PCI-ը կարող է դիտարկվել որպես աորտոկորոնար շունտավորման (CABG) այլընտրանք:

230.Սրտի քրոնիկ կորոնար համախտանիշով և նախասրտերի ֆիբրիլյացիայով կին պացիենտն ավարտել է PCI-ից հետո առաջարկվող համակցված հակաթրոմբոտիկ բուժման կուրսը, սակայն շարունակում է ունենալ հակամակարդիչ բուժման ցուցում: Հետևյալ երկարատև բուժման սխեմաներից ո՞րն է խորհուրդ տրվում:

Ա-Ցմահ մոնոթերապիա պերօրալ հակամակարդիչով (OAC)՝ նախասրտերի ֆիբրիլյացիայի համար նախատեսված թերապևտիկ դեղաչափով:
Բ-Ցմահ համակցված բուժում պերօրալ հակամակարդիչով և ասպիրինով:
Գ-Ցմահ համակցված բուժում պերօրալ հակամակարդիչով և կլոպիդոգրելով:
Դ-Ցմահ եռակի հակաթրոմբոտիկ բուժում:

231.Ինվազիվ կորոնարոգրաֆիայի ընթացքում հայտնաբերվել է կորոնար զարկերակի 55% ստենոզ, որը գնահատվում է որպես միջին աստիճանի նեղացում: Հետևյալ ցուցանիշներից ո՞րն է վկայում ախտահարման ֆունկցիոնալ նշանակալիության մասին և կարող է հիմք հանդիսանալ ռևասկուլյարիզացիայի վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար:

Ա-FFR՝ 0,84:
Բ-iFR՝ 0,91:
Գ-QFR՝ 0,83:
Դ-FFR՝ 0,78:

232.Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով կին պացիենտին կայուն ստենոկարդիայի կապակցությամբ կատարվել է ներմաշկային կորոնար միջամտություն (PCI): Անամնեզում առկա է ներգանգային արյունահոսություն, ինչի հիման վրա պացիենտը դասվում է արյունահոսության բարձր ռիսկի խմբին, մինչդեռ իշեմիկ իրադարձությունների բարձր ռիսկ չի արձանագրվել: Հետևյալ հակաթրոմբոտիկ բուժման ռազմավարություններից ո՞րն է խորհուրդ տրվում PCI-ից հետո:

Ա-Շարունակել կրկնակի հակաթրոմբոցիտային բուժումը 12 ամիս, այնուհետև դադարեցնել բոլոր հակաթրոմբոցիտային դեղամիջոցները:

Բ-Շարունակել կրկնակի հակաթրոմբոցիտային բուժումը 6 ամիս, այնուհետև շարունակել համակցված բուժումը՝ դեղաչափերի նվազեցմամբ:
Գ-PCI-ից անմիջապես հետո դադարեցնել ասպիրինի ընդունումը և շարունակել միայն հակամակարդիչով մոնոթերապիան՝ թերապևտիկ դեղաչափով:
Դ-PCI-ից 1–3 ամիս անց դադարեցնել կրկնակի հակաթրոմբոցիտային բուժումը և շարունակել մեկ հակաթրոմբոցիտային դեղամիջոցով մոնոթերապիան:

233.Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով պացիենտի մոտ հայտնաբերվել է ձախ կորոնար զարկերակի հիմնական ցողունի հեմոդինամիկ նշանակալի ստենոզ: SYNTAX միավորը կազմում է 18, իսկ կորոնար անատոմիան թույլ է տալիս ենթամաշկային կորոնար միջամտությամբ (PCI) ապահովել ռևասկուլյարիզացիայի այնպիսի ամբողջականություն, որը համարժեք է աորտոկորոնար շունտավորմամբ (CABG) հնարավոր արդյունքին: Ռևասկուլյարիզացիայի ո՞ր ռազմավարությունն է խորհուրդ տրվում տվյալ դեպքում:

Ա-Պետք է խուսափել PCI-ից, քանի որ աորտոկորոնար շունտավորումը (CABG) ապահովում է ապրելիության ավելի բարձր ցուցանիշներ:
Բ-PCI խորհուրդ է տրվում որպես աորտոկորոնար շունտավորման (CABG) այլընտրանք:
Գ-PCI պետք է դիտարկել միայն անհաջող ֆիբրինոլիտիկ բուժումից հետո:
Դ-PCI նախատեսված է բացառապես նախկինում սրտի փականային վիրահատություն տարած պացիենտների համար:

234.Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով պացիենտին կատարվել է ներմաշկային կորոնար միջամտություն (PCI)՝ ստենտի իմպլանտացիայով: Պացիենտը չունի պերօրալ հակամակարդիչ բուժման ցուցում: Հետևյալ հակաթրոմբոտիկ բուժման ռազմավարություններից ո՞րն է համարվում ստանդարտ մոտեցում PCI-ից հետո:

Ա-Ասպիրինի և կլոպիդոգրելի համակցված կիրառում՝ մինչև 6 ամիս տևողությամբ:
Բ-Ասպիրինով մոնոթերապիա՝ անմիջապես ստենտի իմպլանտացիայից հետո:
Գ-Կլոպիդոգրելով մոնոթերապիա՝ 12 ամիս տևողությամբ:
Դ-Վարֆարինի և ասպիրինի համակցված կիրառում՝ 6 ամիս տևողությամբ:

235.Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով պացիենտին կատարվել է ներմաշկային կորոնար միջամտություն (PCI): Պացիենտը դասվում է արյունահոսության բարձր ռիսկի խմբին, սակայն չունի իշեմիկ իրադարձությունների բարձր ռիսկ: Հետևյալ հակաթրոմբոտիկ բուժման ռազմավարություններից ո՞րն է խորհուրդ տրվում տվյալ դեպքում:

Ա-Շարունակել կրկնակի հակաթրոմբոցիտային բուժումը 12 ամիս, այնուհետև վերագնահատել բուժման հետագա անհրաժեշտությունը:
Բ-Մեկ ամիս անց ամբողջությամբ դադարեցնել հակաթրոմբոցիտային բուժումը:
Գ-Կրկնակի հակաթրոմբոցիտային բուժումը փոխարինել միայն պերօրալ հակամակարդիչով մոնոթերապիայով:
Դ-Կրճատել կրկնակի հակաթրոմբոցիտային բուժման տևողությունը մինչև 1–3 ամիս, այնուհետև շարունակել մեկ հակաթրոմբոցիտային դեղամիջոցով մոնոթերապիան:

236.Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով և պահպանված արտամղման ֆրակցիայով սրտային անբավարարությամբ (HFpEF) պացիենտի մոտ, չնայած զարկերակային ճնշման պատշաճ վերահսկմանը, պահպանվում են սրտային անբավարարության ախտանիշները: Հետևյալ դեղամիջոցներից ո՞րն է խորհուրդ տրվում որպես լրացուցիչ բուժում՝ սրտային անբավարարության պատճառով հոսպիտալացման կամ սրտանոթային մահվան ռիսկը նվազեցնելու նպատակով:

Ա-Իվաբրադին:
Բ-Դիլթիազեմ:
Գ-Դապագլիֆլոզին կամ էմպագլիֆլոզին:
Դ-Դիգոքսին:

237.Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով պացիենտը ստանում է իվաբրադին: Հետևյալ դեղամիջոցներից ո՞րի միաժամանակյա կիրառումը իվաբրադինի հետ խորհուրդ չի տրվում:

Ա-Ամլոդիպին:
Բ-Վերապամիլ:
Գ-Իզոսորբիդի մոնոնիտրատ:
Դ-Նիկորանդիլ:

238.Պացիենտի մոտ հետազոտության արդյունքում հաստատվել է մեկուսացված վազոսպաստիկ ստենոկարդիա: Դեղամիջոցների ո՞ր խմբի կիրառումն է խորհուրդ տրվում ախտանիշների վերահսկման, սրտամկանի իշեմիայի և կյանքի համար պոտենցիալ վտանգավոր բարդությունների կանխարգելման նպատակով:

Ա-Կալցիումական անցուղիների պաշարիչներ:
Բ-Բետա-ադրենապաշարիչներ:
Գ-Անգիոտենզին-փոխակերպող ֆերմենտի ինհիբիտորներ:
Դ-Միներալոկորտիկոիդային ընկալիչների անտագոնիստներ:

239.Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով 67-ամյա տղամարդուն կատարվել է պլանային ներմաշկային կորոնար միջամտություն (PCI)՝ ստենտի իմպլանտացիայով: Պացիենտը չունի պերօրալ հակամակարդիչ բուժման ցուցում և արյունահոսության բարձր ռիսկ: Հետևյալ հակաթրոմբոտիկ բուժման սխեմաներից ո՞րն է համարվում ստանդարտ մոտեցում PCI-ից հետո:

Ա-Ասպիրին՝ օրական 75–100 մգ դեղաչափով, որպես մոնոթերապիա՝ մինչև 6 ամիս տևողությամբ:
Բ-Ասպիրին՝ օրական 75–100 մգ դեղաչափով, և կլոպիդոգրել՝ օրական 75 մգ դեղաչափով, համակցված՝ մինչև 6 ամիս տևողությամբ:
Գ-Կլոպիդոգրել՝ օրական 75 մգ դեղաչափով, որպես մոնոթերապիա՝ մինչև 6 ամիս տևողությամբ:
Դ-Ասպիրին՝ օրական 75–100 մգ դեղաչափով, և տիկագրելոր՝ 90 մգ օրական երկու անգամ, համակցված՝ մինչև 12 ամիս տևողությամբ:

240.Հետևյալ պացիենտներից ո՞րի դեպքում է նպատակահարմար դիտարկել իվաբրադինի նշանակումը՝ որպես լրացուցիչ հակաստենոկարդիալ բուժում:

Ա-Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով (CCS), ձախ փորոքի 35% արտամղման ֆրակցիայով (ՁՓԱՖ) և, չնայած իրականացվող բուժմանը, պահպանվող ստենոկարդիայով պացիենտ:
Բ-Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով, ձախ փորոքի 50% արտամղման ֆրակցիայով, առանց սրտային անբավարարության կլինիկական նշանների, սակայն պահպանվող ստենոկարդիայով պացիենտ:
Գ-Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով, ձախ փորոքի 45% արտամղման ֆրակցիայով, առանց սրտային անբավարարության կլինիկական նշանների և թույլ արտահայտված ախտանիշներով պացիենտ:
Դ-Քրոնիկ կորոնար համախտանիշով, ձախ փորոքի պահպանված արտամղման ֆրակցիայով և առանց ստենոկարդիայի ախտանիշների պացիենտ:

Սրտի ռիթմի խանգարումներ

241.Նախասրտերի շողացման պարոքսիզմներով տղամարդը ստանում է հակահիպերտենզիվ և հակադիաբետիկ դեղորայք, ինչի շնորհիվ զարկերակային ճնշումը և արյան մեջ գլյուկոզան վերահսկվում են: Պացիենտը 75 տարեկան է: Ո՞ր պնդումն է ճիշտ.

Ա-Քանի որ պացիենտի CHA2DS2-VA միավորը 1 է, կարելի է նշանակել ասպիրին

Բ-Քանի որ պացիենտի CHA2DS2-VA միավորը 4 է, անհրաժեշտ է սկսել հակակոագուլյանտ (DOAC)
Գ-Քանի որ պացիենտի HAS-BLED միավորը 1 է, կարելի է նշանակել ասպիրին
Դ-Քանի որ պացիենտի HAS-BLED միավորը 3 է, պետք է սկսել հակակոագուլյանտ թերապիա

242.Պերսիստենտ նախասրտերի շողացմամբ 65 տարեկան կնոջ մոտ էխոսրտագրությամբ հայտնաբերվել է միթրալ փականի ստենոզ (mean gradient >10 mmHg, peak velocity >2.0 m/s.): Ո՞ր պնդումն է ճիշտ.

Ա-Ըստ CHA2DS2-VA սանդղակի արդյունքի բուժառուն կարող է ստանալ ուղղակի բերանացի հակակոագուլյանտ (DOAC)
Բ-Ըստ CHA2DS2-VA սանդղակի արդյունքի բուժառուն կարող է ստանալ ասպիրին
Գ-Բուժառուին ցուցված է Վարֆարին, ՄՆՀ (INR) վերահսկողությամբ
Դ-Քանի որ նախասրտերի շողացումը պերմանենտ չէ, բուժառուն հակակոագուլյանտի կարիք չունի

243.Նախասրտերի ֆիբրիլյացիայի պարոքսիզմներով բուժառուին նոպաների կանխարգելման համար առավել կարևոր է խորհուրդ տալ

Ա-Արյան մեջ գլյուկոզայի խիստ վերահսկողություն
Բ-Զարկերակային ճնշման խիստ վերահսկողություն
Գ-Ավելորդ քաշի իջեցում
Դ-Բոլոր պատասխանները ճիշտ են

244.Երիտասարդ բուժառուն դիմել է անհետաձգելի բուժօգնության ծառայություն սրտխփոցի և արտահայտված թուլության համար: Գանգատը սկսվել է մոտ կես ժամ առաջ: Մաշկային ծածկույթները գունատ են, պերիֆերիկ պուլսը թույլ լցվածության է, առիթմիկ և հաճախ: Զարկերակային ճնշումը ցածր է 80/40 մմ.ս.ս.: Կատարված էլեկտրասրտագրությամբ արձանագրվել է նախասրտերի ֆիբրիլյացիա, արագ փորոքային պատասխանով (փորոքների կծկման միջին հաճախականությունը 165 զ/ր):

Ա-Սինուսային ռիթմի վերականգնման համար անհրաժեշտ է շտապ ներերակային Վերապամիլի կիրառում
Բ-Սինուսային ռիթմի վերականգնման համար անհրաժեշտ է ներերակային Ամիոդարոնի ներարկում
Գ-Սինուսային ռիթմի վերականգնման համար անհրաժեշտ է անհապաղ էլեկտրական կարդիովերսիա

Դ-Սինուսային ռիթմի վերականգնումը կարելի է հետաձգել մինչ հեմոդինամիկ տվյալների բարելավումը

245.Նախասրտերի շողացման դեղորայքային կարդիովերսիայի պլանավորման ժամանակ ներերակային ամիոդարոնի կիրառումը նախընտրելի է 1C խմբի հակաառիթմիկ դեղորայքներից, երբ բուժառուի մոտ առկա է

Ա-Ձախ փորոքի արտահայտված հիպերտրոֆիա
Բ-Ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայի նվազում
Գ-Կորոնար զարկերակների հիվանդություն
Դ-Բոլոր պատասխանները ճիշտ են

246.Ֆրեդերիկի համախտանիշի ԷՍԳ առանձնահատկություններն են՝

Ա-անկանոն փորոքային ռիթմ
Բ-նախասրտերի ֆիբրիլացիա կամ թրթռում
Գ-լրիվ AV պաշարում
Դ-ճիշտ են 2. և 3.

247.Բուժառուի երկարատև ԷՍԳ մոնիթորինգը հայտնաբերել է հաղորդչականության խանգարում: Բուժառուն գանգատներ չունի: Պաշարման որ տեսակի դեպքում խորհուրդ կտրվի ռիթմավար սարքի տեղադրում

Ա-Մոբից II (Type 2) տիպի երկրորդ աստիճանի նախասիրտ փորոքային պաշարում
Բ-Մոբից I (Type 1) տիպի երկրորդ աստիճանի նախասիրտ փորոքային պաշարում
Գ-Առաջին աստիճանի նախասիրտ փորոքային պաշարում (PR>300 մվրկ.)
Դ-Ներկայացված ոչ մի տեսակի դեպքում

248.Բուժառուի երկարատև ԷՍԳ մոնիթորինգը հայտնաբերել է Հիսի խրձի ոտիկների իրարահաջորդ պաշարում (alternating bundle branch block): Բուժառուն գանգատներ չունի: Ո՞ր պնդումն է ճիշտ.

Ա-Ցուցված է կալցիումական ներհակորդների երկարատև օգտագործում
Բ-Ցուցված է ռիթմավար սարքի տեղադրում
Գ-Ցուցված է հաճախակի ԷՍԳ մոնիթորինգ նախասիրտ փորոքային հանգույցի հաղորդչականության հսկողության համար
Դ-Ոչինչ ցուցված չէ, քանի դեռ պացիենտը գանգատ չունի

249.Ճարպակալումով բուժառուի Հոլտեր քննությամբ հայտնաբերվել է խորը բրադիկարդիայի և նախասիրտ փորոքային պաշարման էպիզոդներ գիշերային քնի ժամերին: Ո՞ր պնդումն է ճիշտ.

Ա-Անհրաժեշտ է արյան մեջ էլեկտրոլիտների անհապաղ որոշում
Բ-Անհրաժեշտ է սրտի մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիկ հետազոտություն
Գ-Անհրաժեշտ է քնի ապնոե համախտանիշի (sleep apnoea syndrome) սքրինինգ
Դ-Անհրաժեշտ է ռիթմավար սարքի տեղադրում

250.Բուժառուն տարել է սրտամկանի ինֆարկտ, որից հետո զարգացել է իշեմիկ կարդիոպաթիա HFrEF: Ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան էխոկարդիոգրաֆիկ 25% է: Սրտային հանկարծամահության առաջնային կանխարգելման համար կարդիովերտեր դեֆիբրիլյատորի իմպլանտացիա առաջարկելուց առաջ պետք է վստահ լինել, որ՝

Ա-Սրտային անբավարարության ֆունկցիոնալ դասը NYHA II-III է
Բ-Ստացել է սրտային անբավարարության հիմնարար դեղորայք (FMT) առնվազն 3 ամիս
Գ-Կյանքի սպասվող տևողությունը >1 տարի է
Դ-Բոլոր պատասխանները ճիշտ են

251.Սրտային հանկարծամահության երկրորդային կանխարգելման համար որոշիչ գործոն է համարվում.

Ա-Հաճախակի ուշագնացությունների առկայությունը անամնեզում
Բ-Առաջին կարգի հարազատների մոտ հանկարծամահության պատմություն
Գ-Հեմոդինամիկ անտանելի փորոքային հաճախասրտության առկայություն անամնեզում
Դ-Հաճախակի փորոքային էքստրասիստոլաներ Հոլտեր հետազոտությամբ (< 25 000 / 24 ժամում)

252.Բուժառուն 28 օր առաջ հոսպիտալացվել է սրտամկանի սուր ինֆարկտ ախտորոշմամբ STEMI, իրականացվել է անգիոպլաստիկա ստենտավորման միջոցով: Դուրս գրումից հետո առաջին ամբուլատոր այցի ժամանակ գրանցվել է ձախ փորոքի արտամղման ցածր ֆրակցիա LVEF-25%, սրտային անբավարարության ֆունկցիոնալ դասը III NYHA, հաճախակի փորոքային էքստրասիստոլաներ էլեկտրասրտագրությամբ:

Ա-Բուժառուին պետք է հոսպիտալացնել կարդիովերտեր դեֆիբրիլյատորի իմպլանտացիայի համար

Բ-Կարդիովերտեր դեֆիբրիլյատորի իմպլանտացիան պետք է պլանավորել սրտամկանի ինֆարկտից 40 օր հետո
Գ-Հաճախակի փորոքային էքստրասիստոլաները ցուցում են կրկնակի կորոնարոգրաֆիայի համար
Դ-Բոլոր պատասխանները սխալ են

253.Բուժառուն մեկ տարի առաջ տարել է սրտամկանի ինֆարկտ STEMI: Դրանից հետո հերթական ստուգումների ժամանակ գրանցվել է ձախ փորոքի նվազած արտամղման ֆրակցիա LVEF-30%, իսկ էլեկտրասրտագրությամբ սինուսային ռիթմի ֆոնով Հիսի խրձի ձախ ոտիկի լրիվ պաշարման պատկեր (Complete LBBB, QRS-175ms). Հիմնարար դեղորայքի ընդունման պայմաններում բուժառուի սրտային անբավարարության ֆունկցիոնալ դասը NYHA II է: Ո՞ր պնդումն է ճիշտ.

Ա-Բուժառուին ցուցված է սրտի կծկումները սինխրոնացնող կարդիովերտեր դեֆիբրիլյատոր սարքի իմպլանտացիա CRT-D
Բ-Բուժառուին ցուցված է սրտի կծկումները սինխրոնացնող ռիթմավար սարքի իմպլանտացիա CRT-P
Գ-Բուժառուին ցուցված է երկխոռոչանի ռիթմավար սարքի իմպլանտացիա, հաղորդչականության խանգարման հետագա հարաճման վտանգները կանխելու համար
Դ-Բուժառուն ցուցում ունի միայն հիմնարար դեղորայքի (FMT) դեղաչափերի օպտիմալացման

254.Նախասրտերի շողացման պարոքսիզմներով բուժառուին նշանակվել է Սոտալոլ 80 մգ երկու անգամ օրական: Հերթական քննությունների ժամանակ կարևոր է հսկել՝

Ա-Կրեատինինի մակարդակը արյան մեջ
Բ-Միթրալ անբավարարության ծավալը էխոկարդիոգրաֆիկ քննությամբ
Գ-QT ինտերվալի տևողությունը ԷՍԳ քննությամբ
Դ-Վահանաձև գեղձի հորմոնները արյան մեջ

255.Երիտասարդ բուժառուի էլեկտրասրտագրությամբ դիտվում է ST սեգմենտի գմբեթաձև բարձրացում (coved type) ≥2 մմ V1–V3 կրծքային արտածումներում, աջ ոտիկի պաշարման պատկեր: Որ ժառանգական կանալոպաթիայի մասին է պետք մտածել

Ա-Երկարացած QT համախտանիշ
Բ-Կատեխոլամիներգիկ պոլիմորֆիկ փորոքային հաճախասրտություն
Գ-Աջ փորոքի առիթմոգեն դիսպլազիա

Դ-Բրուգադայի համախտանիշ

256.Երկարացած QT համախտանիշով և երկար QTc ցուցանիշով բուժառույի համար առիթմիկ պատահարների նվազեցման համար ցուցված է

Ա-Ամիոդարոնի բերանացի կիրառումը
Բ-Կալցիումական պաշարիչների կիրառումը
Գ-ԱՓՖ ինհիբիտորների կիրառումը
Դ-Ոչ սելեկտիվ բետա-պաշարիչների կիրառումը

257.Բուժառուն դիմել է անհետաձգելի ընդունարան արտահայտված սրտխփոցի գանգատով: Գանգատը սկսվել է կտրուկ: Էլեկտրասրտագրով արձանագրվել է նեղ կոմպլեքսներով կանոնավոր հաճախասրտություն 180 զ/ր փորոքային հաճախականությամբ: Ձեր գործընկերը իրականացրել է Վագուսային փորձեր, սակայն առիթմիան չի ընդհատվել: Ձեր հաջորդ քայլը՝

Ա-Ներերակային շիթային Ադենոզինի ներարկում
Բ-Ներերակային շիթային Ֆլեկաինիդի ներարկում
Գ-Ներերակային շիթային Ատրոպինի ներարկում
Դ-Ներարակային շիթային Ամիոդարոնի ներարկում
Զարկերակային գերճնշում

258.Զարկերակային գերճնշում ախտորոշվում է, եթե.

Ա-Գրանցվում է օֆիսային ՍԶՃ > 140 մմ ս.ս., և/կամ ԴԶՃ >90 մմ ս.ս. կրկնակի 2-3 ստուգումների ժամանակ, 1-2 շաբաթվա ընթացքում:
Բ-Տնային չափումների ժամանակ գրանցվում է ԶՃ >140/90 մմ ս.ս. մակարդակներ:
Գ-Առաջին այցի ժամանակ դրվում է ԶԳ ախտորոշումը, եթե ԶՃ գնահատվում է >140/90 մմ ս.ս.:
Դ-Առաջին այցի ժամանակ դրվում է ԶԳ ախտորոշումը, եթե ԶՃ գնահատվում է >130/90 մմ ս.ս.:

259.Ըստ 2024 թվականի ESC բարձրացած զարկերակային ճնշման և հիպերտենզիայի վարման ուղեցույցների պացիենտներին հակահիպերտենզիվ մոնոթերապիա ցուցված է՝

Ա-Առաջին աստիճանի ԶԳ և միջինից բարձր ռիսկի խմբերում գտնվող բուժառուները և/կամ > 80 տարեկանից բարձր ԶԳ անձանց:
Բ-Ցածր և միջին ռիսկի ԶԳ պացիենտներին:
Գ-Բարձր նորմալ ԶՃ ունեցող պացիենտներին:

Դ-Մինչև 65 տարեկան ԶԳ պացիենտներին:

260.Ռեզիստենտ ԶԳ ախտորոշվում է, եթե.

Ա-ԶԳ պացիենտը ստանում է հակագերճնշումային դեղորայքային բուժում, սակայն ԶՃ մակարդակները մնում են բարձր >140/90 մմ ս.ս.:
Բ-ԶԳ պացիենտի ԶՃ մակարդակները հակագերճնշումային դեղորայքային բուժման ֆոնի վրա չեն նվազում գոնե 50%-ով:
Գ-ԶԳ պացիենտը ստանում է համակցված բուժում, սակայն ԶՃ մակարդակները մնում են բարձր թիրախային մակարդակներից:
Դ-ԶԳ պացիենտը կանոնավոր ստանում է երեք տարբեր խմբերի հակագերճնշումային դեղորայք օպտիմալ կամ մաքսիմալ տանելի դեղաչափերով, և որոնցից մեկը միզամուղ է, սակայն չեն գրանցվում ԶՃ թիրախային մակարդակներ:

261.Ռեզիստենտ ԶԳ ախտորոշման դեպքում անհրաժեշտ է.

Ա-Դադարեցնել այն բոլոր դեղորայքի ընդունումը, որի կանոնավոր ընդունման ժամանակ չի գրանցվել ԶՃ նվազում առնվազն 50%-ով:
Բ-Ավելացնել ընթացիկ բուժմանը սպիրոնոլակտոն:
Գ-Մեկնարկային բուժմանը ավելացնել բետա-պաշարիչ:
Դ-Շտապ հոսպիտալացնել և բուժումը շարունակել ստացիոնար պայմաններում:

262.ԶԳ և ՍԻՀ պացիենտների համար ճիշտ չէ հետևյալ պնդումը.

Ա-Առաջին գծի հակագերճնշումային դեղորայք են համարվում ՌԱՀ ինհիբիտորները, բետա պաշարիչները, ԶՃ մակարդակներից ելնելով նաև կալցիումի ներհակորդները:
Բ-ՑԽԼ մակարդակը արյան մեջ պետք է նվազեցնել <1,4 մմոլ/լ, / 55 մգ/դլ :
Գ-Բոլորին անխտիր նշանակել ացետիլսալիցիլաթթու:
Դ-Բոլորին անխտիր նշանակել նիտրատ:

263.ԶԳ և ՔԵՀ ժամանակ ցուցված է.

Ա-ՌԱՀ ինհիբիտորները՝ որպես առաջին գծի ընտրության դեղորայք:
Բ-Սպիրոնոլակտոնի ավելացում հիմնական հակագերճնշումային դեղորայքին:
Գ-ԿՔԱ <30 մլ/ր/1,73մ2 դեպքում անհրաժեշտ է հանել ընթացիկ բուժման մեջ առկա ՌԱՀ ինհիբիտորը:
Դ-ԿՔԱ <30 մլ/ր/1,73մ2 դեպքում անհրաժեշտ է հանել բուժման մեջ առկա կանթային միզամուղը:

264.Ուղեղի իշեմիկ կամ հեմոռագիկ ինսուլտ կրած ԶԳ պացիենտների համար հակագերճնշումային առաջին գծի դեղորայքային խումբ չեն համարվում.

Ա-ՌԱՀ ինհիբիտորները:
Բ-Կալցիումի ներհակորդները:
Գ-Բետա պաշարիչները:
Դ-Միզամուղները:

265.Ուղեղի իշեմիկ կամ հեմոռագիկ ինսուլտ կրած ԶԳ պացիենտների համար ճիշտ են հետևյալ պնդումները.

Ա-Ուղեղի իշեմիկ կամ հեմոռագիկ ինսուլտ կրած բոլոր պացիենտների հակախոլեստերինային բուժման ֆոնի վրա ՑԽԼ թիրախային մակարդակը պետք է լինի <2,5 մմոլ/լ :
Բ-Իշեմիկ ինսուլտի դեպքում հակախոլեստերինային բուժման ֆոնի վրա ՑԽԼ թիրախային մակարդակը պետք է լինի <1,4 մմոլ/լ / <55 մգ/դլ և անխտիր պետք է ստանան ացետիլսալիցիլաթթու:
Գ-Ուղեղի իշեմիկ ինսուլտ կրած բոլոր պացիենտների հակախոլեստերինային բուժման ֆոնի վրա ՑԽԼ թիրախային մակարդակը պետք է լինի <1,8 մմոլ/լ և անխտիր պետք է ստանան ացետիլսալիցիլաթթու:
Դ-Ուղեղի իշեմիկ ինսուլտ կրած բոլոր պացիենտների հակախոլեստերինային բուժման ֆոնի վրա ՑԽԼ թիրախային մակարդակը պետք է լինի <1,8 մմոլ/լ:

266.ՇԴ և ԶԳ պացիենտների համար ԶՃ թիրախային մակարդակներ են համարվում.

Ա-ԶՃ թիրախային մակարդակ է համարվում <140/90 մմ ս.ս.:
Բ-ԶՃ թիրախային մակարդակ է համարվում <140/90 մմ ս.ս., իսկ մեծահասակների մոտ <140/80 մմ ս.ս.:
Գ-ԶՃ թիրախային մակարդակ է համարվում <130/80 մմ ս.ս., 65-ից բարձր անձանց մոտ <140/80 մմ ս.ս. և >120/70 մմ ս.ս.:
Դ-ՇԴ և ԶԳ բոլոր պացիենտների համար ԶՃ թիրախային մակարդակներ են <140/80 մմ ս.ս.:

267.Իզոլացված սիստոլիկ ԶԳ ՝ ախտորոշվում, եթե.

Ա-Սիստոլիկ ԶՃ >140 մմ ս.ս., իսկ դիաստոլիկ ԶՃ <90 մմ ս.ս.:
Բ-Սիստոլիկ ԶՃ >150 մմ ս.ս., իսկ դիաստոլիկ ԶՃ <90 մմ ս.ս.:
Գ-Սիստոլիկ ԶՃ >140 մմ ս.ս., իսկ դիաստոլիկ ԶՃ <70 մմ ս.ս.:

Դ-Սիստոլիկ ԶՃ >140 մմ ս.ս., իսկ դիաստոլիկ ԶՃ <80 մմ ս.ս.:

268.Սպիտակ խալաթի սինդրոմ է ախտորոշվում, եթե.

Ա-Կլինիկայում կատարված ԶՃ չափումներով գրանցվում են >140/90 մմ ս.ս. ճնշման մակարդակներ, իսկ կլինիկայից դուրս՝ <140/90 մմ ս.ս. մակարդակներ:
Բ-Կլինիկայում կատարված ԶՃ չափումներով գրանցվում են >140/90 մմ ս.ս. ճնշման մակարդակներ, իսկ կլինիկայից դուրս՝ <130/80 մմ ս.ս. մակարդակներ:
Գ-Կլինիկայում կատարված ԶՃ չափումներով գրանցվում են >140/90 մմ ս.ս. ճնշման մակարդակներ, իսկ կլինիկայից դուրս՝ <140/90 մմ ս.ս. մակարդակներ:
Դ-Կլինիկայում կատարված ԶՃ չափումներով գրանցվում են >150/100 մմ ս.ս. ճնշման մակարդակներ, իսկ կլինիկայից դուրս՝ <140/90 մմ ս.ս. մակարդակներ:

269.Թաքնված կամ գաղտնի ԶԳ է ախտորոշվում, եթե.

Ա-Կլինիկայում կատարված ԶՃ չափումներով գրանցվում են <140/90 մմ ս.ս. ճնշման մակարդակներ, իսկ կլինիկայից դուրս՝ >140/90 մմ ս.ս. մակարդակներ:
Բ-Կլինիկայում կատարված ԶՃ չափումներով գրանցվում են մինչև 130/80 մմ ս.ս. ճնշման մակարդակներ, իսկ կլինիկայից դուրս՝ բարձր 150/95 մմ ս.ս. մակարդակներ:
Գ-Կլինիկայում կատարված ԶՃ չափումներով գրանցվում են <140/90 մմ ս.ս. ճնշման մակարդակներ, իսկ կլինիկայից դուրս՝ >140/90 մմ ս.ս. մակարդակներ:
Դ-Կլինիկայում կատարված ԶՃ չափումներով գրանցվում են >140/90 մմ ս.ս. ճնշման մակարդակներ, իսկ ԶՃ 24 ժամյա մոնիտորավորմամբ միջին 24

270.Արյան ճնշման դասակարգման ի՞նչ նոր կատեգորիա է պաշտոնապես ներկայացվել ESC 2024 ուղեցույցներում:

Ա-Նախահիպերտոնիա
Բ-Բարձրացված զարկերակային ճնշում (elevated BP)
Գ-Սահմանային զարկերակային հիպերտենզիա
Դ-Մեղմ զարկերակային հիպերտենզիա

271.Ո՞րն է սիստոլիկ արյան ճնշման (SBP) նոր թիրախային ցուցանիշը հակահիպերտենզիվ թերապիա ստացող չափահաս հիվանդների մեծամասնության համար:

Ա-< 140 մմ ս.ս.
Բ-130–139 մմ ս.ս.
Գ-120–129 մմ ս.ս. (բավարար տանելիության դեպքում)

Դ-< 115 մմ ս.ս.

272.Հիպերտոնիայի ախտորոշումը հաստատելու որ մեթոդն է առավել նախընտրելի ESC 2024-ի ուղեցույցի համաձայն՝ քրոնիկ բուժումը սկսելուց առաջ (բացառությամբ ծանր հիպերտոնիայի դեպքերի):

Ա-Միանգամյա չափում բժշկի մոտ այցելության ժամանակ
Բ-Արյան ճնշման ամբուլատոր մոնիթորինգ (ABPM) կամ արյան ճնշման տնային հսկում (HBPM)
Գ-Արյան ճնշման չափում դեղատանը
Դ-Տրեդմիլ թեստ

273.Ի՞նչ դեղորայքային համակցություն է խորհուրդ տալիս ESC 2024-ի ուղեցույցը որպես առաջին գծի թերապիա հիպերտոնիայով հիվանդների մեծամասնության համար :

Ա-Բետա-բլոկերատոր + միզամուղ
Բ-ՌԱԱՍ համակարգիի արգելակիչ (ԱՓԻ (ACE) կամ ԱՐՊ (ARB)) + կալցիումական անցուղիների արգելակիչ (CCB) ԿԱՄ թիազիդ/թիազիդանման միզամուղ
Գ-ԱԿՖ ինհիբիտոր + ԱՐԲ (ՌԱԱՍ-ի կրկնակի բլոկադա)
Դ-Բետա-բլոկատորների մոնոթերապիա

274.Ինչպե՞ս է դասակարգվում ≥140/90 մմ ս.ս. զարկերակային ճնշում ունեցող հիվանդը՝ ESC 2024 թարմացված եռաստիճան գնահատման համակարգի համաձայն:

Ա-Թեթև հիպերտոնիա
Բ-1-ին աստիճան զարկերակային գերճնշում
Գ-Զարկերակային գերճնշում
Դ-Արյան ճնշման զգալի բարձրացում

275.Պոստպրանդիալ հիպոտենզիա է համարվում, երբ.

Ա-Ուտելուց հետո 2 ժամվա ընթացքում բուժառուի մոտ պառկած կամ նստած դիրքում դիտվում է սիստոլիկ ԶՃ նվազում 20 մմ ս.ս.:
Բ-Ուտելուց հետո 2 ժամվա ընթացքում բուժառուի մոտ կանգնած դիրքում դիտվում է սիստոլիկ ԶՃ նվազում 20 մմ ս.ս.:
Գ-Ուտելուց հետո 2 ժամվա ընթացքում բուժառուի մոտ պառկած կամ նստած դիրքում դիտվում է սիստոլիկ և դիաստոլիկ ԶՃ նվազում 20 մմ ս.ս.:

Դ-Ուտելուց հետո 2 ժամվա ընթացքում բուժառուի մոտ պառկած կամ նստած դիրքում դիտվում է սիստոլիկ ԶՃ նվազում 30 մմ ս.ս.:

276.Օրթոստատիկ հիպոտենզիա է համարվում, երբ.

Ա-Պառկած դիրքից նստելիս բուժառուի մոտ ԶՃ մակարդակները նվազում են առնվազն 10 մմ ս.ս.:
Բ-Հորիզոնական դիրքից ուղղահայաց դիրքի անցնելուց առաջիկա երեք րոպեների ընթացքում բուժառուի մոտ սիստոլիկ ԶՃ նվազում է 20 և ավել մմ ս.ս., իսկ դիաստոլիկ ԶՃ 10 և ավել մմ ս.ս.:
Գ-Պառկած դիրքից նստելիս բուժառուի մոտ ԶՃ մակարդակները նվազում են առնվազն 10 մմ ս.ս, և պացիենտի մոտ առաջանում է գլխապտույտ:
Դ-Պառկած նստելիս բուժառուի մոտ սիստոլիկ և դիաստոլիկ ԶՃ մակարդակները նվազում են առնվազն 20 մմ ս.ս:

277.Պուլսային ճնշումը իրենից ներկայացնում է.

Ա-Մեկ րոպե ընդմիջումներով իրականացված երեք ԶՃ չափումներից վերջին երկուսի միջին ցուցանիշը:
Բ-Պացիենտի հինգ րոպե հանգստից հետո, մեկ րոպե ընդմիջումներով իրականացված երեք ԶՃ չափումների միջինը:
Գ-Սիստոլիկ և դիաստոլիկ ԶՃ մակարդակների հանրագումարը:
Դ-Սիստոլիկ և դիաստոլիկ ԶՃ մակարդակների տարբերությունը:

278.Ֆիքսված համակցված դեղորայք է համարվում.

Ա-Երկու տարբեր դեղորայքային խմբերի երկու դեղերի համակցումը մեկ հաբի մեջ:
Բ-Երկու և ավելի տարբեր դեղորայքային խմբերի դեղերի համակցումը մեկ հաբի մեջ:
Գ-Երեք և ավելի տարբեր դեղորայքային խմբերի դեղերի համակցումը մեկ հաբի մեջ:
Դ-Նույն դեղորայքային խմբից երկու տարբեր դեղերի համակցումը մեկ հաբի մեջ:

Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա

279.Ծխող 35-ամյա կնոջ մարմնի զանգվածի ինդեքսը 32 է, մեկ տարուց ավելի է՝ ընդունում է օրալ հակաբեղմնավորիչներ, գանգատվում է շնչարգելությունից, մարմնի ջերմաստիչանի բարձրացումից մինչև 37,5 աստիճան C, հազի ժամանակ արյան առկայութունից խորխի մեջ, թուլությունից, ցավից՝ կրծքավանդակի ձախ կեսում. Երրորդ օրն է հիվանդ է. Նա, ամենայն հավանականությամբ, ունի.

Ա-քրոնիկ բրոնխիտի սրացում
Բ-բրոնխեեկտատիկ հիվանդություն
Գ-անկայուն ստենոկարդիա
Դ-թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա

280.2026 թվականի ուղեցույցներում սուր թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիայի վերջնական ախտորոշման համար վիզուալիզացիայի ո՞ր մեթոդն է հստակորեն նախընտրելի

Ա-Մագնիսական ռեզոնանսային անգիոգրաֆիա (MRI)
Բ-Համակարգչային անգիոգրաֆիա (CTPA)
Գ-Կրծքավանդակի ռենտգեն
Դ-Տրանսթորակալ էխոկարդիոգրաֆիա (TTE)

281.Թոքային զարկերակի սուր թրոմբոէմբոլիայի պահպանողական բուժման համար բերանացի դեղորայքի ո՞ր դասն է հիմնարար և նախընտրելի վիտամին K անտագոնիստների (VKA) համեմատ՝ համապատասխան հիվանդներին:

Ա-Ուղղակի բերանացի հակակոագուլյանտներ (DOAC)
Բ-Ցածր մոլեկուլային քաշի հեպարինով (LMWH) մոնոթերապիա
Գ-Ներերակային ուլտրամոլեկուլյար հեպարին (UFH)
Դ-Հակաթրոմբոցիտային թերապիա (ասպիրին + կլոպիդոգրել)

Սիրտ-անոթային հիվանդություններ և խրոնիկ երիկամային հիվանդություն

282.Շաքարային դիաբետ ունեցող կամ երիկամների ֆունկցիայի վատթարացման բարձր ռիսկի խմբում գտնվող պացիենտներին (օրինակ՝ ալբումինուրիայի բարձրացման կամ eGFR-ի նվազման առկայության դեպքում) խորհուրդ է տրվում կրկնել eGFR-ի հետազոտությունը՝ քրոնիկ երիկամային հիվանդության (ՔԵՀ) առաջընթացը հայտնաբերելու կամ ՔԵՀ-ի փուլը վերադասակարգելու նպատակով:

Ա-առնվազն 6 ամիսը մեկ անգամ
Բ-առնվազն տարին մեկ անգամ
Գ-առնվազն 3 տարին մեկ անգամ
Դ-առնվազն 5 տարին մեկ անգամ

283.Շաքարային դիաբետ, զարկերակային գերճնշում, eGFR-ի նվազում կամ մեզի թեստ-շերտիկով հայտնաբերված հեմատուրիա ունեցող պացիենտներին, ինչպես նաև այն դեպքերում, երբ ալբումինուրիայի առկայությունը կամ դրա ավելացումը

կարող է հանգեցնել բուժման փոփոխության, խորհուրդ է տրվում կրկնել ալբումինուրիայի հետազոտությունը՝ քրոնիկ երիկամային հիվանդության (ՔԵՀ) փուլը վերադասակարգելու և ռիսկի նվազեցմանն ուղղված բուժումն օպտիմալացնելու նպատակով:

Ա-առնվազն 6 ամիսը մեկ անգամ
Բ-առնվազն տարին մեկ անգամ
Գ-առնվազն 3 տարին մեկ անգամ
Դ-առնվազն 5 տարին մեկ անգամ

284.Քրոնիկ երիկամային հիվանդությամբ (ՔԵՀ) և eGFR ≥30 մլ/րոպե/1.73 մ² ցուցանիշով պացիենտներին խորհուրդ է տրվում սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը, եթե այն լավ է տարվում, պահպանել հետևյալ թիրախային մակարդակի վրա, ինչը կնպաստի սիրտ-անոթային հիվանդությունների (ՍԱՀ) ռիսկի նվազեցմանը և ալբումինուրիայի նվազեցմանը:

Ա-<120 մմ ս.ս
Բ-120–129 մմ ս.ս
Գ-130-139 մմ ս.ս
Դ->140 մմ ս.ս

285.Երիկամների քրոնիկ հիվանդությամբ (ԵՔՀ) և eGFR-ի՝ 60 մլ/րոպե/1.73 մ²-ից ցածր ցուցանիշով, սակայն առանց ախտանշանային աթերոսկլերոտիկ սրտանոթային հիվանդության (ASCVD) պացիենտներին հակաթրոմբոցիտային բուժման կանոնավոր նշանակումը խորհուրդ չի տրվում, քանի որ ծանր արյունահոսությունների բարձրացած ռիսկը կարող է գերազանցել սրտանոթային դեպքերի առաջացման ռիսկի հնարավոր նվազեցման օգուտը:

Ա-խորհուրդ չի տրվում
Բ-խորհուրդ է տրվում
Գ-խորհուրդ է տրվում՝ արյունահոսական բարձր ռիսկի դեպքում
Դ-խորհուրդ է տրվում՝ արյունահոսական ցածր ռիսկի դեպքում

286.Երիկամների քրոնիկ հիվանդությամբ (ԵՔՀ) պացիենտներին խորհուրդ է տրվում նշանակել հետևյալ դեղորայքային խմբի դեղամիջոցների առավելագույն տանելի դեղաչափերով բուժում՝ զարկերակային ճնշման թիրախային մակարդակին հասնելու, ԵՔՀ-ի առաջընթացի և սրտանոթային դեպքերի առաջացման ռիսկը նվազեցնելու նպատակով.

Ա-ԱՓՖ ինհիբիտորներ (ACEI) կամ անգիոտենզին II ընկալիչների պաշարիչներ (ARB)
Բ-Ca-ուղիների անտագոնիստներ
Գ-բետա-ադրենաբլոկատորներ
Դ-կենտրոնական ազդեցության հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցներ

287.Սրտային անբավարարությամբ (ՍԱ) և երիկամների քրոնիկ հիվանդությամբ (ԵՔՀ) այն պացիենտներին, որոնց eGFR-ը ≥20 մլ/րոպե/1.73 մ² է, սրտային անբավարարության պատճառով կրկնակի հոսպիտալացումների և սրտանոթային մահվան ռիսկը նվազեցնելու նպատակով խորհուրդ է տրվում նշանակել նատրիում-գլյուկոզային կոտրանսպորտեր 2-ի ինհիբիտորներ (SGLT2 ինհիբիտորներ)՝ անկախ (LVEF), եթե

Ա-եթե ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան > 40%
Բ-եթե ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան < 40%
Գ-եթե ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան <50%
Դ-անկախ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայից

Հղիություն և սիրտ-անոթային հիվանդություններ

288.Եթե անհրաժեշտ է կրկնակի հակաթրոմբոցիտային բուժում (DAPT), ապա հղիության ընթացքում որպես նախընտրելի P2Y12 ընկալիչների ինհիբիտոր խորհուրդ է տրվում

Ա-տիկագրելորը
Բ-պրասուգրելը
Գ-կլոպիդոգրելը
Դ-ոչ մեկը

289.Կորոնար ստենտավորման ենթարկված հղի կանանց դեպքում կրկնակի հակաթրոմբոցիտային բուժման տևողությունը խորհուրդ է տրվում սահմանել

Ա-3 ամիս
Բ-6 ամիս
Գ-9 ամիս
Դ-այնպես, ինչպես ոչ հղի կանանց դեպքում

290.Հղի կանանց խորհուրդ է տրվում ձգտել զարկերակային ճնշման հետևյալ թիրախային ցուցանիշներին՝

Ա-սիստոլիկ զարկերակային ճնշում՝ 120 մմ ս.ս.-ից ցածր և դիաստոլիկ զարկերակային ճնշում՝ 80 մմ ս.ս.-ից ցածր:
Բ-սիստոլիկ զարկերակային ճնշում՝ 130 մմ ս.ս.-ից ցածր, և դիաստոլիկ զարկերակային ճնշում՝ 85 մմ ս.ս.-ից ցածր
Գ-սիստոլիկ զարկերակային ճնշում՝ 140 մմ ս.ս.-ից ցածր, և դիաստոլիկ զարկերակային ճնշում՝ 90 մմ ս.ս.-ից ցածր
Դ-սիստոլիկ զարկերակային ճնշում՝ 190 մմ ս.ս.-ից ցածր, և դիաստոլիկ զարկերակային ճնշում՝ 90 մմ ս.ս.-ից ցածր

291.Նշվածներից որը խորհուրդ չի տրվում նշանակել հղիության ժամանակ՝ զարկերակային ճնշման կարգավորման համար.

Ա-մեթիլդոպա
Բ-մետոպրոլոլ
Գ-դիհիդրոպիրիդինային Ca-ական ուղիների պաշարիչներ
Դ-ԱՓՖ ինհիբիտորներ

292.Հղիների մոտ անկայուն հեմոդինամիկայով վերփորոքային տախիկարդիաների բուժման համար որպես նախընտրելի տարբերակ ցուցված է.

Ա-անհապաղ էլեկտրական կարդիովերսիա
Բ-կորդարոնի ներերակային շիթային ներարկում
Գ-կորդարոնի ներերակային կաթիլային ներարկում
Դ-վերապամիլի ներերակային շիթային ներարկում

293.Պերիպարտում կարդիոմիոպաթիայի առաջացման բնորոշ ժամկետներն են՝

Ա-հղիության առաջին տրիմեստր
Բ-հղիության երկրորդ տրիմեստր
Գ-հղիության երրորդ տրիմեստր և հետծննդյան առաջին հինգ ամիսներ
Դ-հետծննդյան առաջին հինգ ամիսներ

294.Պերիպարտում կարդիոմիոպաթիայի ախտորոշման համար ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան պետք է լինի

Ա-<50%
Բ-<45%
Գ-<40%
Դ-<35%

295.SGLT2 ինհիբիտորները

Ա-հակացուցված են ամբողջ հղիության ժամանակ
Բ-հակացուցված են հղիության առաջին տրիմեստրում
Գ-հակացուցված են հղիության առաջին և երկրորդ տրիմեստրերում
Դ-հակացուցված չեն հղիության ժամանակ

Թոքային հիպերտենզիա

296.Թոքային հիպերտենզիայի ախտորոշման չափանիշ է թոքային զարկերակի միջին ճնշումը (mPAP)

Ա->15 մմ սնդ. սյ.

Բ->20 մմ սնդ. սյ.

Գ-<20 մմ սնդ. սյ.

Դ->30 մմ սնդ. սյ.

297.Իզոլացված պոստ-կապիլյարային և կոմբինացված պրե- և պոստ-կապիլյարային թոքային հիպերտենզիային բնորոշ է թոքային զարկերակի սեպման ճնշումը (PAWP)

Ա->10 սնդ. սյ.

Բ->15 սնդ. սյ.

Գ->20 սնդ. սյ.

Դ->25 սնդ. սյ.

298.Ենթադրյալ թոքային հիպերտենզիայի ախտորոշման ոչ ինվազիվ առաջին ընտրության հետազոտություն է հանդիսանում

Ա-էլեկտրասրտագրությունը
Բ-էխոսրտագրությունը
Գ-ռենտգեն-հետազոտությունը
Դ-սպիրոմետրիան

299.Թոքային զարկերակային հիպերտենզիայի բուժման համար նախընտրելի են

Ա-Ca-ական ուղիների պաշարիչները
Բ-ոչ սելեկտիվ բետա-ադրենոբլոկատորները
Գ-սելեկտիվ բետա-ադրենոբլոկատորները

Դ-ԱՓՖ ինհիբիտորները

300.Ո՞ր դեղորայքային խումբը ցուցված չէ թոքային զարկերակային հիպերտենզիայի բուժման համար

Ա-Ca-ական ուղիների պաշարիչները
Բ-էնդոթելինային ռեցեպտորների անտագոնիստներ
Գ-ֆոսֆոդիեսթերազա-5 ինհիբիտորներ
Դ-սելեկտիվ բետա-ադրենոբլոկատորներ

301.Ո՞ր նշված սկզբնական դեղորայքային կոմբինացիան է ցուցված ժառանգական, իդիոպաթիկ կամ դեղ-ասոցացված, առանց կարդիոպուլմոնոլոգիական կոմորբիդների զարկերակային թոքային հիպերտենզիայի ժամանակ

Ա-մասիտենտան և տադալաֆիլ
Բ-վերապամիլ և մետոպրոլոլ
Գ-վերապամիլ և ֆուրոսեմիդ
Դ-մասիտենտան և ֆուրոսեմիդ

302.Էլեկտրասրտագրային ո՞ր շեղումը բնորոշ չէ թոքային հիպերտենզիային

Ա-“P pulmonale”
Բ-սրտի էլեկտրական առանցքի թեքում դեպի աջ
Գ-Հիսի խրձի աջ ոտիկի պաշարում
Դ-Հիսի խրձի ձախ ոտիկի պաշարում

Սկզբնաղբյուրներ՝

2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia
2019 ESC/ERS Guidelines for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism (PE).
European Society of Cardiology (ESC). The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine. Oxford University Press; November 2015
Adult Congenital Heart Disease: 2020 ESC Guidelines.
Սրտի էլեկտրական խթանման և սրտի ռեսինխրոնիզացիոն թերապիայի 2021 թվականի ESC ուղեցույց:
Փորոքային առիթմիաներով պացիենտների վարման և հանկարծամահության կանխարգելման 2022 թվականի ESC ուղեցույց:
Թոքային հիպերտենզիայի ախտորոշման և բուժման 2022 թվականի ESC/ERS ուղեցույց:
Կարդիոմիոպաթիաների վարման 2023 թվականի ESC ուղեցույց:

Սրտային անբավարարության վարման 2026 թվականի ESC ուղեցույց:
Սիրտ-անոթային հիվանդությունների և քրոնիկ երիկամային հիվանդության վարման 2026 թվականի ESC ուղեցույց:
Հղիության ընթացքում սիրտ-անոթային հիվանդությունների վարման 2025 թվականի ESC ուղեցույց:
Սրտի փականային հիվանդությունների վարման 2025 թվականի ESC/EACTS ուղեցույց:
Միոկարդիտի և պերիկարդիտի վարման 2025 թվականի ESC ուղեցույց:
Դիսլիպիդեմիաների վարման 2025 թվականի թարմացմամբ ESC/EAS ուղեցույց:
Զարկերակային հիպերտենզիայի և բարձր զարկերակային ճնշման վարման 2024 թվականի ESC ուղեցույց:
Սուր կորոնար համախտանիշների վարման 2023 թվականի ESC ուղեցույց:
Խրոնիկ կորոնար համախտանիշների ախտորոշման և վարման 2024 թվականի ESC ուղեցույց:
Ինֆեկցիոն էնդոկարդիտի ախտորոշման, կանխարգելման և վարման 2023 թվականի ESC ուղեցույց:
Սրտի ձեռքբերովի փականային արատներ 2025 թվականի ESC/EACTS ուղեցույց:
Թոքային հիպերտենզիայի ախտորոշման և բուժման 2022 թվականի ESC/ERS ուղեցույց:
Հ.Հայրապետյան, Ֆ.Մուրադյան, Ռ.Շամոյան, Կլինիկական էլեկտրասրտագրություն, 2026, Երևան: