ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

1. Երիկամային ինֆարկտն ավելի հաճախ է հանդիպում երիկամային զարկերակի անևրիզմայով հիվանդների մոտ, որի պաթոլոգիկ գործոնն է՝

Ա-Ոչ սպեցիֆիկ աորտոարտերիտ

Բ-Աթերոսկլերոզ

Գ-Վեգեների գրանուլոմատոզ

Դ-Հանգուցային պերիարտերիտ

2. Կրծքային աորտայի քրոնիկ B տիպի դիսեկցիայի դեպքում ստենտավորման նպատակն է՝

Ա-Աորտայի հատվածի ամրացում

Բ-Լողացող ինտիմայի ֆիքսում

Գ-Մոտակա ֆենեստրացիայի փակում

Դ-Իրական լուսանցքի ուղղում

3. Քրոուֆորդի վիրահատության ժամանակ վիրահատական դոստուպը հետևյալն է՝

Ա-տրանսպլևրալ

Բ-կողմնային թորակոտոմիա

Գ-միջային ստերնոտոմիա

Դ-թորակոֆրենոլումբոտոմիա

4. Բ տիպի քրոնիկ շերտազատումով պացիենտի մոտ ամբողջ վայրէջ կրծքային աորտայի ստենտավորման ժամանակ ողնուղեղային իշեմիայի ռիսկը նվազեցնելու նպատակով վիրահատության ժամանակ խորհուրդ է տրվում օգտագործել՝

Ա-սառը լուծույթների ներարկում

Բ-ողնուղեղային դրենաժ

Գ-ողնուղեղային անզգայացում

Դ-խոշոր միջկողային զարկերակների ռեվասկուլյարիզացիա

5. DeBakey դասակարգման համաձայն, վերել աորտայի շերտազատումը դասակարգվում է որպես՝

Ա-III տիպ

Բ-V տիպ

Գ-IV տիպ

Դ-II տիպ

6. Լերիշեի համախտանիշը ախտանիշների համալիր է, որի հիմնական դրսևորումներն են՝

Ա-Ստորին վերջույթների ընդմիջվող կաղություն, իմպոտենցիա և անոթազարկի բացակայությունը

Բ-Մշտական որովայնի ցավ, դիսպեպսիա, ընդհանուր թուլություն

Գ-Քրոնիկ կոնքի ցավ, վարիկոցելե, իմպոտենցիա

Դ-Ծանրություն զգացում ստորին վերջույթներում, որը ուժեղանում է օրվա վերջում, գիշերային կծկումներ, ստորին վերջույթների այտուցվածություն

7. Աորտայի կոարկտացիայի դեպքում ստորին վերջույթներում պուլսացիան՝

Ա-Բարձրանում է

Բ-Մնում է անփոփոխ

Գ-սիմետրիկորեն թուլացած է

Դ-թուլացած է ասիմետրիկ

8. Աորտո-զստային սեգմենտի ախտահարումների TASC II դասակարգման համաձայն՝ A դասը ներառում է՝

Ա-Ստորերիկամային աորտայի և զստային զարկերակների դիֆուզ ախտահարում

Բ-Արտաքին զստային զարկերակների երկկողմանի ախտահարում

Գ-Արտաքին զստային զարկերակի միակողմանի խցանում՝ արտահայտված կալցիֆիկացիայով

Դ-Արտաքին զստային զարկերակի միակողմանի ստենոզ

9. Աորտայի վնասվածքային պատռվածքով պացիենտների մոտ արյունխխումը և դիսֆագիան կարող են վկայել՝

Ա-աորտոբրոնխիալ ֆիստուլայի ձևավորման մասին

Բ-աորտո-կերակրափողային ֆիստուլայի մասին

Գ-հեմոթորաքսի մասին

Դ-միջնորմի հեմատոմայի մասին

10. Որովայնային աորտայի օկլյուզիայի (Լերիշի համախտանիշ) ժամանակ ընդմիջվող կաղության առաջանալը _____ մետրից պակաս հեռավորություն անցնելիս, հանդիսանում է վիրահատական բուժման ցուցում՝

Ա-700

Բ-500

Գ-200

Դ-20

11. Աորտայի շերտազատման B տիպի առկայությունը 3 ամսվա ընթացքում համարվում է՝

Ա-Քրոնիկ

Բ-Բարդացած

Գ-Ենթասուր

Դ-Սուր

12. Կրծքային-որովայնային աորտայի անևրիզմայի ռեկոնստրուկտիվ վիրահատության համար նախընտրելի դոստուպ է համարվում՝

Ա-հետորովայնամզային դոստուպը ըստ Ռոբի

Բ-աջակողմյան թորակոֆրենոլումբոտոմիա

Գ-ձախակողմյան թորակոֆրենոլումբոտոմիա

Դ-միջին գծի լապարոտոմիա

13. 3 ամսից ավելի տևողությամբ B տիպի աորտայի շերտազատումը համարվում է՝

Ա-ենթասուր

Բ-քրոնիկական

Գ-սուր

Դ-բարդացած

14. Կրծքային անևրիզմայի տեսակը որոշելու համար օգտագործվում է դասակարգում՝

Ա-Սթենֆորդի

Բ-Քրոուֆորդի

Գ-DeBakey-ի

Դ-Պոկրովսկու

15. Կրծքա-որովայնային աորտայի անևրիզմների նախավիրահատական ախտորոշման «ոսկե ստանդարտն» է համարվում՝

Ա-Ուլտրաձայնային դուպլեքս սկանավորում

Բ-ՄՍԿՏ պանաորտոգրաֆիա

Գ-ՄՌՏ

Դ-Ռենտգեն կոնտրաստային աորտոգրաֆիա

16. Որովայնային աորտայի որ չափերի(սմ-ով) դեպքում է ցուցված ստենտ-գրաֆտի իմպլանտացիան՝

Ա-3-4 կամ ավելի

Բ-5-6 կամ ավելի

Գ-10-ից ավելի

Դ-6-7 կամ ավելի

17. Կրծքավանդակի ռենտգենով կրծքային աորտայի անևրիզմայի նշան է համարվում՝

Ա-թոքային դաշտերի մգացում

Բ-սրտի սահմանների լայնացում

Գ-դիաֆրագմայի գմբեթի բարձր դիրք

Դ-միջնորմի ստվերի լայնացում դեպի ձախ

18. Որովայնի աորտայի պատռվածքի կլինիկական նշանները ներառում են՝

Ա-արյան մեծ կորուստ

Բ-զարկերակային գերճնշում

Գ-հիպոստատիկ թոքաբորբ

Դ-ենթալյարդային դեղնախտ

19. Ի՞նչ է նշանակում աորտայի կոարկտացիա՝

Ա-վերել աորտայի լուսանցքում թաղանթի առկայություն

Բ-աորտայի բնածին ստենոզ

Գ-երկփեղկ աորտալ փական

Դ-ձախ փորոքի արտամղիչ կանալի լրացուցիչ թաղանթ

20. Աորտայի սուր շերտազատման A տիպի դեպքում նախընտրելի վիրահատական մեթոդն է՝

Ա-վիրաբուժական բուժում

Բ-էնդովասկուլյար բուժում

Գ-կոնսերվատիվ թերապիա

Դ-հիբրիդային բուժում

21. Կրծքային աորտայի դիսեկցիայի ախտորոշման մեջ հիմնական ամենամատչելի մեթոդը հետևյալն է՝

Ա-Տրանսկերակրափողային էխոկարդիոգրաֆիա

Բ-12-արտածումներով էլեկտրակարդիոգրաֆիա

Գ-Տրանսթորակալ էխոկարդիոգրաֆիա

Դ-Կրծքավանդակի ռենտգեն

22. Միայն վերել աորտայի շերտազատումը համապատասխանում է DE BAKEY դասակարգման հետևյալ տիպին՝

Ա-II

Բ-I

Գ-III

Դ-0

23. Երկու ստենտով բիֆուրկացիոն ստենտավորման տեխնիկան կոչվում է՝

Ա-Provisional

Բ-Culotte

Գ-Kissing

Դ-ուղղակի ստենտավորում

24. Որովայնի աորտայի անևրիզմայի (սմ) ինչ տրամագծի դեպքում է ցուցված անհապաղ հոսպիտալացում՝

Ա-4

Բ-6

Գ-5

Դ-ավելի քան 9

25. Կրծքային-որովայնային աորտայի անևրիզմայի ռեզեկցիայի և պրոթեզավորումից հետո, շնչառական անբավարարության զարգացման հիմնական պատճառն է՝

Ա-Թորակոֆրենոտոմիա

Բ-Թորակոտոմիա

Գ-Աորտայի սեղմում

Դ-Թոքերի խրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն անամնեզում

26. Աորտայի ռեկոնստրուկցիայից հետո հաստ աղիքի իշեմիայի ամենատարածված պատճառը կարող է լինել՝

Ա-վերին միջընդերային զարկերակի կապումը

Բ-ընդերային զարկերակի կապումը

Գ-ստորին միջընդերային զարկերակի կապումը

Դ-ներքին զստային զարկերակի կապումը

27. Աորտայի նախապարանոցի լրիվ տրավմատիկ հատման և միջնորմի հեմատոմայի և հեմոթորաքսի դեպքում, խորհուրդ է տրվում բուժման հետևյալ մեթոդը՝

Ա-աորտայի ներանոթային շտկում

Բ-աորտայի պրոթեզավորում արհեստական արյան շրջանառության պայմաններում

Գ-աորտայի վերականգնում ծայրը-ծայրին տիպի

Դ-աորտայի շունտավորում

28. Բիֆուրկացիոն վնասվածքների ընդհանուր ընդունված դասակարգումն է՝

Ա-MEDINA

Բ-DUKE

Գ-MOHAVED

Դ-SANBORN

29. Երիկամային զարկերակի աորտալ բացվածքի նեղացման ժամանակ նախընտրելի վիրաբուժական մեթոդն է հանդիսանում՝

Ա-Բալոնային անգիոպլաստիկա՝ դեղորայքով պատված բալոնով

Բ-Բաց էնդարտերէկտոմիա՝ երիկամային զարկերակի մուտքից

Գ-Աորտո-երիկամային աուտովենոզ շունտավորում

Դ-Բալոնային անգիոպլաստիկա՝ ստենտի իմպլանտացիայով

30. Կրծքային-որովայնային աորտայի անևրիզմայի վիրահատության ընթացքում ողնուղեղը պաշտպանելու համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել՝

Ա-Միջկողային զարկերակների կապում

Բ-Ողնաշարի դրենաժ

Գ-Սառը լուծույթների ներարկում զարկերակների մեջ

Դ-Բոլոր միջկողային զարկերակների վերաիմպլանտացիա

31. Պրեպարատների խումբ, որոնք նշանակվում են աորտայի անևրիզմներով հիվանդներին անոթային պատի լարվածությունը նվազեցնելու նպատակով ներառում է՝

Ա-միզամուղներ

Բ-սրտային գլիկոզիդներ

Գ-բետա-ադրենոբլոկատորներ

Դ-կալցիումական անցուղիների ադրենոբլոկատորներ

32. Աորտայի կոարկտացիայի շտկման դեպքում սինթետիկ կարկատանով հեռագա հետվիրահատական շրջանում առավել հաճախ հանդիպող բարդություն է՝

Ա-աորտայի կոարկտացիայի պլաստիկայի հատվածի կեղծ անևրիզմա

Բ-աորտայի ռեկոարկտացիա

Գ-վարակիչ բարդություններ

Դ-պարաորտալ ֆիբրոզ

33. Կրծքա-որովայնային աորտայի վիրաբուժության մեջ կրծքա-ստոծանիա-որովայնային մուտքը մշակվել և ներդրվել է պրակտիկայում ———— կողմից՝

Ա-Է.Ս. Քրոուֆորդի,

Բ-Յու.Վ. Բելովի,

Գ-Ա.Վ. Պոկրովսկու

Դ-Մ.Է. ԴեԲեյքիի

34. Կրծքային-որովայնային անևրիզմայի բաց վիրահատական բուժումից հետո վաղ հետվիրահատական ամենատարածված բարդությունն է՝

Ա-ողնաշարի կաթված

Բ-գլխուղեղանոթային շրջանառության սուր խանգարում

Գ-միոկարդի ինֆարկտ

Դ-արյունահոսություն

35. Որովայնային աորտայի անևրիզմայով բուժառուների մոտ ստորին վերջույթների քրոնիկ կրիտիկական իշեմիայի զարգացման հիմնական պատճառ կարող է լինել՝

Ա-պրոգրեսիվող աթերոսկլերոզ

Բ-անևրիզմայի թրոմբոզ

Գ-անևրիզմայի դիսեկցիա

Դ-դիստալ էմբոլիա

36. Մանկական տարիքի բուժառուների մոտ ստորին վերջույթների զարկերակներում ԶՃ սիմետրիկ նվազման կամ բացակայության հետ զուգակցված զարկերակային գերճնշումը կարող է լինել հետևյալի ախտանիշ՝

Ա-բաց զարկերակային ծորան

Բ-աորտալ փականի արատ

Գ-Ռեյնոյի համախտանիշ

Դ-աորտայի կոարկտացիա

37. Երկփեղկ աորտալ փական ունեցող բուժառուների մոտ աորտայի ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունը ցուցված է, եթե աորտայի արմատի կամ վերել

հատվածի տրամագիծը ավելի քան_____ սմ է, կամ եթե տրամագծի աճի տեմպը _____ է՝

Ա-5.0; 0.5 սմ վեց ամսվա ընթացքում

Բ-5.5; 0.5 սմ տարեկան

Գ-4.5; 0.5 սմ տարեկան

Դ-3.5; 1.0 սմ երկու տարվա ընթացքում

38. Վերել աորտայի անևրիզմայի և աորտալ հետհոսքի պարագայում ի հաշիվ աորտալ օղի լայնացման(անուլոդիլատացիայի), եռփեղկ աորտալ փականի առկայության դեպքում նպատակահարմար է կատարել՝

Ա-աորտայի պրոթեզավորում պսակածև զարկերակների բացվածքից վերև

Բ-Յակուբի վիրահատությունը

Գ-Դեյվիդի վիրահատությունը

Դ-Վուլֆի վիրահատությունը

39. Ոչ սպեցիֆիկ աորտոարտերիիտով բուժառուները, ովքեր ունեցել են անցողիկ իշեմիկ գրոհ և/կամ իշեմիկ ինսուլտ քներակային ավազանում, բրախիոցեֆալիկ ցողունի կամ ընդհանուր քներակային զարկերակների հեմոդինամիկորեն նշանակալի նեղացումների դեպքում, խորհուրդ է տրվում.

Ա-դինամիկ հսկողություն

Բ-էնդովասկուլյար միջամտություն

Գ-բաց ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություն

Դ-կոնսերվատիվ բուժում

40. Մեծահասակի մոտ աորտայի նախավզիկի հատվածում կարճ տարածության նեղացման դեպքում, որը բնութագրվում է որպես աորտայի կոարկտացիա, խորհուրդ է տրվում բուժման հետևյալ մեթոդը՝ աորտայի————

Ա-պրոթեզավորում

Բ-ստենտավորում

Գ-պլաստիկա

Դ-շունտավորում

41. Վաղ հետվիրահատական շրջանում աորտայի կոարկտացիայի շտկումից հետո վիրահատական բուժման արդյունքները գնահատելու համար նախընտրելի է նշանակել՝

Ա-Ուլտրաձայնային դոպլեր հետազոտություն՝ ճնշման գրադիենտի որոշմամբ վերին և ստորին վերջույթների միջև

Բ-Դուպլեքս հետազոտություն՝ արյան հոսքի գնահատմամբ

Գ-Կրծքավանդակի ռենտգեն՝ կերակրափողի կոնտրաստով

Դ-Բրախիոցեֆալիկ զարկերակների ուլտրաձայնային հետազոտություն

42. Եթե ձախ ենթաանրակային զարկերակը ընդգրկված է աորտայի դիսեկցիայի հետևանքով ստենտ-տրանսպլանտատի ֆիքսացիայի գոտում, ապա նյարդաբանական և սրտաբանական բարդությունների զարգացումը նվազեցնելու նպատակով խորհուրդ է տրվում՝

Ա-էմբոլիզացիա

Բ-կապում

Գ-նախապես փակում

Դ-նախնական տրանսպոզիցիա կամ շունտավորում

43. Օդային էմբոլիայի կանխարգելումը կատարվում է՝

Ա-աորտայի սեղմակը հեռացնելուց առաջ

Բ-սիներակում արյան հոսքը վերականգնելիս

Գ-աջ սրտի դեկանյուլյացիայի ժամանակ

Դ-հետադարձ կարդիոպլեգիայի սկսելուց հետո

44. Կրծքային-որովայնային աորտայի անևրիզմաների նախավիրահատական ախտորոշման «ոսկե ստանդարտը» հետևյալն է՝

Ա-դուպլեքս հետազոտություն

Բ-ՀՀՇ կոնտրաստային պանաորթոգրաֆիա

Գ-ՄՌՏ

Դ-ռենտգենկոնտրաստային աորտոգրաֆիա

45. Քրոնիկ B տիպի դիսեկցիայի դեպքում կրծքային աորտայի ներանոթային միջամտության նպատակն է.

Ա-իրական լուսանցքի վերականգնում

Բ-պրոքսիմալ ֆենեստրացիայի փակում

Գ-աորտայի հատվածի ամրացում

Դ-լողացող ինտիմայի ֆիքսում

46. Որովայնային աորտայի անևրիզմայի ստենտավորումը ցուցված է, եթե անևրիզմայի չափը (սմ-ով) է՝

Ա-3-4 կամ ավելի

Բ-5-6 կամ ավելի

Գ-10-ից ավելի

Դ-6-7 կամ ավելի

47. Կրծքային աորտայի անևրիզմայի վիրահատության առանձին ցուցում է հանդիսանում անևրիզմայի աճը 1 տարվա ընթացքում ավելի քան —մմ:

Ա-10

Բ-8

Գ-6

Դ-5

48. Կրծքային աորտայի B տիպի քրոնիկ դիսեկցիայի դեպքում ստենտավորումից հետո կրծքային աորտայի ռեմոդելավորումը սահմանվում է որպես իրական լուսանցքի աճ և՝

Ա-կեղծ լուսանցքի թրոմբոզ

Բ-կեղծ լուսանցքի փոքրացում

Գ-աորտայի տրամագծի փոքրացում

Դ-որովայնի օրգանների պերֆուզիայի բարելավում

49. Որովայնային աորտայի պատռվածքի կլինիկական առանձնահատկություններն են՝

Ա-զգալի արյան կորուստ

Բ-զարկերակային գերճնշում

Գ-հիպոստատիկ թոքաբորբ

Դ-ենթալյարդային դեղնախտ

50. Կրծքային աորտայի անևրիզմների դեպքում ստենտ-գրաֆտի իմպլանտացիայի համար հիմնական չափանիշը համարվում է հետևյալը՝

Ա-Տիպի ընտրություն

Բ-Պրոքսիմալ ֆիքսացիայի գոտու որոշում

Գ-Տրամագծի որոշում

Դ-Դիստալ ֆիքսացիայի գոտու որոշում

51. Աթերոսկլերոտիկ բնույթի անևրիզման առավել հաճախ տեղակայվում է՝

Ա-որովայնի աորտայի դիստալ հատվածում

Բ-ճաճանչային զարկերակում

Գ-ազդրային զարկերակում

Դ-բազկային զարկերակում

52. Սուր A տիպի աորտայի շերտազատման դեպքում նախընտրելի տարբերակ է համարվում՝

Ա-Վիրաբուժական բուժում

Բ-Էնդովասկուլյար բուժում

Գ-Կոնսերվատիվ թերապիա

Դ-Հիբրիդային վիրահատություն

53. Որովայնային աորտայի անևրիզմայի էնդոպրոթեզավորումից հետո հետվիրահատական վաղ և ուշ շրջաններում հիմնական մեթոդը կոնտրոլ հետազոտության համարվում է՝

Ա-մագնիսական ռեզոնանսային տոմոգրաֆիան առանց կոնտրաստի

Բ-համակարգչային շերտագրություն կոնտրաստով

Գ-որովայնի ռենտգեն

Դ-դուպլեքս հետազոտություն

54. Աորտալ փականի փոխարինում բիոպրոթեզով, անհրաժեշտ է դիտարկել բարձր տարիքային բուժառուների մոտ՝

Ա-60

Բ-65

Գ-50

Դ-55

55. Որովայնային աորտայի անևրիզմայի 4-ից մինչև 4.9 մմ տրամագծի դեպքում սկրինինգը խորհուրդ է տրվում իրականացնել՝

Ա-12 ամիս

Բ-2 տարի

Գ-6 ամիս

Դ-3 ամիս

56. Աորտայի շերտազատման ախտորոշման ժամանակ առավել հստակ ինֆորմացիա տալիս է՝

Ա-Աորտոանգիոգրաֆիա՝ վենտրիկուլոգրաֆիայով

Բ-Տրանսկերակրափողային էխոկարդիոգրաֆիա

Գ-Համակարգչային շերտագրություն ներերակային կոնտրաստով

Դ-Մագնիսական ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա

57. Վայրէջ կրծքային աորտայի սիմպտոմային թափածակող խոցերի ժամանակ, խորհուրդ է տրվում՝

Ա-անևրիզմայի էմբոլիզացիա

Բ-դեղորայքային թերապիա

Գ-աորտայի բաց ռեկոնստրուկցիա

Դ-աորտայի ստենտավորում

58. Մարֆանի համախտանիշով բուժառուների մոտ աորտայի լայնացումը առավել հաճախ ընդգրկում է՝

Ա-աորտայի արմատին

Բ-աորտայի աղեղին

Գ-վայրէջ աորտային

Դ-վերել աորտային՝ պսակաձև զարկերակների բացվածքից վերև

59. Որովայնի աորտայի անևրիզմայի ____ սմ տրամագծի դեպքում անհրաժեշտ է անհապաղ հոսպիտալիզացիա:

Ա-4

Բ-6

Գ-5

Դ-Ավելի քան 9

60. Ազգաբնակչության որովայնային աորտայի սկրինինգ ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով պետք է կատարվի ____ տարեկանից բարձր տղամարդկանց մոտ՝ որոնք չունեն լրացուցիչ ռիսկի գործոններ կապված աորտայի հետ:

Ա-65

Բ-55

Գ-75

Դ-45

61. Երիտասարդ բուժառուների մոտ հետվնասվածքային աորտայի անևրիզմայի էնդոպրոթեզավորումից հետո վտանգավոր բարդություն բացի էնդոլիկից, հետևյալն է՝

Ա-անևրիզմայի առաջացումը ստենտ-գրաֆտից դիստալ

Բ-ստենտ-գրաֆտի միգրացիա

Գ-կոլապս

Դ-անգուլյացիա

62. Որովայնային աորտայի անևրիզմա նշանակում է դրա լայնացում առնվազն _____ անգամով:

Ա-4.5

Բ-3.5

Գ-2

Դ-4

63. Լյարդի զարկերակների անևրիզմաները առավել հաճախ առաջանում են՝

Ա-երեխաների

Բ-կանանց

Գ-տղամարդկանց

Դ-տարեցների մոտ

64. Որովայնի աորտայի անևրիզմայի պատռվածքի ախտորոշման համար առավել վաղ շրջանում ամենահարմարն է օգտագործել՝

Ա-կոնտրաստային համակարգչային շերտագրություն

Բ-ստորին միջին գծի լապարոտոմիա

Գ-որովայնի ռենտգենագրություն

Դ-ուլտրաձայնային հետազոտություն

65. Աորտայի օկլյուզիայի ախտորոշման ոսկե ստանդարտն է՝

Ա-համակարգչային տոմոգրաֆիա

Բ-Սելդինգերի անգիոգրաֆիա

Գ-դուպլեքս հետազոտություն

Դ-Դոպլեր ուլտրաձայնային հետազոտություն

66. Կրծքային կամ որովայնային աորտայի ստենտավորման ժամանակ «ծխնելույզի» մեթոդով հիմնական բարդություններն են՝

Ա-II տիպի արտահոսք(endoleak)

Բ-I տիպի արտահոսք(endoleak)

Գ-ստենտի թրոմբոզ

Դ-ստենտի կոտրվածքներ

67. Որովայնային աորտայի պրոթեզի ինֆեկցիայի բուժման ընտրության մեթոդ է հանդիսանում՝

Ա-Վիրաբուժական բուժում

Բ-Հակաբակտերիալ թերապիա

Գ-Հակաբորբոքային թերապիա

Դ-Վիրաբույժի կողմից դինամիկ հսկողություն

68. Որովայնային աորտայի անևրիզմայի պատռվածքի ռեկոնստրուկցիայից հետո վաղ հետվիրահատական շրջանում որովայնի կոմպարտմենտ համախտանիշի զարգացումը պայմանավորված է՝

Ա-կոլիտով,

Բ-հետորովայնամզի հեմատոմայի ճնշմամբ,

Գ-ներորովայնային ճնշման բարձրացմամբ

Դ-հեմատոմայի լիզիսով

69. Որովայնային աորտայի անևրիզմների նախավիրահատական և հետվիրահատական շրջանների գնահատման «ոսկե ստանդարտը» հետևյալն է՝

Ա-ՀՇ անգիոգրաֆիա

Բ-անգիոգրաֆիա

Գ-ուլտրաձայնային հետազոտություն

Դ-Պոլիօրգան ՀՇ

70. Աորտայի շերտազատման տարածվածության վերաբերյալ առավել հստակ տվյալները կարելի է ստանալ՝

Ա-ուլտրաձայնային հետազոտությունից

Բ-աորտոգրաֆիայից

Գ-մագնիսական ռեզոնանսային տոմոգրաֆիայից

Դ-համակարգչային տոմոգրաֆիայից

71. Վայրէջ աորտան ներառում է կրծքային աորտայի հետևյալ հատվածներ, սկսած՝

Ա-բրախիոցեֆալիկ ցողունից մինչև աորտայի նախավզիկ

Բ-նախավզիկից մինչև դիաֆրագմա

Գ-աորտայի փականի ֆիբրոզ օղակից մինչև սինոտուբուլյար ցողունի մակարդակը

Դ-սինոտուբուլյար ցողունից մինչև բրախիոցեֆալիկ ցողունի բացվածքի մակարդակը

72. Որովայնային աորտայի անևրիզմայի ստենտավորումից հետո որովայնի աորտայի պատռվածքի ամենաբարձր ռիսկը տեղի է ունենում _____ տիպի արտահոսքի(endoleak) առկայության դեպքում:

Ա-I

Բ-II

Գ-III

Դ-V

73. Որովայնային աորտայի անևրիզմայի ստենտավորումը Endurant 2 և Endurant 2s ստենտ-գրաֆտերով ի տարբերություն Endurant 1 էականորեն նվազեցրել են _____ տիպի արտահոսքի(endoleak) առաջացումը:

Ա-I

Բ-II

Գ-III

Դ-IV

74. Որովայնային աորտայի անևրիզմայի պատռվածքի ռիսկը նվազեցնելու և դրա աճի տեմպը դանդաղեցնելու համար խորհուրդ է տրվում՝

Ա-Մետֆորմին

Բ-Ստատիններ

Գ-Բետա-ադրենոբլոկատորներ

Դ-Ծխելը թողնելը

75. Կրծքային աորտայի IIIB տիպի սուր դիսեկցիայի դեպքում կրծքային աորտայի ստենտավորման ամենավտանգավոր բարդությունները, որոնք կապված են ստենտ-գրաֆտի պրոքսիմալ հատվածի բալոնային լայնացման կամ չափերի մեծացման(oversizing-ի) հետ, հետևյալն են՝

Ա-A տիպի ռետրոգրադ աորտայի դիսեկցիա

Բ-Ia տիպի արտահոսք(endoleak)

Գ-ստենտ-գրաֆտի միգրացիա

Դ-ստենտ-գրաֆտի կոտրվածք

76. Կրծքային աորտայի ստենտավորումը նախընտրելի է՝

Ա-ծանր ուղեկցող պաթոլոգիաների առկայության դեպքում

Բ-աորտայի անևրիզմայի փոքր տրամագծի առկայության դեպքում

Գ-հարմար անատոմիական տարբերակի առկայության դեպքում

Դ-անևրիզմայի մեծ տրամագծի առկայության դեպքում

77. Աորտայի դիսեկցիան, որը տարածվում է ձախ ենթաանրակային զարկերակից, դասակարգվում է որպես _____ տեսակ՝ ըստ Սթենֆորդի դասակարգման:

Ա-III B

Բ-A

Գ-B

Դ-III

78. Որովայնի աորտայի անևրիզմայի ստենտավորման ժամանակ հեռակա հետվիրահատական շրջանում II տիպի արտահոսքը(endoleak) և դրա հետևանքով հետագա պատռվածքը կանխելու նպատակով հնարավոր է կատարել՝

Ա-զարկերակային էմբոլիզացիա ստենտավորումից առաջ

Բ-հետվիրահատական զարկերակային էմբոլիզացիա

Գ-լապարոսկոպիկ զարկերակային կապում

Դ-բաց զարկերակային կապում

79. Որովայնային աորտայի անևրիզմայի ստենտավորման համար անզգայացման նախընտրելի տեսակն է՝

Ա-ընդհանուր

Բ-համակցված

Գ-տարածաշրջանային

Դ-տեղային

80. ՄԵԵ-ն թվարկվածներից որ երակի մեջ է թափվում՝

Ա-Ընդհանուր ազդրային երակ

Բ-Ծնկափոսային երակ

Գ-Ստորին սիներակ

Դ-Ջակոմինի

81. Վարիկոզ հիվանդության զարգացման ռիսկի գործոններն են՝

Ա-ալկոհոլի և թմրանյութերի օգտագործում

Բ-երկարատև հակաբիոտիկային թերապիա

Գ-ֆիզիկական անգործություն և ճարպակալում

Դ-հորմոնալ փոխարինող թերապիա հիպոթիրեոզի դեպքում

82. Ստորին վերջույթների այտուցվածության դեպքում առաջին հերթին կարևոր է բացառել՝

Ա-կարմիր քամին

Բ-Բեյքերի կիստայի պատռվածքը

Գ-առաջնային լիմֆեդեման

Դ-խորանիստ երակների թրոմբոզը

83. Լիմֆեդեմայի ախտորոշման գործում առաջատար դեր է խաղում՝

Ա-անոթների դոպլերային ուլտրաձայնային հետազոտություն

Բ-ֆլեբոգրաֆիա

Գ-լիմֆոսցինտիգրաֆիա

Դ-Ախտահարված վերջույթի ռենտգեն

84. Թոքային զարկերակի մասիվ թրոմբէմբոլիա նշանակում է՝

Ա-Հինգ թոքային զարկերակներից երեքի խցանում

Բ-Թրոմբոէմբոլների տեղակայում մի քանի բլթային թոքային զարկերակներում

Գ-Թոքային զարկերակների փոքր ճյուղերի թրոմբոէմբոլիա

Դ-Թոքային ցողունի և գլխավոր թոքային զարկերակների էմբոլիկ խցանում

85. Մեյի թափածակող երակը գտնվում է՝

Ա-սրունքի միջին երրորդի հետին մակերեսով

Բ-սրունքի վերին երրորդի առաջային մակերեսով

Գ-ազդրի վերին երրորդի կողմնային մակերեսով

Դ-ազդրի ստորին երրորդի միջային մակերեսով

86. Երակային համակարգի թրոմբոտիկ ախտահարումների ախտորոշման ոսկե ստանդարտն է՝

Ա-իմպեդանսային օկլյուզիվ պլետիզմոգրաֆիա

Բ-ուլտրաձայնային դուպլեքս սկանավորում

Գ-թերմոգրաֆիա

Դ-կոնտրաստային ֆլեբոգրաֆիա

87. Պեջետ-Շրեդերի սինդրոմի զարգացման պատճառ կարող է լինել թվարկվածներից՝

Ա-Մեծ ենթամաշկային երակի լայնացած ճյուղերը

Բ-Սուր ենթաանրակային երակի թրոմբոզ

Գ-Ստորին վերջույթների խորանիստ երակների հետթրոմբոտիկ հիվանդություն

Դ-Արտաքին զստային երակի օկլյուզիվ թրոմբոզ

88. Պացիենտի մոտ միգրացիոն ֆլեբիտի ախտանիշները կարող են վկայել՝

Ա-դիաբետիկ նեյրոպաթիա

Բ-թոքային թրոմբոէմբոլիա

Գ-երակների լայնացում

Դ-չարորակ նորագոյացություն

89. Փոքր ենթամաշկային երակի ծնկափոսային երակի մեջ թափման հատվածը գտնվում է՝

Ա-հետծնկափոսային հատված

Բ-ազդրի միջին երրորդը

Գ-ազդրի վերին երրորդը

Դ-սրունքի վերին երրորդը

90. Նորմայում ստորին սիներակի տրամագիծը կազմում է մինչև(մմ)՝

Ա-30

Բ-10

Գ-25

Դ-15

91. Կավա-ֆիլտրը տեղադրվում է՝

Ա-երիկամային երակներից վերև

Բ-երիկամային երակներից ներքև

Գ-ախտահարված կողմում գտնվող ընդհանուր զստային երակի մեջ

Դ-երիկամային երակների մակարդակին

92. Երակային ռեֆլյուքս անվանում են՝

Ա-բարակ պատերով, լայնացած երակները

Բ-թրոմբոտիկ նստվածքներ երակային փականների սինուսների լուսանցքում

Գ-երակային փականների դիսֆունկցիա՝ հետադարձ արյան հոսքի առաջացմամբ

Դ-երակային փականի ֆունկցիոնալ վիճակ՝ անտեգրադ արյան հոսքի առաջացմամբ

93. Քրոնիկ երակային հիվանդության տիպիկ ախտանիշ է համարվում՝

Ա-սրունքի ծանրության և հոգնածության զգացում

Բ-քոր

Գ-այրոց

Դ-գիշերային կծկումներ

94. Քրոնիկ երակային հիվանդությունների հիմնական ախտաֆիզիոլոգիական պրոցես է համարվում՝

Ա-մկանային զանգվածի կորուստ

Բ-ընդհանուր բորբոքային ռեակցիաներ

Գ-երակային արտահոսքի խանգարում

Դ-աթերոսկլերոտիկ վահանիկների առաջացում

95. Ջերմային թումեսցենտ մեթոդներ ուղղահայաց ռեֆլյուքսի վերացման համար համարվում են՝

Ա-Էնդովենոզ լազերային և ռադիոհաճախային աբլացիա

Բ-Ցիանոակրիլատային սոսինձի կիրառում

Գ-Մեծ ենթամաշկային երակի լրիվ հեռացում

Դ-Մեծ ենթամաշկային երակի մասնակի հեռացում

96. Թրոմբոլիտիկ թերապիայի բացարձակ հակացուցում է՝

Ա-Սրտամկանի սուր ինֆարկտ

Բ-Հեմոռագիկ ինսուլտ

Գ-Անցողիկ իշեմիկ գրոհ

Դ-Սուր կորոնար համախտանիշ

97. Վերին սիներակի համակարգի մեջ մտնում են թվարկվածներից հետևյալ երակները՝

Ա-Թոքային

Բ-Սուրալ

Գ-Միջընդերային

Դ-Լծային

98. Ֆլեբոտրոպ դեղերի գործողության մեխանիզմները չեն կարող ապահովել՝

Ա-լեյկոցիտ-էնդոթելային կպչունության ճնշում

Բ-երակային պատի պաշտպանություն

Գ-երակային փականների պաշտպանություն

Դ-պրոլիֆերացիա

99. Սկլերոզանտի ներարկումը արյունից զուրկ երակի հատվածում անվանում են՝ —————— երակային տեխնիկա:

Ա-«սեղմված»

Բ-«ստորին սիներակ»

Գ-«դատարկ»

Դ-«խցանված»

100. Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիայի մահացությունը ժամանակին ախտորոշման և բուժման դեպքում կազմում է՝ (տոկոսներով).

Ա-15-20

Բ-5-12

Գ-8-10

Դ-23-27

101. Լիմֆեդեման առավել հաճախ ախտահարում է՝

Ա-Դեմքի մաշկը

Բ-Ստորին վերջույթները

Գ-Որովայնի առաջային պատը

Դ-Վերին վերջույթները

102. Paget-Schrötter սինդրոմը հանդիսանում է թվարկվածներից՝

Ա-վերին վերջույթների հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշ

Բ-քրոնիկ երակային անբավարարություն

Գ-վերին խոռոչ երակային ավազանի սուր թրոմբոզ

Դ-ենթաանրակային և անութային հատվածի սուր երակային թրոմբոզ

103. Ըստ L.S. Kabnick դասակարգման (2006թ.), ջերմային ծագում ունեցող ոչ օկլյուզիվ թրոմբի տարածումը մակերեսային երակային համակարգից դեպի խորանիստ երակի մեջ՝ տրամագծի 50%-ից ավելիի չափով, համապատասխանում է _____ դասին:

Ա-4

Բ-2

Գ-1

Դ-3

104. Ստորին վերջույթների օկլյուզիոն թրոմբոզի հիմնական ուլտրաձայնային չափանիշներն են՝

Ա-Երակային պատի հաստացում

Բ-Արյան հոսքի բացակայություն, երակային սեղմելիության խանգարում

Գ-Երակային սեղմելիության պահպանում, արյան հոսքի բացակայություն

Դ-Պատային արյան հոսքի առկայություն, երակային սեղմելիության խանգարում

105. Ստեմերի ախտանիշը պաթոգնոմիկ է թվարկվածներից՝

Ա-Աթերոսկլերոզի

Բ-Հետթրոմբոտիկ հիվանդության

Գ-Երակների լայնացման դեպքում

Դ-Լիմֆեդեմայի

106. Դ-դիմերի մակարդակը թույլ է տալիս դատել հետևյալ գործընթացի ակտիվացման մասին.

Ա-ֆիբրինոգենի փոխարինում ֆիբրինի

Բ-ֆիբրինոգենի սինթեզ

Գ-ֆիբրինի քայքայում

Դ-թրոմբոցիտների ագրեգացիա

107. Կոկետի վիրահատությունը իրենից ներկայացնում է՝

Ա-Ենթամաշկային երակների հեռացում թունելային եղանակով

Բ-Ենթամաշկային երակների հեռացում զոնդի միջոցով

Գ-Հաղորդակցվող երակների ենթափակեղային կապում

Դ-Թափածակող երակների վերփակեղային կապում

108. Բուժառուի մոտ միգրացիոն ֆլեբիտի ախտանիշների դեպքում կարելի է ենթադրել բուժառուի մոտ՝

Ա-դիաբետիկ անգիոպաթիա

Բ-թոքային թրոմբոէմբոլիա

Գ-երակների լայնացման

Դ-չարորակ նորագոյացության մասին

109. Լիմֆեդեմայի ախտորոշման գործում գլխավոր դերը պատկանում է՝

Ա-ֆլեբոգրաֆիա

Բ-ախտահարված վերջույթի ռենտգենոգրաֆիա

Գ-վերջույթների անոթների դոպլեր հետազոտություն

Դ-լիմֆոսցինտիգրաֆիա

110. Փոքր ենթամաշկային երակը թափվում է խորանիստ երակային համակարգ հետևյալ հատվածում՝

Ա-ծնկափոսային ծալք

Բ-ազդրի միջին երրորդում

Գ-ազդրի վերին երրորդում

Դ-սրունքի վերին երրորդում

111. Կարմիր քամու հակաբակտերիալ պրոֆիլակտիկան իրականացվում է հետևյալ պրեպարատով՝

Ա-Ցեֆտրիաքսոն

Բ-Ամոքսիցիլին

Գ-Բիցիլին-5

Դ-Ստրեպտոցիդ

112. Դռներակի վնասվածքի դեպքում անհրաժեշտ է իրականացնել՝

Ա-Էկիի վիրահատություն

Բ-դռներակի կապում

Գ-անոթակարերի տեղադրում

Դ-փայծաղային երակի հետ անաստոմոզի ձևավորում

113. Քրոնիկ երակային անբավարարությամբ բուժառուների բուժման ընթացքում երակային արտահոսքի ֆունկցիայի փոփոխությունները գնահատելու համար կիրառվում են հետևյալ մեթոդները՝

Ա-ռենտգենյան կոնտրաստային ֆլեբոգրաֆիա

Բ-պլետիզմոգրաֆիա

Գ-Ուլտրաձայնային դոպլեր հետազոտություն

Դ-Համակարգչային տոմոգրաֆիա

114. Կավա-ֆիլտրը պետք է տեղադրվի՝

Ա-երիկամային երակների վերևում

Բ-երիկամային երակների տակ

Գ-ախտահարված կողմում գտնվող ընդհանուր զստային երակում

Դ-ճիշտ երիկամային երակների մակարդակում

115. Մակերեսային և/կամ թափածակող երակներում արյան հետհոսքի վիրահատական բուժումը ցուցված է հետևյալ դեպքերում՝

Ա-Երակների լայնացումը բացակայում է

Բ-Առկա է երակների լայնացում

Գ-Քրոնիկ հիվանդության սրացում

Դ-Ալերգիկ ռեակցիա ընդհանուր անզգայացնող միջոցների նկատմամբ

116. Վենարուս պրեպարատը պարունակում է՝

Ա-Տրիբենոզիդ

Բ-Դիհիդրոէրգոտամին

Գ-Պիկնոգենոլ

Դ-Դիոսմին

117. Երակային հետհոսք են անվանում՝

Ա-ոլորապտույտ, լայնացած երակներ՝ բարակ պատերով

Բ-թրոմբոտիկ նստվածքներ երակային փականների սինուսներում

Գ-երակային փականների դիսֆունկցիա՝ հետադարձ արյան հոսքի առաջացմամբ

Դ-երակային փականի բնականոն գործառույթ՝ անտեգրադ արյան հոսքի առաջացմամբ

118. Ազդրային երակը ազդր-ծնկափոսային կանալով անցնում է զարկերակից ավելի՝

Ա-միջային

Բ-վենտրալ

Գ-կողմնային

Դ-դորսալ

119. Քրոնիկ երակային անբավարարության տիպիկ ախտանիշները թվարկվածներից համարվում են՝

Ա-սրունքի ծանրության, ձգվածության, այրոցի զգացում

Բ-քոր

Գ-այրոց

Դ-գիշերային ջղաձգումներ

120. Սուր թրոմբոֆլեբիտի զարգացումը հղիության ընթացքում պայմանավորված է՝

Ա-Կոնտրաստային ցնցուղով և լողալով

Բ-Ֆիզիոլոգիական հիպերկոագուլյացիան

Գ-Ընդհատվող պնևմատիկ սեղմումը

Դ-Մաքուր օդում քայլելը

121. Քրոնիկ երակային անբավարարության հիմնական պաթոֆիզիոլոգիական մեխանիզմը համարվում է՝

Ա-մկանային զանգվածի կորուստ

Բ-ընդհանուր բորբոքային ռեակցիաներ

Գ-երակային արտահոսքի խանգարում

Դ-աթերոսկլերոտիկ վահանիկների առաջացում:

122. Ուղղահայաց ռեֆլյուքսը հեռացնելու ջերմային թումեսցենտային մեթոդները ներառում են՝

Ա-էնդովենոզ լազերային և ռադիոհաճախային օբլիտերացիա

Բ-բիո-սոսինձի կիրառում

Գ-մեծ ենթամաշկային երակի լրիվ հեռացում

Դ-մեծ ենթամաշկային երակի մասնակի հեռացում

123. Սովորաբար, երբ մկան-երակային պոմպն աշխատում է, պերֆորանտ երակներում արյան հոսքը ուղղվում է _____-ից դեպի _____ երակներ:

Ա-ենթամաշկային, խորանիստ

Բ-խորանիստ, ենթամաշկային

Գ-միջմկանային, ենթամաշկային

Դ-սինուսոիդալ, խորանիստ

124. Վարիկոզ լայնացած երակների հեռացում կետավոր կտրվածքների միջոցով առաջարկել է՝

Ա-Տրենդելենբուրգը

Բ-Մադելունգը

Գ-Նարաթը

Դ-Տրոյանովը

125. Վերին սիներակի համակարգին են պատկանում հետևյալ երակները՝

Ա-թոքային

Բ-սուրալ

Գ-միջընդերային

Դ-լծային

126. Հեղուկ սկլերոզանտով սկլերոթերապիա իրականացնելիս խորհուրդ է տրվում օգտագործել կոնցենտրացիա, որը համապատասխանում է հետևյալին՝

Ա-անոթի երկարության և տրամագծի գումարին

Բ-վարիկոզ փոփոխված երակի երկարությանը

Գ-անոթի տրամագծին

Դ-սկլերոզվող երակների մակերեսին

127. Հետթրոմբոտիկ համախտանիշի դեպքում վիրահատական բուժման ցուցումներն են՝

Ա-հիվանդության ասիմպտոմ ընթացքը

Բ-Դելբե-Պերտեսի դրական թեստը

Գ-ստորին սիներակի հետթրոմբոտիկ օկլյուզիայի առկայությունը

Դ-համալիր կոնսերվատիվ թերապիայի անէֆեկտիվությունը որը բերում է տրոֆիկ խոցերի զարգացմանը

128. Կոմպրեսիայի 4 աստ դեպքում ճնշումը կազմում է(մմ ս.ս.)

Ա-34-46

Բ->49

Գ-23-32

Դ-18-21

129. Կողմնային ենթամաշկային երակը մտնում է անութային երակ՝

Ա-ուսի հոդի մակարդակով

Բ-առաջին կողոսկրի արտաքին եզրի մակարդակով

Գ-բազկի վերին երրորդում

Դ-անութային փոսում

130. Կոմպրեսիոն թերապիայի հակացուցումներ կարող են լինել՝

Ա-լիմֆեդեմա

Բ-տրոֆիկ խոցի կրկնության կանխարգելում

Գ-հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշ

Դ-դերմատիտ

131. Մակերեսային երակների վրա միջամտությունից հետո կոմպրեսիոն թերապիայի նշանակման հիմնական նպատակն է.

Ա-արյունահոսության պրոֆիլակտիկա

Բ-երակային արյան հոսքը նվազեցնելը

Գ-խորանիստ երակային արյան հոսքը խթանում

Դ-այտուցի կանխարգելում

132. Քրոնիկ երակային անբավարարության պատճառները չեն հանդիսանում՝

Ա-երակային անգիոդիսպլազիա

Բ-երակների լայնացում

Գ-ստորին վերջույթների զարկերակների օբլիտերացնող աթերոսկլերոզ

Դ-հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշ

133. Պեջետ-Շրեդերի համախտանիշի ժամանակ ռադիկալ վիրահատություն է համարվում՝

Ա-սկալենոտոմիա

Բ-առաջին կողոսկրի հեռացում

Գ-թրոմբէկտոմիա

Դ-վենոլիզ

134. Համաձայն CEAP դասակարգման, բուժառուի տելեանգիէկտազիայի առկայությունը ներկայացվում է որպես՝

Ա-A3

Բ-P4

Գ-E2

Դ-C1

135. Միջային ենթամաշկային երակը ընթանում է նախաբազկի և բազկի _____ մակերեսի երկայնքով:

Ա-առաջային

Բ-հետին

Գ-կողմնային

Դ-միջային

136. Բարձր ռիսկի սուր թոքային էմբոլիայի դեպքում, առաջին 24 ժամվա ընթացքում թոքային հեմոդինամիկան վերականգնելու նպատակով բուժառուին անհրաժեշտ է ներարկել՝

Ա-Ֆրաքսիպարին

Բ-Ուրոկինազա

Գ-Դաբիգատրան

Դ-Հեպարին

137. Կավա-ֆիլտրի կոտրվածք անվանում են՝

Ա-Կառուցվածքային ամբողջականության խախտումը՝ կոտրվածքի կամ բաժանման հետևանքով

Բ-Ֆիլտրի առանցքի շեղումը ստորին սիներակի առանցքից ավելի քան 15 աստիճանով և երկայնական միգրացիան ավելի քան 2 սմ

Գ-Ֆիլտրի կեռիկների պերֆորացիա ստորին սիներակի ադվենտիցիայից ավելի քան 3 մմ դեպի դուրս

Դ-Ֆիլտրի առանցքի կորությունը

138. Հեպարինի ներարկումից հետո ազդեցությունը տևում է մոտավորապես՝

Ա-30-120 րոպե

Բ-4-5 ժամ

Գ-20-24 ժամ

Դ-8-12 ժամ

139. Բարձր վիրաբուժական ռիսկ ունեցող բուժառուների մոտ թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիայի կանխարգելման ամենաարդյունավետ միջոցն է.

Ա-կոմբինացված վենէկտոմիա

Բ-ստորին սիներակի կապում

Գ-էնդովասկուլյար միջամտություն՝ ստորին սիներակում ժամանակավոր ֆիլտրերի տեղադրմամբ

Դ-ստորին սիներակի պլիկացիա

140. Երակների վարիկոզ լայնացման առաջընթացը կանխելու ամենաարդյունավետ միջոցներն են՝

Ա-հակակոագուլյանտային թերապիան

Բ-ֆիզիոթերապիան

Գ-էլաստիկ կոմպրեսիան

Դ-ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակումը

141. Կոմպրեսիայի 3 աստ դեպքում ճնշումը կազմում է(մմ ս.ս.)

Ա-18–21

Բ-34–46

Գ->49

Դ-23–32

142. Կոնքի վարիկոզ լայնացած երակների ախտանիշների դասական եռյակը հանդիսանում է՝

Ա-հեմատուրիա, ամենորեա, լուծ

Բ-կոնքի ցավ, վուլվայի լայնացած երակներ, դիսմենորեա

Գ-անպտղություն, դիսուրիա, վարիկոցելե

Դ-դիսուրիա, որովայնի ստորին հատվածի ցավ, անպտղություն

143. Վալսալվայի հնարքը թույլ է տալիս գնահատել փականային ապարատի ֆունկցիան հետևյալ երակներում՝

Ա-ազդրի

Բ-կոնքի

Գ-ոտնաթաթի

Դ-մատների

144. Կոմպրեսիոն թերապիայի ֆունկցիան հիմնված է՝

Ա-հյուսվածքային ճնշման նվազում

Բ-երակային արյան հոսքի արագության նվազում

Գ-երակային ռեֆլյուքսի նվազում

Դ-երակային ծավալի ավելացում

145. Վարիկոզ հիվանդության դիֆուզ տիպի ժամանակ, փականային բավարարության պայմաններում խորհուրդ է տրվում կատարել.

Ա-լազերային օբլիտերացիա

Բ-փականային անբավարարության էքստրավազային շտկում

Գ-ֆլեբէկտոմիա

Դ-սկլերոթերապիա

146. Մակերեսային երակային փականների անբավարարությունը հայտնաբերելու նպատակով կիրառվում է հետևյալ թեստը՝

Ա-Պրետ

Բ-Դելբե-Պերտես (քայլարշավ)

Գ-Օպպել

Դ-Տրոյանով-Տրենդելենբուրգ

147. Հետթրոմբոտիկ երակային հիվանդությունը առավել հաճախ ախտահարում է խորանիստ երակային համակարգի _____ սեգմենտի վրա՝

Ա-ազդր-ծնկոսկրային

Բ-իլեոկավալ

Գ-պոպլիտեալ-ծնկոսկրային

Դ-զստ-ազդրային

148. ԹՋԹԷ-ի առաջացման հավանականությունը գնահատելու նպատակով օգտագործվում է հետևյալ սանդղակ՝

Ա-Wells

Բ-NYHA

Գ-CIVIQ

Դ-Глазго

149. Վերին սիներակի համախտանիշը կարող է առաջանալ հետևյալ պատճառներով՝

Ա-Միջնորմի հետին բարորակ ուռուցք

Բ-Կրծքավանդակի բութ վնասվածք

Գ-Բրոնխո-թոքային քաղցկեղ

Դ-Տոտալ խիլոթորաքս

150. Հետվիրահատական շրջանում վարիկոզ հիվանդության ռեցիդիվի պատճառ կարող է լինել՝

Ա-փոքր սաֆենային երակի ախտաբանորեն փոփոխված ճյուղերի հեռացում

Բ-մեծ սաֆեն երակի ծայրատը

Գ-կոմպրեսիոն գուլպաներ կրել

Դ-ստորին վերջույթի զարկերակների աթերոսկլերոտիկ ախտահարումները

151. Հետթրոմբոտիկ հիվանդության բնորոշ ախտանիշները չեն ներառում՝

Ա-ստորին վերջույթների այտուցվածություն

Բ-երկրորդային երակների լայնացում

Գ-ստորին վերջույթների ցավ

Դ-ոտնաթաթին անոթազարկի բացակայություն

152. Վարիկոզ հիվանդության դեպքում բուժառուների մոտ ստորին վերջույթներին բաց տրոֆիկ խոցը, ըստ CEAP դասակարգման, դասակարգվում է որպես՝

Ա-C6

Բ-C5

Գ-C0

Դ-C2

153. Ստորին վերջույթների զարկերակային պաթոլոգիայի ժամանակ քրոնիկ իշեմիայի 3 ստադիային ըստ Fontaine դասակարգման համապատասխանում է՝

Ա-անցավ քայլքի տարածությունը 200 մ-ից ավելի

Բ-հիվանդության ասիմպտոմ ընթացք

Գ-անցավ քայլքի տարածությունը 200 մ-ից պակաս

Դ-հանգստի վիճակում ախտահարված վերջույթի ցավ

154. Ազդրային զարկերակի «բարձր պունկցիայի» հնարավոր բարդությունը հետևյալն է՝

Ա-նստա-նյարդի վնասվածք

Բ-հետորովայնամզի տարածության հեմատոմա

Գ-ենթամաշկային հեմատոմա

Դ-օդային էմբոլիա

155. Հանգստի ժամանակ ոտնաթաթի և սրունքի ցավը նեկրոտիկ փոփոխություններով համապատասխանում է քրոնիկ զարկերակային անբավարարության՝

Ա-IIԲ աստ.

Բ-IIԱ աստ.

Գ-III աստ.

Դ-IV աստ.

156. Ասիմպտոմատիկ ներքին քնային զարկերակի ստենոզով պացիենտների մոտ քնային զարկերակի էնդարտերէկտոմիայի համար ընդունելի ինսուլտի և/կամ/մահացության շեմը չի գերազանցում՝

Ա-3%

Բ-4%

Գ-5%

Դ-6%

157. Վերին մեզենտերիալ զարկերակի պրոքսիմալ հատվածի աթերոսկլերոտիկ ախտահարման հետևանքով առաջացած քրոնիկ մեզենտերիալ իշեմիայի դեպքում նախընտրելի վիրահատությունն է՝

Ա-վիրաբուժական պրոթեզավորում

Բ-ընտրողական կաթետերային թրոմբոլիզ

Գ-բալոնային անգիոպլաստիկա

Դ-ստենտավորում

158. Զատևախինի(2002թ) կողմից առաջարկված սուր զարկերակային իշեմիայի դասակարգման համաձայն՝ 1-ին փուլի իշեմիան կլինիկորեն դրսևորվում է՝

Ա-պարալիզ

Բ-ենթափակեղային այտուց

Գ-պարեզ

Դ-թմրածություն, պարեստեզիա և ցավ

159. Աորտայի անևրիզմա ունեցող պացիենտների մոտ ստորին վերջույթների կրիտիկական իշեմիայի զարգացման հիմնական գործոնն է՝

Ա-պրոգրեսիվող աթերոսկլերոզ

Բ-անևրիզմայի թրոմբոզ

Գ-անևրիզմայի դիսեկցիա

Դ-դիստալ էմբոլիա

160. Զստային զարկերակների ստենտավորման հնարավոր մուտքը կարող է լինել թվարկվածներից հետևյալը՝

Ա-դիստալ՝ dorsalis pedis զարկերակով

Բ-տրանսզարկերակային երակային

Գ-տրանսֆեմորալ զարկերակային

Դ-լծային երակով

161. Ներքին քնային զարկերակի ստենոզի առկայության դեպքում աուսկուլտացիայի պրոյեկցիոն հատվածը համարվում է՝

Ա-քունքային շրջան

Բ-վերանրակային շրջան

Գ-լծային երակ

Դ-ընդհանուր քնային զարկերակի երկատման հատվածը

162. Դեռահասների մոտ ստորին վերջույթների զարկերակների անոթազարկերի սիմետրիկ թուլացումը կամ բացակայությունը՝ զուգակցված զարկերակային հիպերտոնիայի հետ կարող է լինել ախտանիշ հետևյալի՝

Ա-բաց զարկերակային ծորան

Բ-աորտայի փականի արատ

Գ-Ռեյնոյի համախտանիշ

Դ-աորտայի կոարկտացիա

163. Ստորին վերջույթների աթերոսկլերոտիկ ախտահարումների ժամանակ ախտահարման բնույթը ճշգրտելու և հնարավոր ռեկոնստրուկտիվ միջամտություն պլանավորելու համար նպատակահարմար է կատարել՝

Ա-ստորին վերջույթների ռեովազոգրաֆիա

Բ-ստորին վերջույթների ՄՌՏ հետազոտություն

Գ-ստորին վերջույթների անոթների դուպլեքս հետազոտություն

Դ-ստորին վերջույթների անոթների համակարգչային տոմոգրաֆիա

164. Ստորին վերջույթների զարկերակային հիվանդությունների ախտորոշման «ոսկե ստանդարտը» համարվում է՝

Ա-մուլտիսպիրալ համակարգչային տոմոգրաֆիա

Բ-Պճեղ-բազկային ինդեքս

Գ-Ստորին վերջույթների դուպլեքս հետազոտություն

Դ-Անգիոգրաֆիա

165. Վերջույթների սուր իշեմիայի 2Բ աստիճանի բուժումը իր մեջ ներառում է հետևյալը՝

Ա-առաջնային մասնահատում

Բ-շտապ վերաանոթային վիրահատություն, ֆասցիոտոմիա

Գ-շտապ էմբոլէկտոմիա

Դ-կոնսերվատիվ թերապիա

166. Ստորին վերջույթների զարկերակների խրոնիկական իշեմիայի ըստ Ֆոնտեյնի III փուլի ախտանիշները հետևյալն են՝

Ա-Տրոֆիկ փոփոխություններ՝ նեկրոզի փոքր օջախներով

Բ-Անցավ քայլելու հեռավորություն՝ ավելի քան 200 մ

Գ-իշեմիկ ցավ հանգստի վիճակում

Դ-անցավ քայլելու հեռավորություն՝ 200 մ-ից պակաս

167. Ձախ ենթաանրակային զարկերակի ռեկոնստրուկցիայի և ստենտավորման ժամանակ ամենավտանգավոր բարդությունը հանդիսանում է՝

Ա-Ստենտի ոչ լրիվ բացում

Բ-Ստենտի թրոմբոզ

Գ-ստենտի տեղաշարժ

Դ-Աորտայի դիսեկցիա

168. Ազդրային զարկերակների էմբոլիայի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել՝

Ա-Պրոֆունդոպլաստիկա

Բ-Սիմպաթէկտոմիա

Գ-Շունտավորում

Դ-Թրոմբէկտոմիա

169. Ռեյնոյի հիվանդության բուժման վիրաբուժական մեթոդ է համարվում՝

Ա-Վերին վերջույթի ռեվասկուլյարիզացիա

Բ-ողնաշարի սիմպաթէկտոմիա

Գ-նեկրէկտոմիա

Դ-վերջույթի անդամահատում

170. Քնային զարկերակների էնդարտերեկտոմիայից հետո պացիենտներին երկարատև խորհուրդ է տրվում նշանակել՝

Ա-անտիկոագուլյանտներ

Բ-անտիագրեգանտներ

Գ-ստատիններ

Դ-հակաբիոտիկներ

171. Հանգստի ժամանակ ոտքերի ցավը և մատների չոր նեկրոզը համապատասխանում են քրոնիկ զարկերակային անբավարարության աստիճանին՝

Ա-IIբ

Բ-IIա

Գ-IV

Դ-III

172. Քնային զարկերակի նեղացման ժամանակ վիրահատական բուժումը կարող է խորհուրդ տրվել ասիմպտոմ հիվանդներին, որոնց մոտ քներակային զարկերակի նեղացումը կազմում է՝

Ա-60% -ից ավել

Բ-80% -ից ավել

Գ-50% -ից ավել

Դ-70% -ից ավել

173. Շունտի անցանելիությունը գնահատելու նպատակով հետվիրահատական շրջանում խորհուրդ է տրվում՝

Ա-Դոպլերային հետազոտություն

Բ-Դուպլեքս հետազոտություն

Գ-ՄՌ անգիոգրաֆիա

Դ-պճեղ-բազկային ինդեքս

174. Օբլիտերացնող թրոմբանգիիտի(Բյուրգերի) դեպքում առավել հաճախ ախտահարվում են՝

Ա-աորտայի աղեղը և բրախիոցեֆալ ցողունը

Բ-աորտայի երկատումը

Գ-ազդրային զարկերակը

Դ-սրունքային զարկերակները

175. Երիկամային զարկերակների աթերոսկլերոտիկ բնույթի նեղացումների ժամանակ վիրահատական բուժման ընտրության մեթոդ է համարվում՝

Ա-Բալոնային անգիոպլաստիկա՝ դեղապատ բալոնով

Բ-Բալոնային անգիոպլաստիկա՝ ստենտի իմպլանտացիայով

Գ-Աորտորենալ աուտովենոզ շունտավորում

Դ-Բաց էնդարտերէկտոմիա՝ երիկամային զարկերակից

176. Օբլիտերացնող թրոմբանգիիտի զարգացման հիմնական մեխանիզմը ներկայումս համարվում է՝

Ա-վարակիչ-թունավոր

Բ-աուտոիմուն

Գ-նյութափոխանակային

Դ-տրավմատիկ

177. Ուղիղ ընթացքով ներքին քնային զարկերակի՝ 4 մմ-ից պակաս տրամագծի դեպքում նախընտրելի է՝

Ա-Քներային զարկերակի կլասիկ էնդարտերէկտոմիա առանց կարկատանի

Բ-Դե-Բեյքիի էնդարտերէկտոմիա

Գ-Համակցված էվերսիոն էնդարտերէկտոմիա

Դ-Քներային զարկերակի կլասիկ էնդարտերէկտոմիա կարկատանով

178. Սուր թեթև ինսուլտների դեպքում(տրանզիտոր իշեմիկ գրոհ) քնային զարկերակի էնդարտերէկտոմիան պետք է կատարվի՝

Ա-25 օրից

Բ-3 ամսից

Գ-10 օրից

Դ-2 շաբաթից

179. Ներքին քնային զարկերակի վերականգնումից հետո(էնդարտերէկտոմիաների ժամանակ) զարկերակներով արյան հոսքի վերականգնման ընթացակարգն է՝

Ա-ՆՔՋ;ԱՔՋ և ԸՔՋ միաժամանակյա արյան հոսքի բաց թողում

Բ-ՆՔՋ-ԱՔՋ-ԸՔՋ

Գ-ԱՔՋ-ԸՔՋ-ՆՔՋ

Դ-ԱՔՋ-ՆՔՋ-ԸՔՋ

180. Բյուրգերի հիվանդության զարգացման հիմնական ռիսկի գործոնը հանդիսանում է՝

Ա-Շաքարային դիաբետ

Բ-50 տարեկանից բարձր տարիք

Գ-Արտերիալ հիպերտոնիա

Դ-Ծխելը

181. Անոթային պրոթեզները պետք է օգտագործվեն այն դեպքում, երբ՝

Ա-Ընդհանուր ազդրային զարկերակի վնասվածք

Բ-Մակերեսային զարկերակների վնասվածք

Գ-Վնասված զարկերակի ծայրերի միջև դիաստազ՝ ավելի քան 4 սմ

Դ-Վերին վերջույթների զարկերակների վնասվածք

182. Անոթների վրա վերականգնողական վիրահատության հակացուցումները հետևյալն են՝

Ա-ռեկոնստրուկցված անոթների թրոմբոզ

Բ-վերքի թարախային վարակ

Գ-շրջակա փափուկ հյուսվածքների զգալի ճմլում

Դ-անոթի ծայրերի զգալի դիաստազ

183. Ներքին քնային զարկերակի ավելի քան 90%-ի նեղացման դեպքում, նեղացման տարածքում արյան հոսքի արագությունը՝

Ա-զգալիորեն նվազում է

Բ-չափավոր մեծանում է

Գ-չի փոխվում

Դ-զգալիորեն մեծանում է

184. Փայծաղային զարկերակի անևրիզմաների ամենատարածված պատճառն է հանդիսանում՝

Ա-լյարդային հիպերտենզիա

Բ-վնասվածք

Գ-ֆիբրոմկանային դիսպլազիա

Դ-աթերոսկլերոզ

185. Ծնկափոսային զարկերակի թրոմբոզի դեպքում զարկերակի մերկացումը կատարվում է՝

Ա-սրունքի ստորին երրորդում

Բ-ազդրի ստորին երրորդում

Գ-ազդրի վերին երրորդում

Դ-սրունքի վերին երրորդում

186. Ստորին վերջույթների իշեմիայի որ փուլի դեպքում որ վիրաբուժական բուժումը, ըստ Ֆոնտեյն-Պոկրովսկու դասակարգման, խորհուրդ չի տրվում՝

Ա-III

Բ-IV

Գ-I

Դ-IIբ

187. Ոչ սպեցիֆիկ աորտոարտերիտի դեպքում ամենահաճախ ախտահարվում են՝

Ա-ճառագայթային զարկերակ

Բ-ենթաանրակային զարկերակի I հատված

Գ-ենթաանրակային զարկերակի II և III հատվածներ

Դ-անութփոսային զարկերակ

188. Փայծաղի զարկերակի անևրիզմայի բուժման համար ընտրության մեթոդ է համարվում՝

Ա-կապում

Բ-սպլենէկտոմիա

Գ-աուտովենոզային պլաստիկա

Դ-էմբոլիզացիա

189. Ներքին քնային զարկերակի դասական եղանակով էնդարտերէկտոմիայի ժամանակ առաջնային զարկերակային կարը խորհուրդ չի տրվում, պայմանավորված՝ հետևյալով.

Ա-ռեստենոզի և նույնակողմ կաթվածով

Բ-վաղ արյունահոսությամբ

Գ-գլխուղեղի նյարդերի ճյուղերի վնասվածքով

Դ-սրտային բարդություններով

190. Որովայնային աորտայի ստորերիկամային անևրիզմայի շունտավորման վիրահատությունից հետո աորտայի կրկնակի զննումը կատարվում է՝

Ա-10 տարի անց

Բ-Տարեկան 1 անգամ

Գ-5 տարին մեկ անգամ

Դ-3 տարի անց

191. Սուր իշեմիայի Սավելյեվի դասակարգման 1-ին փուլն է պատկանում թվարկվածներից՝

Ա-պլեգիան

Բ-ստորին վերջույթների ցավը

Գ-կոնտրակտուրան

Դ-պարեզը

192. Պեջետ-Շրեդերի հետ համակցված կրծքավանդակից ելքի համախտանիշի շտկման ժամանակ վիրաբուժական օպտիմալ մուտքը համարվում է՝

Ա-համակցված (վերանրակային և ենթաանրակային)

Բ-մեկուսացված անութային

Գ-մեկուսացված վերանրակային

Դ-մեկուսացված ենթաանրակային

193. Սիստոլիկ աղմուկի առկայությունը խոշոր զարկերակի պրոյեկցիայում թույլ է տալիս մեզ՝

Ա-գնահատել ախտահարված պրոցեսի ծգվածությունը

Բ-ախտորոշել անոթի խցանումը

Գ-որոշել նորմալ արյան հոսքը

Դ-մտածել զարկերակի նեղացման մասին

194. A. CAROTIS COMMUNIS-ի կապումից հետո գլխուղեղի արյան շրջանառությունը բարելավելու համար խորհուրդ է տրվում կապել նաև՝

Ա-միաժամանակ aa. faciales

Բ-միաժամանակ v. jugularis

Գ-միաժամանակ aa. lingualis

Դ-internal jugular vein (Օպելի մեթոդ)

195. Զարկերակի ինտիմա-մեդիա համալիրի հաստությունը նորմայում՝ ըստ ուլտրաձայնային հետազոտության տվյալների, կազմում է (մմ-ով).

Ա-0.7-0.9

Բ-0.9-1.0

Գ-1.1-1.2

Դ-1.2-1.4

196. Սուր միջընդերային արյան շրջանառության խանգարման կասկածի դեպքում հետագա բուժման տակտիկան գնահատելու նպատակով հիմնական հետազոտման մեթոդը հետևյալն է.

Ա-մագնիսական ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա կոնտրաստով

Բ-սելեկտիվ միջընդերիկոգրաֆիա

Գ-համակարգչային տոմոգրաֆիա կոնտրաստով

Դ-ուլտրաձայնային դուպլեքս սկանավորում

197. 40 տարեկանից երիտասարդ պացիենտների մոտ ծայրամասային զարկերակների անևրիզմների հիմնական պատճառը հանդիսանում է.

Ա-աթերոսկլերոզ

Բ-դիսպլազիա

Գ-էնդարտերէկտոմիա

Դ-վնասվածք

198. Իշեմիկ ինսուլտի ամենահավանական պատճառը՝

Ա-աթերոսկլերոզն է

Բ-կարդիոգեն էմբոլիան

Գ-հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշը

Դ-վասկուլիտը էրիթրեմիայի ֆոնի վրա

199. Ներքին քնային զարկերակի ռեկոնստրուկցիայի ժամանակ եթե քնային քեմոդեկտոման տալիս է ինտրամուրալ տարածում նախապատվությունը պետք է տալ՝

Ա-ներքին քներակային զարկերակի շունտավորում էքսպլանտատով

Բ-աուտովենոզ շունտավորում

Գ-ռեզեկցիա ծայրը-ծայրին տիպի թեքորեն անաստոմոզ

Դ-ներքին քներակային զարկերակի իմպլանտացիա արտաքին զարկերակի մեջ:

200. Ազդր-ազդրային շունտավորման դեպքում, շունտի անցանելիությունը վիրահատությունից 3 տարի անց (տոկոսներով).

Ա-45-55

Բ-15-25

Գ-60-80

Դ-30-40

201. Երիկամային զարկերակի ֆիբրոմուսկուլյար վնասվածքի ժամանակ նախընտրելի վիրաբուժական տակտիկան երիկամային զարկերակի _____-ն է՝

Ա-էնդարտերէկտոմիա

Բ-պլաստիկա

Գ-ստենտավորում

Դ-պրոթեզավորում

202. Քնային զարկերակների նեղացումները 50% մինչև 99%, 10-15% դեպքերում կարող են լինել հետևանք՝

Ա-սրտամկանի ինֆարկտի

Բ-թրոմբոէմբոլիկ ինսուլտների

Գ-տրանզիտոր իշեմիկ գրոհների

Դ-թոքային զարկերակների թրոմբէմբոլիայի

203. Զստային զարկերակների ստենտավորման հնարավոր մուտքը կարող է լինել թվարկվածներից հետևյալը՝

Ա-դիստալ՝ dorsalis pedis զարկերակով

Բ-տրանսզարկերակային երակային

Գ-տրանսֆեմորալ զարկերակային (+)

Դ-լծային երակով

204. Ծայրամասային զարկերակների քրոնիկ նեղացնող հիվանդությունների դեպքում իրականացվող աուտո-վենոզ շունտավորումների ժամանակ օգտագործվող երակն է՝

Ա-առաջային սրունքային երակ

Բ-մակերեսային ազդրային երակ

Գ-մեծ ենթամաշկային (սաֆենային) երակ

Դ-հետին սրունքային երակ

205. Ներքին քներակային զարկերակի նեղացման դեպքում աուսկուլտացիայի հատվածը հանդիսանում է՝

Ա-քունքային հատված

Բ-վերանրակային հատված

Գ-լծային հատված

Դ-ընդհանուր քներակային զարկերակի երկատման հատված

206. AMAUROSIS FUGAX-ը նշանակում է՝

Ա-անցողիկ կուրություն

Բ-ընդմիջվող կաղություն

Գ-անցողիկ իշեմիկ գրոհ

Դ-միգրենի նման գլխացավ

207. Պերիֆերիկ զարկերակների անևրիզմների առավել հազվադեպ պատճառն է՝

Ա-երկրորդային ինֆեկցիաներ

Բ-ոչ սպեցիֆիկ աորտոարտերիիտ

Գ-ֆիբրոմկանային դիսպլազիա

Դ-զարկերակների տրավմատիկ վնասվածքներ

208. Վիսցերալ զարկերակի ստենոզի դեպքում, առավել նախընտրելի է օգտագործել հետևյալ ուղեցույցի տեսակը՝

Ա-0.014" հիդրոֆիլ

Բ-0.035" հիդրոֆիլ

Գ-0.014" հիդրոֆոբ

Դ-0.035" հիդրոֆոբ

209. Ենթաանրակային զարկերակների ստենտավորման համար սովորաբար օգտագործվում են՝

Ա-Դեղորայքապատ ստենտներ

Բ-Ինքնալայնացվող ստենտներ

Գ-Բալոնային լայնացումով ստենտներ

Դ-Պերիֆերիկ ստենտ-գրաֆտներ

210. Ձախ ենթաանրակային զարկերակի ռեկանալիզացիայի և ստենտավորման ժամանակ ամենավտանգավոր բարդությունը հանդիսանում է՝

Ա-ստենտի մասնակի բացումը

Բ-ստենտի թրոմբոզ

Գ-ստենտի միգրացիա

Դ-աորտայի դիսեկցիա

211. Քնային զարկերակների ասիմպտոմ նեղացումները զուգակցված, ձախ պսակաձև զարկերակի նեղացման և աջ պսակաձև զարկերակի օկլյուզիայի հետ նախընտրելի տակտիկան է.

Ա-քներակային և պսակաձև զարկերակների միաժամանակյա ռեկոնստրուկցիա

Բ-պսակաձև զարկերակների շունտավորում, որին հաջորդում է քներակային զարկերակի ռեկոնստրուկցիան

Գ-քներակային զարկերակի ռեկոնստրուկցիա

Դ-քներակային զարկերակի ռեկոնստրուկցիա, որին հաջորդում է պսակաձև զարկերակի շունտավորում

212. Ազդրային զարկերակի թրոմբէմբոլիայի ժամանակ կատարվում է՝

Ա-Պրոֆունդոպլաստիկա

Բ-Սիմպաթէկտոմիա

Գ-Շունտավորում

Դ-Թրոմբէկտոմիա

213. Քրոնիկ որովայնային իշեմիայով բուժառուների մոտ վերին միջընդերային զարկերակի բուժման նախընտրելի եղանակն է՝

Ա-ստենտավորում

Բ-անգիոպլաստիկա

Գ-շունտավորում

Դ-էնդարտերէկտոմիա

214. Քնային զարկերակի էնդարտերեկտոմիայից հետո բուժառուներին խորհուրդ է տրվում երկարատև ընդունել՝

Ա-հակակոագուլյանտներ

Բ-հակաագրեգանտներ

Գ-ստատիններ

Դ-հակաբիոտիկներ

215. Ասիմպտոմ բուժառուների մոտ քնային զարկերակների վիրահատական բուժումը խորհուրդ է տրվում այն դեպքում երբ քնային զարկերակի նեղացումը ըստ NASCET առավել քան կազմում է (տոկոսային)՝

Ա-60

Բ-80

Գ-50

Դ-70

216. Ստորին վերջույթների զարկերակների բաց ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունից հետո ստորին վերջույթների զարկերակների օբլիտերացնող աթերոսկլերոզով բուժառուներին անտիագրեգացիոն մոնոթերապիան խորհուրդ է տրվում.

Ա-ցմահ

Բ-12 ամիս

Գ-6 ամիս

Դ-3 ամիս

217. Սուր մեզենտերիալ արյան շրջանառության խանգարումը կապված է՝

Ա-2-րդ աստիճանի նախասիրտ-փորոքային բլոկադայի

Բ-վերփորոքային տախիկարդիայի

Գ-նախասրտերի ֆիբրիլյացիայի

Դ-փորոքային ֆիբրիլյացիայի հետ

218. Ըստ զստային զարկերակի վնասվածքների մորֆոլոգիական տեսակների՝ TASC II դասակարգման համաձայն՝ արտաքին զստային զարկերակի միակողմանի խցանումը, որը շարունակվում է դեպի ընդհանուր ազդրային զարկերակ, դասակարգվում է որպես TASC:

Ա-C

Բ-A

Գ-B

Դ-D

219. Քներային զարկերակի էնդարտերէկտոմիան նվազեցնում է մահվան կամ ինսուլտի ռիսկը 70%-ից ավելի նեղացում ունեցող ախտանշանային բուժառուների մոտ (տոկոս).

Ա-27

Բ-48

Գ-61

Դ-53

220. Սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ բուժառուի մոտ ոչ դեղապատ ստենտի իմպլանտացիայից հետո, ստորին վերջույթների պլանային ռեվասկուլյարիզացիան խորհուրդ է տրվում՝

Ա-2 շաբաթ անց

Բ-4 շաբաթ անց

Գ-12 ամիս անց

Դ-6 ամիս անց

221. Ընդհանուր ազդրային զարկերակի պունկցիայի անատոմիական ուղեցույց է հանդիսանում ազդրոսկրի _____-ը:

Ա-Գլխի միջին մասը

Բ-Տրոխանտերի միջին մասը

Գ-Գլխի ստորին եզրը

Դ-Գլխի վերին եզրը

222. Ստորին վերջույթների քրոնիկ իշեմիա IIB ԸՍՏ Ա.Վ. ՊՈԿՐՈՎՍԿՈՒ, արտահայտվում է՝

Ա-ստորին վերջույթների հյուսվածքների կայուն ցավ և տրոֆիկ փոփոխություններ

Բ-ստորին վերջույթներում ցավի առաջացում՝ մինչև 1000 մ նորմալ տեմպով քայլելիս

Գ-ստորին վերջույթներում ցավի առաջացում՝ 200 մ-ից պակաս նորմալ տեմպով քայլելիս

Դ-ստորին վերջույթներում ցավ հանգստի և քնի ժամանակ

223. Ստենտի թրոմբոզի ուշացած ժամանակահատվածը կազմում է՝

Ա-ավելի քան 12 ամիս

Բ-24 ժամից մինչև 30 օր

Գ-30 օրից մինչև 12 ամիս

Դ-6 ժամից մինչև 24 ժամ

224. Երիկամային զարկերակների ստենտավորումից հետո ռեստենոզի հավանականությունը կլինի առավել բարձր երիկամային զարկերակի ___ մմ դեպքում:

Ա-7

Բ-6

Գ-5

Դ-6.5

225. Թրոմբանգիիտի դեպքում միկրոշրջանառության գնահատման ամենաինֆորմատիվ մեթոդն է՝

Ա-Ոտնաթաթի մատ-բազկային ինդեքս

Բ-Կապիլարոսկոպիա

Գ-Թթվածնի տրանսկուտան ճնշումը

Դ-Լազերային դոպլերային ֆլոումետրիա

226. Զարկերակների պաթոլոգիական դեֆորմացիաների հեմոդինամիկ նշանակությունը բնութագրվում է հետևյալի առկայությամբ՝

Ա-անցողիկ իշեմիկ գրոհ

Բ-իշեմիկ օջախներ նույն կողմանի ուղեղի ՄՌՏ-ի վրա

Գ-կինկինգ, երբ սեպտալ նեղացումը կազմում է 70%-ից ավելի և/կամ սիստոլիկ արյան հոսքի արագության (արյան հոսքի գծային արագությունը)՝ 150 սմ/վրկ-ից ավելի

Դ-ընդհանուր ուղեղային նյարդաբանական ախտանիշներ

227. Քնային զարկերակների վիրահատությունների ժամանակ ինտիման ներքին քնային զարկերակի պատին ֆիքսելու համար առավել արդյունավետ է օգտագործել կարանյութ ———.

Ա-7/0

Բ-5/0

Գ-8/0

Դ-9/0

228. Խորհուրդ է տրվում քներակային զարկերակի էնդարտերէկտոմիա կատարել թեթև իշեմիկ կաթվածների դեպքում կաթվածի սկսվելուց հետո 2 շաբաթվա ընթացքում, երբ ըստ Ռենկինի սանդղակի միավորը չի գերազանցում՝

Ա-5

Բ-2

Գ-3

Դ-4

229. Զարկերակային ռեկոնստրուկցիաների ժամանակ դիստալ անաստոմոզի կեղծ անևրիզմաները կանխելու նպատակով, խորհուրդ է տրվում տարին 1 անգամ իրականացնել՝

Ա-ՀՇ հետազոտություն կոնտրաստով

Բ-Ստորին վերջույթների զարկերակների դուպլեքս սկանավորում

Գ-Ստորին վերջույթների ռենտգեն

Դ-Պճեղ-բազկային ինդեքսի չափում

230. Երիկամային զարկերակների անևրիզմաները ֆիբրո-մկանային դիսպլազիայի ժամանակ բնութագրվում են՝

Ա-լոկալ եզակի անևրիզմաների առկայությամբ

Բ-մեզի արտահոսքի հաճախակի խանգարումներով

Գ-վազո-ռենալ հիպերտոնիայի ախտանիշների բացակայությամբ

Դ-երիկամային զարկերակների միջին և դիստալ հատվածների բազմակի նեղացումներով և հետնեղացումային լայնացումներով

231. 4 մմ-ից պակաս տրամագիծ ունեցող ներքին քներակային զարկերակի համար առավել նախընտրելի է՝

Ա-կլասիկ քներակային էնդարտերէկտոմիա առանց կարկատանի

Բ-էնդարտերէկտոմիա ըստ DeBakey-ի

Գ-էվերսիոն էնդարտերէկտոմիա

Դ-կլասիկ քներակային էնդարտերէկտոմիա կարկատանով

232. Սուր ուղեղային կաթվածից հետո թեթև ինսուլտների դեպքում քներակային զարկերակի էնդարտերէկտոմիան պետք է կատարվի ———————— ընթացքում:

Ա-25 օրվա

Բ-3 ամսվա

Գ-10 օրվա

Դ-2 շաբաթվա

233. Ներքին քներակային զարկերակի ռեկոնստրուկցիայից հետո զարկերակներով արյան հոսքի բաց թողման հերթականությունն է՝

Ա-ԱՔԶ-ն, ՆՔԶ-ն և ԸՔԶ-ն բաց են թողնվում միաժամանակ

Բ-ՆՔԶ-ԱՔԶ-ԸՔԶ

Գ-ԱՔԶ-ԸՔԶ-ՆՔԶ

Դ-ԱՔԶ-ՆՔԶ-ԸՔԶ

234. Բյուրգերի հիվանդությունը (խցանող թրոմբանգիիտ) զարգացնելու հիմնական ռիսկի գործոնն է՝

Ա-շաքարային դիաբետ

Բ-50 տարեկանից բարձր տարիք

Գ-հիպերտոնիա

Դ-ծխելը

235. Փայծաղային զարկերակի պարկաձև անևրիզմայի համար նախընտրելի վիրաբուժական բուժման մեթոդն է՝

Ա-անևրիզմայի էմբոլիզացիա

Բ-փայծաղային զարկերակի կապում

Գ-փայծաղային զարկերակի պրոթեզավորում

Դ-փայծաղային զարկերակի էմբոլիզացիա

236. Ներքին քնային զարկերակի 90%-ից ավելի նեղացման դեպքում նեղացման տարածքում արյան հոսքի արագությունը

Ա-զգալիորեն նվազում է

Բ-չափավոր աճում է

Գ-չի փոխվում

Դ-զգալիորեն աճում է

237. Փայծաղի զարկերակի անևրիզմների ամենատարածված պատճառներն են՝

Ա-լյարդային գերճնշումը

Բ-վնասվածք

Գ-ֆիբրոմուսկուլյար դիսպլազիա

Դ-աթերոսկլերոզ

238. Ծնկափոսային զարկերակի թրոմբոզի դեպքում զարկերակային մուտքը իրականացվում է՝ _____-ի _____ երրորդում:

Ա-սրունքի; ստորին

Բ-ազդրի; ստորին

Գ-ազդրի; վերին

Դ-սրունքի; վերին

239. Աորտայի ռեկոնստրուկցիայից հետո հաստ աղիքի իշեմիայի ամենատարածված պատճառը կարող է լինել հետևյալի կապումը.՝

Ա-վերին միջընդերային զարկերակ

Բ-truncus coeliacus

Գ-ներքին զստային զարկերակ

Դ-ստորին միջընդերային զարկերակ

240. Վիրահատական բուժումը ըստ Ֆոնտեյն-Պոկրովսկու դասակարգման խորհուրդ չի տրվում ստորին վերջույթների իշեմիայի _____ փուլի համար.

Ա-IIb

Բ-I

Գ-IV

Դ-III

241. Ենթաանրակային զարկերակի ստենտավորման ժամանակ նախա-ողային հատվածի նեղացումների ժամանակ նախընտրելի է օգտագործել՝

Ա-ստենտ-գրաֆտ

Բ-ինքնաընդարձակվող ստենտ

Գ-դեղապատ ստենտ

Դ-փուչիկով ընդարձակվող ստենտ

242. Բաց զարկերակային ռեկոնստրուկցիային է պատկանում թվարկվածներից՝

Ա-պտտվող դեզոբլիտերացիա

Բ-էնդարտերէկտոմիա

Գ-բիֆուրկացիոն ստենտավորում

Դ-բալոնային անգիոպլաստիկա

243. Զարկերակային վնասվածքների դեպքում առաջին բուժօգնությունն է՝

Ա-զարկերակի կապումը

Բ-ժգուտի կիրառումը

Գ-վերջույթի անշարժացումը

Դ-ճնշող վիրակապի տեղադրում

244. Ներքին քներային զարկերակի ստենոզի աստիճանը հաշվարկելու համար առավել հաճախ օգտագործվում է հետևյալ բանաձևը՝

Ա-NASCET

Բ-ECST

Գ-ACAS

Դ-SYNTAX

245. Անհայտ ծագման վերջույթների ծանր քրոնիկ իշեմիայով բուժառուի բուժման տակտիկան որոշելու նպատակով օպտիմալ ախտորոշիչ մեթոդը կլինի հետևյալը.

Ա-ռեովազոգրաֆիա

Բ-ջերմոգրաֆիա

Գ-դոպլերային հետազոտություն

Դ-աորտո-արտերիոգրաֆիա

246. Ներքին քնային զարկերակի աթերոսկլերոտիկ ստենոզով բարձր ռիսկի խմբի բուժառուների համար նախընտրելի բուժումն է՝

Ա-Բալոնային անգիոպլաստիկա

Բ-Քներակային էնդարտերէկտոմիա (էվերսիա)

Գ-Դեղորայքային թերապիա

Դ-Ստենտավորումը

247. Ոչ սպեցիֆիկ աորտոարտերիտի ժամանակ ամենահաճախ ախտահարվողներն են՝

Ա-ճաճանչային զարկերակը

Բ-ենթաանրակային զարկերակի I հատվածը

Գ-ենթաանրակային զարկերակի II և III հատվածները

Դ-անութային զարկերակը

248. Ստորին վերջույթների անուղղակի ռեվասկուլյարիզացիայի մեթոդներին, որոնք ուղղված են բարելավելու հյուսվածքներում միկրոշրջանառությունը, պատկանում է՝

Ա-աորտոֆեմորալ շունտավորում

Բ-գոտկային սիմպաթէկտոմիա

Գ-զստային թրոմբէկտոմիա

Դ-պոպլիտեալ զարկերակի պատվաստում

249. Զարկերակային թրոմբոէմբոլիայի կոնսերվատիվ բուժման եղանակներից է՝

Ա-հակաբակտերիալ թերապիա

Բ-ֆիբրինոգենի ներարկում

Գ-թարմ սառեցված պլազմայի փոխներարկում

Դ-թրոմբոլիտիկ թերապիա

250. Հիվանդությունը, որը դրսևորվում է բարձր զգայունությամբ նիկոտինի հանդեպ, հանդիպում է առավել երիտասարդ հասակում, արագ պրոգրեսիվող է և հաճախ բերում է վերջույթի ամպուտացիայի հանդիսանում է՝

Ա-Ռեյնոյի հիվանդություն

Բ-Բուրգերի թրոմբանգիիտ

Գ-Տակայասուի հիվանդություն

Դ-Հորթոնի հիվանդություն

251. Հսկաբջջային զարկերակաբորբը (Հորտոնի հիվանդություն) արյան անոթների քրոնիկ աուտոիմուն բորբոքային հիվանդություն է, որն ախտահարում է ՝

Ա-խոշոր և միջին տրամաչափի զարկերակները

Բ-միայն միջին տրամաչափի զարկերակները

Գ-միայն խոշոր տրամաչափի զարկերակները

Դ-մազանոթային ցանցը

252. Զարկերակային սուր էմբոլիայի ժամանակ ստորին վերջույթի 3B աստիճանի սուր իշեմիայի բուժման տակտիկան հետևյալն է.

Ա-շտապ էմբոլէկտոմիա

Բ-ֆասցիոտոմիա, նեկրէկտոմիա

Գ-առաջնային ամպուտացիա

Դ-կոնսերվատիվ թերապիա

253. Ստորին վերջույթների զարկերակների օբլիտերացնող աթերոսկլերոզով և զստային զարկերակի լոկալ ստենոզով հիվանդների ճնշող մեծամասնությանը պետք է կատարել.

Ա-հանգուցային էնդարտերէկտոմիա

Բ-զստային-ազդրային շունտավորում

Գ-անգիոպլաստիկա և ստենտավորում

Դ-բաց էնդարտերէկտոմիա

254. Ստորին վերջույթների սուր զարկերակային թրոմբոզի առավել հավանական պատճառն է՝

Ա-ձախ նախասրտի թրոմբոէմբոլիա

Բ-կրիպտոգեն թրոմբոէմբոլիա

Գ-աթերոսկլերոտիկ վահանիկի պատռվածք թրոմբոզով

Դ-ազդրային զարկերակի դիսեկցիա

255. Երիտասարդ ծխողների մոտ ստորին վերջույթների ամենատարածված խցանող զարկերակային հիվանդություններն են՝

Ա-էնդարտերիիտ

Բ-աթերոսկլերոզ

Գ-թրոմբանգիիտ

Դ-Ռեյնոյի հիվանդություն

256. 5 մմ-ից ավելի տրամագիծ ունեցող ներքին քներակային զարկերակի և ընդհանուր քնային զարկերակների համար առավել նախընտրելի է՝

Ա-կլասիկ քներակային էնդարտերէկտոմիա՝ կարկատանով

Բ-համակցված էվերսիոն էնդարտերէկտոմիա

Գ-կլասիկ քներակային էնդարտերէկտոմիա առանց կարկատանի

Դ-ԴեԲեյքիի էնդարտերէկտոմիա

257. Ստորին վերջույթի կրիտիկական իշեմիայի դեպքում TcPO2 մակարդակը կազմում է՝ (մմ ս.ս.)

Ա-60-70

Բ-38-52

Գ-30-10

Դ-10-ից ցածր

258. Ազդրային զարկերակի բարձր պունկցիայի հնարավոր բարդությունն է.

Ա-օդային էմբոլիա

Բ-հետորովայնամզի հեմատոմա

Գ-ենթամաշկային հեմատոմա

Դ-նստանյարդի վնասվածք

259. Սուր թրոմբոէմբոլիայի ժամանակ ստորին վերջույթի 1-ին աստիճանի սուր իշեմիայի բուժման տակտիկան է.

Ա-շտապ վիրահատություն

Բ-առաջնային ամպուտացիա

Գ-կոնսերվատիվ թերապիա

Դ-նեկրէկտոմիա

260. Երկու ներքին քնային զարկերակների միաժամանակյա ախտահարման դեպքում խորհուրդ է տրվում.

Ա-Առաջին էտապով կատարել ավելի քիչ հեմոդինամիկորեն նշանակալի ներքին քնային զարկերակի ստենտավորում, ապա կոնտրալատերալ ներքին քնային զարկերակի ստենտավորում:

Բ-Առաջին էտապով կատարել հեմոդինամիկորեն առավել նշանակալի ներքին քնային զարկերակի ստենտավորում, ապա կոնտրալատերալ ներքին քնային զարկերակի ստենտավորում:

Գ-Փուլային քնային էնդարտերէկտոմիա:

Դ-Երկու ներքին քներակների միաժամանակյա ստենտավորում:

261. Պերիֆերիկ զարկերակային անևրիզմներից առավել հաճախ հանդիպում են՝

Ա-ընդերային

Բ-բազկային

Գ-քնային

Դ-ազդրային

262. Հետին ոլոքային զարկերակի անոթազարկի պալպացիայի կետը տեղակայված է՝

Ա-կողմնային պճեղի վերին եզրից վերև

Բ-միջային պճեղի հետևի փոսում

Գ-ոտնաթաթի թիկնային մակերեսին

Դ-ծնկափոսի միջնամասում

263. Սիմպտոմային բուժառուների մոտ քնային զարկերակի հեմոդինամիկ զգալի նեղացումների դեպքում ցուցված է կատարել՝

Ա-Թրոմբոլիզ

Բ-Քնային էնդարտերէկտոմիա

Գ-Քնային անգիոպլաստիկա ստենտավորմամբ

Դ-Դեղորայքային թերապիա

264. Կանանց մոտ փայծաղի զարկերակի պատռվածքի ամենատարածված պատճառներն են՝

Ա-արագ քաշի կորուստ

Բ-որովայնի վնասվածք

Գ-հղիություն

Դ-ենթաստամոքսային գեղձի պոչի տարած դեստրուկտիվ պանկրեատիտ

265. Վերջույթի սուր զարկերակային իշեմիա, IIIA աստիճանին բնորոշ է հետևյալի առկայությունը՝

Ա-լրիվ կոնտրակտուրա

Բ-վերջույթների պարալիզ (ակտիվ շարժումների բացակայություն)

Գ-դիստալ հոդերով սահմանափակված կոնտրակտուրա

Դ-վերջույթների պարեզ (մկանային ուժի նվազում)

266. Ձախ ենթաանրակային զարկերակի փակումը կրծքային աորտայի ստենտավորման ժամանակ կատարվում է՝

Ա-գործող կրծքային-կորոնար շունտի ժամանակ

Բ-միշտ

Գ-արտակարգ իրավիճակներում

Դ-գերիշխող ձախ ողնաշարային զարկերակի դեպքում

267. Ստորին վերջույթների քրոնիկ զարկերակային խցանող հիվանդությունների դեպքում հաճախ հայտնաբերվում են՝

Ա-ախտահարված կողմի մկանների հիպերտրոֆիա, մազաթափություն,

Բ-ստորին վերջույթների հաճախակի կոտրվածքներ, ծնկի և կոճի հոդերի դեֆորմացիա

Գ-սրունքների այտուց, մազաթափություն, ստորին վերջույթների մաշկի մացերացիա, լիմֆորեա

Դ-մկանային ատրոֆիա, եղունգների թիթեղների աճի դանդաղում և հաստացում

268. Ցերեբրովասկուլյար անոթների աթերոսկլերոզը առավել հաճախ տեղակայվում է՝

Ա-ողնաշարային զարկերակների պրոքսիմալ հատվածներ

Բ-ներքին քնային զարկերակի ներգանգային հատվածում

Գ-ընդհանուր քնային զարկերակի երկատման հատվածում

Դ-աորտայի աղեղի ճյուղերում

269. Ստորին վերջույթների զարկերակային ախտահարումների տեսակները ըստ TASCII դասակարգման հետևյալն են՝

Ա-5

Բ-4

Գ-2

Դ-3

270. Որովայնային աորտայի անևրիզմաների պրոթեզավորման փուլում աորտայի և զստային զարկերակների սեղման ժամանակ թրոմբոզի զարգացում կանխելու նպատակով խորհուրդ է տրվում ներարկել հեպարին ———(միավոր/կգ) հաշվարկով:

Ա-500

Բ-20

Գ-100

Դ-200

271. Ներքին քնային զարկերակի ներվիրահատական հայտնաբերման համար ուղեցույց է հանդիսանում ——— երակը:

Ա-Դիմային

Բ-Ողնաշարային

Գ-Ենթալեզվային

Դ-Ենթածնոտային

272. Ընդհանուր զստային զարկերակի ստենտավորման համար ամենաօպտիմալ մուտքը համարվում է _____ զարկերակը:

Ա-Պոպլիտեալ

Բ-Խորը ազդրային

Գ-Ընդհանուր ազդրային

Դ-Մակերեսային ազդրային

273. Քնային էնդարտերէկտոմիայի որ մեթոդի ժամանակ չի օգտագործվում օտար նյութ՝

Ա-Ներքին քնային զարկերակի տրանսլումինալ անգիոպլաստիկա՝ ստենտավորմամբ

Բ-«դասական» քնային էնդարտերէկտոմիա

Գ-էվերսիոն քնային էնդարտերէկտոմիա

Դ-Քնային զարկերակի պրոթեզավորում

274. Ստորին վերջույթների կրիտիկական իշեմիայի դեպքում ռեվասկուլյարիզացիան անհրաժեշտ է.

Ա-իրականացվի հնարավորինս մեծ չափով

Բ-իրականացվի միայն էնդովասկուլյար մեթոդներով

Գ-նախապատվությունը տրվի կոնսերվատիվ թերապիային

Դ-իրականացվի միայն բաց վիրահատությամբ

275. Ներքին քնային զարկերակի արտաանոթային սեղմումը առավել հաճախ առաջանում է՝

Ա-քունքոսկրի ելուստից

Բ-ենթալեզվային ոսկրից

Գ-անրակի ուռուցքից

Դ-վահանաձև գեղձի ուռուցքից

276. Ստորին վերջույթների կրիտիկական իշեմիայի ախտանիշներից է՝

Ա-ստորին վերջույթների սառնության զգացում

Բ-ընդմիջվող կաղություն 500 մետրից ավելի ճանապարհ անցնելիս

Գ-ցավ հանգստի վիճակում

Դ-ընդհատվող կաղություն 100 մետրից ավելի ճանապարհ անցնելիս

277. Ի՞նչ մուտք է կիրառվում թրոմբէկտոմիայի համար:

Ա-Զարկերակի լրիվ մերկացում

Բ-Զարկերակի երկայնակի հատում

Գ-Զարկերակի լայնակի հատում

Դ-Զարկերակի հատում 45°-ով

278. Ընդմիջվող կաղության դեպքում ֆիզիկական վարժությունների նվազագույն տևողությունը պետք է լինի՝

Ա-20 րոպեից պակաս

Բ-2 ժամից ավելի

Գ-30-40 րոպե

Դ-3 ժամից ավելի

279. Վիրահատական դաշտում ներքին քնային զարկերակը արտաքին քնային զարկերակի նկատմամբ տեղակայված է.

Ա-միջային և զուգահեռ, ճակատային հարթությունում

Բ-միջային և հետին-առաջային

Գ-կողմնային և առաջային

Դ-հետին և զուգահեռ, սագիտալ հարթությունում

280. Որովայնային աորտայի անևրիզմայի ռեզեկցիայից հետո երիկամային զարկերակի շունտավորման համար առավել նպատակահարմար է օգտագործել՝

Ա-Քսենոտրանսպլանտատ

Բ-աուտովենա

Գ-Սինթետիկ պրոթեզ

Դ-աուտո զարկերակ

281. Քնային զարկերակների առնվազն 50% և ավելի նեղացումներով սիմպտոմային բուժառուներին անհրաժեշտ է կատարել՝

Ա-քնային զարկերակի էնդարտերէկտոմիա

Բ-քնային զարկերակի ստենտավորում

Գ-օպտիմալ դեղորայքային թերապիա

Դ-ստենտավորման հետաձգում ինտենսիվ հակալիպիդային թերապիայի կուրսից հետո

282. Ստորին վերջույթների գանգրենան ամենից հաճախ զարգանում է _____ զարկերակի օկլյուզիայի դեպքում՝

Ա-առաջային ոլոքային

Բ-մակերեսային ազդրային

Գ-խորանիստ ազդրային

Դ-ընդհանուր ազդրային

283. Սրտի իշեմիկ հիվանդություն ունեցող հիվանդների մոտ նոր սերնդի դեղորայքապատ ստենտի տեղադրումից հետո խորհուրդ է տրվում ստորին վերջույթների պլանային ռեվասկուլյարիզացիա (ամիսներով)՝

Ա-1

Բ-3

Գ-6

Դ-12

284. Պացիենտին, որի մոտ առկա է աորտայի տրավմատիկ պատռվածք համակցված գլխուղեղի վնասվածքով և կրծքավանդակի օրգանների վնասվածքով մահվան ռիսկը նվազեցնելու համար ցուցված է ստորև թվարկվածներից հետևյալը՝

Ա-շտապ վիրահատություն

Բ-պլանավորված վիրահատություն

Գ-հետաձգված վիրահատություն

Դ-դեղորայքային թերապիա

285. Ինչ ժամանակահատվածում է խորհուրդ տրվում կատարել քներակային զարկերակի էնդարտերէկտոմիա վերջին ինսուլտի էպիզոդից հետո, թեթև աստիճանի ինսուլտների դեպքում(ըստ Ռենկինի սանդղակի բալերի ընդհանուր թիվը չի գերազանցում 3)՝

Ա-1 տարի

Բ-6 ամիս

Գ-2 օր

Դ-2 շաբաթ

286. Արյան կորստի մահացու ծավալը (լիտրերով) կազմում է՝

Ա-0-3.5

Բ-ավելի քան 3.5

Գ-0.5-1.0

Դ-0-2.0

287. Քրոնիկ օբլիտերացնող հիվանդությունների դեպքում կատարվող աուտովենոզ շունտավորումների ժամանակ որպես երակ ամենից հաճախ օգտագործվում է՝

Ա-առաջային սրունքային

Բ-մակերեսային ազդրային

Գ-մեծ ենթամաշկային

Դ-հետին սրունքային

288. Վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակումից հետո խոշոր անոթների վնասվածքի դեպքում վիրաբուժական միջամտության առաջին փուլն է՝

Ա-Անոթի մոտակա և հեռակա ծայրերի մերկացում

Բ-Անոթային կարի տեղադրում

Գ-Անոթի վնասված հատվածի հեռացում

Դ-Անոթի ժամանակավոր կապում

289. Դ-դիմերի մակարդակը թույլ է տալիս գնահատել թվարկվածներից մեկի գործընթացի ակտիվացիան՝

Ա-ֆիբրինոգենի փոխակերպումը ֆիբրինի

Բ-ֆիբրինոգենի սինթեզ

Գ-ֆիբրինի քայքայում

Դ-թրոմբոցիտների ագրեգացիա

290. Ներկա ժամանակներում վերջույթների անդամահատման ամենատարածված մեթոդը համարվում է՝

Ա-էլիպսաձև

Բ-լոսկուտային

Գ-շրջանաձև

Դ-գիլիոտինային

291. Նյարդանոթային խրձի կոմպոնենտները ազդրային եռանկյան պրոյեկցիայում տեղակայված են հետևյալ հաջորդականությամբ՝

Ա-զարկերակ, նյարդ, երակ

Բ-նյարդ, զարկերակ, երակ

Գ-նյարդ, երակ, զարկերակ

Դ-երակ, զարկերակ, նյարդ

292. Ներքին կրծքային զարկերակը ճյուղ է ՝

Ա-աորտայից ճյուղավորվող

Բ-ենթաանրակային զարկերակի

Գ-ողնաշարային զարկերակի

Դ-ընդհանուր քնային զարկերակի

293. Վագների դասակարգման համաձայն՝ խորը խոցերը, աբսցեսները և օստեոմիելիտը համապատասխանում է ախտահարման հետևյալ աստիճանի՝

Ա-3

Բ-4

Գ-6

Դ-5

294. Ընդհանուր քներային զարկերակի երկատումը առավել հաճախ տեղակայված է՝

Ա-վահանաձև գեղձի աճառի ստորին եզրի մոտ

Բ-ստորին ծնոտի անկյան պրոյեկցիայով

Գ-վահանաձև գեղձի աճառի վերին եզր

Դ-ենթալեզվային ոսկրի

295. Ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություններից հետո դիստալ անաստոմոզի կեղծ անևրիզմների զարգացումը կանխելու համար խորհուրդ է տրվում ամեն տարի կատարել՝

Ա-Համակարգչային տոմոգրաֆիա կոնտրաստով

Բ-Ստորին վերջույթների զարկերակների դուպլեքս սկանավորում

Գ-Ստորին վերջույթների ռենտգեն

Դ-Պճեղ-բազկային ցուցիչի չափում

296. Էնօքսապարին նատրիում՝

Ա-կտրուկ մեծացնում է թրոմբոցիտների ագրեգացիան

Բ-կտրուկ իջեցնում է թրոմբոցիտների ագրեգացիան

Գ-աննշանորեն փոխում է APTT-ն

Դ-զգալիորեն փոխում է APTT-ն

297. Վերջույթի ծայրամասային մասի վիրաբուժական հատումը ցանկացած հոդի մակարդակով կոչվում է՝

Ա-ռեզեկցիա

Բ-էկտոմիա

Գ-էքզարտիկուլյացիա

Դ-անդամահատում

298. Շրջանառող իմունային կոմպլեքսները առավել հաճախ ախտահարում են՝

Ա-թոքերը

Բ-մաշկը

Գ-լյարդը

Դ-երիկամային անոթները

299. Անգիոգրաֆիայից առաջ և հետո բոլոր պացիենտներին հատկապես երիկամային անբավարարություն ունեցողներին, պետք է ստանան՝

Ա-Հակաբակտերիալ պրեպարատներ

Բ-Հեղուկի բավարար քանակություն

Գ-Միզամուղներ

Դ-Ստերոիդային դեղամիջոցներ

300. Բուժառուի սինկոպալ վիճակի առկայության դեպքում, խորհուրդ է տրվում հետազոտել ախտորոշելու համար՝

Ա-Նախասիրտ-փորոքային բլոկադան

Բ-Սրտի իշեմիկ հիվանդությունը

Գ-Շաքարային դիաբետ

Դ-Հիպոթիրեոզ

301. Որովայնային կոմպարտմենտ սինդրոմի առաջացման դեպքում, խորհուրդ է տրվում՝

Ա-որովայնի խոռոչի դրենավորում

Բ-հետորովայնամզային տարածության դրենավորում

Գ-նազոգաստրալ ինտուբացիա

Դ-դեկոմպրեսիվ լապարոտոմիա

302. Յատրոգեն անոթային վնասվածքները առավել հաճախ հետևանք են՝

Ա-նյարդանոթային խրձի շրջանում հյուսվածքների ինֆեկցիա

Բ-ներանոթային միջամտություններ կամ նյարդ-անոթային խրձի վնասումներ պունկցիայի ժամանակ

Գ-անոթների վնասվածք, անհետաձգելի բուժօգնության սկզբունքներին չհետևելու դեպքում

Դ-վերջույթների կոտրվածքների անշարժացման ժամանակ սխալ ֆիքսացիա

303. Առաջային սկալենոտոմիա կատարելու ժամանակ առավել հաճախ հանդիպում է ————— նյարդի վնասում.

Ա-թափառող

Բ-ստոծանիական

Գ-ծղիկային

Դ-միջային կրծքային

304. Հարպրոթեզային ինֆեկցիայի ամենահավանական պատճառները համարվում են՝

Ա-Staphylococcus aureus և Staphylococcus epidermidis

Բ-Escherichia coli

Գ-Pseudomonas aeruginosa

Դ-Proteus ցեղի էնտերոբակտերիաները

305. Ռեյնոյի հիվանդության վիրահատական բուժումը թվարկվածներից հետևյալն է՝

Ա-Վերին վերջույթի ռեվասկուլյարիզացիա

Բ-Ցողունի սիմպաթէկտոմիա

Գ-Նեկրէկտոմիա

Դ-Վերջույթի ամպուտացիա

306. Կրծքավանդակի ռենտգեն պատկերի վրա կրծքային աորտայի անևրիզմայի նշան է հանդիսանում.

Ա-թոքային դաշտերի մգացում

Բ-սրտի սահմանների մեծացում

Գ-դիաֆրագմայի գմբեթի բարձր դիրք

Դ-միջնորմի ստվերի ձախ կողմում լայնացում

307. Զարկերակների վնասման դեպքում նրանց ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունների ժամանակ, ադեկվատ հեմոստազը կլինի միայն՝

Ա-անոթային կարի

Բ-անոթի կապման

Գ-զարկերակային հատման

Դ-սեղմակի կիրառման ժամանակ

308. Ռեյնոյի հիվանդության ժամանակ «ստելատեկտոմիա» տերմինը նշանակում է հետևյալը.՝

Ա-պերիարտերիալ սիմպաթէկտոմիա

Բ-բազկային հյուսակի նեյրոլիզ

Գ-պարանոց-կրծքային սիմպաթիկ հանգույցի հեռացում (+)

Դ-ձախ երրորդ կրծքային սիմպաթիկ հանգույցի հեռացում

309. Հետվիրահատական շրջանում շունտի անցողունակությունը գնահատելու նպատակով խորհուրդ է տրվում՝

Ա-Դոպլեր հետազոտություն

Բ-Ուլտրաձայնային դուպլեքս սկանավորում

Գ-ՄՌՏ անգիոգրաֆիա

Դ-Պճեղ-բազկային ինդեքս

310. Սկալենուս համախտանիշի և վերտեբրոբազիլյար անբավարարության համար արմատական բուժման տարբերակ է.

Ա-սկալենէկտոմիա

Բ-առաջային և միջին սկալենոտոմիա

Գ-սկալենոտոմիա աստղաձև հանգույցի սիմպաթէկտոմիայով

Դ-սկալենոտոմիա պերիվազալ սիմպաթէկտոմիայով

311. Կրծքային աորտայի անևրիզմաների ախտորոշման մեջ համակարգչային շերտագրությունը ներերակային կոնտրաստավորմամբ որոշիչ ցուցանիշն է հանդիսանում՝

Ա-աորտայի պատի կալցիֆիկացիան

Բ-աորտայի տրամագիծը անևրիզմայի հատվածում

Գ-աորտայի ճյուղերի օկլյուզիան

Դ-աորտայի կրկնակի կոնտուրային լուսանցքը

312. Ներկայիս օգտագործվող ամպուտացիայի ամենատարածված մեթոդը համարվում է՝

Ա-էլիպսաձև

Բ-լոսկուտային

Գ-շրջանաձև

Դ-գիլիոտինային

313. Աորտայի անևրիզման դա աորտայի հատվածի լայնացումն է, որը գերազանցում է իր նորմալ տրամագիծը _____%-ով կամ ավելիով

Ա-200

Բ-25

Գ-50

Դ-100

314. Ստորին վերջույթների պլանային ռեվասկուլյարիզացիայի ժամանակավոր հետաձգում պահանջող կլինիկական վիճակներից է՝

Ա-լարման կրծքահեղձուկ, ֆունկցիոնալ դաս II

Բ-միոկարդի ինֆարկտ, որը տեղի է ունեցել 30 օրից պակաս ժամանակետում

Գ-սրտային անբավարարություն, ֆունկցիոնալ դաս II՝ ըստ NYHA-ի

Դ-առաջին աստիճանի նախասիրտ-փորոքային բլոկադա

315. Սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ բուժառուի մոտ նոր սերնդի դեղապատ ստենտի իմպլանտացիայից հետո, ստորին վերջույթների պլանային ռեվասկուլյարիզացիան խորհուրդ է տրվում՝ (ամիսներով)

Ա-3

Բ-12

Գ-1

Դ-6 հետո

316. Սովորական ստենտավորման ժամանակ մակարդման ժամանակը (վայրկյաններով) կազմում է ավելի քան.

Ա-200

Բ-400

Գ-180

Դ-250

317. Լերիշեի համախտանիշի ժամանակ կոլատերալ արյան շրջանառությունը չի կատարվում համակարգով՝

Ա-ենթաանրակային զարկերակներ

Բ-գոտկային զարկերակներ

Գ-ստորին միջընդերային զարկերակ

Դ-երիկամային զարկերակներ

318. Տարբերակում են օբլիտերացնող էնդարտերիտի հետևյալ տեսակները՝

Ա-միջային և կողմնային

Բ-դիստալ և դիֆուզ

Գ-ընդհանուր և կոնտրալատերալ

Դ-խառը և համակցված

319. Ներքին կրծքային զարկերակը հանդիսանում է հետևյալի ճյուղ՝

Ա-անջատվում է աորտայից

Բ-ենթաանրակային զարկերակի

Գ-ողնաշարային զարկերակի

Դ-ընդհանուր քներակ զարկերակի

320. Օբլիտերացնող թրոմբանգիիտի զարգացման հիմնական մեխանիզմը ներկայումս հանդիսանում է՝

Ա-վարակիչ-թունավոր

Բ-աուտոիմուն

Գ-նյութափոխանակային

Դ-տրավմատիկ

321. Վագների դասակարգման համաձայն՝ խորը խոցը, թարախը և օստեոմիելիտը համապատասխանում են ախտահարման ——— աստիճանի.

Ա-3

Բ-4

Գ-6

Դ-5

322. Ընդհանուր քներակային զարկերակի երկատումը առավել հաճախ համապատասխանում է՝

Ա-վահանաձև գեղձի աճառի ստորին եզրին

Բ-ստորին ծնոտի անկյանը

Գ-վահանաձև գեղձի աճառի վերին եզրին

Դ-ենթալեզվային ոսկրին

323. Քնային զարկերակների ստենտավորումից հետո երկկոմպոնենտ հակաթրոմբոցիտային թերապիա ցուցված է նշանակել եթե՝

Ա-Հեմոռագիկ ինսուլտ անամնեզում

Բ-Վերջերս տարած սրտամկանի ինֆարկտ (12 ամսից պակաս)

Գ-Պլանավորած մոտակա 6 ամիսների ընթացքում PCI

Դ-Տրանզիտոր իշեմիկ գրոհ անամնեզում

324. Զարկերակային թրոմբոէմբոլիայի ամենատարածված աղբյուրներն են՝

Ա-ստորին վերջույթների խորանիստ երակների թրոմբոզ

Բ-սրտի ձախ կեսի պաթոլոգիական պրոցես

Գ-խոցային աորտայի աթերոմատոզ

Դ-սրտի և խոշոր անոթների վիրահատություն

325. Հակակոագուլյանտ դեղամիջոցները կիրառվում են հետևյալ դեպքում՝

Ա-միգրացիոն լիմֆանգիտի

Բ-բակտերիալ էնդարտերիտի

Գ-կլոստրիդային գանգրենայի

Դ-երակային թրոմբոզի

326. 83-ամյա բուժառուի մոտ, ով ուներ ազդրային, ծնկափոսային և սրունքային զարկերակների աթերոսկլերոտիկ խցանում՝ IV աստիճանի քրոնիկ իշեմիայով և ոտնաթաթի թաց գանգրենայով, նախընտրելի վիրահատությունն է.

Ա-Ոտնաթաթի զարկերակների բալոնային անգիոպլաստիկա

Բ-Վերջույթի ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություն

Գ-Առաջնային ամպուտացիա

Դ-Գոտկային սիմպաթէկտոմիա

327. Կրծքային ելքի համախտանիշի նեյրոգեն կոմպոնենտի բուժման հեռակա արդյունքները կարելի է բարելավել հետևյալ եղանակներով՝

Ա-պարավազալ պերիարտերիալ սիմպաթէկտոմիա

Բ-աստղաձև հանգույցի սիմպաթէկտոմիա

Գ-բազկային հյուսակի սպիրտային-նովոկաինային բլոկադա

Դ-բազկային հյուսակի նեյրոլիզ

328. Հիվանդությունը որը կապված է մեծ տրամաչափի զարկերակների և աորտայի գրանուլոմատոզով՝ ինտիմայի մասիվ ֆիբրոզով և անոթի նեղացմամբ, որը հետագայում բերում է անևրիզմայի առաջացման, կոչվում է՝

Ա-Չարգ-Ստրաուսի համախտանիշ

Բ-Կավասակիի հիվանդություն

Գ-Տակայասուի զարկերակաբորբ

Դ-Վեգենների հիվանդություն

329. Ձեռքբերովի զարկերակ-երակային խուղակները ամենից հաճախ առաջանում են հետևյալի հետևանքով՝

Ա-թափանցող վնասվածքի

Բ-Մալորի-Վայսի համախտանիշի

Գ-զարկերակային անևրիզմայի էրոզիայի

Դ-պերիարտերիալ թարախակույտի

330. Երկու ստենտով բիֆուրկացիոն ստենտավորման տեխնիկան կոչվում է՝

Ա-provisional

Բ-culotte

Գ-kissing

Դ-ուղիղ ստենտավորում

331. Նախկինում որովայնի աորտայի անևրիզմայի ռեկոնստրուկցիայով բուժառուի մոտ սեպսիսի և ստամոքս-աղիքային արյունահոսության զարգացմամբ հիպոտոնիայով անհրաժեշտ է կասկածել հետևյալի առկայության մասին՝

Ա-աորտայի անևրիզմայի պատռվածք

Բ-պրոթեզի ինֆեկցիա

Գ-ստամոքսի խոցի պերֆորացիա

Դ-երկրորդային աորտոդուոդենալ ֆիստուլա

332. Պլևրայի գմբեթի վրա գտնվող հիմնական անոթը հետևյալն է՝

Ա-ենթաանրակային երակը

Բ-ենթաանրակային զարկերակը

Գ-ընդհանուր քներակային զարկերակը

Դ-ստորին վահանաձև գեղձի զարկերակը

333. Անոթային պրոթեզավորումը անհրաժեշտ է կիրառել հետևյալ դեպքերում՝

Ա-ընդհանուր ազդրային զարկերակի վնասում

Բ-մակերեսային զարկերակների վնասում

Գ-վնասված հիմնական զարկերակի ծայրերի միջև դիաստազը ավելի քան 4 սմ

Դ-վերին վերջույթների զարկերակների վնասում

334. Քնային զարկերակի ստենտավորումից հետո հիվանդների համար կրկնակի հակաթրոմբոցիտային թերապիան.

Ա-Խորհուրդ է տրվում 12 ամիս

Բ-Խորհուրդ է տրվում առնվազն 1 ամիս

Գ-Խորհուրդ է տրվում 6 ամիս

Դ-Խորհուրդ չի տրվում

335. Զարկերակների վնասվածքների դեպքում, անոթների ռեկոնստրուկտիվ պրոթեզավորումների հակացուցումներ են՝

Ա-Վերականգնված անոթների թրոմբոզ

Բ-Վերքի թարախային ինֆեկցիա

Գ-Շրջակա փափուկ հյուսվածքների զգալի ճմլում

Դ-Անոթային ծայրերի զգալի դիաստազ

336. Շնչառական անբավարարության զարգացման հիմնական պատճառը կրծքային-որովայնային աորտայի անևրիզմայի վիրահատությունից հետո հետևյալն է.՝

Ա-թորակոֆրենոտոմիա

Բ-թորակոտոմիա

Գ-աորտայի սեղմում

Դ-Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն անամնեզում

337. Արտերիո-վենոզ դիսպլազիայի ախտորոշման ոսկե ստանդարտն է.

Ա-Դոպլերային հետազոտություն

Բ-գերընտրողական արտերիոգրաֆիա

Գ-մագնիսական ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա

Դ-համակարգչային տոմոգրաֆիա կոնտրաստով

338. Հիբրիդային վիրահատությունների ժամանակ զստա-ազդրային սեգմենտների, հակաթրոմբոցիտային դեղամիջոցների և հեպարինի ներարկման ընթացքում հաճախ հանդիպող բարդություն է.

Ա-հեմատոմա

Բ-հիպոկոագուլյացիոն արյունահոսություն

Գ-ստամոքս-աղիքային արյունահոսություն

Դ-թրոմբոզ

339. Երիկամային ինֆարկտն առավել հաճախ է հանդիպում երիկամային զարկերակի անևրիզմներով հիվանդների մոտ, որոնց էթիոլոգիկ գործոնն է՝

Ա-աթերոսկլերոզ

Բ-ոչ սպեցիֆիկ աորտոարտերիտ

Գ-Վեգենների գրանուլոմատոզ

Դ-հանգուցային պերիարտերիիտ

340. Աջ ենթաանրակային և ներքին լծային երակները միաձուլվում են՝ կազմելով _____ երակը:

Ա-վերին խոռոչ

Բ-աջ զույգ երակ

Գ-ձախ անանուն երակ

Դ-աջ բրախիոցեֆալիկ երակ

341. Պճեղ-բազկային ինդեքսի 0.41-0.9 արժեքը ներկայացվում է որպես՝

Ա-կասկածելի արդյունք

Բ-կալցիֆիկացված զարկերակները սեղմելու անկարողություն

Գ-նորմալ

Դ-պերիֆերիկ զարկերակների միջին աստիճանի ախտահարում

342. Անոթների վնասվածքների ժամանակ բաց վիրահատական բուժման նախընտրելի մեթոդը համարվում է՝

Ա-անոթի կապում

Բ-անոթի շունտավորում

Գ-անոթի վնասված ծայրերի հատում՝ եզրերի ծայրը-ծայրին տիպի վերականգնումով

Դ-անոթի պրոթեզավորում

343. Պորտալ համակարգում ճնշումը նվազում է ի հետևանք՝

Ա-Սուգիուրայի միջամտության

Բ-TIPS միջամտության

Գ-կերակրափողի երակների էնդոսկոպիկ լիգացիայի

Դ-ստամոքսի կարճ երակների էմբոլիզացիայի

344. Ստորին վերջույթների քրոնիկ իշեմիան ասիմպտոմ ընթացքով դասակարգվում է _____ աստիճան՝ ըստ Պոկրովսկու դասակարգման

Ա-III

Բ-IIa

Գ-I

Դ-IIb

345. Վերին միջընդերային զարկերակի թրոմբոէմբոլիայի պատճառով առաջացող սուր մեզենտերիալ իշեմիայի դեպքում կատարվում են հետևյալ միջամտությունները՝

Ա-անոթի փոխարինում

Բ-թրոմբոէնդարտերէկտոմիա

Գ-թրոմբոէմբոլէկտոմիա

Դ-զարկերակային շրջանցիկ պատվաստում

346. Կոնտրաստային նյութի ներանոթային ներարկումից հետո խորհուրդ չի տրվում օգտագործել դեղամիջոցների հետևյալ խումբը՝

Ա-ստատիններ

Բ-ամինոգլիկոզիդներ

Գ-հակակոագուլյանտներ

Դ-հակաագրեգանտներ

347. Ստորին վերջույթի սուր իշեմիայի I աստիճանի դեպքում ըստ Ի.Ի. Զատևախինի կոնսերվատիվ թերապիան և հիվանդի հետազոտությունը հնարավոր են իրականացնել _____ ժամվա ընթացքում:

Ա-36

Բ-24

Գ-72

Դ-48

348. Ոչ սպեցիֆիկ աորտոարտերիտի ցանկացած տեսակի սուր փուլը բնութագրվում է հետևյալով՝

Ա-ԷՆԱ-ի բարձրացմամբ և նորմոքրոմ անեմիայի նշաններով

Բ-Ց ռեակտիվ սպիտակուցի և ԷՆԱ-ի բարձրացմամբ

Գ-նորմոքրոմ նորմոցիտար անեմիա, չափավոր թրոմբոցիտոզ

Դ-պլազմայում միզանյութի և կրեատինինի բարձր մակարդակներով

349. Պճեղ-բազկային ինդեքսի 1.3 ցուցանիշը ցույց է տալիս՝

Ա-ծայրամասային զարկերակների միջին աստիճանի ախտահարման մասին

Բ-ծայրամասային զարկերակների ծանր աստիճանի ախտահարման մասին

Գ-կասկածելի արդյունք

Դ-կալցիֆիկացված զարկերակները սեղմելու անհնարինություն

350. Հետվնասվածքային զարկերակ-երակային խուղակների զարգացման հիմնական պատճառն է՝

Ա-վնասված զարկերակի շրջանում վարակը

Բ-երակային ցողունի սեղմումը հեմատոմայով

Գ-զարկերակի և դրան ուղեկցող երակի միաժամանակյա վնասվածքը

Դ-նախահիվանդանոցային փուլում շրջապտույտի սխալ կիրառումը

351. Ստորին վերջույթների անդամահատման բացարձակ ցուցումներն են՝

Ա-ստորին վերջույթների կրիտիկական իշեմիա

Բ-ստորին վերջույթների տրոֆիկ խոց

Գ-ազդրոսկրի կոտրվածք

Դ-գանգրենա

352. Նորմայում պճեղ-բազկային ինդեքսը համապատասխանում է հետևյալ արժեքներին՝

Ա-0.90-1.40

Բ-0.91-0.99

Գ-<0.9

Դ->1.40

353. Պարապրոթեզային ինֆեկցիան վաղ հետվիրահատական շրջանում առաջանում է _____ վիրահատությունից հետո:

Ա-3 ամիս

Բ-ոչ ավելի, քան 1 տարի

Գ-առաջին 24 ժամվա ընթացքում

Դ-1 շաբաթ

354. Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ վերանայման (ՄԿԲ-10) նպատակներից մեկը ներառում է՝

Ա-բնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության որակի վերահսկողություն

Բ-բնակչության հիվանդացության և մահացության վերաբերյալ տվյալների համակարգված վերլուծություն

Գ-բժշկական կազմակերպությունների գործունեության կազմակերպում և պլանավորում

Դ-բժշկական կազմակերպությունների լոգիստիկ աջակցություն

355. Աորտայի չարորակ ուռուցքների դեպքում առավել հաճախ հանդիպող ուռուցքներն են՝

Ա-սարկոմաներ

Բ-միքսոմաներ

Գ-հեմանգիոմաներ

Դ-հեմանգիոէնդոթելիոմաներ

356. Բազմակի սրտային վերքերի ժամանակ վիրաբուժական բուժման համար կիրառվում է հետևյալ մուտքը՝

Ա-առաջային կողմնային միջկողային մուտք

Բ-երկայնական ստերնոտոմիա

Գ-կողմնային միջկողային մուտք

Դ-տրանսպլևրալ մուտք

357. Կլոպիդոգրելի միանվագ գերբեռնման դեղաչափը (մգ-ով) է

Ա-300, 600

Բ-75, 150

Գ-100, 200

Դ-50, 250

358. Փայծաղային զարկերակների անևրիզմները առավել հաճախ հանդիպում են՝

Ա-կանանց

Բ-տղամարդկանց

Գ-տարեցների

Դ-երեխաների մոտ

359. Արագ զարգացող ոտնաթաթի գանգրենայի դեպքում անհրաժեշտ է.

Ա-Կատարել անդամահատում

Բ-Կատարել ոտնաթաթի շունտավորում

Գ-Թաց գանգրենան վերածել չորի

Դ-Իրականացնել բազմակոմպոնենտ հակաբակտերիալ թերապիա

360. Ռեյնոյի հիվանդության զարգացման հիմնական պատճառը՝

Ա-տրավմատիկ

Բ-գենետիկ

Գ-իդիոպաթիկ

Դ-վարակիչ

361. Ռեյնոյի հիվանդության ժամանակ հիմնականում ախտահարվող անոթներն են՝

Ա-երակները

Բ-զարկերակ-վենուլային անաստոմոզները

Գ-մազանոթները

Դ-զարկերակները և զարկերակիկները

362. Կարդիոգեն շոկի առաջատար համախտանիշն է հանդիսանում թվարկվածներից՝

Ա-սրտի տոների խլացում

Բ-շնչառության դժվարացում

Գ-կրծքավանդակի ցավ

Դ-զարկերակային ճնշման նվազում

363. Օրգանիզմում քանի արյան շրջանառության համակարգ գոյություն ունի՝

Ա-1

Բ-2

Գ-3

Դ-4

364. Սրտի ռիթմի գեներատորը հանդիսանում է՝

Ա-Պուրկինեյի մանրաթելերը

Բ-Հիսի խուրձը

Գ-Բախմանի խուրձը

Դ-Սինոատրիալ հանգույցը

365. Կարդիոմիոպաթիայի ամենատարածված ձևը համարվում է՝

Ա-Ռեստրիկտիվ

Բ-առիթմոգեն աջ փորոքի դիսպլազիա

Գ-հիպերտրոֆիկ

Դ-դիլատացիոն

366. Նախասրտերի միջնապատի արատ ունեցող հիվանդների մոտ վիրաբուժական բուժումը խորհուրդ է տրվում, եթե QP/QS հարաբերակցությունը մեծ է՝

Ա-1.3:1

Բ-1.5:1

Գ-1.4:1

Դ-1.2:1

367. Միտրալ փականի անբավարարության IA դասի ոչ ինվազիվ ախտորոշիչ մեթոդը կարող է լինել թվարկվածներից հետևյալը՝

Ա-կրծքավանդակի ռենտգեն

Բ-12-արտածումային էլեկտրասրտագրություն

Գ-ֆոնոկարդիոգրաֆիա

Դ-տրանսթորակալ էխոկարդիոգրաֆիա

368. Ֆալոյի տետրադայով պացիենտների մոտ ձախ փորոքի ծանր հիպոպլազիա և ֆունկցիոնալ թերզարգացում կազմում է (տոկոս)՝

Ա-50

Բ-10

Գ-5

Դ-1

369. Էբշտեյնի անոմալիայի դեպքում միջնախասրտային հաղորդակցությունը վիզուալիզացվում է դեպքերի _____%-ում:

Ա-100

Բ-5

Գ-10

Դ-50

370. Թոքային հիպերտենզիան զարգանում է արյան շրջանառության համակարգում _____-ի հետևանքով

Ա-մեծ - հիպովոլեմիա

Բ-փոքր - հիպերվոլեմիա

Գ-փոքր - հիպովոլեմիա

Դ-մեծ – հիպերվոլեմիա

371. Աջ ներկրծքային զարկերակը IN SITU եղանակով չի կարող օգտագործվել հետևյալ ճյուղի շունտավորման համար՝

Ա-Բութ եզրային ճյուղ

Բ-Աջ պսակաձև զարկերակի հետին կողմնային ճյուղ

Գ-Առաջային միջփորոքային ճյուղ

Դ-Անկյունագծային ճյուղ

372. Միտրալ փականի բալոնային վալվուլոդիլատացիայի բացարձակ հակացուցում է հանդիսանում՝

Ա-թոքային հիպերտոնիա

Բ-նախասրտերի ֆիբրիլյացիա

Գ-ձախ նախասրտի թրոմբոզ

Դ-ատրիոմեգալիա

373. Թոքային երակի դրենաժի մասնակի անոմալիայի վիրաբուժական շտկումը ցուցված է, երբ QP/QS հարաբերակցությունը կազմում է ավելի քան՝

Ա-1.8/1

Բ-2/1

Գ-1/1

Դ-1.5/1

374. Սիստոլիկ ճնշումը ձախ փորոքում բարձրանում է հետևյալի ժամանակ՝

Ա-միտրալ ստենոզի

Բ-աորտալ ստենոզի

Գ-աորտալ անբավարարության

Դ-միտրալ անբավարարության դեպքում

375. Փականային բիոպրոթեզի առավելությունն է՝

Ա-լամինար արյան հոսք

Բ-երկարակեցություն

Գ-իմպլանտացիայի հեշտություն

Դ-տուրբուլենտ արյան հոսք

376. Սրտի իշեմիկ հիվանդություն ունեցող հիվանդների մոտ էխոկարդիոգրաֆիան չի կարող գնահատել՝

Ա-Առաջային վայրէջ զարկերակի պրոքսիմալ երրորդի նեղացումը

Բ-Միջփորոքային միջնապատի արատը

Գ-Ձախ փորոքի կծկման խանգարում

Դ-Պսակաձև անբավարարություն

377. Breitman -ի դիրքը բնորոշ է սրտակրանքաբորբին՝

Ա-ֆիբրոզ

Բ-կպչուն

Գ-կոնստրիկտիվ

Դ-արտաքրտնուկային

378. Էխոկարդիոգրաֆիայի տվյալների համաձայն, սրտամկանի ինֆարկտի ուշ բարդությունն է համարվում՝

Ա-միջփորոքային միջնապատի պատռվածք

Բ-ձախ փորոքի գագաթի անևրիզմատիկ լայնացած թրոմբոզը

Գ-ձախ փորոքի պապիլյար մկանի պատռվածք

Դ-միտրալ փականից խորդաների պատռվածք

379. Սրտի փոխպատվաստման հակացուցումները հանդիսանում են՝

Ա-զարկերակային գերճնշում

Բ-ակտիվ վարակիչ պրոցեսներ

Գ-ռեմիսիայի մեջ գտնվող քրոնիկ տոնզիլիտ

Դ-բարորակ նորագոյացություն

380. Նախասիրտ-փորոքային պաշարման առաջին աստիճանի ժամանակ պացիենտի վարման ճիշտ տակտիկան է՝

Ա-Սրտի խթանիչի տեղադրում VVI ռեժիմով

Բ-Սրտի խթանիչի տեղադրում AAI ռեժիմով

Գ-Սրտի խթանիչի տեղադրում DDD ռեժիմով

Դ-Պացիենտի դեղորայքային թերապիայով դինամիկ հսկողություն

381. Սրտամկանի իշեմիկ ծագման ցավի վերիֆիկացիայի համար ամենամեծ զգայունությունն ու սպեցիֆիկությունն ունեն՝

Ա-ԷՍԳ-ի և արյան ճնշման միաժամանակյա 24-ժամյա մոնիթորինգը

Բ-12-ալիքային 24-ժամյա ԷՍԳ մոնիթորինգը

Գ-սթրես-թեստը

Դ-սառը թեստը

382. Թորակոսկոպիայի և Դավինչի սարքի միջոցով պսակաձև զարկերակների շունտավորման նվազագույն ինվազիվ մեթոդներն են՝

Ա-TECAB

Բ-OPCAB

Գ-MIDCAB

Դ-PCI

383. Արտահայտված սրտային դիսինխրոնիայի ժամանակ խորհուրդ է տրվում՝

Ա-երկխցիկային սրտի խթանիչ

Բ-եռախցիկային սրտի խթանիչ

Գ-կարդիովերտեր-դեֆիբրիլյատոր

Դ-միախցիկային սրտի խթանիչ

384. Սրտի պսակաձև զարկերակների շունտավորում խորհուրդ է տրվում այն բուժառուներին, որոնց մոտ առկա է փականային պաթոլոգիա և պսակաձև զարկերակների մոտակա հատվածներում նեղացումը կազմում է առավել քան(%-ով)՝

Ա-60-ից (%) ավելի,

Բ-70

Գ-80

Դ-50

385. Ձախ փորոքի սիստոլիկ դիսֆունկցիայի հիմնական պատճառն է՝

Ա-իշեմիկ կարդիոմիոպաթիա

Բ-դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիա

Գ-զարկերակային գերճնշում

Դ-հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիա

386. Էլեկտրաֆիզիոլոգիական հետազոտությունների ընթացքում անցողիկ Ա-Վ բլոկադաներ առաջացնելու համար օգտագործվում են՝

Ա-Բիսոպրոլոլ

Բ-Ատրոպին

Գ-Վերապամիլ

Դ-ԱՓՖ ինհիբիտորներ

387. Սրտի մետաստազների ամենաբարձր հաճախականությունը դիտվում է հետևյալ դեպքերում՝

Ա-դիսեմինացված չարորակ մելանոմա

Բ-բրոնխո-թոքային ուռուցքներ

Գ-կրծքագեղձի քաղցկեղ

Դ-ստամոքս-աղիքային տրակտի քաղցկեղ

388. Բարենպաստ անատոմիայով Ֆալոյի տետրադայով բուժառուները ենթարկվում են արմատական վիրահատության՝

Ա-կյանքի առաջին օրը

Բ-3-ից 12 ամսական

Գ-3-ից 5 տարեկան

Դ-10-ից 14 օր

389. Սրտային միքսոմաները առավել հաճախ տեղակայվում են՝

Ա-ձախ նախասրտում

Բ-թոքային զարկերակում

Գ-աջ փորոքում

Դ-աջ նախասրտում

390. 65-ամյա բուժառուին, ով ունի տիպիկ լարման ստենոկարդիա և արտամղման ֆրակցիա 45%, խորհուրդ է տրվում իրականացնել.

Ա-սթրես - ԷՍԳ՝ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությամբ

Բ-պսակաձև զարկերակների սելեկտիվ անգիոգրաֆիա

Գ-դեղորայքային թերապիայի փորձնական իրականացում

Դ-ՀՇ կորոնար անգիոգրաֆիա

391. Րոպեում 160-250 զարկ սրտի հաճախությունը, լայն և դեֆորմացված QRS համալիրը և P ատամիկի բացակայությունը բնորոշ են՝

Ա-սինուսային տախիկարդիայի

Բ-փորոքային էքստրասիստոլայի

Գ-պարոքսիզմալ փորոքային տախիկարդիայի

Դ-փորոքային ֆիբրիլյացիայի

392. Այն դեպքերը, երբ վերփորոքային էքստրասիստոլաները առաջանում են յուրաքանչյուր երրորդ սինուսային համալիրից հետո, անվանում են՝ վերփորոքային՝

Ա-բիգեմինիա

Բ-քվադրիգեմինիա

Գ-միայնակ էքստրասիստոլա

Դ-տրիգեմինիա

393. Երկու ներկրծքային զարկերակների միջոցով աորտո-կորոնար շունտավորման ժամանակ հնարավոր է շունտավորել՝

Ա-միայն ձախ փորոքի առաջկողմնային պատի հիմնական ճյուղերը

Բ-միայն ձախ պսակաձև զարկերակի ճյուղերը

Գ-միայն երկու պսակաձև զարկերակները

Դ-սրտի բոլոր պսակաձև զարկերակները

394. Սինուսային բրադիկարդիան բնութագրվում է սրտի կծկումների հաճախականության նվազմամբ մինչև ___ զարկ րոպեում:

Ա-70

Բ-80

Գ-50

Դ-60

395. Բրուգադայի համախտանիշի էթիոլոգիան հետևյալն է՝

Ա-իդիոպաթիկ

Բ-ինֆեկցիոն

Գ-յաթրոգեն

Դ-գենետիկ

396. Սրտային առիթմիաների դեպքում հակակոագուլյանտներ ընդունելիս արյունահոսության ռիսկը որոշվում է հետևյալ սանդղակով՝

Ա-DLQI

Բ-CHA2DS2-VASC

Գ-RIFLE

Դ-HAS-BLED

397. Սրտի փոխպատվաստումը բացարձակ հակացուցված է՝

Ա-18 տարեկանից փոքր անձանց համար

Բ-ՄԻԱՎ-ով վարակված անձանց համար

Գ-35 կգ/մ2-ից մեծ մարմնի զանգվածի ինդեքսով անձանց համար

Դ-1 լ/մ2-ից պակաս FEV1-ով անձանց համար

398. Պսակաձև զարկերակների սելեկտիվ անգիոգրաֆիայի բարդությունը չի հանդիսանում թվարկվածներից՝

Ա-փորոքի պերֆորացիա

Բ-հեմատոմայի առաջացում զարկերակի պունկցիայի տեղում

Գ-աորտայի դիսեկցիա

Դ-եռփեղկ փականի խորդայի պատռվածք

399. Բուժառուն պսակաձև զարկերակների ստենտավորումից հետո պետք է ստանա երկկոմպոնենտ հակաագրեգանտային թերապիա՝

Ա-ողջ կյանքի ընթացքում

Բ-հիվանդանոցում գտնվելու ընթացքում

Գ-վիրահատությունից հետո առաջին տարվա ընթացքում

Դ-թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների առկայության դեպքում

400. Բուժառուի մոտ պսակաձև զարկերակների պրոֆիլակտիկ ստենտավորումից 3 շաբաթ անց որովայնի աորտայի անևրիզմայի պրոթեզավորման ժամանակ հիվանդի մոտ առավել վտանգավոր բարդություն է.

Ա-առիթմիա

Բ-անկայուն հեմոդինամիկա

Գ-հիպոկոագուլյացիոն արյունահոսություն

Դ-ստենտի թրոմբոզ

401. Սրտի իշեմիկ հիվանդության դեպքում վիրաբուժական բուժման բացարձակ ցուցումներն են՝

Ա-հետինֆարկտային բարդություններ

Բ-սուր միոկարդի ինֆարկտ

Գ-կայուն ստենոկարդիա որը չի ենթարկվում դեղորայքային թերապիայի

Դ-կանգային սրտային անբավարարություն

402. Ստենոկարդիայի նոպան հանելու նպատակով խորհուրդ է տրվում նշանակել՝

Ա-β1-ադրենոբլոկատորներ

Բ-կարճատև ազդեցության նիտրատներ

Գ-միզամուղներ

Դ-ստատիններ

Սկզբնաղբյուրներ՝

Сосудистая хирургия по Хаймовичу. Том 1 Автор: Ашер А., Покровский А.В. Издательство: Лаборатория знаний, 2017г.

Сосудистая хирургия по Хаймовичу. Том 2 Автор: Ашер А., Покровский А.В. Издательство: Лаборатория знаний, 2017г.

Клиническая ангиология: Руководство/Под ред. А.В.Покровского. В двух томах. — Т. 1. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004г.

Сосудистая хирургия В.С. Савельева: национальное руководство. Автор: Под редакции академика РАН Затевахина И.И. и академика РАН Кириенко А.И. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2025г.

Ультразвуковая диагностика в ангиологии и сосудистой хирургии. Хатчинсон Стюарт Дж. Под ред. Кириенко А.И., Чуриков Д.А. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2023г.

Ультразвуковая диагностика болезней вен. 4-е изд., перераб. и доп. Автор: Кириенко А.И., Чуриков Д.А. Издательство: ЛИТЕРРА, 2026г.

Эндоваскулярные методы в хирургическом лечении варикозной болезни/ Е. В. Шайдаков, Е. А. Илюхин. – СПб.: Издательство «Дитон-Арт», 2016г.

Эндоваскулярные вмешательства на периферических сосудах : иллюстрированное руководство Шрёдер, Ю., пер. с англ. В. Ю. Халатова; под общ. ред. С. А. Абугова.

Издательство: МЕДпресс-информ, 2014г.

Клинические рекомендации "Варикозное расширение вен нижних конечностей". Клинические рекомендации 2024г.

Эндовенозная лазерная облитерация. Автор: Стойко Ю.М., Мазайшвили К.В. Издательство: URSS, 2020 г.

Peripheral arterial disease and bypass surgery in the diabetic lower limb. Review Med Clin North Am 2013. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23992894/

Farber A, Menard MT, Conte MS et al (2022) Surgery or endovascular therapy for chronic limb-threatening ischemia. N Engl J Med 387(25):2305–2316. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2207899

Norgren L, Hiatt W R, Dormandy J A. et al. TASC II Working Group. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease. Int Angiol. 2007;26(2):81–157. [PubMed]

Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II).

Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG; TASC II Working Group; Bell K, Caporusso J, Durand-Zaleski I, Komori K, Lammer J, Liapis C, Novo S, Razavi M, Robbs J, Schaper N, Shigematsu H, Sapoval M, White C, White J, Clement D, Creager M, Jaff M, Mohler E 3rd, Rutherford RB, Sheehan P, Sillesen H, Rosenfield K.Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17140820/

Hans S S DeSantis D Siddiqui R Khoury M Results of endovascular therapy and aortobifemoral grafting for Transatlantic Inter-Society type C and D aortoiliac occlusive disease Surgery. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18847642/

ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESS Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease. J Am Coll Cardiol. 2024;83(24):2497-604. doi:10.1016/j.jacc.2024.02.013 - Pubmed

Fitridge R, Chuter V, Mills J et al. The Intersocietal IWGDF, ESVS, SVS Guidelines on Peripheral Artery Disease in People with Diabetes and a Foot Ulcer. Diabetes Metabolism Res. 2023;40(3):e3686. doi:10.1002/dmrr.3686 - Pubmed

Beckman J, Schneider P, Conte M. Advances in Revascularization for Peripheral Artery Disease: Revascularization in PAD. Circ Res. 2021;128(12):1885-912. doi:10.1161/circresaha.121.318261 - Pubmed

Rulon L Hardman, Omid Jazaeri , J Yi , M Smith, Rajan Gupta. Overview of Classification Systems in Peripheral Artery Disease. Semin Intervent Radiol . 2014 Dec - Pubmed

Sasha P Suarez Ferreira, Ryan P Hall, Katherine Morrow , Shiv Patel , Ivy Lee, Fanah Hagos , Nikolaos Zacharias , Kellie Machlus , The impact of sex on platelet responses to aspirin in patients with peripheral artery disease. Am J Hematol 2024 Apr;99 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38400527/

Adams D.H. et al. Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Self-Expanding Prosthesis // N. Engl. J. Med. 2014. Vol. 370, № 19. P. 1790–1798.

Philip P. Goodney, MD, MS, FAHA, Chair, Elsie G. Ross, MD, MS, RPVI, FAHA, Vice Chair, Jeffrey T. Bruckel, MD, MPH, FACC, FSCAI, JCPM Liaison, Olamide Alabi, MD, MS, S. Elissa Altin, MD, FACC, FSCAI, Karen Bauer, DNP, APRN-FNP, CWS, Rebecca L. Diekemper, MPH, Marie D. Gerhard-Herman, MD, FACC, Lily E. Johnston, MD, MPH, FSVS, Victoria T. Martin, MD, MSCI, Amanda M. Morrison, 2026 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Patients With Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Performance Measures. https://doi.org/10.1161/HCQ.0000000000000142