ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

**Тестовые задания для подготовки к сдаче специального экзамена для
лиц, получивших высшее медицинское и фармацевтическое образование
в иностранных государствах по специальности
«Ультразвуковая диагностика»**

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

Раздел 1. Физические свойства ультразвука

001.ПРОЦЕСС, НА КОТОРОМ ОСНОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА - ЭТО

- 1) визуализация органов и тканей на экране прибора
- 2) взаимодействие ультразвука с тканями человека
- 3) прием отраженных сигналов
- 4) распространение ультразвуковых волн**
- 5) серошкальное представление изображения на экране прибора

002.УЛЬТРАЗВУК - ЭТО ЗВУК, ЧАСТОТА КОТОРОГО НЕ НИЖЕ

- 1) 15 кгц
- 2) 20000 гц**
- 3) 1 мгц
- 4) 30 гц
- 5) 20 гц

003.АКУСТИЧЕСКОЙ ПЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) частота
- 2) давление**
- 3) скорость
- 4) период
- 5) длина волны

004.СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА ВОЗРАСТАЕТ ЕСЛИ

- 1) плотность среды возрастает
- 2) плотность среды уменьшается
- 3) упругость возрастает
- 4) плотность и упругость возрастают
- 5) плотность уменьшается, упругость возрастает**

005.УСРЕДНЕННАЯ СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА В МЯГКИХ ТКАНЯХ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1450 м/с
- 2) 1620 м/с
- 3) 1540 м/с**
- 4) 1300 м/с

5) 1420 м/с

006. СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) частотой
- 2) амплитудой
- 3) длиной волны
- 4) периодом
- 5) средой**

007. ДЛИНА ВОЛНЫ УЛЬТРАЗВУКА С ЧАСТОТОЙ 1 МГЦ В МЯГКИХ ТКАНЯХ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3,08 мм
- 2) 1,54 мкм
- 3) 1,54 мм**
- 4) 0,77 мм
- 5) 0,77 мкм

008. ДЛИНА ВОЛНЫ В МЯГКИХ ТКАНЯХ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ЧАСТОТЫ

- 1) уменьшается**
- 2) остается неизменной
- 3) увеличивается
- 4) зависит от настройки аппарата

009. НАИБОЛЬШАЯ СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА НАБЛЮДАЕТСЯ В

- 1) воздухе
- 2) водороде
- 3) воде
- 4) железе**
- 5) вакууме

010. СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА В ТВЕРДЫХ ТЕЛАХ ВЫШЕ, ЧЕМ В ЖИДКОСТЯХ, Т.К. ОНИ ИМЕЮТ БОЛЬШУЮ

- 1) плотность
- 2) упругость**
- 3) вязкость
- 4) акустическое сопротивление
- 5) электрическое сопротивление

011. ЗВУК - ЭТО

- 1) поперечная механическая волна
- 2) электромагнитная волна
- 3) частица
- 4) фотон
- 5) продольная механическая волна**

012. ИМЕЯ ЗНАЧЕНИЯ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА И ЧАСТОТЫ МОЖНО РАССЧИТАТЬ

- 1) амплитуду
- 2) период
- 3) длину волны
- 4) амплитуду и период
- 5) период и длину волны**

013.ЗАТУХАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СИГНАЛА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) рассеивание
- 2) отражение
- 3) поглощение
- 4) рассеивание и поглощение
- 5) **рассеивание, поглощение и отражение**

014.В МЯГКИХ ТКАНЯХ КОЭФФИЦИЕНТ ЗАТУХАНИЯ ДЛЯ ЧАСТОТЫ 5 МГЦ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 дб/см
- 2) 2 дб/см
- 3) 3 дб/см
- 4) 4 дб/см
- 5) **5 дб/см**

015.С УВЕЛИЧЕНИЕМ ЧАСТОТЫ КОЭФФИЦИЕНТ ЗАТУХАНИЯ В МЯГКИХ ТКАНЯХ

- 1) уменьшается
- 2) остается неизменным
- 3) **увеличивается**
- 4) зависит от настройки аппарата

016.СВОЙСТВА СРЕДЫ, ЧЕРЕЗ КОТОРУЮ ПРОХОДИТ УЛЬТРАЗВУК ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) **сопротивление**
- 2) интенсивность
- 3) амплитуда
- 4) частота
- 5) период

017.К ДОППЛЕРОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОСТОЯННОЙ ВОЛНЫ ОТНОСИТСЯ

- 1) продолжительность импульса
- 2) частота повторения импульсов
- 3) частота
- 4) длина волны
- 5) **частота и длина волны**

018.В ФОРМУЛЕ, ОПИСЫВАЮЩЕЙ ПАРАМЕТРЫ ВОЛНЫ, ОТСУТСТВУЕТ

- 1) частота
- 2) период
- 3) **амплитуда**
- 4) длина волны
- 5) скорость распространения

019.УЛЬТРАЗВУК ОТРАЖАЕТСЯ ОТ ГРАНИЦЫ СРЕД, ИМЕЮЩИХ РАЗЛИЧИЯ В

- 1) плотности
- 2) **акустическом сопротивлении**
- 3) скорости распространения ультразвука
- 4) упругости
- 5) скорости распространения ультразвука и упругости

020.ПРИ ПЕРПЕНДИКУЛЯРНОМ ПАДЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ЛУЧА ИНТЕНСИВНОСТЬ ОТРАЖЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) разницы плотностей
- 2) **разницы акустических сопротивлений**
- 3) суммы акустических сопротивлений

- 4) и разницы и суммы акустических сопротивлений
- 5) разницы плотностей и разницы акустических сопротивлений

021.ПРИ ВОЗРАСТАНИИ ЧАСТОТЫ ОБРАТНОЕ РАССЕИВАНИЕ

- 1) увеличивается**
- 2) уменьшается
- 3) не изменяется
- 4) преломляется
- 5) исчезает

022.ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ РАССЧИТАТЬ РАССТОЯНИЕ ДО ОТРАЖАТЕЛЯ, НУЖНО ЗНАТЬ

- 1) затухание, скорость, плотность
- 2) затухание, сопротивление
- 3) затухание, поглощение
- 4) время возвращения сигнала, скорость**
- 5) плотность, скорость

023.УЛЬТРАЗВУК МОЖЕТ БЫТЬ СФОКУСИРОВАН С ПОМОЩЬЮ

- 1) искривленным элементом
- 2) искривленным отражателем
- 3) линзой
- 4) фазированной антенной
- 5) всего вышеперечисленного**

024.ОСЕВАЯ РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) фокусировкой
- 2) расстоянием до объекта
- 3) типом датчика
- 4) числом колебаний в импульсе**
- 5) средой, в которой распространяется ультразвук

025.ПОПЕРЕЧНАЯ РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) фокусировкой**
- 2) расстоянием до объекта
- 3) типом датчика
- 4) числом колебаний в импульсе
- 5) средой

026.ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКА ОТ ДАТЧИКА В ТКАНИ ЧЕЛОВЕКА УЛУЧШАЕТ

- 1) эффект доплера
- 2) материал, гасящий ультразвуковые колебания
- 3) преломление
- 4) более высокая частота ультразвука
- 5) соединительная среда**

027.ОСЕВАЯ РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ УЛУЧШЕНА, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ЗА СЧЕТ

- 1) улучшения гашения колебания пьезоэлемента**
- 2) увеличение диаметра пьезоэлемента
- 3) уменьшения частоты
- 4) уменьшения диаметра пьезоэлемента
- 5) использования эффекта доплера

028.ЕСЛИ БЫ ОТСУТСТВОВАЛО ПОГЛОЩЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКА ТКАНЯМИ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА, ТО НЕ БЫЛО БЫ НЕОБХОДИМОСТИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ПРИБОРЕ

- 1) компрессию
- 2) демодуляцию
- 3) компенсацию**
- 4) компрессию и демодуляцию

029.ДИСТАЛЬНОЕ ПСЕВДОУСИЛЕНИЕ ЭХА ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) сильно отражающей структурой
- 2) сильно поглощающей структурой
- 3) слабо поглощающей структурой**
- 4) ошибкой в определении скорости
- 5) преломлением

030.МАКСИМАЛЬНОЕ ДОППЛЕРОВСКОЕ СМЕЩЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ДОППЛЕРОВСКОГО УГЛА РАВНОГО

- 1) 90 градусов
- 2) 45 градусов
- 3) 0 градусов**
- 4) 45 градусов
- 5) 90 градусов

031.ЧАСТОТА ДОППЛЕРОВСКОГО СМЕЩЕНИЯ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) амплитуды**
- 2) скорости кровотока
- 3) частоты датчика
- 4) доплеровского угла
- 5) скорости распространения ультразвука

032.ИСКАЖЕНИЯ СПЕКТРА ПРИ ДОППЛЕРОГРАФИИ НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ, ЕСЛИ ДОППЛЕРОВСКОЕ СМЕЩЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОВТОРЕНИЯ ИМПУЛЬСОВ

- 1) меньше
- 2) равно
- 3) больше
- 4) верно все перечисленное
- 5) меньше или равно**

033.ИМПУЛЬСЫ, СОСТОЯЩИЕ ИЗ 2-3 ЦИКЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

- 1) импульсного доплера
- 2) непрерывно-волнового доплера
- 3) получения черно-белого изображения**
- 4) цветного доплера
- 5) энергетического доплера

034.МОЩНОСТЬ ОТРАЖЕННОГО ДОППЛЕРОВСКОГО СИГНАЛА ПРОПОРЦИОНАЛЬНА

- 1) объемному кровотоку
- 2) скорости кровотока
- 3) доплеровскому углу
- 4) плотности клеточных элементов**
- 5) линейной скорости кровотока

035.БИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАЗВУКА

- 1) не наблюдается

- 2) не наблюдается при использовании диагностических приборов
- 3) не подтверждено при пиковых мощностях, усредненных во времени ниже 100 мВт/кв.см**
- 4) верно 2 и 3

036. КОНТРОЛЬ КОМПЕНСАЦИИ /GAIN/

- 1) компенсирует нестабильность работы прибора в момент разогрева
- 2) компенсирует затухание**
- 3) уменьшает время обследования больного
- 4) увеличивает время обследования больного

037. ДЛЯ ЛУЧШЕЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОБЪЕКТА НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО

- 1) использовать датчик большей разрешающей способности**
- 2) использовать датчик меньшей разрешающей способности
- 3) увеличить мощность ультразвука
- 4) уменьшить мощность ультразвука

038. АРТЕФАКТ ВИДЕ «ХВОСТА КОМЕТЫ» СПОСОБСТВУЕТ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ

- 1) металлических инородных тел от кальцинатов**
- 2) солидных образований от кальцинатов
- 3) жидкостных образований от солидных структур
- 4) злокачественных и доброкачественных образований

039. СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В ВОЗДУШНОЙ СРЕДЕ ПО СРАВНЕНИЮ С МЫШЕЧНОЙ ТКАНЬЮ

- 1) выше
- 2) ниже**
- 3) зависит от частоты ультразвука
- 4) зависит от мощности ультразвука

040. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВОЛНА В СРЕДЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В ВИДЕ

- 1) продольных колебаний**
- 2) поперечных колебаний
- 3) электромагнитных колебаний
- 4) прямолинейных равномерных колебаний

041. ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ УЗИ ИСПОЛЬЗУЮТ ТЕРМИНЫ:

- 1) высоко-, слабо-, изоинтенсивный сигналы
- 2) затемнение, просветление
- 3 эхонегативные, изоэхогенные структуры**
- 4) гипо-, гипер-, изоденсные структуры

042. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ ПОЛУЧАЮТ:

- 1) путем торможения электронов при столкновении с анодом
- 2) путем возбуждения ядер водорода биологического объекта в магнитном поле
- 3 путем генерирования звуковых волн при вибрации кристалла под действием электрического поля**
- 4) при самопроизвольном распаде ядра

Раздел 2. Ультразвуковая диагностика в гастроэнтерологии

001. АНАТОМИЧЕСКИ В ПЕЧЕНИ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) 6 сегментов

- 2) **8 сегментов**
- 3) 7 сегментов
- 4) 5 сегментов
- 5) 4 сегмента

002. АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ГРАНИЦЫ МЕЖДУ КВАДРАТНОЙ И ЛЕВОЙ ДОЛЯМИ ПЕЧЕНИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) основной ствол воротной вены
- 2) ложе желчного пузыря
- 3) ворота печени
- 4) **круглая связка и ее борозда**

003. СТРУКТУРА ПАРЕНХИМЫ НЕИЗМЕНЕННОЙ ПЕЧЕНИ

- 1) **мелкозернистая**
- 2) крупноочаговая
- 3) представлена множественными участками повышенной эхогенности
- 4) представлена множественными участками пониженной эхогенности
- 5) представлена множественными участками средней эхогенности

004. ЭХОГЕННОСТЬ НЕИЗМЕНЕННОЙ ТКАНИ ПЕЧЕНИ

- 1) повышенная
- 2) пониженная
- 3) **сопоставима с эхогенностью коркового вещества почки**
- 4) превышает эхогенность коркового вещества почки

005. ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПЕЧЕНИ ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ

- 1) улучшения звукопроводимости тканью печени
- 2) **ухудшения звукопроводимости тканью печени**
- 3) улучшения качества ультразвуковых приборов
- 4) правильной настройки уз- прибора

006. КОЛЕБАНИЯ НОРМАЛЬНОГО РАЗМЕРА ОСНОВНОГО СТВОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 7-8 мм
- 2) 5-8 мм
- 3) 15-20 мм
- 4) 17-21 мм
- 5) **9-14 мм**

007. МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА УГЛА НИЖНЕГО КРАЯ ЛЕВОЙ ДОЛИ НОРМАЛЬНОЙ ПЕЧЕНИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

- 1) 50-градусов
- 2) 80-градусов
- 3) **45-градусов**
- 4) 40-градусов
- 5) 75-градусов

008. ПЕЧЕНОЧНЫЕ ВЕНЫ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ КАК

- 1) трубчатые анэхогенные структуры с гиперэхогенными стенками
- 2) **трубчатые анэхогенные структуры с нечеткими стенками**
- 3) трубчатые гипоэхогенные структуры с нечеткими стенками
- 4) округлые эхонегативные структуры

009. КОСОЙ ВЕРТИКАЛЬНЫЙ РАЗМЕР (КВР) ПЕЧЕНИ У ВЗРОСЛЫХ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

- 1) 190 мм
- 2) **150 мм**
- 3) 175 мм
- 4) 165 мм
- 5) 180 мм

010. ДОПУСТИМЫМИ РАЗМЕРАМИ ТОЛЩИНЫ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ У ВЗРОСЛЫХ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) правая до 152-165 мм, левая до 60 мм
- 2) **правая до 120-140 мм, левая до 60 мм**
- 3) правая до 172-185 мм, левая до 50 мм
- 4) правая до 142-155 мм, левая до 75 мм
- 5) правая до 170-180 мм, левая до 60 мм

011. МЕТОДИЧЕСКИ ПРАВИЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ У ВЗРОСЛЫХ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРОВОДИТСЯ В

- 1) положении косого сканирования
- 2) положении поперечного сканирования
- 3) **положении продольного сканирования**
- 4) положении датчика вдоль 8 межреберья

012. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПЕЧЕНИ

- 1) эхогенность не изменена, сосудистый рисунок четкий
- 2) эхогенность понижена, сосудистый рисунок "обеднен"
- 3) четкая визуализация сосудистого рисунка, эхогенность смешанная
- 4) **"обеднение" сосудистого рисунка и повышение эхогенности паренхимы печени**
- 5) воротная вена не изменена, эхогенность смешанная

013. ОДНИМ ИЗ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы печени с нарушением структуры и деформации сосудистого рисунка
- 2) увеличение размеров угла нижнего края обеих долей печени
- 3) **сохранение структуры паренхимы и структуры сосудистого рисунка печени на фоне повышения эхогенности**
- 4) выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы печени
- 5) выявление отдельных участков повышенной эхогенности в паренхиме печени

014. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОЧАГОВОЙ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ОТ ОБЪЕМНЫХ ПРОЦЕССОВ - ЭТО

- 1) **архитектоника и сосудистый рисунок печени не нарушены**
- 2) деформация сосудистого рисунка и повышение эхогенности печени
- 3) нарушение архитектоники и сосудистого рисунка печени
- 4) сосудистый рисунок печени не нарушен, эхогенность снижена
- 5) изменения гистограммы яркости

015. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНО УСТАНОВИТЬ

- 1) клинический диагноз
- 2) морфологический диагноз
- 3) **инструментальный диагноз**
- 4) клинический и морфологический диагнозы

016. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНО УСТАНОВИТЬ

- 1) характер поражения
- 2) **характер и распространенность поражения**
- 3) нозологическую форму поражения
- 4) нозологическую форму поражения и ее выраженность
- 5) нозологическую форму поражения и его прогноз

017. ХАРАКТЕРНЫЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК КАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО БОЛЬШОМУ КРУГУ - ЭТО

- 1) размеры печени не увеличены, сосудистый рисунок обеднен
- 2) деформация печеночных вен, 1,5-2-х кратное уменьшение размеров печени
- 3) **расширение и деформация печеночных вен, увеличение размеров печени**
- 4) расширение и деформация воротной вены
- 5) расширение желчевыводящих протоков

018. ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С УМЕРЕННО- ВЫРАЖЕННЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ИМЕЕТ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) равномерное понижение эхогенности паренхимы печени
- 2) неравномерное понижение эхогенности паренхимы печени
- 3) **неравномерное повышение эхогенности паренхимы печени участками, "полями"**
- 4) нормальную эхогенность паренхимы печени
- 5) равномерное повышение эхогенности паренхимы печени

019. РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЦИРРОЗА ЧАЩЕ

- 1) в пределах нормы
- 2) уменьшены
- 3) значительно уменьшены
- 4) **увеличены**

020. РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ В ТЕРМИНАЛЬНУЮ СТАДИЮ ЦИРРОЗА ПРИ ЧАЩЕ

- 1) в пределах нормы
- 2) увеличены за счет правой доли
- 3) **уменьшены за счет правой доли**
- 4) уменьшены за счет левой доли
- 5) значительно увеличены - всего объема органа

021. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ СЛЕДУЮЩАЯ

- 1) контуры ровные, края острые
- 2) **контуры неровные, бугристые, края тупые**
- 3) контуры ровные, края закруглены
- 4) контуры не ровные, зубчатые, края острые
- 5) контуры ровные, гладкие, края тупые

022. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) расширение селезеночной вены более 6 мм в диаметре
- 2) расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре
- 3) **увеличение желчного пузыря**
- 4) увеличение селезенки
- 5) выявление порто-кавальных анастомозов

023. ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ АРХИТЕКТониКИ ПЕЧЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) первичный рак печени
- 2) метастатическое поражение печени
- 3) цирроз печени
- 4) жировой гепатоз**
- 5) узловая гиперплазия печени

024. ОПУХОЛЕВЫЙ ТРОМБ В ВОРОТНОЙ ВЕНЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ

- 1) первичного рака печени**
- 2) метастатического поражения печени
- 3) узловой гиперплазии печени
- 4) злокачественной опухоли почек
- 5) злокачественной опухоли поджелудочной железы

025. УЗЛОВАЯ (ОЧАГОВАЯ) ГИПЕРПЛАЗИЯ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) доброкачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением
- 2) злокачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением
- 3) врожденной аномалией развития с прогрессирующим течением**
- 4) воспалительным поражением с прогрессирующим течением
- 5) ни одним из перечисленных

026. ДЛЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СОЛИДНОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО УЗЛА В ПЕЧЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- 1) эффект дистального псевдоусиления
- 2) эффект дистального ослабления
- 3) деформация сосудистого рисунка печени
- 4) нарушение контура печени
- 5) нарушение однородности структуры паренхимы**

027. ОДНИМ ИЗ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АДЕНОМЫ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) большие размеры образования
- 2) неровность, бугристость и нечеткость контуров
- 3) небольшие размеры образования
- 4) наличие гипозоногенного halo
- 5) четкость и относительная ровность контура**

028. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА УЗЛОВОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПЕЧЕНИ - ЭТО

- 1) участок грубой деформации (сморщивания) паренхимы печени
- 2) объемное образование с нечетко выраженной гиперэхогенной капсулой
- 3) участок неоднородности паренхимы по типу цирротических изменений**
- 4) многоузловое объемное образование солидной структуры
- 5) многоузловое объемное образование солидно-кистозной структуры

029. ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СИНДРОМА BUDD-CHIARI В ОСТРУЮ ФАЗУ - ЭТО

- 1) расширение желчевыводящих протоков
- 2) расширение воротной вены
- 3) сужение воротной вены
- 4) расширение нижней полой вены в области хвостатой доли печени
- 5) сужение устьев печеночных вен**

030. К ВАЖНЕЙШИМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) локальное повреждение контура, (капсулы) печени

- 2) гипо-анэхогенное образование в паренхиме печени часто с нечеткими контурами
- 3) наличие свободного газа в брюшной полости**
- 4) наличие нарастающего количества свободной жидкости в брюшной полости
- 5) локальное повреждение контура печени и свободная жидкость в брюшной полости

031. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ФОРМ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПЕЧЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1) размеры печени**
- 2) контуры измененного участка
- 3) структура измененного участка
- 4) состояние сосудистого рисунка
- 5) характер эхогенности

032. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1) контуры измененного участка
- 2) структура измененного участка
- 3) состояние сосудистого рисунка
- 4) характер эхогенности
- 5) внутренний диаметр нижней полой вены**

033. В ОЦЕНКЕ СОСУДИСТОГО РИСУНКА ПРИ ОЧАГОВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ

- 1) направление сосуда
- 2) характер криволинейности сосуда
- 3) характер изменения диаметра крупных и средних сосудов
- 4) четкость выявления стенок сосудистой сети
- 5) равномерность и углы отхождения ветвей от более крупных сосудов**

034. В ДИАГНОСТИКЕ ДИФFUЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ ЭХОГРАФИЯ ИМЕЕТ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ

- 1) высокую чувствительность и высокую специфичность
- 2) высокую чувствительность и низкую специфичность**
- 3) низкую чувствительность и низкую специфичность
- 4) низкую чувствительность и высокую специфичность
- 5) ни один из перечисленных

035. ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) очаговым фиброзом печени
- 2) очаговой формой жировой инфильтрации печени
- 3) метастатическим поражением печени
- 4) первичным раком печени
- 5) кистой печени**

036. ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) кистами печени
- 2) эхинококкозом печени
- 3) метастатическим поражением печени
- 4) первичным раком печени
- 5) альвеококкозом печени**

037. ПУНКЦИЯ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭХИНОКОККОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ТОЛЬКО ПРИ УСЛОВИИ

- 1) визуализации кальцификации капсулы образования
- 2) визуализации перегородок в полости образования
- 3) визуализации взвеси в полости образования
- 4) получения отрицательных результатов серологических проб**

038. ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ХАРАКТЕРА ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) рентгеновскую компьютерную томографию
- 2) магнитно-резонансное исследование
- 3) УЗИ
- 4) радионуклидное исследование
- 5) пункционную биопсию под визуальным (эхография, компьютерная томография) контролем**

039. ОТОЖДЕСТВЛЕНИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КРУПНООЧАГОВОЙ НЕОДНОРОДНОСТИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ С МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ МАКРОНОДУЛЛЯРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) правомерным
- 2) неправомерным**
- 3) правомерным при наличии эхографических признаков портальной гипертензии
- 4) правомерным при наличии эхографических признаков внутрипеченочного холестаза
- 5) при наличии признаков портальной гипертензии и внутрипеченочного холестаза

040. НЕИНВАЗИВНАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) установить нозологический характер поражения
- 2) верифицировать характер гистологических изменений ткани
- 3) установить наличие диффузного или очагового патологического процесса и относительную степень его выраженности**
- 4) установить клинический диагноз
- 5) верифицировать лабораторные показатели

041. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗАТУХАНИЯ В ГЛУБОКИХ ОТДЕЛАХ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) неправильно настроенном уз-приборе
- 2) наличии диффузного поражения печени**
- 3) наличии очагового поражения печени
- 4) употреблении в пищу адсорбентов
- 5) неподготовленности пациента к исследованию

042. ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) увеличением размеров печени и селезенки с вероятными изменениями воротной вены**
- 2) увеличением селезенки
- 3) расширением портальной системы
- 4) повышением эхогенности ткани печени и селезенки

043. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА НАЧАЛЬНЫХ ЕЕ СТАДИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) увеличение размеров печени и селезенки с вероятными изменениями воротной вены**

- 2) уменьшение размеров печени при увеличенной селезенке с нормальным состоянием воротной вены
- 3) нормальное состояние печени при увеличении селезенки и уменьшением просвета воротной вены
- 4) увеличение левой доли печени и селезенки с повышением их эхогенности

044. АТРОФИЧЕСКИЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) **уменьшением размеров печени и асцитом**
- 2) неоднородной структурой печеночной ткани и спленомегалией
- 3) признаками портальной гипертензии
- 4) варикозным расширением вен пищевода

045. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ПЕЧЕНИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

- 1) **визуализации округлых гипоэхогенных или анэхогенных образований с четкими контурами**
- 2) визуализации солидных структур в паренхиме печени
- 3) визуализации неоднородных образований полиморфной эхоструктуры с четкими контурами
- 4) визуализации солидных структур с четкими контурами в паренхиме печени

046. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) **полиморфизмом эхографических изменений диффузного или очагового характера**
- 2) гипоэхогенными кистозными образованиями в одной из долей печени
- 3) явлениями портальной гипертензии
- 4) увеличением размеров печени без изменения ее структуры

047. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАПИЛЛЯРНЫХ ГЕАНГИОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) **определением одиночных или множественных округлых образований повышенной эхогенности с однородной структурой**
- 2) определением одиночных гипоэхогенных кистозных образований
- 3) определением неоднородных преимущественно солидных образований паренхимы печени
- 4) увеличением размеров печени без изменения ее структуры

048. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) **полиморфной эхографической картиной с определением округлых образований различной эхо структуры, нарушающих архитектонику печени**
- 2) определением округлых кистозных образований с четкими контурами
- 3) повышением эхогенности ткани печени с неровностью его контура
- 4) повышенным поглощением уз-колебаний и ухудшением получаемого изображения

049. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1) **округлой инкапсулированной кисты с пристеночным образованием**
- 2) солидного образования печени
- 3) неоднородным образованием печени
- 4) увеличением размеров печени

050. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЙНОЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **гепатомегалия, паренхима нормальной или пониженной эхогенности, с расширенными печеночными венами**
- 2) гепатомегалия, паренхима повышенной эхогенности, с расширенными печеночными венами
- 3) гепатомегалия, неоднородная структура печени
- 4) уменьшение печени в размерах, повышенной эхогенности с расширением основного ствола v. portae

051. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **увеличение размеров печени, понижение эхогенности паренхимы, уменьшение количества трабекулярных структур по периферии**
- 2) увеличение размеров печени, повышение эхогенности паренхимы
- 3) уменьшение размеров печени, повышение эхогенности паренхимы
- 4) нормальные размеры печени, появление неоднородности паренхимы с нарушением архитектоники печени

052. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗОВ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) **нормальной по размерам печенью, с нарушением архитектоники печени, увеличением количества стромальных элементов**
- 2) нормальной по размерам печенью с бугристым краем, расширением портальной системы
- 3) уменьшенной в размерах печенью с паренхимой пониженной эхогенности
- 4) неоднородностью паренхимы печени, с паренхимой повышенной эхогенности

053. ПОРТО-ПОРТАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ - ЭТО

- 1) анастомозы между основным стволом воротной вены и селезеночной веной
- 2) анастомозы между основным стволом воротной вены и верхней брыжеечной веной
- 3) анастомозы между основным стволом воротной вены и ветвями нижней полой вены
- 4) **анастомозы между основным стволом воротной вены и ее внутripеченочными ветвями**
- 5) анастомозы между основным стволом воротной вены и печеночными венами

054. СРЕДНИЙ ДИАМЕТР ВОРОТНОЙ ВЕНЫ БОЛЕЕ 14 ММ, ПОЛУЧЕННЫЙ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ЕЕ ПРОСВЕТА ТОЛЬКО В ПЕРЕДНЕ-ЗАДНЕМ НАПРАВЛЕНИИ В ПОЛОЖЕНИИ КОСОГО СКАНИРОВАНИЯ (СРЕЗ ПО ДЛИННИКУ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ), ЯВЛЯЕТСЯ УБЕДИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ЕЕ РАСШИРЕНИЯ

- 1) да
- 2) нет
- 3) да, при условии проведения нескольких измерений в этом срезе
- 4) **да, если воротная вена имеет округлую форму среза поперечного сечения в этой точке**

055. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ

- 1) циррозе
- 2) нарушением кровообращения по большому кругу
- 3) **локализации объемных образований в воротах печени или циррозе печени**
- 4) локализации объемных образований в периферических отделах печени, богатых мелкими портальными сосудами

056. ДЛЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПЕЧЕНОЧНОГО АБСЦЕССА В ОСТРУЮ И ПОДОСТРУЮ ФАЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) выявляется полость с неоднородным содержимым и часто неровными контурами

- 2) в полости определяется наличие жидкости и густого содержимого часто с образованием уровня
- 3) часто в полости абсцесса выявляются пузырьки газа
- 4) в большинстве случаев визуализируется тонкостенная гиперэхогенная капсула**
- 5) в окружающей паренхиме печени часто визуализируется неоднородный ободок повышенной эхогенности неравномерной толщины

057. ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы
- 2) между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки**
- 3) под висцеральной поверхностью печени и селезенки
- 4) в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы
- 5) между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы

058. ПОДПЕЧЕНОЧНЫЙ АБСЦЕСС ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы
- 2) между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки
- 3) под висцеральной поверхностью печени**
- 4) в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы
- 5) между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы
- 6) под висцеральной поверхностью печени и селезенки

059. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦДК ПЕЧЕНИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ ОТМЕЧАЮТ

- 1) ток крови в печеночных венах имеет разнонаправленный и турбулентный характер
- 2) ток крови в печеночных венах имеет разнонаправленный и ламинарный характер
- 3) ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и турбулентный характер
- 4) ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и ламинарный характер**
- 5) невозможно оценить характер кровотока

060. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦДК ТОК КРОВИ В ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕНАХ И ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕТВЯХ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

- 1) имеет однонаправленный характер
- 2) имеет разнонаправленный характер**
- 3) невозможно сопоставить и оценить
- 4) нет необходимости в оценке перфузии печеночного кровотока

061. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦДК ТОК КРОВИ В ВЕТВЯХ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕТВЯХ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

- 1) имеет однонаправленный характер**
- 2) имеет разнонаправленный характер
- 3) невозможно сопоставить и оценить
- 4) нет необходимости в оценке перфузии печеночного кровотока

062. ОТСУТСТВИЕ ЦВЕТОВОГО СИГНАЛА В ПРОСВЕТЕ ТРУБЧАТОЙ СТРУКТУРЫ МОЖЕТ ОЗНАЧАТЬ, ЧТО

- 1) данная структура не является кровеносным сосудом
- 2) чувствительность прибора не соответствует параметрам кровотока в данном сосуде
- 3) настройка прибора неадекватна конкретной ситуации
- 4) возможности прибора и методики недостаточны для исследования данного сосуда
- 5) возможны все перечисленные варианты**

063. ПО ПАРАМЕТРАМ ЦВЕТОВОГО СИГНАЛА В РЕЖИМЕ ЦДК НЕВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) направление кровотока в сосудах
- 2) раскладку скоростных параметров потока крови на протяжении сосуда
- 3) объемную скорость кровотока в сосуде**
- 4) характер кровотока (артериальный, венозный) в средних и крупных сосудах
- 5) определить характер кровотока (ламинарный, турбулентный) в конкретном участке сосуда

064. УЗИ ПЕЧЕНИ В В-РЕЖИМЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦДК НЕ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) оценить размеры печени
- 2) оценить структуру печени
- 3) оценить функциональное состояние печени**
- 4) выявить диффузные поражения
- 5) выявить очаговые поражения

065. УТВЕРЖДЕНИЕ ОБ УПЛОТНЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ ЭХОГЕННОСТИ

- 1) справедливо всегда
- 2) несправедливо**
- 3) справедливо при наличии хронического гепатита
- 4) справедливо при наличии цирроза печени
- 5) справедливо при наличии кальцификатов в паренхиме печени

066. НАЛИЧИЕ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ ТРЕБУЕТ ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1) ежемесячного динамического исследования
- 2) повторных исследований через 1-1,5 мес., 3 мес., далее раз в полгода**
- 3) динамического исследования один раз в полгода
- 4) динамического исследования один раз в год
- 5) оперативного лечения

067. ПОЛИКИСТОЗ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЕТСЯ С ПОЛИКИСТОЗОМ

- 1) почек**
- 2) поджелудочной железы
- 3) селезенки
- 4) яичников

068. К СТРУКТУРАМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ В В-РЕЖИМЕ НА ПРИБОРАХ СРЕДНЕГО КЛАССА ОТНОСЯТСЯ:

- 1) желчный пузырь, проток желчного пузыря, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевыe протоки, сегментарные протоки, субсегментарные протоки, желчные капилляры
- 2) желчный пузырь, проток желчного пузыря, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевыe протоки, сегментарные протоки, субсегментарные протоки
- 3) желчный пузырь, проток желчного пузыря, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевыe протоки, сегментарные протоки
- 4) желчный пузырь, проток желчного пузыря, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевыe протоки
- 5) желчный пузырь, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевыe протоки**

069. К ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИМ ПРОТОКАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) общий желчный проток

- 2) **долевые протоки, сегментарные протоки, субсегментарные протоки**
- 3) общий печеночный проток
- 4) субсегментарные протоки, сегментарные, долевые протоки, проток желчного пузыря
- 5) общий желчный проток, проток желчного пузыря

070.К ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИМ ПРОТОКАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) сегментарные долевые протоки
- 2) долевые протоки, общий печеночный проток
- 3) общий печеночный проток, общий желчный проток
- 4) общий желчный проток
- 5) **общий печеночный проток, общий желчный проток, проток желчного пузыря**

071.ЭХОГРАФИЧЕСКА КАРТИНА НЕИЗМЕНЕННОГО ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ -ЭТО

- 1) **гиперэхогенная зона, по форме соответствующая борозде на висцеральной поверхности печени**
- 2) ячеистая структура смешанной эхогенности, по форме соответствующая борозде на висцеральной поверхности печени
- 3) неоднородный участок паренхимы печени
- 4) гипозэхогенный участок, по форме соответствующий борозде на висцеральной поверхности печени
- 5) анэхогенный участок, по форме соответствующий борозде на висцеральной поверхности печени

072. ЖЕЛЧНЫЙ КОНКРЕМЕНТ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ КАК

- 1) инкапсулированная структура
- 2) солидное образование
- 3) **гиперэхогенная подвижная структура**
- 4) структура, не дающая отражения
- 5) гиперэхогенное солидное образование

073.НЕИЗМЕНЕННАЯ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ПОРТАТИВНЫХ ПРИБОРАХ И ПРИБОРАХ СРЕДНЕГО КЛАССА ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ В ВИДЕ

- 1) **однослойной тонкой гиперэхогенной эхоструктуры**
- 2) двухслойной гиперэхогенной структуры
- 3) трехслойной структуры смешанной эхогенности
- 4) пятислойной структуры смешанной эхогенности
- 5) неравномерно утолщенной по типу "четок" гиперэхогенной линии

074.ДЛЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) локальное выбухание стенки желчного пузыря
- 2) **неравномерный характер поражения стенки желчного пузыря**
- 3) рубцовая деформация полости желчного пузыря
- 4) истончение стенки желчного пузыря
- 5) расширение внутripеченочных протоков

075.ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОЙ ПНЕВМОБИЛИИ ОБЫЧНО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) операция на желчевыводящей системе
- 2) острый гнойный холангит
- 3) пузырьно-кишечная фистула
- 4) **желчно-каменная болезнь**
- 5) острый холецистит
- 6) эмпиема желчного пузыря

076.К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) увеличение желчного пузыря
- 2) расширение всех вышерасположенных желчных протоков (относительно места обструкции)
- 3) наличия гиперэхогенной структуры в просвете внепеченочных желчевыводящих протоков
- 4) наличия конкремента в желчном пузыре или внутрипеченочных протоках**

077.ВЛИЯЕТ ЛИ ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ КОНКРЕМЕНТА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КОНКРЕМЕНТА

- 1) нет, никогда
- 2) да, во всех случаях
- 3) да, при условии, что конкремент окружен жидкостью**
- 4) да, только при размерах конкрементов более 8 мм

078.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТОВ ВО ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКАХ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) степени расширения протока
- 2) химического состава конкремента**
- 3) уровня обструкции протока конкрементом
- 4) размера конкремента
- 5) подготовки больного

079.МОЖНО ЛИ ПО ВИДУ ОПУХОЛИ ПРИ УЗИ ОПРЕДЕЛИТЬ ХАРАКТЕР РОСТА (ИНВАЗИВНЫЙ-НЕИНВАЗИВНЫЙ)

- 1) да**
- 2) нет
- 3) да, при наличии зон распада в опухоли
- 4) да, при наличии кальцинации в опухоли
- 5) да, при проведении функциональных проб

080.ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИНВАЗИВНОГО РОСТА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анэхогенный ободок
- 2) нечеткость границ**
- 3) резкая неоднородность структуры опухоли
- 4) анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования
- 5) зоны кальцинации опухоли

081. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) объемное образование в полости, стенке или вне желчного пузыря
- 2) неровные наружный и внутренний контуры желчного пузыря в сочетании с неравномерными изменениями (утолщение, неоднородность и т.д.) стенки, на фоне отсутствия клиники воспаления
- 3) неоднородный характер структуры, смешанная эхогенность
- 4) перемещаемость структуры при изменении положения тела**

082. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение размеров пузыря
- 2) нечеткость, либо неровность контура
- 3) неоднородность структуры стенок (может быть "трехслойной" или слоистой)
- 4) значительно повышенная звукопроводимость полости**
- 5) структура полости однородная, либо неоднородная, эхогенность стенок снижена, либо повышена

083.К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИПОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наличие объемного образования или нескольких образований в полости желчного пузыря
- 2) пристеночное расположение в полости желчного пузыря
- 3) неоднородность структуры
- 4) смещаемость при изменении положения тела, выявление акустической тени**
- 5) эхогенность либо сопоставима с паренхимой печени, либо превышает, либо смешанная

084.ЭХОНЕГАТИВНАЯ ПОЛОСТЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) в фазе физиологического состояния**
- 2) при полностью заполненном конкрементами желчном пузыре
- 3) при "фарфоровом" желчном пузыре
- 4) при водянке желчного пузыря
- 5) при эмпиеме желчного пузыря

085.ВЫЯВЛЯЕМЫЙ В РЯДЕ СЛУЧАЕВ ПРИ УЗИ "ГАРТМАНОВСКИЙ КАРМАН" ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) специфическим признаком увеличения желчного пузыря при билиарной гипертензии
- 2) анатомической особенностью желчного пузыря**
- 3) следствием длительного существования хронического холецистита
- 4) следствием длительного существования желчекаменной болезни
- 5) следствием рубцовой деформации при остром холецистите

086.МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТОЧЕЧНЫЕ ГИПЕРЭХОГЕННЫЕ СТРУКТУРЫ В ТОЛЩЕ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ ЕЕ ТОЛЩИНЫ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) хронического холецистита
- 2) аденомиоматоза желчного пузыря
- 3) холестероза желчного пузыря**
- 4) рака желчного пузыря
- 5) желчекаменной болезни

087. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ФАЗУ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОКРАЩЕНИЯ ЧАЩЕ ИМЕЕТ ВИД

- 1) однослойной структуры
- 2) двухслойной структуры
- 3) трехслойной структуры**
- 4) четырехслойной структуры
- 5) неоднородной структуры

088.СРЕДНЯЯ ТОЛЩИНА СТЕНКИ НЕИЗМЕНЕННОГО ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ФАЗУ УМЕРЕННОГО НАПОЛНЕНИЯ ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0,5-1 мм
- 2) 1-2 мм
- 3) 1,5-3 мм**
- 4) 2-4,5 мм
- 5) 3-5 мм

089.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:

- 1) аномалии положения желчного пузыря
- 2) аномалии количества желчного пузыря

- 3) **аномалии формы желчного пузыря**
- 4) аномалии размеров желчного пузыря
- 5) аномалии строения желчного пузыря

090. УКАЖИТЕ НЕ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ ГРУППУ АНОМАЛИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- 1) аномалии положения
- 2) аномалии строения
- 3) **аномалии функции**
- 4) аномалии количества
- 5) аномалии формы

091. ОБЩИЕ ВТОРИЧНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИМЕЮТСЯ У ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ, КРОМЕ

- 1) холедохолитиаза
- 2) раке желчевыводящих протоков
- 3) опухоли общего печеночного протока
- 4) **первичного рака печени**
- 5) рака головки поджелудочной железы

092. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ ОБЫЧНО НЕ ПРИВОДЯТ К РАСШИРЕНИЮ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

- 1) холедохолитиаз
- 2) рак желчевыводящих протоков
- 3) опухоль клацкина
- 4) рак головки поджелудочной железы
- 5) **рак хвоста поджелудочной железы**

093. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МОЖНО С ДОСТАТОЧНО ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ДОСТОВЕРНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

- 1) липоматоз желчного пузыря
- 2) нейрофиброматоз желчного пузыря
- 3) **аденомиоматоз и холестероз желчного пузыря**
- 4) фиброматоз желчного пузыря
- 5) холестероз и липоматоз желчного пузыря

094. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАННИХ СТАДИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ

- 1) возможна всегда
- 2) **невозможна**
- 3) возможна, если утолщение стенки желчного пузыря не превышает 6-7 мм
- 4) возможна, если эхогенность измененного участка стенки не выше эхогенности печени

095. УТОЛЩЕНИЕ СТЕНКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЗА СЧЕТ СЛИЗИСТОЙ И ПОДСЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧЕК С НАЛИЧИЕМ В НЕЙ ГИПЕР- И АНЭХОГЕННЫХ УЧАСТКОВ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА, ПРИСТЕНОЧНЫХ ПОЛИПОВИДНЫХ СТРУКТУР ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) хронического холецистита
- 2) острого холецистита
- 3) острого флегматозного холецистита
- 4) **распространенного аденомиоматоза желчного пузыря**
- 5) полипоза желчного пузыря

096. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ОБЛАСТИ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ВИДЕ НЕОДНОРОДНОЙ ЯЧЕИСТОЙ СТРУКТУРЫ С ГИПО-, ГИПЕР- И АНЭХОГЕННЫМИ УЧАСТКАМИ В УТОЛЩЕННОЙ СТЕНКЕ, ЧАСТО С ПРАКТИЧЕСКИ ПОЛНЫМ ПЕРЕКРЫТИЕМ ПРОСВЕТА ПОЛОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ЭТОМ МЕСТЕ, СОХРАНЕНИЕМ ВНЕШНЕГО КОНТУРА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВОЗМОЖНА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- 1) хронический шейечный холецистит
- 2) острый шейечный холецистит
- 3) **ограниченный аденомиоматоз или инфильтративная форма рака желчного пузыря**
- 4) шейечный полипоз желчного пузыря
- 5) начальная стадия рака желчного пузыря

097. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В В-РЕЖИМЕ ПОЗВОЛЯЕТ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ДОСТОВЕРНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ:

- 1) во всех случаях
- 2) никогда
- 3) **только при наличии соответствующих морфологических изменений в желчном пузыре**
- 4) только при наличии соответствующих функциональных изменений в желчном пузыре

098. ВЫЯВЛЕНИЕ НЕТИПИЧНЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (ОДИНОЧНЫЕ И МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕРЕГИБЫ С ВДАЮЩИМИСЯ В ПОЛОСТЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НЕПОЛНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ) НЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ:

- 1) рубцово-спаечной деформации вследствие воспалительного процесса в желчном пузыре
- 2) аномалии формы желчного пузыря
- 3) функционального варианта формы желчного пузыря в зависимости от положения тела пациента
- 4) **аномалия строения желчного пузыря**

099. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В В-РЕЖИМЕ ПОЗВОЛЯЕТ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ДОСТОВЕРНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ОТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ:

- 1) всегда
- 2) никогда
- 3) только при наличии структурных изменений в желчном пузыре
- 4) при наличии соответствующих функциональных изменений в желчном пузыре
- 5) **только в комбинации с пункционной биопсией стенки желчного пузыря**

100. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ВЫРАЖЕННЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- 1) нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость
- 2) нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью
- 3) часто увеличенные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью

- 4) **различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость**
- 5) различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная, неоднородная стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость

101. ДЛЯ ТОПИЧЕСКОГО РАЗГРАНИЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ В ВОРОТАХ ПЕЧЕНИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) собственную печеночную артерию
- 2) **воротную вену**
- 3) нижнюю полую вену
- 4) правую долевую ветвь печеночной артерии
- 5) левую долевую ветвь печеночной артерии

102. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СТАДИИ РЕМИССИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- 1) нормальные размеры желчного пузыря, однослойная стенка, толщиной 2-3 мм однородная эхонегативная полость
- 2) **нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая - до 0,5-1,5 мм гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью**
- 3) часто увеличенные размеры желчного пузыря, утолщенная до 3,5-5 мм неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью
- 4) различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная - более 4-5 мм, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость
- 5) различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная, - более 4-5 мм неоднородная иногда слоистая стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость

103. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕСМЕЩАЕМОГО КАМНЯ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА (БДС) ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЧАСТО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАКА БДС ТОЛЬКО:

- 1) наличием объемного образования в зоне БДС
- 2) значительно расширенными внутripеченочными протоками
- 3) **наличием стойкой акустической тени за зоной БДС**
- 4) ничем не отличается
- 5) расширением внепеченочных протоков

104. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СТАДИИ РЕМИССИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- 1) нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая - до 2-3 мм стенка, однородная эхонегативная полость
- 2) нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая - до 0,5-1,5 мм гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью
- 3) **различные размеры желчного пузыря, утолщенная более 3,5-4 мм неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью**
- 4) различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная - более 4-5 мм, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость

- 5) различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная, неоднородная, иногда слоистая стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость

105. ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ РАКА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ:

- 1) холедохолитиаза
- 2) лимфоаденопатии в области печеночно - 12-перстной связки
- 3) рака головки поджелудочной железы
- 4) рака БДС
- 5) **рака хвоста поджелудочной железы**

106. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВОДЯНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- 1) нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, эхонегативная полость
- 2) нормальные размеры желчного пузыря, неоднородная гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью
- 3) различные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью
- 4) различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость
- 5) **значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка тонкая повышенной эхогенности, полость с эхогенной желчью**

107. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЫРАЖЕННОГО ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- 1) нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость
- 2) нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью
- 3) **различные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности или слоисто-неоднородной структуры, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью**
- 4) нормальные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость

108. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ В СТАДИИ РЕМИССИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- 1) нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость
- 2) **нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, либо утолщенная, полость часто с эхогенной взвесью**
- 3) уменьшенные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью
- 4) различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость

109.ПРИ ВОДЯНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОБЫЧНО НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) значительное увеличение размеров желчного пузыря
- 2) **расширение внутрипеченочных желчных протоков**
- 3) постепенное изменение эхографической картины полости желчного пузыря - повышение эхогенности желчи
- 4) возможное выявление конкремента, расположенного в шейке желчного пузыря или значительное утолщение стенок шеечного отдела

110.РАСПРОСТРАНЕННЫЙ АДЕНОМИОМАТОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ, ПРИ КОТОРОМ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНО:

- 1) **неравномерное утолщение стенки желчного пузыря во всех отделах преимущественно в области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами**
- 2) неравномерно утолщение стенки желчного пузыря в некоторых отделах преимущественно в области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами
- 3) множественные отдельные участки утолщения стенки желчного пузыря по типу "четок" на протяжении всего контура в области мышечного слоя
- 4) множественные сливающиеся участки утолщения стенки желчного пузыря по типу "четок" на протяжении всего контура в области мышечного слоя
- 5) множественные мелкие и средние (3-5 мм и 4-7 мм) образования по наружному контуру желчного пузыря в области серозной оболочки

111.ОГРАНИЧЕННЫЙ АДЕНОМИОМАТОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ, ПРИ КОТОРОМ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНО:

- 1) неравномерное утолщение стенки желчного пузыря во всех отделах преимущественно в области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами
- 2) **неравномерно утолщение стенки желчного пузыря в некоторых отделах преимущественно в области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами**
- 3) множественные отдельные участки утолщения стенки желчного пузыря по типу "четок" на протяжении всего контура в области мышечного слоя
- 4) множественные сливающиеся участки утолщения стенки желчного пузыря по типу "четок" на протяжении всего контура в области мышечного слоя
- 5) множественные мелкие и средние (3-5 мм и 4-7 мм) образования по наружному контуру желчного пузыря в области серозной оболочки

112.НЕКОТОРЫМИ ИЗ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОКОЛОПУЗЫРНОГО АБСЦЕССА ОТ ДРУГИХ ЖИДКОСТНЫХ СТРУКТУР ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) выявление сообщения с полостью желчного пузыря
- 2) динамическое изменение эхографической картины
- 3) **выявление зоны инфильтрации вокруг околопузырного образования и динамическое изменение картины**
- 4) повышенная эхогенность самого абсцесса
- 5) нет специфических признаков
- 6) все перечисленное неверно

113.ОДНИМ ИЗ ОТЛИЧИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДИВЕРТИКУЛА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТ ОКОЛОПУЗЫРНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) **наличие сообщения между полостью желчного пузыря и жидкостной структурой рядом**

- 2) отсутствие сообщения между полостью желчного пузыря и жидкостной структурой рядом
- 3) выявление взвешенных частиц в полости дивертикула
- 4) отличий не существует

114.ВЫЯВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СТАБИЛЬНОЕ ВО ВРЕМЕНИ ЖИДКОСТЬ- СОДЕРЖАЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К НИЖНЕЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ИЛИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ИМЕЮЩЕЕ ТОНКИЕ И ЧЕТКО ВИДИМЫЕ СТЕНКИ, ЭХОНЕГАТИВНОЕ СОДЕРЖИМОЕ С ОТСУТСТВИЕМ ЕГО ПЕРЕДВИЖЕНИЯ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СООТВЕТСТВУЕТ:

- 1) околопузырному абсцессу
- 2) петле тонкой кишки с жидкостью
- 3) кисте печени
- 4) **дивертикулу желчного пузыря**
- 5) кисте поджелудочной железы

115.АДЕНОМАТОЗНЫЙ ПОЛИП ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

- 1) солидное образование средней эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой, крайне медленно перемещающееся при активных изменениях положения тела пациента
- 2) **солидное образование средней эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой, не перемещающееся при активных изменениях положения тела пациента**
- 3) кистозно-солидное образование смешанной эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой, не перемещающееся при активных изменениях положения тела пациента
- 4) солидно-кистозное образование смешанной эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой, не перемещающееся при активных изменениях положения тела пациента
- 5) солидное образование смешанной эхогенности с выраженно неоднородной внутренней структурой, крайне медленно перемещающееся при активных изменениях положения тела пациента

116.СГУСТОК ЗАМАСКООБРАЗНОЙ ЖЕЛЧИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ УЗ-ПРИЗНАКИ:

- 1) **образование средней эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой, медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента**
- 2) образование средней эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой, не перемещающееся при изменениях положения тела пациента
- 3) образование пониженной эхогенности с выраженно неоднородной внутренней структурой, медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента
- 4) образование средней эхогенности с выраженно неоднородной внутренней структурой, не перемещающееся при изменениях положения тела пациента

117.ВЕРОЯТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРИ ПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛТУХАХ СВЯЗАННЫ С

- 1) **изменением паренхимы печени и селезенки с присоединением признаков портальной гипертензии**

- 2) расширением внутрипеченочных желчных протоков и размером желчного пузыря
- 3) обнаружением конкрементов желчевыводящих путей
- 4) увеличением размеров селезенки

118. ИЗМЕНЕНИЯ В ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ СВЯЗАНЫ С

- 1) закупоркой желчных протоков
- 2) увеличением размеров желчного пузыря
- 3) увеличением размеров печени и селезенки
- 4) изменениями состояния портальной системы

119. СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В

- 1) увеличении желчного пузыря при наличии желтухи
- 2) уменьшении деформации желчного пузыря при наличии желтухи
- 3) уменьшении размеров печени и увеличении размеров селезенки
- 4) появлении симптомов портальной гипертензии
- 5) асцитом

120. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВОДЯНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ - ЭТО

- 1) увеличение длинника желчного пузыря более 10 см
- 2) увеличение длинника желчного пузыря более 7 см
- 3) увеличение длинника желчного пузыря более 5 см
- 4) расширение внутрипеченочных желчных протоков

121. АНАТОМИЧЕСКОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ РАСПОЛОЖЕНИЯ СТРУКТУР ВОРОТ ПЕЧЕНИ, СЧИТАЯ СПЕРЕДИ НАЗАД, ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) печеночная артерия, холедох, портальная вена
- 2) холедох, портальная вена, печеночная артерия
- 3) холедох, печеночная артерия, портальная вена
- 4) печеночная артерия, холедох, нижняя полая вена

122. ПАТОГНОМИЧНЫМ СИМПТОМОМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ПРИ БРЮШНОЙ ЕГО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) определение увеличенных парааортальных лимфатических узлов и лимфатических узлов ворот печени
- 2) увеличение размеров селезенки
- 3) определение очаговых образований паренхимы печени
- 4) увеличение размеров желчного пузыря и расширение внутрипеченочных протоков

123. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНА:

- 1) образованием повышенной эхогенности, с неоднородной структурой и неровными контурами, несмещаемым при изменении положения тела пациента
- 2) образованием пониженной эхогенности, с неоднородной структурой и неровными контурами, несмещаемым при изменении положения тела пациента
- 3) образованием смешанной эхогенности, с неоднородной структурой и неровными контурами, несмещаемым при изменении положения тела пациента
- 4) солидной структурой с различными размерами, формами, эхогенностью и характером роста
- 5) солидно-кистозным образованием

124. МЕТОДИКА ЦВЕТОВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ КРОВОТОКА ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ВИЗУАЛИЗАЦИИ А. СУСТІСА И ЕЕ ГЛАВНЫХ ВЕТВЕЙ:

- 1) в норме

- 2) **при остром воспалительном процессе в желчном пузыре**
- 3) при опухолевом поражении
- 4) верно все перечисленное
- 5) ни в одном из перечисленных

125. ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ВО ВРЕМЯ УЗИ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ВОРОТ ПЕЧЕНИ И ПЕЧЕНОЧНО-12-ПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ МОГУТ ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬСЯ НЕБОЛЬШИЕ ГИПОЭХОГЕННЫЕ УЧАСТКИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ОВАЛЬНОЙ ИЛИ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ. НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (ДО 0,5-1,5 СМ). ЧАЩЕ ОНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) артефактами
- 2) участками жировой клетчатки
- 3) **реактивной лимфаденопатией**
- 4) мелкими участками "расплавленной" жировой клетчатки
- 5) все перечисленное неверно

126. ЧРЕВНЫЙ СТОЛ, ОТХОДЯ ОТ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ БРЮШНОЙ АОРТЫ, СРАЗУ РАЗВЕТВЛЯЕТСЯ НА ВСЕ

УКАЗАННЫЕ НИЖЕ СОСУДЫ, КРОМЕ:

- 1) общей печеночной артерии
- 2) левой желудочной артерии
- 3) **гастроуденальной артерии**
- 4) селезеночной артерии

127. ПРИ УЗИ У ПАЦИЕНТА С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ЖЕЛТУХИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ И ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. ТАКАЯ КАРТИНА МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ УЧАСТКУ ОБСТРУКЦИИ, РАСПОЛОЖЕННОМУ В ЗОНЕ:

- 1) общего печеночного протока
- 2) собственно пузырного протока
- 3) **ниже впадения пузырного протока**
- 4) локализация не имеет значения

128. ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ, ХАРАКТЕРНОМ ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ, НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) расширение общего желчного протока, желчного пузыря, общего печеночного протока и внутрипеченочных протоков
- 2) расширение желчного пузыря
- 3) расширение общего желчного протока
- 4) **отсутствие изменений желчных путей**

129. К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОБЫЧНО НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) увеличение размеров железы
- 2) размытость и нечеткость контуров железы
- 3) **уменьшение размеров железы**
- 4) диффузно-неоднородная эхоструктура ткани железы
- 5) понижение эхогенности ткани железы

130. К ПРЯМЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ОБЫЧНО НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) увеличение размеров железы
- 2) наличие выпота в сальниковой сумке
- 3) **наличие выпота в брюшной полости**

- 4) чередование гипер-, изо-, гипо-, анэхогенных участков ткани железы
- 5) появление и развитие кист железы

131.К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОБЫЧНО НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) диффузное увеличение, реже локальное увеличение или нормальные размеры железы
- 2) ровность и четкость контуров железы
- 3) неоднородность эхоструктуры железы
- 4) умеренное расширение вирсунгова протока железы
- 5) **эхогенность сопоставимая с эхогенностью коркового вещества почки**

132.К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СДАВЛЕНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ ОРГАНОВ И СТРУКТУР ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) сдавление общего желчного протока с его проксимальным расширением
- 2) возникновение симптома "двустволки"
- 3) **водянка желчного пузыря**
- 4) расширение дистальной части нижней полой вены
- 5) расширение вирсунгова протока
- 6) увеличение селезенки и селезеночной вены

133.НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) округлой, овальной формы образование
- 2) анэхогенное образование
- 3) **гиперэхогенное образование**
- 4) эффект дистального псевдоусиления
- 5) наличие эхогенных включений или взвеси
- 6) отсутствие четко видимой капсулы

134.К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЦИСТАДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) неровность контуров железы
- 2) распространение опухоли вначале интрапанкреатическое
- 3) разнообразие размеров опухоли
- 4) неоднородная структура образования, множественные кисты
- 5) **отсутствие клинических проявлений**

135.УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) контуры ровные, увеличение железы
- 2) **выявление очагового поражения головки железы**
- 3) внепеченочный холестаз, метастазы в печень
- 4) смещение и сдавление печеночных вен
- 5) нет специфических признаков

136.КАКОЙ ИЗ ВАРИАНТОВ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОГО РИСУНКА ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАЗМЕРЕ ОПУХОЛИ БОЛЕЕ 3 СМ ОБЫЧНО НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- 1) смещение и сдавление нижней полой вены
- 2) **смещение и сдавление нижней брыжеечной артерии**
- 3) смещение и сдавление воротной, селезеночной вены
- 4) смещение и сдавление верхней брыжеечной вены
- 5) тромбоз селезеночной вены или брыжеечной вены

137.ПРИ УЗИ С КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП ОРГАНОВ И СТРУКТУР ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА НАХОДИТСЯ В "СОПРИКОСНОВЕНИИ"

- 1) печень, желчный пузырь, восходящая ободочная кишка, желудок
- 2) печень, желудок, селезенка, 12-перстная кишка, правая почка
- 3) печень, желудок, селезенка, 12-перстная кишка, левая почка**
- 4) почки, желудок, поперечноободочная кишка, селезенка, сигмовидная кишка
- 5) желудок, восходящая, поперечная и нисходящая ободочная кишка, селезенка

138.ПРИ УЗИ "МАРКЕРАМИ" ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) a. mesenterica superior, v.lienalis, v.portae, a.gastrica sin.
- 2) a. mesenterica superior, v.lienalis, v.mesenterica superior, a. gastroduodenalis**
- 3) a. mesenterica superior, v.lienalis, v.mesenterica superior, a. renalis sin.
- 4) a. mesenterica superior, v.lienalis, a.lienalis, a.renalis dex.
- 5) a. mesenterica superior, v.lienalis, a.lienalis, a.hepatica propria.

139."СЕГМЕНТИРОВАННАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА" ЯВЛЯЕТСЯ В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ:

- 1) следствием воспалительного процесса
- 2) аномалией развития**
- 3) следствием оперативного вмешательства, травмы
- 4) следствием опухолевого поражения
- 5) следствием прогрессирования сахарного диабета

140.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ И ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) сохранение размеров поджелудочной железы, понижение эхогенности. однородность структуры и четкость контуров
- 2) увеличение размеров, понижение эхогенности, нарушение однородности эхогенности и изменение контуров**
- 3) невозможность определения контуров поджелудочной железы и повышение ее эхогенности
- 4) увеличение размеров, повышение эхогенности и подчеркнутость контуров поджелудочной железы
- 5) отсутствие характерных признаков

141.КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ:

- 1) наличием капсулы, эффектом псевдоусиления, правильной округлой формой, однородностью структуры
- 2) отсутствием капсулы, эффектом псевдоусиления, неправильной формой, неоднородной структурой
- 3) неоднородной структурой, четко выраженной капсулой, неправильной формой, наличием внутренних перегородок
- 4) отсутствием капсулы, неправильной формой, эффектом псевдоусиления, разнообразным внутренним содержимым**
- 5) отсутствием характерных признаков

142.ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА МОЖЕТ СЛУЖИТЬ

- 1) возраст пациента старше 50 лет
- 2) наличие неоднородности паренхимы, неровности контуров, понижения эхогенности, изменений размеров

- 3) **наличие неоднородности паренхимы, неровности контуров, повышения эхогенности, изменений размеров**
- 4) однородности паренхимы, неровности контуров, повышения эхогенности, увеличения размеров

143. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

- 1) острый панкреатит
- 2) **УЗ-признаки острого панкреатита**
- 3) воспалительные заболевания поджелудочной железы
- 4) отек поджелудочной железы
- 5) уз-признаки выраженных диффузных изменений поджелудочной железы

144. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ДЛЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ СО СТОРОНЫ КРАНИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛОВКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **увеличение размеров головки, деформация головки поджелудочной железы, изменение ее эхогенности, часто расширение вирсунгова протока и холедоха, сдавление воротной вены, метастазы в печени и регионарных лимфатических узлах**
- 2) увеличение размеров головки, сдавление воротной вены, селезеночной вены и нижней полой вены, метастазы в печени и регионарных лимфатических узлах
- 3) уменьшение размеров головки, четкость контуров, расширение вирсунгова и общего желчного протоков, сдавление венозных сосудов, повышение эхогенности
- 4) отсутствие характерных уз-признаков
- 5) невозможно визуализировать поджелудочную железу

145. ДЛЯ УЗ-КАРТИНЫ РАКА ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) очаговое изменение структуры тела поджелудочной железы
- 2) изменение эхогенности пораженного участка
- 3) сдавление селезеночной вены
- 4) локальное увеличение толщины тела при диаметре опухоли более 1,5-2 см
- 5) **сдавление общего желчного протока**

146. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ ОПУХОЛИ ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ АКУСТИЧЕСКИЙ ДОСТУП

- 1) косое сканирование по левой стеральной линии
- 2) продольное сканирование по левой стеральной линии
- 3) межреберное сканирование по передней и средней подмышечным линиям
- 4) **косое сканирование по правой паравертебральной линии**
- 5) косое сканирование по левой лопаточной линии

147. ПРИ УЗИ В ОСТРОЙ СТАДИИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- 1) отсутствие изменения эхокартины поджелудочной железы
- 2) визуализация эконегативного жидкостного образования в зоне пенетрации
- 3) **визуализация гиперэхогенного участка в виде "белого пятна", с нечеткими контурами в зоне пенетрации**
- 4) визуализация гиперэхогенной структуры с эффектом реверберации в зоне пенетрации
- 5) визуализация гипоехогенного участка с нечеткими контурами в зоне пенетрации

148. КИСТОЗНЫЙ ФИБРОЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) следствием длительно протекающего воспалительного процесса

- 2) следствием быстро протекающего воспалительного процесса
- 3) признаком опухолевого поражения поджелудочной железы
- 4) врожденной аномалией поджелудочной железы**
- 5) следствием быстро протекающего сахарного диабета

149. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1) гиперэхогенного объемного образования
- 2) объемного образования умеренно повышенной эхогенности
- 3) объемного образования средней эхогенности
- 4) объемного образования умеренно пониженной эхогенности**
- 5) анэхогенного объемного образования

150. ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) специфическим признаком, выявляемым при портальной гипертензии
- 2) специфическим признаком, выявляемым при хроническом панкреатите
- 3) специфическим признаком, выявляемым при остром панкреатите
- 4) специфическим признаком, выявляемым при панкреанекрозе
- 5) неспецифическим признаком, выявляемым при различной патологии**

151. РАСШИРЕНИЕ ВИРСУНГОВА ПРОТОКА НЕ ОТНОСИТСЯ К ОДНОМУ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ

- 1) острого панкреатита
- 2) хронического панкреатита
- 3) жировой инфильтрации поджелудочной железы**
- 4) опухоли головки поджелудочной железы
- 5) холедохолитиаза

152. ДЛЯ АДЕКВАТНОЙ ОЦЕНКИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ

- 1) знание нормальной и топографической анатомии поджелудочной железы
- 2) знание анамнеза и клинической картины заболевания
- 3) знание патологической анатомии и физиологии поджелудочной железы
- 4) знание технологии УЗИ
- 5) знание физических принципов уз-метода исследования
- 6) качество подготовки больного к исследованию**

153. ОПУХОЛЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) в головке поджелудочной железы**
- 2) в теле поджелудочной железы
- 3) в хвосте поджелудочной железы
- 4) в области фатерова соска

154. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ В УЗ-ИЗОБРАЖЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) увеличением поджелудочной железы и снижением эхогенности ее паренхимы**
- 2) появлением выпота в парапанкреатическом пространстве
- 3) деформацией поджелудочной железы
- 4) невозможностью ее визуализации

155. ПРИ УЗИ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ГРАНИЦЫ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ

- 1) воротная вена

- 2) нижний край печени
- 3) задняя стенка пилорического отдела желудка
- 4) гастродуоденальная артерия, печеночная артерия**
- 5) луковица 12-перстной кишки

156. ПРИ УЗИ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ГРАНИЦЫ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ

- 1) воротная вена
- 2) горизонтальная часть 12-перстной кишки
- 3) позвоночный столб
- 4) гастродуоденальная артерия
- 5) нижняя полая вена**

157. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СТРУКТУРА ПАРЕНХИМЫ НЕИЗМЕНЕННОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1) мелкозернистой текстурой**
- 2) крупноочаговой текстурой
- 3) множественными участками повышенной эхогенности
- 4) участками пониженной эхогенности
- 5) участками смешанной эхогенности

158. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЭХОГЕННОСТЬ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ДО 15 ЛЕТ

- 1) значительно превышает эхогенность паренхимы печени
- 2) превышает эхогенность паренхимы печени
- 3) сопоставима с эхогенностью паренхимы печени**
- 4) ниже эхогенности паренхимы печени

159. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЭХОГЕННОСТЬ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ДО 20-40 ЛЕТ

- 1) значительно превышает эхогенность паренхимы печени
- 2) превышает эхогенность паренхимы печени
- 3) сопоставима с эхогенностью паренхимы печени**
- 4) ниже эхогенности паренхимы печени

160. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЭХОГЕННОСТЬ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ДО 40-50 ЛЕТ

- 1) значительно превышает эхогенность паренхимы печени
- 2) превышает эхогенность паренхимы печени**
- 3) сопоставима с эхогенностью паренхимы печени
- 4) ниже эхогенности паренхимы печени

161. МЕТОДИЧЕСКИ ПРАВИЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) строго в передне-заднем направлении для каждого отдела поджелудочной железы
- 2) в направлении перпендикулярном плоскости передней поверхности каждого отдела железы**
- 3) в контрлатеральном (горизонтальном) направлении для каждого отдела железы
- 4) направление измерений значения не имеет

162. ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ

- 1) не изменена
- 2) понижена

- 3) **повышена**
- 4) визуализация поджелудочной железы невозможна

163.ОДНИМ ИЗ ВАЖНЫХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы поджелудочной железы
- 2) увеличение толщины сальника
- 3) **сохранение структуры паренхимы поджелудочной железы на фоне повышения ее эхогенности**
- 4) выявление четко очерченной очаговой пятнистости паренхимы поджелудочной железы
- 5) выявление отдельных участков повышенной эхогенности паренхимы поджелудочной железы

164.ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНО

- 1) установить клинический диагноз
- 2) установить морфологический диагноз
- 3) **установить инструментальный диагноз**
- 4) установить клинический и морфологический диагнозы

165.ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНОГО УСТАНОВЛЕНИЯ

- 1) характера поражения
- 2) **характера и распространенности поражения**
- 3) нозологической формы поражения
- 4) нозологической формы поражения и ее выраженности
- 5) нозологической формы поражения и его прогноза

166.ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ МОЖНО ОПИСАТЬ КАК

- 1) равномерное понижение эхогенности с однородной структурой паренхимы поджелудочной железы
- 2) диффузную неоднородность паренхимы с понижением эхогенности
- 3) **неравномерное повышение эхогенности с неоднородностью структуры паренхимы**
- 4) неравномерное понижение эхогенности с однородной структурой паренхимы поджелудочной железы
- 5) равномерное повышение эхогенности с однородной структурой паренхимы

167.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ УСТАНОВЛЕНИЮ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) зубчатость или бугристость контура
- 2) нечеткость дифференциации поджелудочной железы от окружающих тканей
- 3) расширение панкреатического протока
- 4) **выявление жидкости в малом сальнике**

168.ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПУХОЛЕВОГО УЗЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТАТОЧНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ

- 1) всегда
- 2) **никогда**
- 3) в отдельных случаях
- 4) только при солидном характере узла

5) только при расширении вирсунгова протока

169. ИЗ ПАРАМЕТРОВ СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ, ОКРУЖАЮЩИХ ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ, ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) направление сосудов
- 2) характер криволинейности сосуда**
- 3) характер изменения диаметра крупных и мелких сосудов
- 4) четкость выявления стенок сосудистой сети
- 5) равномерность и углы отхождения ветвей от более крупных сосудов

170. ИЗ ПАРАМЕТРОВ СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ, ОКРУЖАЮЩИХ ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ МОГУТ ИМЕТЬ ОПРЕДЕЛЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) направление сосудов
- 2) изменения диаметра сосудов и визуализация мелких сосудов**
- 3) четкость выявления стенок сосудистой сети
- 4) равномерность и углы отхождения ветвей от более крупных сосудов
- 5) продолжительность визуализации мелких сосудов паренхимы поджелудочной железы на протяжении

171. ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) обширным панкреонекрозом
- 2) злокачественным солидным поражением поджелудочной железы
- 3) цистаденокарциномой поджелудочной железы**
- 4) доброкачественным солидным поражением поджелудочной железы
- 5) оментобурситом

172. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ХАРАКТЕРА ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НАИБОЛЬШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) рентгеновскую компьютерную томографию
- 2) магнитно-резонансное исследование
- 3) УЗИ
- 4) радионуклидное исследование
- 5) пункционную биопсию под визуальным (эхография, компьютерная томография) контролем**

173. НЕИНВАЗИВНАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) установить нозологический характер поражения
- 2) установить характер гистологических изменений ткани
- 3) установить наличие диффузного или очагового патологического процесса и относительную степень его выраженности и распространенности**
- 4) установить клинический диагноз
- 5) верифицировать лабораторные показатели

174. ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАНДАРТНЫХ УСЛОВИЯХ ЧАЩЕ ВСЕГО ГОВОРИТ О

- 1) неправильно настроенном ультразвуковом приборе
- 2) наличие диффузного поражения поджелудочной железы**
- 3) наличие очагового поражения поджелудочной железы
- 4) употреблении в пищу адсорбентов
- 5) неподготовленности пациента к исследованию

175.ДЛЯ АБСЦЕССА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОСТРУЮ ФАЗУ НЕ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК

- 1) выявление полости с неоднородным содержимым и часто неровными контурами
- 2) выявление полости жидкого и густого содержимого часто со взвешенными частицами
- 3) выявление в полости гиперэхогенных включений
- 4) **визуализация тонкостенной гиперэхогенной капсулы**
- 5) визуализация вокруг полости зоны повышенной эхогенности неравномерной толщины

176.ОБЫЧНАЯ МЕТОДИКА ЦВЕТОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) достоверно определить степень и структуру васкуляризации измененного участка
- 2) **выявить нарушение строения сосудистого рисунка поджелудочной железы в зоне очаговых изменений и около нее**
- 3) при наличии солидного поражения с высокой степенью достоверности дифференцировать доброкачественный и злокачественный характер поражения
- 4) достоверно выявить наличие патологической неоваскуляризации в злокачественном новообразовании

177.УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В В-РЕЖИМЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦДК НЕ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) оценить форму поджелудочной железы
- 2) оценить структуру поджелудочной железы
- 3) **оценить функциональное состояние поджелудочной железы**
- 4) выявить диффузные поражения поджелудочной железы различной этиологии
- 5) выявить очаговые поражения поджелудочной железы различной этиологии

178.ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЗИ ДАВАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБ УПЛОТНЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ЕЕ ЭХОГЕННОСТИ

- 1) можно
- 2) **нельзя**
- 3) можно при наличии хронического панкреатита
- 4) можно, при наличии кальцификатов или конкрементов в паренхиме поджелудочной железы
- 5) можно при наличии кальцификатов в просвете вирсунгова протока

179.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) характер изменения контуров поджелудочной железы и их четкость
- 2) характер изменения структуры и эхогенности поджелудочной железы
- 3) характер изменения протоковой системы поджелудочной железы
- 4) характер изменения забрюшинного пространства, сальниковой сумки и левой плевральной полости
- 5) **все перечисленное**

180.ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ УЗИ ПРИ ИНСУЛИНОЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СВЯЗАН С

- 1) первичными изменениями поджелудочной железы - генетически обусловленные нарушения структуры
- 2) **вторичными изменениями поджелудочной железы - развитии жировой инфильтрации**

- 3) вторичными изменениями поджелудочной железы - развитии очагового фиброза
- 4) функциональными нарушениями ферментативной функции поджелудочной железы

181. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИНСУЛОМА В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ

- 1) больше 3см гиперэхогенное объемное солидное образование в теле или хвосте поджелудочной железы, легко дифференцируемое при УЗИ
- 2) гигантское (10 см) неоднородное солидно-кистозное образование хвоста поджелудочной железы, легко дифференцируемое при УЗИ
- 3) небольшое (до 2 см) гипозэхогенное образование головки поджелудочной железы с трудом выявляемое при УЗИ
- 4) **небольшое (до 2 см) средней или несколько повышенной эхогенности в хвосте поджелудочной железы, с трудом дифференцируемое при УЗИ**
- 5) анэхогенное образование в головке поджелудочной железы

182. ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ "ОБСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ" - ЭТО ВАРИАНТ ПРОТЕКАНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА СО СЛЕДУЮЩИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

- 1) **со сдавлением и последующим расширением вирсунгова протока**
- 2) со сдавлением и последующим расширением общего желчного протока с развитием билиарной гипертензии
- 3) со сдавлением и последующим нарушением перистальтики 12-перстной кишки
- 4) со сдавлением селезеночной и верхней брыжеечной вен и последующим развитием портальной гипертензии
- 5) со сдавлением воротной вены и последующим развитием портальной гипертензии

183. ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ "КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ПАНКРЕАТИТ"

- 1) развивается из-за обструкции общего соустья холедоха и вирсунгова протока желчным камнем
- 2) **сопровождается формированием кальцификатов в протоковой системе поджелудочной железы на фоне частых обострений, на фоне злоупотребления алкоголем**
- 3) является синонимом острого панкреатита или обострения хронического панкреатита при наличии желчно-каменной болезни
- 4) является названием хронического воспалительного процесса поджелудочной железы, приводящего к образованию конкрементов в желчном пузыре

184. КАКОВЫ ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АБЕРРАНТНОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) выявление добавочных участков ткани поджелудочной железы в других органах и их дифференциация возможны
- 2) выявление добавочных участков ткани поджелудочной железы в других органах и их дифференциация невозможны
- 3) выявление добавочных участков ткани поджелудочной железы в других органах возможны во всех случаях, их дифференциация невозможна
- 4) **выявление добавочных участков ткани поджелудочной железы в других органах возможно в зависимости от локализации, их дифференциация практически невозможна**

185. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ КАК СКРИНИНГА, ТАК И ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рентгеновское исследование
- 2) рентгеновская компьютерная томография
- 3) магнитно-резонансное исследование

- 4) ультразвуковое исследование
- 5) **любое исследование, в зависимости от направленности диагностического поиска и материальной базы учреждения**

186. ПРИ ПРОДОЛЬНОМ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ ВВЕРХУ РАЗВЕРТКИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) верхний полюс селезенки
- 2) **нижний полюс селезенки**
- 3) ворота селезенки
- 4) диафрагмальная поверхность селезенки
- 5) висцеральная поверхность селезенки

187. ПРИ УЗИ К ВОРОТАМ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИМЫКАЕТ

- 1) **верхний полюс левой почки**
- 2) нижний полюс левой почки
- 3) ворота левой почки
- 4) левый надпочечник
- 5) селезеночная артерия и вена

188. ПРИ УЗИ В СРЕЗЕ СЕЛЕЗЕНКИ МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ

- 1) аркады
- 2) фолликулы
- 3) ворота
- 4) капсулу
- 5) **ворота и капсулу**

189. ЭХОГРАФИЧЕСКИ В ВОРОТАХ НОРМАЛЬНОЙ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА НАТОЩАК ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) **селезеночная вена, селезеночная артерия**
- 2) селезеночная вена
- 3) селезеночная артерия
- 4) селезеночная вена, селезеночная артерия и лимфатический узел
- 5) добавочная долька

190. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТЕНЬ ДВЕНАДЦАТОГО РЕБРА ПЕРЕСЕКАЕТ ЛЕВУЮ ПОЧКУ НА УРОВНЕ

- 1) ворот селезенки
- 2) границе верхней и средней трети селезенки
- 3) границе средней и нижней трети селезенки
- 4) **ниже нижнего полюса селезенки**
- 5) выше верхнего полюса селезенки

191. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР КАЛЬЦИФИКАТА В СЕЛЕЗЕНКЕ, ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 мм
- 2) **2 мм**
- 3) 4 мм
- 4) 6 мм

192. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ОПУХОЛЕЙ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ В СЕЛЕЗЕНКЕ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) **0,5 см в зависимости от локализации опухоли**
- 2) 1,0 см в зависимости от локализации опухоли
- 3) 2,0 см в зависимости от локализации опухоли

4) 1,0-2,0 см в зависимости от локализации опухоли

193. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИЗНАКОМ ИНВАЗИВНОГО РОСТА ОПУХОЛИ СЕЛЕЗЕНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анэхогенный ободок
- 2) нечеткость границ**
- 3) резкая неоднородность структуры опухоли
- 4) анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования

194. НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЬ СЕЛЕЗЕНКИ И:

- 1) организовавшуюся гематому
- 2) разрыв селезенки
- 3) простую кисту
- 4) карбункул селезенки
- 5) амилоидоз селезенки**

195. СЕЛЕЗЕНКА РАСПОЛОЖЕНА

- 1) в верхнем этаже брюшной полости**
- 2) в среднем этаже брюшной полости
- 3) забрюшинно
- 4) в малом тазу

196. ПРОДОЛЬНАЯ ОСЬ СЕЛЕЗЕНКИ ПРОХОДИТ В НОРМЕ ПО

- 1) 9-му ребру
- 2) 10-му ребру**
- 3) 11-му ребру
- 4) 8-му ребру

197. ПРИ ПРОДОЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА НА УРОВНЕ ДИАФРАГМАЛЬНОГО КОНТУРА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) верхний полюс селезенки
- 2) нижний полюс селезенки
- 3) ворота селезенки
- 4) наружный контур селезенки**
- 5) внутренний контур селезенки

198. В НОРМЕ ПРОСВЕТ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ВЕНЫ

- 1) равен просвету селезеночной артерии
- 2) больше просвета селезеночной артерии**
- 3) меньше просвета селезеночной артерии
- 4) все вышеперечисленное не является значимым признаком

199. СПЛЕНОМА ИЛИ СПЛЕНОАДЕНОМА - ЭТО

- 1) доброкачественная опухоль селезенки
- 2) злокачественная опухоль селезенки
- 3) узловатая гипертрофия селезенки**
- 4) узловатая гиперплазия селезенки

200. ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА СЕЛЕЗЕНКИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- 1) субкапсулярно
- 2) в области полюсов
- 3) в средней части органа**
- 4) нет преимущественной локализации

201. ЭХОГРАФИЧЕСКИ ОСТРЫЙ СПЛЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) **увеличением селезенки, округлением ее концов, сохранением однородной мелкозернистости, снижением эхогенности**
- 2) увеличением селезенки, заострением ее концов, сохранением однородной мелкозернистости, повышением эхогенности
- 3) увеличением селезенки, округлением ее концов, неоднородной структурой повышением эхогенности
- 4) увеличением селезенки, заострением ее концов, неоднородной структурой снижением эхогенности

202. ЭХОГРАФИЧЕСКИ ХРОНИЧЕСКИЙ СПЛЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) увеличением селезенки, снижением эхогенности
- 2) увеличением селезенки, заострением ее концов, повышением эхогенности
- 3) увеличением селезенки, округлением ее концов, повышением эхогенности
- 4) **увеличением селезенки, повышением эхогенности**

203. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИНФАРКТ СЕЛЕЗЕНКИ В ОСТРОЙ СТАДИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ КАК

- 1) **образование с нечеткими контурами, пониженной эхогенностью**
- 2) образование с четкими контурами, пониженной эхогенностью
- 3) образование с четкими контурами, повышенной эхогенностью
- 4) образование с нечеткими контурами, повышенной эхогенностью

204. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИНФАРКТ СЕЛЕЗЕНКИ В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ КАК

- 1) образование с нечеткими контурами, пониженной эхогенностью
- 2) образование с четкими контурами, пониженной эхогенностью
- 3) **образование с четкими контурами, повышенной эхогенностью**
- 4) образование с нечеткими контурами, повышенной эхогенностью

205. ЭХОГРАФИЧЕСКИ АБСЦЕСС СЕЛЕЗЕНКИ В ОСТРОЙ ФАЗЕ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) эхопозитивное образование с нечеткими контурами и гипоэхогенными включениями
- 2) эхопозитивное образование с четкими контурами и гипоэхогенными включениями
- 3) эхонегативное образование с четкими контурами и гиперэхогенными включениями
- 4) **эхонегативное образование с нечеткими контурами и гиперэхогенными включениями**

206. ДИСТОПИЯ СЕЛЕЗЕНКИ - ЭТО

- 1) патологическая смещаемость селезенки при перемене положения тела
- 2) **неправильное перемещение селезенки в процессе эмбриогенеза**
- 3) уменьшение размеров селезенки с нормальным развитием паренхимы
- 4) увеличение размеров селезенки с нормальным развитием паренхимы
- 5) наличие добавочной доли

207. ЛИМФОСАРКОМА СЕЛЕЗЕНКИ НА ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ КАК

- 1) гиперэхогенное образование со смешанной структурой
- 2) гипоэхогенное образование, прорастающее за пределы капсулы селезенки и деформирующее ее
- 3) **гипоэхогенное образование со смешанной структурой**
- 4) гиперэхогенное образование, прорастающее за пределы капсулы селезенки и деформирующее ее
- 5) мультилокулярное образование смешанной эхогенности и неоднородной структуры занимающее обычно большую часть паренхимы

Раздел 3. Ультразвуковая диагностика в уронефрологии

001. ТЕНЬ ДВЕНАДЦАТОГО РЕБРА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕРЕСЕКАЕТ ПРАВУЮ ПОЧКУ НА УРОВНЕ

- 1) ворот почки
- 2) границе верхней и средней третей почки**
- 3) границе средней и нижней третей почки
- 4) у верхнего полюса
- 5) у нижнего полюса

002. ТЕНЬ ДВЕНАДЦАТОГО РЕБРА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕРЕСЕКАЕТ ЛЕВУЮ ПОЧКУ НА УРОВНЕ

- 1) ворот почки**
- 2) границе верхней и средней трети почки
- 3) границе средней и нижней трети почки
- 4) у верхнего полюса
- 5) у нижнего полюса

003. ВВЕРХУ РАЗВЕРТКИ ПРИ ПРОДОЛЬНОМ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) верхний полюс правой почки
- 2) нижний полюс правой почки**
- 3) ворота почки
- 4) передняя губа почки
- 5) задняя губа почки

004. ПРИ ПРОДОЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА НА УРОВНЕ ДИАФРАГМАЛЬНОГО КОНТУРА ПЕЧЕНИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) верхний полюс правой почки**
- 2) нижний полюс правой почки
- 3) ворота почки
- 4) передняя губа почки
- 5) задняя губа почки

005. К ВОРОТАМ СЕЛЕЗЕНКИ ОБРАЩЕН

- 1) верхний полюс правой почки**
- 2) нижний полюс правой почки
- 3) ворота почки
- 4) передняя губа почки
- 5) задняя губа почки

006. В ПАРЕНХИМАТОЗНОМ СЛОЕ СРЕЗА ПОЧКИ МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ

- 1) чашечки первого порядка
- 2) пирамидки**
- 3) чашечки второго порядка
- 4) сегментарные артерии
- 5) лимфатические протоки почечного синуса

007. ЭХОГЕННОСТЬ КОРКОВОГО СЛОЯ ПОЧКИ В НОРМЕ

- 1) ниже эхогенности мозгового слоя
- 2) сопоставимы с эхогенностью мозгового слоя
- 3) выше эхогенности мозгового слоя**
- 4) сопоставима с эхогенностью синусной клетчатки

008.ПРИ ПОВЫШЕНИИ ЭХОГЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА ГОВОРИТЬ ОБ УПЛОТНЕНИИ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНЫХ СТРУКТУР

- 1) можно
- 2) **нельзя**
- 3) можно при наличии в анамнезе хронического пиелонефрита
- 4) можно при наличии в анамнезе хронического гломерулонефрита
- 5) можно при наличии в анамнезе кист почечного синуса

009.ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ СКАНИРОВАНИИ ОБЛАСТИ ВОРОТ ПОЧКИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ВВЕРХУ РАЗВЕРТКИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) почечная артерия
- 2) мочеточник
- 3) **почечная вена**
- 4) лоханка почки
- 5) лимфатические протоки почечного синуса

010.ЭХОГРАФИЧЕСКИ В ВОРОТАХ НОРМАЛЬНОЙ ПОЧКИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА НАТОЩАК ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) **почечная вена, почечная артерия**
- 2) почечная вена, почечная артерия, мочеточник
- 3) только почечная вена
- 4) почечная вена, почечная артерия, лоханка и чашечки первого порядка
- 5) лимфатические протоки почечного синуса

011.ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА НОРМАЛЬНОЙ ПОЧКИ

- 1) в продольном срезе - бобовидная или овальная форма, в поперечном срезе округлая
- 2) в продольном срезе - бобовидная или овальная форма, в поперечном срезе полулунная
- 3) **во всех срезах - бобовидная или овальная форма**
- 4) в продольном срезе – трапециевидная форма
- 5) в продольном срезе – овальная форма, в поперечном срезе трапециевидная

012.НА ГРАНИЦЕ КОРТИКАЛЬНОГО И МЕДУЛЛЯРНОГО СЛОЕВ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРЭХОГЕННЫЕ СТРУКТУРЫ ТОЛЩИНОЙ 1-2 ММ - ЭТО

- 1) проявления перимедуллярного фиброза
- 2) **визуализирующиеся aa.arcuatae**
- 3) проявления нефронофтиза фанкони
- 4) проявления атеросклероза сосудов паренхимы
- 5) проявления поражения почек при подагре

013.МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР КОНКРЕМЕНТА В ПОЧКЕ, ВЫЯВЛЯЕМОГО ПРИ ЭХОГРАФИИ

- 1) 1 мм
- 2) 2 мм
- 3) **4 мм**
- 4) 6 мм
- 5) 8 мм

014.ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕСЯ В ПРОЕКЦИИ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА ГИПЕРЭХОГЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ 2-3 ММ В ДИАМЕТРЕ БЕЗ АКУСТИЧЕСКОЙ ТЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

- 1) о наличии песка в чашечно-лоханочной системе
- 2) об уплотнении чашечно-лоханочных структур
- 3) о наличии мелких конкрементов в почке

- 4) о кальцинозе сосочков пирамид
- 5) **данные эхографические признаки не являются патогмоничными признаками какой-либо определенной нозологии**

015. КОНКРЕМЕНТ ПОЧКИ РАЗМЕРОМ НЕ МЕНЕЕ 4 ММ, ОКРУЖЕННЫЙ ЖИДКОСТЬЮ

- 1) не дает акустической тени
- 2) **дает акустическую тень**
- 3) дает акустическую тень только при наличии конкрементов мочевой кислоты
- 4) дает акустическую тень только при наличии конкрементов щавелевой кислоты
- 5) дает акустическую тень только при наличии смешанного химического состава

016. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ КОНКРЕМЕНТА В МОЧЕТОЧНИКЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) **степени наполнения мочеточника жидкостью**
- 2) химического состава конкремента
- 3) уровня обструкции мочеточника конкрементом
- 4) размера конкремента
- 5) подготовки больного

017. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ КОРАЛЛОВИДНЫЙ КОНКРЕМЕНТ ПОЧКИ ОТ МНОЖЕСТВЕННЫХ КАМНЕЙ

- 1) возможно
- 2) **не всегда**
- 3) только при полипозиционном исследовании
- 4) нельзя
- 5) только при наличии камней мочевой кислоты

018. ОПРЕДЕЛИТЬ ЛОКАЛИЗАЦИЮ КОНКРЕМЕНТА (В ЧАШЕЧКЕ ИЛИ ЛОХАНКЕ) ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) нельзя
- 2) **можно**
- 3) можно, если чашечка или лоханка заполнены жидкостью
- 4) можно только при наличии уратов
- 5) можно только при наличии оксалатов

019. МИНИМАЛЬНЫЙ "ДИАМЕТР" КОНКРЕМЕНТА В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ, ВЫЯВЛЯЕМОГО ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) **2 мм**
- 2) 3 мм
- 3) 5 мм
- 4) 6 мм
- 5) в зависимости от химического состава конкремента от 3-х до 5-ти мм

020. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ОПУХОЛЕЙ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ В ПОЧКЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0,5 см
- 2) 1,0 см
- 3) 2,0 см
- 4) **0,5-2,0 см в зависимости от локализации опухоли**
- 5) 2,0-3,0 см в зависимости от локализации опухоли

021. ПОЧКИ, ОКОЛОПОЧЕЧНАЯ ЖИРОВАЯ ТКАНЬ И НАДПОЧЕЧНИКИ ПОКРЫТЫ

- 1) собственной капсулой почки
- 2) **фасцией Герота**
- 3) брюшиной

4) капсулой глиссона

022. ОПРЕДЕЛИТЬ ХАРАКТЕР РОСТА ОПУХОЛИ (ИНВАЗИВНЫЙ - НЕИНВАЗИВНЫЙ) ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

- 1) **можно**
- 2) нельзя
- 3) можно, при наличии зон распада в опухоли
- 4) можно, при наличии кальцинации в опухоли
- 5) можно, при наличии анэхогенного ободка

023. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) цистаденокарцинома почки
- 2) **почечно-клеточный рак**
- 3) онкоцитомы почки
- 4) ангиома почки
- 5) гемангиомиолипома почки

024. СРЕДИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) онкоцитомы
- 2) **ангиомиолипома**
- 3) фиброма
- 4) гемангиома
- 5) лейомиома

025. ОРГАНЫ - "МИШЕНИ" МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЭТО

- 1) **легкие, кости, головной мозг, щитовидная железа**
- 2) печень, органы малого таза, надпочечники
- 3) печень, кожа, мозг, органы мошонки
- 4) молочные железы, печень - у женщин, органы мошонки и печень - у мужчин
- 5) надпочечники

026. ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ИНВАЗИВНОГО ТРОМБА В НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЕ, ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЕ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) можно
- 2) нельзя
- 3) **можно не всегда**
- 4) можно только при значительном расширении нижней полой вены
- 5) можно только при резком повышении эхогенности паренхимы печени

027. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- 1) доплерографии
- 2) изотопной ренографии
- 3) фармакоэхографии
- 4) компьютерной томографии
- 5) **изотопной ренографии и фармакоэхографии**

028. НАИМЕНЬШИЙ ДИАМЕТР ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЛОХАНКИ, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ РУТИННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ МЕТОДОМ

- 1) 0,3 см
- 2) 2 см
- 3) **1 см**
- 4) 4 см

5) 8 см

029.НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ И

- 1) организовавшуюся гематому
- 2) ксантогранулематозный пиелонефрит
- 3) простую кисту**
- 4) карбункул почки
- 5) амилоидоз почки

031. ОЧАГОВУЮ ФОРМУ ЛИМФОМЫ ПОЧКИ ПРИХОДИТСЯ ЧАСТО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) гипернефроидным раком
- 2) простой кистой почки
- 3) ангиомиолипомой
- 4) туберкулезной каверной почки**

031.ОДНИМ ИЗ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тенденция к некрозу с образованием кистозных полостей**
- 2) резкая неоднородность структуры с петрификацией
- 3) анэхогенный ободок
- 4) массивная кальцинация в опухоли
- 5) нечеткость контура

032.МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ АНЭХОГЕННОГО ОБОДКА ПО ПЕРИФЕРИИ СРЕЗА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сжатая растущей опухолью нормальная ткань**
- 2) некроз по периферии опухоли
- 3) патологическая сосудистая сеть
- 4) лимфостаз по периферии опухоли
- 5) кальциноз капсулы опухоли

033.АНГИОМИОЛИПОМА ПРИ УЗИ - ЭТО

- 1) солидное образование повышенной эхогенности с четкими контурами в проекции синуса или паренхимы**
- 2) изоэхогенное солидное образование с анэхогенным ободком в проекции паренхимы почки без дорсального усиления или ослабления
- 3) солидное образование неоднородной структуры с множественными некротическими полостями
- 4) анэхогенное образование без дистального усиления
- 5) смешанное по эхогенности образование с дистальным псевдоусилением

034.ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АНГИОМИОЛИПОМЫ ПОЧКИ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ

- 1) ежемесячно
- 2) один раз в полгода**
- 3) один раз в год
- 4) динамическое наблюдение проводить нельзя, т.к. опухоль необходимо оперировать
- 5) в виду доброкачественности опухоль можно повторно не исследовать

035.МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ АНЭХОГЕННОЙ ЗОНЫ С НЕРОВНЫМ КОНТУРОМ В ЦЕНТРЕ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) перифокальное воспаление
- 2) некроз**

- 3) гематома
- 4) кальциноз сосудов опухоли
- 5) перифокальное воспаление и кальциноз сосудов опухоли

036. ПРИЧИНОЙ ГИДРОНЕФРОЗА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) **клапан задней уретры**
- 2) острый гломерулонефрит
- 3) рак яичника
- 4) неорганическая забрюшинная опухоль
- 5) ретроперитонеальный фиброз

037. НАЛИЧИЕ ОПУХОЛИ В ПОЧКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ

- 1) **УЗИ почечной вены и крупных сосудов, контрлатеральной почки, забрюшинных лимфоузлов, органов малого таза, щитовидной железы, печени,**
- 2) внутривенной урографии
- 3) консультации онкоуролога
- 4) УЗИ печени, лимфоузлов, селезенки, надпочечников
- 5) ангиографического исследования

038. МЕСТОМ ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГИПЕРНЕФРОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) передняя губа почки
- 2) латеральный край почки
- 3) **полюса почки**
- 4) почечный синус
- 5) ворота почки

039. ОДНИМ ИЗ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРНЕФРОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кистозно-солидное строение
- 2) **солидное строение**
- 3) кистозное строение
- 4) кистозное строение с папиллярными разрастаниями
- 5) кистозное строение с внутренней эхоструктурой

040. ДИАМЕТР ВИЗУАЛИЗИРУЕМЫХ ЧАШЕЧЕК - 0,4 СМ, ЛОХАНКИ 1,2 СМ, ЭТО

- 1) патология
- 2) норма
- 3) **патология, либо это признак объемной дилатации в результате увеличения диуреза или переполнения мочевого пузыря**
- 4) признак острого пиелонефрита

041. У ПАЦИЕНТА С СИМПТОМАМИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАСШИРЕНИЯ ЧЛС - ЭТО

- 1) полностью исключает наличие конкремента
- 2) **не исключает наличие конкремента в мочеточнике**
- 3) исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы пораженной почки
- 4) не исключает наличие очень мелкого конкремента в мочеточнике
- 5) уз-данные не исключают наличие мочекаменного конкремента

042. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ГИДРОКАЛИКОЗ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО

- 1) **с синусными кистами**
- 2) пиелонефритом
- 3) сахарным диабетом

- 4) почечным синусным липоматозом
- 5) туберкулезными кавернами

043. СТЕПЕНЬ ДИЛАТАЦИИ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВЫРАЖЕННОСТИ ОБСТРУКЦИИ ПРИ:

- 1) обструкции мелким конкрементом
- 2) **уменьшении фильтрации в пораженной почке**
- 3) атрофии мышечного слоя стенки чашечно-лоханочной системы
- 4) наличии стриктуры мочеточника
- 5) переполнении мочевого пузыря

044. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КИСТ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рутинное УЗИ
- 2) внутривенная урография
- 3) селективная почечная ангиография
- 4) компьютерная томография
- 5) **фармакоэхография**

045. ПЕРЕДНЕ-ЗАДНИЙ РАЗМЕР ЛОХАНКИ У ВЗРОСЛЫХ В НОРМЕ

- 1) не превышает 1,0 см
- 2) не превышает 1,5 см
- 3) не превышает 2,0 см
- 4) **лоханка не визуализируется**
- 5) лоханка не визуализируется при исследовании натощак или при обычном питьевом режиме

046. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ГИДРОКАЛИКОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) склерозирование чашечек с нарушением сократительной функции в результате папиллярного некроза
- 2) интерстициальный нефрит
- 3) полиурия
- 4) диабетический гломерулосклероз
- 5) **склерозирование чашечек и полиурия**

047. ДИЛАТАЦИЯ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ ДО 1,0 СМ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ - ЭТО

- 1) норма
- 2) патология
- 3) **это может быть как в норме, так и при патологии**
- 4) норма при наличии крупного плода
- 5) патология при наличии в анамнезе хронического пиелонефрита

048. ДИЛАТАЦИЯ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ ДО 1,7 СМ В 3 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ - ЭТО

- 1) норма
- 2) патология
- 3) **это может быть как в норме, так и при патологии**
- 4) норма при наличии крупного плода
- 5) патология при наличии в анамнезе хронического пиелонефрита

049. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ДИЛАТАЦИИ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) обструкция мочеточников
- 2) **полиурия**
- 3) интерстициальный нефрит
- 4) склеротические изменения в стенке чашечно-лоханочной системы
- 5) некротические изменения в стенке мочеточников

050. РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ С

- 1) 1 стадии
- 2) 2 стадии
- 3) **3 стадии**
- 4) 4 стадии

051. ПИЭЛОЭКТАЗИЯ ПРИ АКТИВНОМ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ ВОЗМОЖНА

- 1) до мочеиспускания
- 2) **после мочеиспускания**
- 3) при проведении пробы вальсальвы
- 4) при проведении пробы с фентоламином
- 5) при присоединении хронического пиелонефрита

052. ДИСТОПИЯ ПОЧКИ

- 1) патологическая смещаемость при перемене положения тела
- 2) **неправильное перемещение почки в процессе эмбриогенеза**
- 3) уменьшение размеров почки с нормальным развитием паренхимы и чашечно-лоханочного комплекса
- 4) патологическая смещаемость почки при дыхании
- 5) сращение почек нижними полюсами

053. ДИСТОПИРОВАННАЯ ПОЧКА ИМЕЕТ

- 1) короткий мочеточник, сосуды отходят от крупных стволов на уровне почки
- 2) длинный мочеточник, сосуды отходят на уровне 11-12
- 3) разворот осей почки и ее ротация
- 4) сращение нижним полюсом с контрлатеральной почкой
- 5) **короткий мочеточник, разворот осей почки и ротацию**

054. ПАРЕНХИМА ДИСПЛАЗИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЭХОГРАФИЧЕСКИ ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1) **неоднородной солидной, солидно-кистозной структурой, с отсутствием кортико-медуллярной дифференциацией**
- 2) гиперэхогенной солидной структурой не более 5 мм толщиной
- 3) гипозэхогенной однородной структурой более 25 мм толщиной
- 4) склерозом медуллярного вещества и кальцинозом сосочков пирамидок
- 5) мелко кистозными изменениями в кортикальном веществе

055. НЕФРОПТОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

- 1) короткий мочеточник, сосуды отходят от крупных стволов на уровне почки
- 2) **длинный мочеточник, сосуды отходят на уровне 11-12**
- 3) имеется разворот осей почки и ее ротация
- 4) имеется сращение почки нижним полюсом с контрлатеральной почкой
- 5) склерозом медуллярного вещества и кальцинозом сосочков пирамидок

056.УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ ВОЗМОЖНА

- 1) **всегда**
- 2) не всегда
- 3) только с помощью компьютерной томографии
- 4) только при наличии уростаза
- 5) только при присоединении нефрокальциноза

057.ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ультразвуковая диагностика
- 2) компьютерная томография
- 3) внутривенная урография
- 4) селективная ангиография
- 5) **УЗИ, КТ и ангиография**

058.ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) одна из почек визуализируется в малом тазу
- 2) **длинные оси почек развернуты**
- 3) полюса почек отчетливо визуализируются в обычном месте
- 4) когда у почки имеется длинный мочеточник, а сосуды отходят на уровне 11-12
- 5) короткий мочеточник, сосуды отходят от крупных стволов на уровне почки

059.ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПОПЛАЗИРОВАННОЙ ПОЧКИ - ЭТО

- 1) **почка меньших, чем в норме размеров, с нормальными по толщине и структуре паренхимой и почечным синусом**
- 2) почка не поднявшаяся в процессе эмбриогенеза до обычного уровня
- 3) почка маленьких размеров, с резко нарушенной дифференциацией "паренхима-почечный синус"
- 4) сращение почки нижним полюсом с контрлатеральной почкой
- 5) почка, ротированная кпереди воротами, с нарушенными взаимоотношениями сосудов и мочеточника

060.ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОСКЛЕРОЗА ОТ ГИПОПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неровность контура у гипоплазированной почки
- 2) ровный контур сморщенной почки
- 3) повышение эхогенности паренхимы гипоплазированной почки
- 4) истончение паренхимы гипоплазированной почки
- 5) **повышение эхогенности паренхимы сморщенной почки**

061.СООТНОШЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ПАРЕНХИМЫ И ТОЛЩИНЫ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА У ГИПОПЛАЗИРОВАННОЙ ПОЧКИ

- 1) нарушено
- 2) **не нарушено**
- 3) нарушено при наличии нефрокальциноза
- 4) нарушено в сторону уменьшения значения соотношения
- 5) нарушено при присоединении хронического пиелонефрита

062.ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК УДВОЕНИЯ ПОЧКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ - ЭТО

- 1) наличие паренхиматозной перемычки, разделяющей почечный синус на две части
- 2) **визуализация двух почек, сращенных полюсами**
- 3) гидронефротическая трансформация одной половины почки

- 4) изменение соотношения толщины паренхимы и толщины почечного синуса
- 5) нарушение сосудисто-мочеточниковых взаимоотношений

063.ПРОСТАЯ КИСТА ПОЧКИ - ЭТО

- 1) **аномалия развития канальцевых структур**
- 2) результат метаплазии эпителия канальцевых структур
- 3) результат сдавления канальцев почки растущей опухолью
- 4) отшнурованная чашечка первого порядка
- 5) "холодный" абсцесс почки

064."МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПРОСТЫЕ КИСТЫ ПОЧКИ" И "ПОЛИКИСТОЗ ПОЧКИ"
СИНОНИМЫ

- 1) да
- 2) **нет**
- 3) да - у лиц старческого возраста
- 4) да - у детей и подростков
- 5) да - при наличии туберкулеза почек в анамнезе

065.НАЛИЧИЕ В ПРОСТОЙ КИСТЕ ПОЧКИ ПРИСТЕНОЧНОГО ГИПЕРЭХОГЕННОГО
ВКЛЮЧЕНИЯ ДИАМЕТРОМ 3 ММ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ И АКУСТИЧЕСКОЙ
ТЕНЬЮ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ

- 1) **динамического наблюдения один раз в три месяца**
- 2) пункции кисты
- 3) оперативного лечения
- 4) проведения ангиографического исследования
- 5) проведения ДС с ЦДК

066.НАЛИЧИЕ В ПОЧКЕ КИСТОЗНОГО ОБРАЗОВАНИЯ С ТОЛСТОЙ СТЕНКОЙ И
МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ

- 1) внутривенной урографии
- 2) серологических проб для исключения паразитарного образования
- 3) компьютерной томографии с контрастным усилением
- 4) пункции кисты
- 5) **серологических проб и пункции кисты**

067.ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОЛИКИСТОЗА ВЗРОСЛОГО ТИПА ПОЧЕК
ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) множественные кисты почек в кортикальном слое
- 2) гиперэхогенные включения 1-2 мм в паренхиме
- 3) поражение обеих почек
- 4) **множественное кистозное поражение почек**

068.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КОНЕЧНОЙ СТАДИИ
ГИДРОНЕФРОЗА ОТ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отсутствие солидного компонента
- 2) двусторонность поражения
- 3) **характерное расположение нескольких анэхогенных образований вокруг центрально расположенной и большей по диаметру**
- 4) наличие содержимого кистозных структур
- 5) присоединение нефрокальциноза

069.ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С ПОЛИКИСТОЗОМ

- 1) **печени**
- 2) поджелудочной железы

- 3) селезенки
- 4) яичников
- 5) печени и селезенки

070.ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК У ВЗРОСЛОГО ОТ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **маленькие размеры мультикистозной почки**
- 2) хроническая почечная недостаточность при поликистозе
- 3) бобовидная форма мультикистозной почки
- 4) характерное расположение нескольких кистозных полостей вокруг одной, большей по диаметру, центрально расположенной
- 5) присоединение нефрокальциноза

071.ПОЛИКИСТОЗ ИНФАНТИЛЬНОГО ТИПА ДАЕТ ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ

- 1) больших "пестрых" почек
- 2) **больших "белых" почек**
- 3) маленьких почек с мелкими кистозными структурами с толстыми фиброзными стенками, по форме напоминающих кисть винограда
- 4) синдрома "выделяющихся пирамидок"
- 5) синдрома гиперэхогенных пирамидок

072.ГИДРОКАЛИКОЗ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ОБУСЛОВЛЕН

- 1) блоком мочеточника воспалительным эмболом
- 2) **склеротическими процессами в стенке чашечно-лоханочного комплекса**
- 3) присоединившейся хронической почечной недостаточностью
- 4) наличием интерстициального воспаления, атрофии и склероза паренхимы
- 5) присоединяющимся нефрокальцинозом

073.ФЕСТОНЧАТОСТЬ КОНТУРА ПОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) **чередованием рубцовых "втяжений" паренхимы и участков регенерационной гипертрофии**
- 2) сопутствующей фетальной дольчатостью почки
- 3) характерной множественной гипертрофией колонн бертина
- 4) сопутствующим папиллонекрозом
- 5) мелкокистозной трансформацией кортикального слоя коры

074. ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) хроническому пиелонефриту
- 2) хроническому гломерулонефриту
- 3) хроническому пиелонефриту при наличии характерной клинико-лабораторной симптоматики
- 4) амилоидозу почек
- 5) **не является специфическим признаком патологии**

075.ОТСУТСТВИЕ ЭХО-ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) причиной снятия с диспансерного учета
- 2) **ня является причиной снятия с диспансерного учета**
- 3) причиной снятия с диспансерного учета при наличии клинико-лабораторной ремиссии в течение трех лет
- 4) причиной снятия с диспансерного учета при отсутствии гидронефротической трансформации

- 5) причиной снятия с диспансерного учета при отсутствии изменений в анализах мочи

076.ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

- 1) **синдрома "выделяющихся" пирамидок**
- 2) повышения эхогенности и утолщения кортикального слоя
- 3) диффузного утолщения и повышения эхогенности почечного синуса
- 4) пиелоэктазии
- 5) рубцовых втяжений капсулы

077.ПРИЧИНОЙ УМЕНЬШЕНИЯ ПЛОЩАДИ И СНИЖЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фиброз почечного синуса
- 2) **резорбция почечного синусного жира, сдавление почечного синуса**
- 3) сопутствующий паранефрит
- 4) сопутствующий перинефрит
- 5) резкий отек клетчатки почечного синуса

078.ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КАРБУНКУЛА ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) анэхогенная зона овальной формы в почечном синусе
- 2) анэхогенная зона неправильной формы в паренхиме с толстой капсулой
- 3) **зона повышенной эхогенности с четкими контурами, либо - гипозохогенная зона с нечеткой границей в паренхиме**
- 4) диффузная неоднородность паренхимы, снижение эхогенности почечного синуса
- 5) синдром "выделяющихся пирамидок"

079.НАЛИЧИЕ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЧКЕ

- 1) обязательно
- 2) **необязательно**
- 3) обязательно у пациентов мужского пола
- 4) необязательно, при наличии анаэробной инфекции
- 5) необязательно, при наличии сопутствующего нефрокальциноза

080. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ КАРБУНКУЛ ПОЧКИ НЕОБХОДИМО

- 1) с абсцессом почки
- 2) с опухолью почки
- 3) с туберкулезом почки
- 4) с нагноившейся кистой почки
- 5) **с опухолевым и специфическим воспалительным процессом**

081.ДЛЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- 1) волнистый контур почки, уменьшение размеров почки, рубцовые втяжения паренхимы, расширение и деформация чашечек
- 2) гипозохогенная зона с нечеткой границей, деформирующая наружный контур паренхимы
- 3) **резкое увеличение почки, отсутствие дифференциации "паренхима-почечный синус", при этом паренхима и почечный синус представлены резко неоднородной массой с чередованием мелких зон сниженной эхогенности, анэхогенных и средней эхогенности зон**
- 4) резкое утолщение и повышение эхогенности коры, увеличение площади сечения и резкое снижение эхогенности пирамидок почки
- 6) синдром гиперэхогенных пирамид

082. НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ С

- 1) апостематозным пиелонефритом
- 2) карбункулом почки
- 3) **опухолевым поражением почки**
- 4) медуллярным нефрокальцинозом
- 5) губчатой почкой

083. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **опухолевидные структуры в паренхиме, коралловидный камень в почке**
- 2) резкое увеличение почки, отсутствие дифференциации "паренхима-почечный синус", паренхима и почечный синус представлены резко неоднородной солидно- кистозной структурой с чередованием мелких зон сниженной эхогенности, анэхогенных и средней эхогенности зон
- 3) синдром "выделяющихся" пирамидок
- 4) множественные петрификаты в паренхиме
- 5) синдром гиперэхогенных пирамид

084. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) **множественные петрификаты в паренхиме, расширение и деформация чашечек, кистозные массы с толстой, неровной стенкой**
- 2) почки представлены неоднородной солидно-кистозной структурой с чередованием гипоехогенных и анэхогенных зон без дифференциации "паренхима-почечный синус"
- 3) синдром гиперэхогенных пирамид
- 4) утолщение паренхимы, повышение эхогенности пирамид
- 5) синдром «выделяющихся пирамидок»

085. КАРБУНКУЛ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) дальнейшего прогрессирования ксантогранулематозного пиелонефрита
- 2) **септического инфаркта с последующим воспалением и гнойным распадом**
- 3) образование каверн при туберкулезе почки
- 4) дальнейшего прогрессирования хронического пиелонефрита
- 5) дальнейшего прогрессирования хронического гломерулонефрита

086. АБСЦЕСС ПОЧКИ ЭХОГРАФИЧЕСКИ ПРЕДСТАВЛЕН

- 1) гипоехогенной зоной с нечеткой границей, деформирующей наружный контур почки
- 2) **анэхогенной зоной с толстой капсулой и внутривполостной взвесью**
- 3) анэхогенной зоной с тонкой, ровной капсулой
- 4) синдромом "выделяющихся" пирамидок
- 5) синдромом "гиперэхогенных пирамидок"

087. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПАРЕНХИМЕ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **яркие, гиперэхогенные, линейные структуры, либо зоны повышенной эхогенности различной формы в паренхиме, сливающиеся с окружающей паранефральной клетчаткой**
- 2) линейные гиперэхогенные структуры с четкой границей между пирамидками и корой почки
- 3) зоны пониженной эхогенности, деформирующие наружный контур паренхимы почки
- 4) повышение эхогенности паренхимы
- 5) снижение эхогенности коркового вещества паренхимы

088. НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЛУЧШАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) УЗИ
- 2) **внутривенозной урографии**
- 3) компьютерной томографии
- 4) нефросцинтиграфии
- 5) ангиографии

089. ПАРАНЕФРИТ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШЕ С ПОМОЩЬЮ

- 1) УЗИ
- 2) внутривенозной урографии
- 3) компьютерной томографии
- 4) нефросцинтиграфии
- 5) **УЗИ и КТ**

090. КАРБУНКУЛ ПОЧКИ ЛУЧШЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) **УЗИ**
- 2) внутривенозной урографии
- 3) компьютерной томографии
- 4) нефросцинтиграфии
- 5) ангиографии

091. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ ЧАШЕ

- 1) **односторонним процессом**
- 2) двусторонним процессом
- 3) двусторонним процессом при наличии нефрокальциноза
- 4) односторонним процессом при наличии сахарного диабета
- 5) двусторонним процессом при наличии мультикистоза почек

092. ПАТОЛОГИЯ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОПУТСТВУЮЩАЯ КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНОМУ ПИЕЛОНЕФРИТУ - ЭТО

- 1) туберкулез почек
- 2) интерстициальный нефрит
- 3) **нефролитиаз**
- 4) некроз сосочков пирамид
- 5) мультикистоз почек

093. ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) **урогенитальной инфекции**
- 2) обструктивных уропатий
- 3) врожденных аномалий развития мочеполовой системы
- 4) сахарного диабета
- 5) инфаркта почки

094. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЧАЩЕ

- 1) дает двустороннее увеличение почек, с отеком паренхимы, снижением эхогенности паренхимы
- 2) не дает уз-изменений
- 3) дает уменьшение почек с двух сторон с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы
- 4) **дает появление синдрома "выделяющихся пирамидок"**

095. ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ХПН ЧАЩЕ

- 1) дает двустороннее увеличение почек, с отеком паренхимы, снижением эхогенности паренхимы
- 2) **не дает уз-изменений**
- 3) дает уменьшение почек с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы
- 4) дает уменьшение почек с понижением эхогенности коркового слоя паренхимы
- 5) дает увеличение почек с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы

096. ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПОМОЩЬЮ

- 1) УЗИ
- 2) компьютерной томографии
- 3) внутривенной пиелографии
- 4) нефросцинтиграфия
- 5) **биопсия почек**

097. ПАТОГМОНИЧНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

- 1) существуют
- 2) **не существуют**
- 3) существуют у детей и подростков
- 4) существуют только при наличии мембранозно-пролиферативной формы
- 5) существуют только при наличии быстро прогрессирующего гломерулонефрита

098. ПАТОГМОНИЧНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЧЕЧНОГО АМИЛОИДОЗА

- 1) существуют
- 2) **не существуют**
- 3) существуют у детей и подростков
- 4) существуют только при наличии хронических воспалительных изменений
- 5) в паренхиме

099. ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) **увеличение почек с двух сторон, повышение эхогенности коры, симптом "выделяющихся пирамидок"**
- 2) увеличение почек с двух сторон, неоднородность паренхимы с чередованием мелких гипер- и гипозоногенных зон, нарушение дифференциации "паренхима- почечный синус"
- 3) уменьшение почек с обеих сторон, рубцовые втяжения паренхимы, повышение эхогенности паренхимы почек
- 4) увеличение почек с двух сторон, симптом «гиперэхогенных пирамидок»

100. ДЛЯ "ПОДАГРИЧЕСКОЙ" ПОЧКИ ХАРАКТЕРЕН ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ СИМПТОМ

- 1) **гиперэхогенных пирамидок**
- 2) "выделяющихся" пирамидок
- 3) перимедулярного кольца
- 4) "горбатой" почки
- 5) фетальной дольчатости почки

101. ДЛЯ ПОЧКИ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРЕН ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ СИМПТОМ

- 1) **гиперэхогенных пирамидок**
- 2) "выделяющихся" пирамидок
- 3) перимедулярного кольца
- 4) "горбатой" почки

5) фетальной дольчатости почки

102. СИМПТОМ "ВЫДЕЛЯЮЩИХСЯ" ПИРАМИДОК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) подагрической почки
- 2) **нормальной почки ребенка**
- 3) почки при системной красной волчанке
- 4) почке при нефронофтизе фанкони
- 5) почке при болезни шегрена

103. МЕДУЛЛЯРНАЯ ГУБЧАТАЯ ПОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

- 1) **гиперэхогенных пирамидок**
- 2) "выделяющихся" пирамидок
- 3) перимедуллярного кольца
- 4) "горбатой" почки
- 5) фетальной дольчатости почки

104. ДЛЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- 1) **увеличение почек, утолщение паренхимы, симптом "выделяющихся пирамидок"**
- 2) увеличение почек, резкое утолщение паренхимы, резкая неоднородность паренхимы с чередованием мелких зон повышенной и пониженной эхогенности
- 3) увеличение почек, резкое утолщение паренхимы, диффузное снижение эхогенности паренхимы, исчезновение центрального эхокомплекса
- 4) увеличение почек, бугристость контуров за счет множественных гипо- и анэхогенных округлых образований с нечетким дистальным псевдоусилением
- 5) симптом «перимедуллярного кольца»

105. МОЖНО ВЫЯВИТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПОМОЩИ

- 1) УЗИ
- 2) компьютерной томографии
- 3) **доплерографии**
- 4) внутривенной урографии

106. ПАТОГМОНИЧНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ (РУТИННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В В-РЕЖИМЕ)

- 1) имеются
- 2) **отсутствуют**
- 3) имеются, при наличии отека почки
- 4) имеются, при наличии острого кортикального некроза
- 5) имеются, при наличии острой почечной недостаточности

107. ПАТОГМОНИЧНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ В В-РЕЖИМЕ

- 1) имеются
- 2) **отсутствуют**
- 3) имеются, при наличии отека почки
- 4) имеются, при наличии острого кортикального некроза
- 5) имеются, при наличии острой почечной недостаточности

108. В ОСТРОЙ ФАЗЕ ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **увеличение почки, утолщение паренхимы, снижение эхогенности паренхимы**

- 2) увеличение почки, резкое повышение эхогенности коркового вещества паренхимы
- 3) увеличение почки, полная дезорганизация структуры паренхимы с появлением в ней мелких анэхогенных зон
- 4) симптом перимедулярного кольца
- 5) симптом гиперэхогенных пирамид

109. В ОСТРОЙ ФАЗЕ ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **увеличение почки, утолщение паренхимы, снижение эхогенности паренхимы**
- 2) увеличение почки, резкое повышение эхогенности коркового вещества паренхимы
- 3) увеличение почки, полная дезорганизация структуры паренхимы с появлением в ней мелких анэхогенных зон
- 4) симптом перимедулярного кольца
- 5) симптом гиперэхогенных пирамид

110. НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ С

- 1) **острым пиелонефритом**
- 2) острым кортикальным некрозом
- 3) почечным абсцессом
- 4) туберкулезом почки
- 5) нефрокальцинозом

111. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ НЕОБХОДИМО С

- 1) **острым пиелонефритом**
- 2) острым кортикальным некрозом
- 3) почечным абсцессом
- 4) туберкулезом почки
- 5) нефрокальцинозом

112. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ И ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

- 1) **можно**
- 2) нельзя
- 3) можно только при наличии симптома гиперэхогенных пирамид
- 4) можно только при наличии мелкокистозной трансформации пирамид

113. УЗ-СИМПТОМ "ВЫДЕЛЯЮЩИХСЯ ПИРАМИДОК" - ЭТО

- 1) увеличенные и отечные пирамидки на фоне неизменного коркового вещества
- 2) **увеличенные и гипоехогенные или обычные по эхогенности и площади сечения пирамидки на фоне коры почки резко повышенной эхогенности**
- 3) неизменные по эхогенности и размерам пирамидки
- 4) повышенные по эхогенности пирамидки на фоне коры сниженной эхогенности
- 5) резко повышенные по эхогенности пирамидки с акустической тенью

114. УЗ-СИМПТОМ "ВЫДЕЛЯЮЩИХСЯ ПИРАМИДОК" ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) **остром кортикальном некрозе**
- 2) апостематозном пиелонефрите
- 3) папиллярном некрозе
- 4) туберкулезе
- 5) альвеококкозе

115. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **склероз**

- 2) ишемия коркового вещества
- 3) межуточный отек
- 4) отложение солей кальция
- 5) мелкокистозная трансформация коркового вещества

116. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МЕДУЛЛЯРНОГО НЕФРОКАЛЬЦИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) отсутствие дифференциации пирамидок от структур почечного синуса
- 2) отсутствие дифференциации медуллярного и коркового вещества паренхимы
- 3) **резкое повышение эхогенности пирамидок с возможным акустическим эффектом тени за пирамидкой**
- 4) наличие множественных паренхиматозных инвагинаций в почечный синус

117. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕДУЛЛЯРНОГО НЕФРОКАЛЬЦИНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперкалийурия
- 2) **гиперкальциурия**
- 3) образование в пирамидках специфических гранулем
- 4) отек канальцев пирамидок
- 5) склероз пирамидок

118. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАННЕГО ПЕРИОДА ПОЧЕЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острое отторжение трансплантата
- 2) образование уриномы
- 3) **острый пиелонефрит**
- 4) медуллярный нефрокальциноз

119. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение эхогенности паренхимы
- 2) **увеличение переднезаднего размера почки**
- 3) повышение эхогенности коркового вещества почки
- 4) образование околопочечных затеков
- 5) резкое повышение эхогенности пирамидок

120. УРИНОМА - ЭТО

- 1) опухоль мочевыделительной системы
- 2) киста, связанная с лоханкой или чашечкой
- 3) **мочевой затек**
- 4) аномалия развития почки
- 5) дивертикул лоханки

121. НЕФРОСКЛЕРОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЧАЩЕ

- 1) симметричен
- 2) **асимметричен**
- 3) сопровождается понижением эхогенности паренхимы
- 4) сопровождается гидронефротической трансформацией почек
- 5) сопровождается резким увеличением размеров почек и повышением эхогенности почечного синуса

122. НЕФРОСКЛЕРОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЧАЩЕ

- 1) **симметричен**
- 2) асимметричен

- 3) сопровождается понижением эхогенности паренхимы
- 4) сопровождается гидронефротической трансформацией почек
- 5) сопровождается резким увеличением размеров почек и повышением эхогенности почечного синуса

123. СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) всегда, при хорошей подготовке
- 2) **только если эхогенность паренхимы ниже эхогенности паранефрия**
- 3) всегда, если почка расположена в обычном месте
- 4) только при наличии симптома гиперэхогенных пирамид
- 5) только при наличии симптома "выделяющихся пирамидок"

124. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ПРИ НЕФРОСКЛЕРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) продуктивное воспаление в паренхиме
- 2) склероз паренхимы
- 3) межуточный отек
- 4) **клеточная инфильтрация и склероз паренхимы**

125. ДОСТАТОЧНЫМ УСЛОВИЕМ АДЕКВАТНОГО УЗИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НАПОЛНЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДО

- 1) 50 мл
- 2) 100 мл
- 3) **200 мл**
- 4) 450 мл
- 5) 650 мл

126. ТОЛЩИНА СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ПРИ ДОСТАТОЧНОМ НАПОЛНЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0-1 мм
- 2) 1-2 мм
- 3) **3-7 мм**
- 4) 4-7 мм
- 5) 6-10 мм

127. ВИХРЕОБРАЗНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ГИПЕРЭХОГЕННЫХ СТРУКТУР 1-2 ММ В ДИАМЕТРЕ В ОБЛАСТИ ТРЕУГОЛЬНИКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ - ЭТО

- 1) воспалительная взвесь, либо песок
- 2) реверберация
- 3) **выброс жидкости из мочеточника**
- 4) опухоль на тонкой ножке
- 5) трабекулярность стенки мочевого пузыря

128. ЛУЧШЕ ВЫЯВЛЯЕТ ПАТОЛОГИЮ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МЕТОД

- 1) трансабдоминального сканирования
- 2) трансректального сканирования линейным датчиком
- 3) трансректального сканирования датчиком радиального сканирования
- 4) трансуретрального сканирования
- 5) **сочетание ТРУЗИ и трансуретрального сканирования**

129. БОЛЕЕ ТОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА СТАДИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА

- 1) трансабдоминального сканирования
- 2) трансректального сканирования линейным датчиком

- 3) трансректального сканирования датчиком радиального сканирования
- 4) трансуретрального сканирования**
- 5) сочетания трансабдоминального и трансректального сканирования

130. ОБ ИНВАЗИИ МЫШЕЧНОГО СЛОЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОПУХОЛЬЮ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК

- 1) деформация внутреннего контура мочевого пузыря
- 2) резкое уменьшение объема мочевого пузыря
- 3) утолщение стенки мочевого пузыря в месте расположения опухоли**
- 4) поражение мочеточниковых устьев
- 5) поражение шейки мочевого пузыря

131. ДИВЕРТИКУЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ - ЭТО

- 1) мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря
- 2) мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыря с образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря**
- 3) полиповидное разрастание в области устья мочеточника
- 4) расширение урахуса
- 5) опухоль

132. УРЕТЕРОЦЕЛЕ - ЭТО

- 1) мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря**
- 2) мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыря с образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря
- 3) полиповидное разрастание в области устья мочеточника
- 4) расширение урахуса
- 5) опухоль

133. ВЫЯВЛЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО

- 1) исследования забрюшинных и паховых лимфоузлов
- 2) определения объема остаточной мочи в мочевом пузыре и дивертикуле**
- 3) лоханки для выявления возможного рефлюкса
- 4) исследования органов - "мишеней"
- 5) исследования мочеточников

134. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ЦИСТИТА

- 1) имеются
- 2) не существуют**
- 3) имеются, при выявлении взвеси в мочевом пузыре
- 4) имеются, при выявлении утолщения стенки
- 5) имеются, при выявлении полипозных разрастаний по внутреннему контуру мочевого пузыря

135. ВЫЯВЛЕННОЕ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ ПРИСТЕНОЧНОЕ НЕСМЕЩАЕМОЕ ГИПЕРЭХОГЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ С АКУСТИЧЕСКОЙ ТЕНЬЮ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) опухоли
- 2) конкремента в устье мочеточника**
- 3) уретероцеле
- 4) нагноившейся кисты урахуса
- 5) хронического цистита

136. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕЙРОМУСКУЛЯРНОЙ ДИССИНЕРГИИ (ПУЗЫРНО-СФИНКТЕРНЫЙ ДИССИНЕРГИИ) МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1) **пробы с фентоламином**
- 2) пробы вальсальвы
- 3) пробы реберга
- 4) ортостатическая пробы
- 5) фармакоэхографии

137. ВЕРХНЕ-НИЖНИЙ РАЗМЕР НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) **не более 4,5 см**
- 2) не более 3,5 см
- 3) не более 2,5 см
- 4) не более 1,5 см
- 5) не более 1,0 см

138. В НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ (СОГЛАСНО ЗОНАЛЬНОЙ АНАТОМИИ MC NEAL) ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) две железистые зоны
- 2) три железистые зоны
- 3) **четыре железистые зоны**
- 4) пять железистых зон
- 5) одну железистую зону, состоящую из собственных желез предстательной железы

139. СОБСТВЕННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛОЖЕНЫ

- 1) в переходной зоне
- 2) в центральной зоне
- 3) **в периферической зоне**
- 4) в простатической уретре
- 5) в зоне хирургической капсулы

140. САМАЯ БОЛЬШАЯ ФИБРОМУСКУЛЯРНАЯ ЗОНА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТОИТ ИЗ

- 1) продольных волокон уретры
- 2) **передней фибромускулярной стромы**
- 3) волокон т.н. препростатического сфинктера
- 4) волокон постпростатического сфинктера
- 5) волокон хирургической капсулы

141. К ВНУТРЕННЕЙ ЧАСТИ В НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) **передняя фибромускулярная строма**
- 2) собственные железистые клетки
- 3) железы переходных зон
- 4) железы центральных зон
- 5) железы периферической зоны

142. К ЭЛЕМЕНТАМ НАРУЖНОЙ ЧАСТИ НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) **передняя фибромускулярная строма**
- 2) собственные железистые клетки
- 3) железы переходных зон
- 4) железы центральных зон
- 5) железы периферической зоны

143. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- 1) трансабдоминального сканирования
- 2) трансректального сканирования**
- 3) трансуретрального сканирования
- 4) транслюмбального сканирования
- 5) фармакоэхографии

144. МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ СКРИНИНГА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЭТО

- 1) определение уровня специфического антигена предстательной железы в сыворотке крови больного**
- 2) определение уровня щелочной фосфатазы крови больного
- 3) определение антигенов системы hla
- 4) определение le-клеток в толстой капле крови
- 5) латекс-тест

145. ЭХОГЕННОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) выше эхогенности нормальной паренхимы печени
- 2) ниже эхогенности нормальной паренхимы печени
- 3) равна эхогенности нормальной паренхимы яичек**
- 4) смешанная
- 5) выше эхогенности нормальной паренхимы почек

146. АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - ЭТО

- 1) гиперплазия периуретральных желез
- 2) гиперплазии собственных желез
- 3) метаплазия эпителиальных элементов простатической уретры
- 4) гиперплазия желез переходных зон
- 5) гиперплазия периуретральных желез и желез переходной зоны**

147. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - ЭТО

- 1) узловые образования в периферической зоне
- 2) ретенционные кисты в центральной зоне и по периферии
- 3) петрификаты по ходу уретры
- 4) узловые или диффузные изменения во внутренней части железы**
- 5) парауретральный фиброз

148. УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) в центральной зоне
- 2) в периферической зоне
- 3) в переходной зоне**
- 4) по ходу хирургической капсулы
- 5) в передней фибромускулярной зоне

149. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА АДЕНОМАТОЗНОГО УЗЛА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) сниженной эхогенности
- 2) средней эхогенности
- 3) смешанной эхогенности
- 4) может иметь эхогенность любую из вышеперечисленных**
- 5) анэхогенный

150. АДЕНОМАТОЗНЫЙ УЗЕЛ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

- 1) хрящевой плотности
- 2) плотно-эластической консистенции**
- 3) каменистой плотности
- 4) "дряблой" консистенции
- 5) деревянистой плотности

151. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КАПСУЛА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - ЭТО

- 1) капсула предстательной железы
- 2) пространство между центральной и переходной зоной
- 3) перипростатическая капсула
- 4) капсула между наружной и внутренней частями железы**
- 5) передняя фибромускулярная строма

152. РАКОВЫЙ УЗЕЛ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

- 1) хрящевой плотности
- 2) плотно-эластической консистенции
- 3) "дряблой" консистенции
- 4) каменистой плотности
- 5) хрящевой или каменистой плотности**

153. ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕФОРМАЦИЯ

- 1) правого контура поперечного среза
- 2) левого контура поперечного среза
- 3) ректального контура поперечного среза**
- 4) апикальной части
- 5) периуретральной зоны

154. ПЕРВИЧНЫЙ РАКОВЫЙ УЗЕЛ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) центральной зоне
- 2) периферической зоне**
- 3) средней доле
- 4) переходных зонах
- 5) периуретральной зоне

155. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ УЗ-ПРИЗНАКИ

- 1) имеет
- 2) не имеет**
- 3) имеет, при условии наличия высокодифференцированной аденокарциномы
- 4) имеет, при наличии инфильтрирующего процесса
- 5) имеет, при прорастании в семенные пузырьки

156. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) перерождением периуретральных желез
- 2) перерождением парауретральных желез
- 3) перерождением собственных желез предстательной железы**
- 4) неупорядоченным разрастанием фибромускулярной стромы
- 5) перерождением эпителия мужской простатической маточки

157. ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ НАЧИНАЯ СО СТАДИИ

- 1) T1
- 2) T2

3) T3

4) T4

158. ПРИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗМОЖНА В СТАДИИ

1) T1

2) T2

3) T3

4) T4

5) **верно все перечисленное**

159. ПЕРВИЧНЫЙ РАКОВЫЙ УЗЕЛ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЗОНЕ ЧАЩЕ

1) повышенной эхогенности

2) **сниженной эхогенности**

3) смешанной эхогенности

4) анэхогенный

5) изоэхогенный

160. ДЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДАТЧИКИ

1) 5 мГц

2) **7,5 мГц и выше**

3) 2,5 мГц

4) 3,5 мГц

161. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА

1) существуют

2) **не существуют**

3) существуют только при наличии клеточной инфильтрации

4) существуют только при наличии отека стромы

5) существуют только при наличии перипростатической инфильтрации

162. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ СНИЖЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) клеточная инфильтрация

2) **отек и воспалительная инфильтрация**

3) образование зон петрификации

4) перипростатическая инфильтрация

5) расширение перипростатических вен

163. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ПРОСТАТИТА - ЭТО

1) **увеличение объема железы, нарушение дифференциации внутренней и наружной частей, снижение эхогенности**

2) увеличение объема железы за счет центральной зоны, неоднородность структуры центральной зоны с ретенционными кистами и петрификатами в ней

3) резкое уменьшение железы с отчетливым повышением эхогенности, наличием полей петрификации

4) "изъеденность" контура предстательной железы

5) неизменные размеры железы и неоднородность внутренней структуры

164. ПАТОГМОНИЧНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

1) существуют

2) **не существуют**

- 3) существуют только при наличии клеточной инфильтрации
- 4) существуют только при наличии отека стромы
- 5) существуют только при наличии перипростатической инфильтрации

165. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ПОВЫШЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) клеточная инфильтрация
- 2) склероз железы
- 3) отек и воспалительная инфильтрация
- 4) наличие "холодных" микроабсцессов
- 5) **клеточная инфильтрация и склероз железы**

166. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА - ЭТО

- 1) снижение эхогенности всей железы с нарушением дифференциации внутренней и наружной части железы
- 2) преимущественный рост центральной зоны со сдавлением и атрофией периферической зоны
- 3) **повышение эхогенности железы, зоны петрификации, неоднородность структуры**
- 4) "изъеденность" контура предстательной железы

167. ОТЛИЧИТЬ ЗОНУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

- 1) можно
- 2) **нельзя**
- 3) можно, при наличии расширения вен семенного канатика
- 4) можно, при наличии расширения перипростатических вен
- 5) можно, при наличии анэхогенного ободка

168. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АБСЦЕССА В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие гипозоногенной зоны по периферии железы с нечеткой границей
- 2) **анэхогенная полость с толстой, неравномерно утолщенной капсулой и эховзвесью**
- 3) анэхогенная полость с тонкой капсулой
- 4) повышение эхогенности железы, зоны петрификации, неоднородность структуры
- 5) железа хрящевой плотности

169. ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО

- 1) размеры семенных пузырьков
- 2) структура семенных пузырьков
- 3) **наличие симметрии семенных пузырьков**
- 4) эхогенность семенных пузырьков
- 5) верно 1 и 4

170. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ВЕЗИКУЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уменьшение и запустевание семенных (повышение эхогенности) семенных пузырьков
- 2) **увеличение размеров, снижение эхогенности, возможные анэхогенные образования в семенных пузырьках**
- 3) опухолевидные массы в проекции семенных пузырьков

- 4) уменьшение размеров, снижение эхогенности, возможные анэхогенные образования в семенных пузырьках

171. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ

- 1) симметричное увеличение семенных пузырьков
- 2) **асимметричное увеличение семенных пузырьков**
- 3) диффузное повышение эхогенности обоих семенных пузырьков
- 4) наличие кальцинатов в проекции семенных пузырьков
- 5) возможные анэхогенные образования в семенных пузырьках

172. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МОШОНКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАТЧИКА

- 1) 2,5 МГц
- 2) 3,5 МГц
- 3) **7,5 МГц**
- 4) 10 МГц
- 5) 12 МГц

173. МАКСИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА ГОЛОВКИ НОРМАЛЬНОГО ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

- 1) 0,5 см
- 2) **1,0 см**
- 3) 1,5 см
- 4) 2 мм
- 5) 3 мм

174. ГИПЕРЭХОГЕННАЯ СТРУКТУРА ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ, РАЗДЕЛЯЮЩАЯ ЯИЧКО НА ДВЕ СИММЕТРИЧНЫЕ ЧАСТИ В ЦЕНТРЕ НЕИЗМЕНЕННОГО ЯИЧКА - ЭТО

- 1) врожденная аномалия развития, сопровождающаяся уплотнением, фиброзом канальцевых структур яичка
- 2) **эхографический субстрат средостения яичка**
- 3) эхографический признак хронического орхоэпидидимита
- 4) рубцовые постинфарктные изменения
- 5) врожденная аномалия - удвоение яичка

175. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА

- 1) **увеличение придатка и яичка, снижение эхогенности ткани яичка и придатка за счет появления множественных гипо-анэхогенных зон различных размеров с нечеткими контурами**
- 2) увеличение размеров придатка яичка и резкое повышение эхогенности яичка и придатка за счет клеточной инфильтрации
- 3) уменьшение размеров придатка и яичка с повышением эхогенности их и явлениями атрофии
- 4) рубцовые постинфарктные изменения
- 5) расширение канальцевых структур яичка

176. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА

- 1) **увеличение придатка и яичка, снижение эхогенности ткани яичка и придатка за счет появления множественных гипо-анэхогенных зон различных размеров с нечеткими контурами**
- 2) увеличение размеров придатка яичка и резкое повышение эхогенности яичка и придатка за счет клеточной инфильтрации

- 3) уменьшение размеров придатка и яичка с повышением эхогенности их и явлениями атрофии
- 4) рубцовые постинфарктные изменения
- 5) расширение канальцевых структур яичка

177. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ И ОСТРЫЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) можно
- 2) **нельзя**
- 3) можно, при наличии расширения вен семенного канатика
- 4) можно, при наличии расширения перипростатических вен
- 5) можно, при наличии анэхогенного ободка по периферии среза яичка

178. МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ОРХОЭПИДИДИМИТ И ОСТРЫЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) УЗИ
- 2) компьютерная томография
- 3) **цветная доплерография**
- 4) лимфография
- 5) флебография

179. ВАРИКОЦЕЛЕ - ЭТО

- 1) жидкость в полости мошонки между оболочками яичка
- 2) киста придатка яичка
- 3) **расширение вен семенного канатика**
- 4) расширение канальцевых структур яичка
- 5) врожденная аномалия развития

180. ГИДРОЦЕЛЕ - ЭТО

- 1) **жидкость в полости мошонки между оболочками яичка**
- 2) киста придатка яичка
- 3) расширение вен семенного канатика
- 4) расширение канальцевых структур яичка
- 5) врожденная аномалия развития

181. СПЕРМАТОЦЕЛЕ - ЭТО

- 1) жидкость в полости мошонки между оболочками яичка
- 2) **киста семенного канатика**
- 3) расширение вен семенного канатика
- 4) расширение канальцевых структур яичка
- 5) врожденная аномалия развития

182. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) проба с фентоламином
- 2) **проба Вальсальвы, ортостатическая проба**
- 3) маршевая проба
- 4) проба с лазиксом
- 5) проба с кофеином

183. УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ЯИЧКА И ПРИДАТКА, НАЛИЧИЕ АНЭХОГЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОДНОРОДНОЙ СТРУКТУРЫ, МЕЖДУ ОБОЛОЧКАМИ ЯИЧКА, МЕНЯЮЩЕГО ФОРМУ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ДАТЧИКОМ (В АНАМНЕЗЕ ТРАВМА МОШОНКИ) НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) гематомы мошонки

- 2) **посттравматического орхоэпидидимита с гидроцеле**
- 3) опухоли яичка
- 4) кисты семенного канатика
- 5) врожденной аномалии развития

184.МЕТАСТАЗЫ ПРИ ОПУХОЛИ ЯИЧКА, ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ В

- 1) **забрюшинных лимфоузлах**
- 2) поджелудочной железе
- 3) надпочечниках
- 4) предстательной железе
- 5) трубчатых костях

185.НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **семинома**
- 2) лейдигома
- 3) тератома
- 4) тестикулярная аденома
- 5) андробластома

186.ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЬ ЯИЧКА СЛЕДУЕТ С

- 1) очагом воспалительной инфильтрации
- 2) гематомой
- 3) **воспалительным образванием и гематомой**
- 4) ретенционной кистой
- 5) туберкулезной каверной

187. ЛЕЙДИГОМА ИМЕЕТ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) кистозное перерождение яичка и придатка
- 2) медленный рост
- 3) быстрый рост
- 4) **солидная структура без признаков некроза**

188.НАДПОЧЕЧНИКИ РАСПОЛОЖЕНЫ

- 1) в верхнем этаже брюшной полости
- 2) в среднем этаже брюшной полости
- 3) **забрюшинно**
- 4) в латеральных каналах брюшной полости

189.ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА

- 1) интеркостальный по средней аксиллярной линии справа
- 2) интеркостальный по передней аксиллярной линии справа
- 3) **субкостальный**
- 4) субксийоидальный

190.ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА

- 1) **интеркостальный по средней аксиллярной линии слева**
- 2) интеркостальный по передней аксиллярной линии слева
- 3) субкостальный
- 4) субксийоидальный

191.ОРИЕНТИРАМИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗОНЫ НАХОЖДЕНИЯ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **нижняя полая вена, верхний полюс правой почки, правая ножка диафрагмы, правая доля печени**
- 2) верхний полюс правой почки, аорта, печеночный изгиб толстой кишки, головка поджелудочной железы
- 3) верхний полюс правой почки, нижняя полая вена, большая поясничная мышца, тело 12 грудного позвонка

192.ОРИЕНТИРАМИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗОНЫ НАХОЖДЕНИЯ ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **аорта, верхний полюс левой почки, левая ножка диафрагмы, большая кривизна желудка, ворота селезенки**
- 2) верхний полюс левой почки, аорта, тело 12 грудного позвонка, хвост поджелудочной железы, v. lienalis
- 3) верхний полюс левой почки, аорта, верхний полюс селезенки, большая поясничная мышца, тело 12 грудного позвонка

193.ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ГОРМОНАЛЬНО АКТИВНЫЕ И НЕГОРМОНАЛЬНО АКТИВНЫЕ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ МЕТОДОМ ЭХОГРАФИИ

- 1) можно
- 2) можно, только доброкачественные
- 3) **нельзя**
- 4) можно, только злокачественные

194.МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ОПУХОЛИ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА, ВЫЯВЛЯЕМОЙ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) 1.0 см
- 2) 2.5 см
- 3) 3.5 см
- 4) **все зависит от эхоструктуры опухоли**

195.МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ОПУХОЛИ ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА, ВЫЯВЛЯЕМОЙ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) 1.0 см
- 2) 2.5 см
- 3) 3.5 см
- 4) **все зависит от эхоструктуры опухоли**

196.ОДНИМ ИЗ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АДЕНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА ОТ КАРЦИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эхоструктура опухоли
- 2) контур опухоли
- 3) **размер опухоли**
- 4) наличие дистального псевдоусиления

197.ЭКСТРАОРГАННУЮ ФЕОХРОМОЦИТОМУ СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ

- 1) **в паракавадных симпатических узлах, в стенке мочевого пузыря**
- 2) в стенке слепой кишки, в паракавадных симпатических узлах
- 3) в парасимпатических паравертебральных ганглиях, в стенке прямой кишки
- 4) в стенке подвздошной кишки, в паракавадных симпатических узлах

198. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА ПРИ ЛИМФОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1) множественных мелких кальцинатов в ткани надпочечников
- 2) гиперэхогенной опухолевой массы с анэхогенной зоной в центре, имеющей неровные, "подрытые" контуры
- 3) значительного кистозного компонента в структуре с дистальным усилением**
- 4) солидного компонента повышенной эхогенности

199. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие множественных кальцинатов в ткани надпочечников
- 2) наличие гиперэхогенной опухолевой массы с анэхогенной зоной в центре, имеющей неровные, "подрытые" контуры
- 3) наличие значительного кистозного компонента в структуре с дистальным псевдоусилением
- 4) билатеральность поражения**

200. ОРГАНЫ, ОПУХОЛИ КОТОРЫХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЮТ В НАДПОЧЕЧНИКИ - ЭТО

- 1) желудок, почки, яички, предстательная железа
- 2) легкие, молочная железа, толстая кишка, поджелудочная железа, пищевод**
- 3) тимус, яичники, яички, предстательная железа и семенные пузырьки, орбита
- 4) яички, предстательная железа и семенные пузырьки, пищевод

201. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие множественных кальцинатов в ткани надпочечников**
- 2) наличие гиперэхогенной опухолевой массы с анэхогенной зоной в центре, имеющей неровные, "подрытые" контуры
- 3) наличие значительного кистозного компонента в структуре с дистальным псевдоусилением
- 4) билатеральность поражения

202. НАДПОЧЕЧНИКОВЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ЧАЩЕ

- 1) билатеральны**
- 2) гомолатеральны
- 3) имеют экстраорганный локализацию
- 4) имеют интраорганный локализацию

203. МАКРОНОДУЛЯРНУЮ ФОРМУ ГИПЕРПЛАЗИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) туберкулезным поражением надпочечников
- 2) надпочечниковой гематомой
- 3) воспалительным поражением надпочечника
- 4) аденомой надпочечника**

204. АДЕНОМУ НАДПОЧЕЧНИКА ЭХОГРАФИЧЕСКИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) простой кистой надпочечника**
- 2) надпочечниковой гематомой
- 3) туберкулезным поражением надпочечников
- 4) диффузной формой гиперплазии надпочечника

205. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОРГАНИЗОВАВШЕЙСЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ГЕМАТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1) **кистозного и солидного компонентов, кальцинацией**
- 2) гипозоногенной зоны без четких контуров
- 3) полей кальцинации и повышением эхогенности ткани надпочечника
- 4) гиперэхогенной зоны с акустической тенью

206. ПРОЕКЦИЯ НОРМАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕННОГО НАДПОЧЕЧНИКА СООТВЕТСТВУЕТ УРОВНЮ

- 1) 2-3 поясничного позвонков
- 2) 3-10 грудного позвонков
- 3) **11-12 грудного позвонков**
- 4) 1-2 поясничного позвонков

207. У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мозговое вещество надпочечников
- 2) корковое вещество надпочечников
- 3) **эмбриональное корковое вещество надпочечников**
- 4) жировая клетчатка вокруг надпочечников

208. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ БОЛЬШЕ

- 1) у детей в пубертатном возрасте
- 2) у взрослых
- 3) **у новорожденных**
- 4) у детей раннего возраста

209. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗЫ АДЕНОКАРЦИНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) в лимфатических узлах средостения
- 2) **парааортальных лимфатических узлах**
- 3) в селезенке
- 4) в почке

Раздел 4. Ультразвуковая диагностика в гинекологии

001. НОРМАТИВНЫМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ДЛИНЫ ТЕЛА МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) 20-41 мм
- 2) 30-59 мм
- 3) **40-70 мм**
- 4) 50-80 мм
- 5) 50-90 мм

002. НОРМАТИВНЫМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ПЕРЕДНЕ-ЗАДНЕГО РАЗМЕРА ТЕЛА МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) 15-30 мм
- 2) 20-40 мм
- 3) **30-42 мм**
- 4) 40-50 мм
- 5) 45-55 мм

003.НОРМАТИВНЫМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ШИРИНЫ ТЕЛА МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) 30-42 мм
- 2) 35-50 мм
- 3) 40-75 мм
- 4) 45-60 мм**
- 5) 50-80 мм

004.СООТНОШЕНИЕ ДЛИНЫ ШЕЙКИ К ДЛИНЕ ТЕЛА МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1/1
- 2) 1/2**
- 3) 1/4
- 4) 1/5

005.МАКСИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ТОЛЩИНЫ НЕИЗМЕНЕННОГО М-ЭХО МАТКИ ПЕРЕД МЕНСТРУАЦИЕЙ ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 7 мм
- 2) 10 мм
- 3) 15 мм
- 4) 20 мм**
- 5) 25 мм

006.ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ НЕИЗМЕНЕННЫЕ МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ В ВИДЕ

- 1) гипозоногенных образований
- 2) гиперэногенных образований
- 3) анэногенных образований
- 4) образований средней эногенности
- 5) не визуализируется**

007.УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТОЧНЫХ ТРУБ ВОЗМОЖНА

- 1) при наличии в них содержимого**
- 2) всегда
- 3) при асците
- 4) при их опухолевом поражении

008.ПРОДОЛЬНОЙ РАЗМЕР ЯИЧНИКА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

- 1) 40 мм**
- 2) 45 мм
- 3) 50 мм
- 4) 55 мм

009.СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ДИАМЕТРА ЗРЕЛОГО ФОЛЛИКУЛА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10-14 мм
- 2) 12-15 мм
- 3) 14-16 мм
- 4) 18-25 мм**
- 5) 25-32 мм

010.ОДНИМ ИЗ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НАСТУПИВШЕЙ ОВУЛЯЦИИ СЧИТАЕТСЯ

- 1) **визуализация свободной жидкости в позадиматочном пространстве**
- 2) определение зрелого фолликула диаметром более 10 мм
- 3) утолщение эндометрия
- 4) уменьшение размеров матки

011.СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ В ПОЗАДИМАТОЧНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В НОРМЕ ЧАЩЕ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В

- 1) пролиферативную фазу
- 2) **периовуляторную фазу**
- 3) секреторную фазу
- 4) менструальную фазу
- 5) верно все

012.ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ ЭХОГРАФИЯ МАЛОИНФОРМАТИВНА ПРИ

- 1) гиперпластических процессах эндометрия
- 2) внематочной беременности
- 3) подслизистой миоме матки
- 4) внутреннем эндометриозе
- 5) **больших размерах яичниковых образований**

013.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

- 1) **трансвагинальный доступ**
- 2) трансабдоминальный доступ
- 3) трансректальный доступ

014.ДИАГНОСТИКУ СУБМУКОЗНОЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ МИОМЫ МАТКИ С ЦЕНТРИПЕТАЛЬНЫМ РОСТОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В

- 1) пролиферативную фазу
- 2) периовуляторную фазу
- 3) **секреторную фазу**
- 4) менструальную фазу

015.ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) эхонегативные кистозные включения в миометрии
- 2) увеличение передне-заднего размера матки
- 3) асимметрия толщины передней и задней стенок матки
- 4) гиперэхогенный ободок вокруг кистозных включений в миометрии
- 5) **верно все**

016.ЗНАЧЕНИЯ М-ЭХО МАТКИ В НОРМЕ У ПАЦИЕНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

- 1) 1 мм
- 2) 3 мм
- 3) **5 мм**
- 4) 7 мм
- 5) 10 мм

017.ДЛЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) утолщенное м-эхо
- 2) неоднородная структура м-эхо

- 3) прерывистый контур м-эхо
- 4) верно все**

018.РЕТЕНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) небольшими размерами, четкими контурами, отсутствием внутренних эхоструктур**
- 2) большими размерами, нечеткими контурами
- 3) неоднородностью внутренней структуры
- 4) четкими округлыми образованиями с перифокальными изменениями

019.ХАРАКТЕРНЫМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКОМ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) тонкая капсула
- 2) мелкосетчатое строение
- 3) анэхогенное содержимое
- 4) исчезновение при динамическом наблюдении
- 5) верно все**

020.ОСНОВНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПАРАОВАРИАЛЬНОЙ КИСТЫ И ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) размеры образования
- 2) наличие пристеночного включения
- 3) отсутствие капсулы и форма образования
- 4) визуализация интактного яичника**

021.ОСНОВНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПАРАОВАРИАЛЬНОЙ КИСТЫ И СЕРОЗОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) размеры образования
- 2) наличие пристеночного включения
- 3) отсутствие капсулы**
- 4) визуализация интактного яичника
- 5) структура образования

022.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОСТРУКТУРА ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКА - ЭТО

- 1) анэхогенная с тонкими перегородками
- 2) гиперэхогенная
- 3) гипозэхогенная с мелкодисперсной взвесью**
- 4) гипозэхогенная с пристеночными разрастаниями
- 5) кистозно-солидная

023. РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ КАК

- 1) образование пониженной эхогенности с неровными контурами и мелкоячеистой структурой позади матки**
- 2) образование солидной структуры
- 3) образование кистозной структуры
- 4) жидкость в полости малого таза

024.ЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА ЯИЧНИКА МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ СТРОЕНИЕ

- 1) кистозное с пристеночным эхопозитивным компонентом
- 2) солидное

3) кистозно-солидное

4) верно все

025.ОСОБЕННОСТЬЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) отсутствие клинических признаков заболевания при значительных их размерах

2) быстрое озлокачествление и раннее метастазирование

3) выраженные нарушения функции органом малого таза

4) появление их в период менопаузы

026.ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ МУЦИНОЗНЫХ КИСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) папиллярные разрастания

2) множественные перегородки и эхопозитивная взвесь

3) солидный компонент

4) однокамерное строение

027.ГЛАДКОСТЕННАЯ СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В ВИДЕ

1) однокамерного образования с гладкой внутренней поверхностью

2) многокамерного образования с эхопозитивной взвесью

3) многокамерного образования с папиллярными разрастаниями

4) многокамерного образования с толстыми перегородками

5) верно все

028.ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

1) солидно-кистозные образования увеличенных яичников

2) множественные кистозные образования яичников

3) солидно-кистозные образования не увеличенных яичников

4) процессы, изменяющие размеры яичников и сопровождающиеся появлением жидкостного содержимого в полости малого таза

029.ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РАКА ЯИЧНИКОВ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНА

1) кистозным однокамерным образованием

2) кистозным многокамерным образованием

3) кистозно-солидным образованием

4) верно все

030.ЭКСЦЕНТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ М-ЭХО МАТКИ МОЖЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ

1) в секреторную фазу

2) во время менструации

3) при внутреннем эндометриозе

4) все неверно

031.ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ САКТОСАЛЬПИНКС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

1) параовариальной кистой

2) серооцеле

3) серозной цистаденомой

4) перитубарной кистой

5) верно все

032. ДОСТОВЕРНЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение размеров матки
- 2) ложное плодное яйцо
- 3) свободная жидкость в позадиматочном пространстве
- 4) плодное яйцо с эмбрионом вне полости матки**
- 5) утолщенное м-эхо

033. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) опухолевый процесс с ближайшими метастазами
- 2) опухоль, распространяющаяся за пределы внутреннего маточного зева
- 3) инвазия процесса на глубину 1/3 толщины миометрия
- 4) опухоль, проросшая весь миометрий до серозной оболочки**
- 5) опухолевый процесс с отдаленными метастазами

034. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ РЕЦИДИВА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ В МАЛОМ ТАЗУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выявление жидкости в полости малого таза
- 2) обнаружение дополнительного объемного образования в малом тазу**
- 3) деформация мочевого пузыря
- 4) утолщение стенок мочевого пузыря

035. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ТУБООВАРИАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ

- 1) эндометриоидную кисту
- 2) неразвивающуюся эктопическую беременность**
- 3) кисту желтого тела
- 4) рак яичника

036. ПОДТВЕРЖДАЕТ НАЛИЧИЕ В ПОЛОСТИ МАТКИ ВНУТРИМАТОЧНОГО КОНТРАЦЕПТИВА ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК

- 1) расширение полости матки гипоэхогенным содержимым
- 2) равномерное утолщение эндометрия
- 3) гиперэхогенные линейные эффекты поглощения за м-эхо матки**
- 4) м-эхо матки овальной формы

037. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО КОНТРАЦЕПТИВА (ВМК) В ЦЕРВИКАЛЬНОМ КАНАЛЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) нормальном расположении вМК
- 2) низком расположении вМК
- 3) перфорации
- 4) экспульсии ВМК**

038. КРИВЫЕ СКОРОСТЕЙ КРОВОТОКА В ЯИЧНИКОВЫХ СОСУДАХ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМИ

- 1) снижением систолической скорости
- 2) возрастанием численных значений индекса резистентности
- 3) снижением численных значений индекса резистентности**
- 4) снижением диастолической скорости

039. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ КРОВОТОКА В РЕЖИМЕ ЦДК В ПЕРЕГОРОДКЕ МНОГОКАМЕРНЫХ ЯИЧНИКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) доброкачественности образования
- 2) малигнизации образования**

- 3) параовариальной кисте
- 4) серозоцеле

040. КРИВЫЕ СКОРОСТЕЙ КРОВОТОКА В ОПУХОЛЕВОМ УЗЛЕ ПРИ РАКЕ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) снижением диастолической скорости
- 2) возрастанием численных значений индекса резистентности
- 3) возрастанием систолической скорости
- 4) **снижением численных значений индекса резистентности**

041. ВАРИАНТАМИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) anteversio
- 2) anteflexio
- 3) retroversio
- 4) retroflexio
- 5) **верно все**

042. ТОЛЩИНА НЕИЗМЕНЕННОГО М-ЭХО МАТКИ В РАННЮЮ СТАДИЮ ФАЗЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

- 1) 2 мм
- 2) **6 мм**
- 3) 10 мм
- 4) 12 мм

043. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ СОСУДИСТОГО СПЛЕТЕНИЯ ПО ЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА МАТКИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) аркуатным сосудам
- 2) **маточным артериям и венам**
- 3) наружной подвздошной артерии
- 4) внутренней подвздошной вене

044. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ЯИЧНИКИ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) **между маткой и боковой стенкой таза**
- 2) позади матки
- 3) впереди от матки
- 4) в области дна матки

045. ЗНАЧЕНИЕ ОБЪЕМА НЕИЗМЕНЕННОГО ЯИЧНИКА ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НЕ ПРЕВЫШАЕТ

- 1) 2 см³
- 2) 5 см³
- 3) 8 см³
- 4) **10 см³**

046. ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ АППАРАТ ЯИЧНИКОВ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) у женщин в постменопаузе длительностью более 5 лет
- 2) у пациенток с послеродовым гипопитуитаризмом
- 3) у женщин с синдромом истощения яичников
- 4) **верно все**

047. ПОПЕРЕЧНОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ КАКИХ СТРУКТУР ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ФОЛЛИКУЛЯРНЫМ АППАРАТОМ ЯИЧНИКА

- 1) внутренние подвздошные сосуды
- 2) яичниковые сосуды
- 3) маточные артерии и вены
- 4) петли тонкого кишечника с жидким внутренним содержимым
- 5) **верно все**

048. ПРИ ЭХОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ НЕИЗМЕНЕННЫЕ

- 1) шейку матки
- 2) тело матки
- 3) **яичники**
- 4) эндометрий

049. УКАЖИТЕ ВАРИАНТЫ МЮЛЛЕРОВОЙ АГЕНЕЗИИ

- 1) двурога матка
- 2) наличие перегородки в матке
- 3) седловидная матка
- 4) **атрезия влагалища**

050. ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО РУДИМЕНТАРНОГО РОГА МАТКИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) **субсерозным миоматозным узлом**
- 2) зрелой тератомой яичника
- 3) эндометриоидной кистой;
- 4) кистой желтого тела

051. ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО, НО НЕ СООБЩАЮЩЕГОСЯ С ПОЛОСТЬЮ МАТКИ РУДИМЕНТАРНОГО РОГА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) кистой желтого тела
- 2) эндометриоидной кистой
- 3) **тубоовариальным абсцессом**
- 4) серозной цистаденомой

052. ОСНОВНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА И ГИПОПЛАЗИИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уменьшение размеров правильно сформированных тела и шейки матки
- 2) **уменьшение размеров в сочетании с изменением соотношения длины тела матки к длине шейки**
- 3) дифференциальную диагностику проводить не следует, так как понятия "гени- тальный инфантилизм" и "гипоплазия матки" являются синонимами

053. УКАЖИТЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕКРОЗА МИОМАТОЗНОГО УЗЛА

- 1) **наличие ан-, гипозехогенных зон в узле**
- 2) отдельные гиперэхогенные включения небольших размеров
- 3) гиперэхогенный ободок вокруг миоматозного узла
- 4) повышение эхогенности миоматозного узла

054. ЛИПОМАТОЗНЫЙ УЗЕЛ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ

- 1) **четко очерченное повышенной эхогенности образование округлой формы**

- 2) гкпоэхогенное образование овоидной формы
- 3) образование с отдельными гиперэхогенными включениями
- 4) наличие гиперэхогенного ободка вокруг образования

055. ТОРМОЖЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ПРОЛИФЕРАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В

- 1) секреторную фазу
- 2) при эндометрите
- 3) в первые 5 лет после менопаузы**
- 4) у женщин с синдромом хронической овуляции

056. ХАРАКТЕРНЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) расширение полости матки
- 2) включения на фоне гипозоногенного содержимого полости матки
- 3) неровный наружный контур м-эхо с гиперэхогенными включениями по периферии
- 4) увеличении толщины эндометрия

057. УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ СРЕДИННОГО ЭХО-КОМПЛЕКСА МАТКИ ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1) эктопической беременности
- 2) наличии влк с прогестероном
- 3) персистенции кисты желтого тела
- 4) трофобластической болезни
- 5) диффузной гиперплазии эндометрия**

058. ГРАВИДАРНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ МОЖЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ПРИ

- 1) маточной беременности малого срока**
- 2) шеечной беременности
- 3) трубной беременности
- 4) яичниковой беременности

059. ОСНОВНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ И КИСТЫ НАБОТОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) включение анэхогенной структуры вблизи наружного зева
- 2) гиперэхогенная полоска вокруг анэхогенного включения
- 3) мелкодисперсная взвесь внутри включения**
- 4) включение гиперэхогенной структуры вблизи наружного зева

060. ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ КИСТЫ ЖЕЛТОГО ТЕЛА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) яичниковой беременностью
- 2) эндометриодной кистой**
- 3) зрелой тератомой яичника
- 4) папиллярной цистаденомой

061. ОБЫЧНО СОЧЕТАЮТСЯ С ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ

- 1) тека-лютеиновые**
- 2) желтого тела
- 3) параовариальные
- 4) фолликулярные

062. ПОСЛЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ТЕКА-ЛЮТЕИНОВЫЕ КИСТЫ ПОДВЕРГАЮТСЯ РЕГРЕССУ ЧЕРЕЗ

- 1) 1-2 недели
- 2) 4-5 недель
- 3) 6 месяцев
- 4) **2-4 месяца**

063. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **гипоэхогенная внутренняя структура с мелкодисперсной взвесью**
- 2) однородная внутренняя структура повышенной эхогенности
- 3) смешанное внутреннее строение
- 4) неравномерно утолщенные стенки

064. ЭНДОМЕТРИОИДНУЮ КИСТУ ЯИЧНИКА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) псевдомиксомой брюшины
- 2) тазовой дистопией почки с гидронефротической трансформацией
- 3) эхографическим изображением внутренней запирательной мышцы
- 4) **геморрагической кистой желтого тела**

065. НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЕРОЗНОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

- 1) тонкие стенки
- 2) визуализация фолликулярного аппарата
- 3) размеры опухоли 10-15 см в диаметре
- 4) **наличие множественных перегородок**
- 5) в 90% одностороннее однокамерное образование с анэхогенным внутренним содержимым

066. ОДНОКАМЕРНОЕ АНЭХОГЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ ДИАМЕТРОМ 10 СМ, ЛОКАЛИЗОВАННОЕ МЕЖДУ МАТОЧНОЙ ТРУБОЙ И ЯИЧНИКОМ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО

- 1) гладкостенная цистаденома
- 2) серозная цистаденокарцинома
- 3) **параовариальная киста**
- 4) серозоцеле

067. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ СОЛИДНОГО СТРОЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дистальное акустическое усиление
- 2) тонкие, хорошо дифференцируемые стенки
- 3) **дистальная акустическая тень**
- 4) неверно все

068. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ФАКТ ВЫЯВЛЕНИЯ ВНУТРИОПУХОЛЕВОГО КРОВОТОКА ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОСТИ ИЛИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ПРОЦЕССА В ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

- 1) да
- 2) **нет**
- 3) да, при наличии мультилокусного кровотока
- 4) нет, если индекс резистентности менее 0,5

069. ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЯИЧНИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТСЯ

В

- 1) костях
- 2) легких
- 3) головном мозге
- 4) **кишечнике**

070. ДЛЯ ДИСГЕРМИНОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) злокачественная герминогенная опухоль яичника солидного строения
- 2) в 90% одностороннее поражение яичника
- 3) **доброкачественная опухоль яичника смешанного строения**
- 4) анэхогенное образование

071. ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ЗРЕЛОЙ ТЕРАТОМЫ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

- 1) пресакральной тератомой
- 2) липомой жировой клетчатки
- 3) невриномой
- 4) **верно все**

072. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ МОГУТ СОЧЕТАТЬСЯ С

- 1) **асцитом**
- 2) метастазами по брюшине
- 3) метастазами в печень
- 4) миомой матки

073. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ РЕЦИДИВА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ В МАЛОМ ТАЗУ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выявление жидкости в полости малого таза
- 2) **обнаружение дополнительной объемной патологии в полости малого таза**
- 3) деформация мочевого пузыря
- 4) утолщение стенок мочевого пузыря

074. СИНДРОМА ШТЕЙНА -ЛЕВЕНТАЛЯ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ЭХО-ГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

- 1) увеличение объема яичников свыше 12 см³
- 2) отсутствие доминантного фолликула и желтого тела в течение менструального цикла
- 3) **фолликулярный аппарат не выявляется**
- 4) гиперэхогенная и гиперплазированная строма

075. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНДОМЕТРИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ ТРЕМЯ ГИПЕРЭХОГЕННЫМИ ЛИНИЯМИ, ХАРАКТЕРНА:

- 1) в период менструации
- 2) сразу после окончания менструации
- 3) **в перiovуляторный период**
- 4) перед менструацией

076. ХАРАКТЕРНЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) объем яичников до 10 см³
- 2) анэхогенные включения, от 2 до 8 мм, располагающиеся по периферии в виде 'четок'
- 3) гиперплазия стромы яичника, эхоген-ность которой превышает эхогенность миометрия

4) **объем яичников свыше 12,5 см³**

077. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГЕМАТОМЕТРЫ

- 1) увеличение размеров матки
- 2) округлая форма матки и ее увеличение
- 3) смещение "м-эхо"
- 4) **расширение полости матки с гипоэхо-генным или смешанным по эхогенности содержимым**
- 5) определить невозможно

078. ДЕФОРМАЦИЯ "М-ЭХО" В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МИОМ МАТКИ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

- 1) субсерозной
- 2) интрамуральной
- 3) субсерозно-интрамуральной
- 4) **субмукозной**
- 5) наблюдается при любых видах локализаций миом

079. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СУБМУ-КОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) смещение матки кпереди
- 2) деформация контуров матки
- 3) отклонение матки от средней линии малого таза
- 4) **деформация и смещение "м-эхо"**
- 5) увеличение поперечника матки

080. ОТЕК МИОМАТОЗНОГО УЗЛА МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПРИ:

- 1) повышении эхогенности образования в матке
- 2) наличии включений в узле миомы
- 3) исчезновении дальнего контура образования
- 4) расширении "м-эхо"
- 5) **снижении эхогенности и усилении дальнего контура образования**

081. УЧАСТОК НЕКРОЗА В МИОМАТОЗНОМ УЗЛЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

- 1) гиперэхогенная структура
- 2) гиперэхогенная структура с акустическим эффектом усиления
- 3) **анэхогенная структура**
- 4) не имеет акустической специфики

082. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АДЕНОМИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие диффузных эхогенных зон по передней стенке матки
- 2) деформация М-эха
- 3) диссонанс толщины передней и задней стенок матки
- 4) **симптом «вертикальных полос»**

Раздел 5. Ультразвуковая диагностика в акушерстве

001. У ПАЦИЕНТОК С РЕГУЛЯРНЫМ МЕНСТРУАЛЬНЫМ ЦИКЛОМ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ЗАКЛЮЧЕНИИ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ..... СРОК БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) **акушерский (по первому дню последней менструации)**
- 2) эмбриологический (по дню зачатия)
- 3) акушерский и эмбриологический

3) не имеет значения

002. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ ВОЗМОЖНА:

- 1) с 3 недель
- 2) с 7 недель
- 3) с 5-6 недель**
- 4) с 8 недель

003. НАПОЛНЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО ПРИ

- 1) трансабдоминальном доступе**
- 2) трансвагинальном доступе
- 3) трансабдоминальном и трансвагинальном доступах
- 4) трансректальном доступе

004. РАННЯЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ ВОЗМОЖНА

- 1) с 5-6 недель
- 2) с 4-5 недель**
- 3) с 2 недель
- 4) с 7 недель

005. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЭМБРИОН ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ С

- 1) 6-7 недель**
- 2) 8-9 недель
- 3) 9-10 недель
- 4) 10-11 недель

006. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЭМБРИОНА ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНА:

- 1) с 5 недель
- 2) с 7 недель**
- 3) с 9 недель
- 4) с 12 недель

007. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЭМБРИОНА ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНА

- 1) с 5-6 недель**
- 2) с 7 недель
- 3) с 3 недель
- 4) с 4 недель

008. СЕРДЕЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭМБРИОНА ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ ВОЗМОЖНО ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬ

- 1) с 7 недель**
- 2) с 5 недель
- 3) с 8 недель
- 4) с 9 недель

009. ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭМБРИОНА НАЧИНАЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

- 1) с 8 недель**

- 2) с 10 недель
- 3) с 12 недель
- 4) с 6 недель

010. ЖЕЛТОЧНЫЙ МЕШОК ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБЫЧНО ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В

- 1) 4-10 недель
- 2) **6-12 недель**
- 3) 9-14 недель
- 4) 10-15 недель

011. ПРАВИЛЬНО ИЗМЕРЯТЬ ДИАМЕТР ПЛОДНОГО ЯЙЦА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

- 1) **по внутреннему контуру**
- 2) по наружному контуру
- 3) не имеет значения
- 4) возможно только в режиме ДС с ЦДК

012. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ПАРАМЕТРОМ БИОМЕТРИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ В 1 ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) средний диаметр плодного яйца
- 2) **копчико-теменной размер эмбриона**
- 3) размеры матки
- 4) диаметр туловища эмбриона
- 5) бипариетальный размер головки эмбриона

013. НАИБОЛЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫ ЧИСЛЕННЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЭМБРИОНА В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) менее 140 уд/мин
- 2) менее 160 уд/мин
- 3) более 180 уд/мин
- 4) **менее 100 уд/мин**

014. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) **возможна**
- 2) нет
- 3) возможна, только при трансвагинальном сканировании
- 4) возможна, только при трансабдоминальном сканировании

015. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отсутствие сердечной деятельности эмбриона
- 2) **локальное утолщение миометрия**
- 3) локализация плодного яйца в средней трети полости матки
- 4) изменение формы плодного яйца

016. АБСОЛЮТНЫМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **отсутствие сердечной деятельности эмбриона**
- 2) локальное утолщение миометрия
- 3) локализация плодного яйца в средней трети полости матки
- 4) изменение формы плодного яйца

017. ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ СРЕДИННЫЕ СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА МОЖНО ИДЕНТИФИЦИРОВАТЬ

- 1) с 10 недель
- 2) с 13 недель**
- 3) с 16 недель
- 4) с 18 недель

018. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АНЭНЦЕФАЛИИ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) возможна**
- 2) нет
- 3) возможна, только при трансвагинальном сканировании
- 4) возможна, только при трансабдоминальном сканировании

019. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИССЭНЦЕФАЛИИ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) возможна
- 2) нет**
- 3) возможна, только в режиме ЦДК
- 4) возможна, только в режиме ДС с ЦДК

020. ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В КОНЦЕ 1 ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНА

- 1) с 8 недель
- 2) с 9 недель
- 3) с 10 недель
- 4) с 14 недель**

021. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АМЕЛИИ В КОНЦЕ 1 ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) возможна**
- 2) нет
- 3) возможна, только при трансвагинальном сканировании
- 4) возможна, только при трансабдоминальном сканировании

022. В НОРМЕ СЕРДЦЕ ЭМБРИОНА В 12 НЕДЕЛЬ

- 1) двухкамерное
- 2) трехкамерное
- 3) трехкамерное**
- 4) четырехкамерное

023. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ЛОЖНОГО ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ПОЛОСТИ МАТКИ НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1) анэмбрионию
- 2) внематочную беременность**
- 3) ретрохориальную гематому
- 4) угрозу прерывания беременности

024. ЕСЛИ ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В 12 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ АНОМАЛИЙ ЭМБРИОНА НЕ ОБНАРУЖЕНО, ТО ПРОВЕДЕНИЕ ВО II ТРИМЕСТРЕ ПОВТОРНОГО СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **обязательным**
- 2) необязательным
- 3) только по рекомендации акушера-гинеколога
- 4) только при наличии клинико-лабораторных изменений

025. ДЛЯ СИММЕТРИЧНОЙ ФОРМЫ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ХАРАКТЕРНО

- 1) непропорциональное отставание основных фетометрических показателей
- 2) **пропорциональное отставание основных фетометрических показателей**
- 3) фетометрические показатели не информативны
- 4) УЗИ в В-режиме не информативно

026. ДЛЯ АСИММЕТРИЧНОЙ ФОРМЫ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ХАРАКТЕРНО

- 1) **непропорциональное отставание основных фетометрических показателей**
- 2) пропорциональное отставание основных фетометрических показателей
- 3) фетометрические показатели неинформативны
- 4) УЗИ в В-режиме не информативно

027. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ НИЗКОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ ЕЕ НИЖНЕГО КРАЯ ОТ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА НА РАССТОЯНИИ

- 1) менее 3 см
- 2) менее 5 см
- 3) **менее 7 см**
- 4) менее 10 см

028. УЛЬТРАЗВУКОВУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПРИ

- 1) опорожненном мочевом пузыре
- 2) переполненном мочевом пузыре
- 3) **умеренном наполнении мочевого пузыря**
- 4) степень наполнения мочевого пузыря не имеет значения

029. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) **наличием плацентарной ткани в области внутреннего зева**
- 2) расширением внутреннего зева
- 3) прикреплением плаценты в непосредственной близости к внутреннему зеву
- 4) уменьшением расстояния между задней стенкой матки и головкой плода

030. УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ПЛАЦЕНТЫ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) **водянке плода**
- 2) синдроме денди-уокера
- 3) синдроме амниотических перетяжек
- 4) агенезии почек

031. ТОЛЩИНУ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛЕДУЕТ ИЗМЕРЯТЬ

- 1) в наиболее утолщенном участке
- 2) в области краевого синуса
- 3) в месте впадения пуповины**
- 4) в наиболее тонком месте
- 5) не имеет принципиального значения

032. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие эхонегативного пространства между стенкой матки и плацентой**
- 2) утолщение плаценты
- 3) преждевременное созревание плаценты
- 4) наличие "черных дыр" в плаценте

033. ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) 16-22 нед.**
- 2) 23-27 нед.
- 3) 28-32 нед.
- 4) 11-15 нед

034. ОСНОВНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КРИТЕРИЕМ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отсутствие сердечной деятельности плода**
- 2) отсутствие двигательной активности плода
- 3) отсутствие дыхательной активности плода
- 4) изменение структур мозга

035. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ БОЛЬШОЙ ЦИСТЕРНЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЛОДА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

- 1) передней черепной ямке
- 2) средней черепной ямке
- 3) задней черепной ямке**
- 4) на границе средней и задней черепных ямок

036. ЖЕЛУДОЧКОВО-ПОЛУШАРНЫЙ ИНДЕКС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) отношение ширины тела бокового желудочка к половине бипариетального размера**
- 2) отношение ширины тела бокового желудочка к бипариетальному размеру
- 3) отношение ширины тел боковых желудочков к бипариетальному размеру
- 4) отношение ширины тел боковых желудочков к половине бипариетального размера

037. ПОЛОСТЬ ПРОЗРАЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В ВИДЕ

- 1) анэхогенного образования между лобными рогами боковых желудочков**
- 2) гиперэхогенного срединного образования
- 3) анэхогенного образования между зрительными буграми
- 4) анэхогенного образования в задней черепной ямке

038. СОСУДИСТЫЕ СПЛЕТЕНИЯ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЛОДА ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ОТЧЕТЛИВО ВИДНЫ В СРОКЕ

- 1) 12 недель

- 2) **16 недель**
- 3) 20 недель
- 4) 24 недель

039. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ "ЛИМОНА" И "БАНАНА" ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) наружной гидроцефалии
- 2) **расщепления позвоночника**
- 3) черепно-мозговой грыжи
- 4) микроцефалии
- 5) порэнцефалии

040. ВЕРОЯТНЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ДАУНА ЯВЛЯЕТСЯ УТОЛЩЕНИЕ ШЕЙНОЙ СКЛАДКИ СВЫШЕ

- 1) 3 мм
- 2) 4 мм
- 3) 5 мм
- 4) **6 мм**

041. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ АНЭНЦЕФАЛИИ ОТ АКРАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ

- 1) Костей свода черепа
- 2) **Больших полушарий головного мозга**
- 3) Ствола мозга
- 4) Мозжечка и мозолистого тела

042. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ВЫРАЖЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ ОТ ГИДРОАНЭНЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Степень вентрикуломегалии
- 2) Наличие большой кисты в задней черепной ямке
- 3) **Присутствие больших полушарий головного мозга**
- 4) Наличие общего центрально расположенного желудочка больших размеров

043. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ МИКРОЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Уменьшение численных значений бипариетального размера головки
- 2) **Увеличение численных значений отношения длины бедренной кости к окружности головки**
- 3) Увеличение численных значений отношения окружности головки к окружности живота
- 4) Численные значения цефалического индекса менее 75%

044. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ БЕЗДОЛЕВОЙ ФОРМЫ ГОЛОПРОЗЭНЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **Наличие общего центрально расположенного желудочка при отсутствии срединной структуры головного мозга**
- 2) Наличие двусторонних внутричерепных кист, сообщающихся с боковыми желудочками
- 3) Выраженная гипоплазия полушарий и червя мозжечка
- 4) Множественные кисты больших полушарий

045. ГОЛОПРОЗЭНЦЕФАЛИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С АНОМАЛИЯМИ

- 1) Сердца
- 2) Почек
- 3) Конечностей

4) Лица

046. АГЕНЕЗИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1) **Синдромом Денди-Уокера**
- 2) Синдромом Меккеля
- 3) Порэнцефалией
- 4) Арахноидальными кистами

047. КИСТЫ СОСУДИСТЫХ СПЛЕТЕНИЙ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЮТСЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В

- 1) **12-16 недель**
- 2) 20-28 недель
- 3) 30-34 недели
- 4) 35-38 недель

048. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЛИССЭНЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ

- 1) серпа мозга
- 2) мозжечка
- 3) зрительных бугров
- 4) большой цистерны
- 5) **извилил полушарий мозга**

049. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

- 1) **возможна**
- 2) нет
- 3) возможна, но только в случае обширного перимембранозного дефекта
- 4) возможна, но только при дилатации обоих желудочков
- 5) да, но только при использовании цветового доплеровского картирования

050. ПРЕНАТАЛЬНЫМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АНОМАЛИИ ЭБШТЕЙНА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) одножелудочковое сердце с двумя атриовентрикулярными клапанами
- 2) коарктация аорты в сочетании с дефектом межжелудочковой перегородки
- 3) **смещение створок трикуспидального клапана вглубь правого желудочка и большое правое предсердие**
- 4) выраженная гипоплазия или отсутствие миокарда правого желудочка

051. ДЕКСТРОКАРДИЯ У ПЛОДА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) транспозицией магистральных сосудов
- 2) аномальным впадением легочных вен
- 3) атрезией пищевода
- 4) **диафрагмальной грыжей**

052. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПОЛНОЙ ФОРМЫ ОБЩЕГО ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) гипоплазия обоих желудочков сердца
- 2) атрезия митрального клапана и дефект межпредсердной перегородки
- 3) **дефект нижней части межпредсердной и верхнего отдела межжелудочковой перегородки**
- 4) коарктация аорты и дефект межжелудочковой перегородки

053. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ОПУХОЛЬ СЕРДЦА ПЛОДА — ЭТО

- 1) **рабдомиома**
- 2) перикардальная тератома
- 3) фиброма
- 4) миксома

054. ЛЕГКИЕ ПЛОДА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ НАЛИЧИЕМ..... ЭХОСТРУКТУРЫ

- 1) **однородной**
- 2) кистозно-солидной
- 3) кистозной
- 4) смешанной

055. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) визуализация органов брюшной полости в грудной клетке
- 2) декстрокардия
- 3) многоводие
- 4) **все перечисленные**

056. БРОНХОГЕННАЯ КИСТА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В ВИДЕ ОБРАЗОВАНИЯСТРУКТУРЫ

- 1) гиперэхогенной
- 2) **кистозной**
- 3) кистозно-солидной
- 4) смешанной

057. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПОЧЕК ПЛОДА ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ ОБЯЗАТЕЛЬНА

- 1) С 12 недель
- 2) **С 16 недель**
- 3) С 20 недель
- 4) С 24 недель
- 5) С 28 недель

058. ПЛОЩАДЬ ПОПЕРЕЧНОГО СЕЧЕНИЯ ОБЛАСТИ ПОЧЕК И ПОЗВОНОЧНИКА ПЛОДА В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ ПЛОЩАДИ ПОПЕРЕЧНОГО СЕЧЕНИЯ ЖИВОТА

- 1) 1/2
- 2) **1/3**
- 3) 1/5
- 4) 1/6

059. НЕИЗМЕНЕННЫЕ МОЧЕТОЧНИКИ ПЛОДА НА ПРИБОРАХ СРЕДНЕГО КЛАССА ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ В ВИДЕ

- 1) извитых анэхогенных трубчатых образований
- 2) тонких гиперэхогенных образований
- 3) гилоэхогенных образований диаметром 5 мм
- 4) **не визуализируются**

060. МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ПЛОДА СЛЕДУЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ НАЧИНАЯ С

- 1) 10 недель
- 2) 12 недель

- 3) 14 недель
- 4) 20 недель
- 5) 22 недель

061. ОТСУТСТВИЕ ЭХОТЕНИ ЖЕЛУДКА ПЛОДА ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) диафрагмальной грыже
- 2) атрезии пищевода без трахеопищеводной фистулы
- 3) кардиоспленическом синдроме
- 4) атрезии толстой кишки

062. ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК "ДВОЙНОГО ПУЗЫРЯ" НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) поликистозной болезни почек
- 2) атрезии пищевода
- 3) кисты яичника
- 4) атрезии двенадцатиперстной кишки
- 5) двустороннего гидронефроза

063. ОБНАРУЖЕНИЕ ГИПЕРЭХОГЕННЫХ УВЕЛИЧЕННЫХ ПОЧЕК ЧАЩЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) поликистозной болезни почек инфантильного типа
- 2) мультикистозной болезни почек
- 3) двустороннего гидронефроза
- 4) заднего уретрального клапана

064. ПРИЗНАК, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ВОДЯНКИ ПЛОДА

- 1) гидроперикард
- 2) гидроторакс
- 3) асцит
- 4) гидроцефалия
- 5) подкожный отек

065. ПИГОПАГИ ДИАГНОСТИРУЮТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НЕРАЗДЕЛЕНИЯ БЛИЗНЕЦОВ В ОБЛАСТИ

- 1) краниальной
- 2) торакальной
- 3) абдоминальной
- 4) ягодичной

066. КРАНИОПАГИ ДИАГНОСТИРУЮТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НЕРАЗДЕЛЕНИЯ БЛИЗНЕЦОВ В ОБЛАСТИ

- 1) краниальной
- 2) торакальной
- 3) абдоминальной
- 4) ягодичной

067. ОМФАЛОПАГИ ДИАГНОСТИРУЮТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НЕРАЗДЕЛЕНИЯ БЛИЗНЕЦОВ В ОБЛАСТИ

- 1) краниальной
- 2) торакальной
- 3) абдоминальной
- 4) ягодичной

068. СИНДРОМ АКАРДИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ.....ТИПЕ МНОГООПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) **монохориальном, моноамниотическом**
- 2) дихориальном, диамниотическом
- 3) дихориальном, моноамниотическом
- 4) УЗ-признаки не специфичны

069. ЭХОСТРУКТУРА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ТЕРАТОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) кистозная
- 2) солидная
- 3) кистозно-солидная
- 4) солидно-кистозная
- 5) **верно все**

070. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ НОРМАЛЬНЫХ КРИВЫХ СКОРОСТЕЙ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ ПОСЛЕ 20 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) высокие численные значения систолодиастолического отношения
- 2) низкие численные значения диастолического компонента кровотока
- 3) **высокие численные значения диастолического компонента кровотока**
- 4) наличие дикротической выемки в фазу ранней диастолы

071. ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) высокие численные значения систоло-диастолического отношения кривых скоростей кровотока в маточных артериях
- 2) **нулевые и отрицательные значения диастолического кровотока в артерии пуповины**
- 3) высокие численные значения диастолического кровотока в артерии пуповины
- 4) высокие численные значения систоло-диастолического отношения кривых скоростей кровотока в артерии пуповины

072. ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ И В АРТЕРИИ ПУПОВИНЫ У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) 10-13 нед.
- 2) 14-16 нед.
- 3) **20-24 нед.**
- 4) 28-32 нед.

073. ВЕДУЩИМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) маловодие
- 2) отсутствие двигательной активности плода
- 3) деформация костей черепа
- 4) **отсутствие сердечной деятельности**
- 5) все перечисленное не соответствует истине

074. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ НЕИММУННОЙ ФОРМЫ ВОДЯНКИ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) многоводие
- 2) выраженный подкожный отек
- 3) увеличение толщины плаценты

4) асцит, гидроторакс, гидроперикард

5) все перечисленные

075. ПРИ ЭХОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЬНЫ ИЗМЕРЕНИЯ

1) передне-заднего размера матки

2) периметра матки

3) объема матки

4) длины шейки матки

5) ширины тела матки

Раздел 6. Ультразвуковая диагностика поверхностно-расположенных органов и структур

001.МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН ДО 40 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) рентгеновская маммография

2) эхография молочных желез

3) МРТ

4) КТ

5) УЗИ в режиме ДС с ЦДК

002.У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ 40 ЛЕТ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) рентгеновская маммография

2) эхография молочных желез

3) рентгеновская маммография и УЗИ

4) КТ

5) УЗИ в режиме ДС с ЦДК

003.ПРОЦЕССЫ СТАРЕНИЯ И ИНВОЛЮЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:

1) повышают информативность эхографии железы

2) снижают информативность эхографии железы

3) не изменяют информативность эхографии железы

4) повышают информативность эхографии в сочетании КТ

004.В СОСТАВЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕТ ТКАНИ:

1) соединительной

2) железистой

3) мышечной

4) жировой

005.ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЕДИНИЦЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) ацинус

2) железистая долька

3) железистая доля

4) жировая долька

5) квадрант

006.УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ:

1) от соска к периферии по квадрантам

2) вдоль и поперек желез

3) произвольно

4) по секторам, соответствующим расположению цифр на часовом циферблате

007. В СТРУКТУРЕ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ ЭХОГРАФИЧЕСКИ НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТСЯ:

- 1) нежные фибриллярные волокна
- 2) млечные протоки
- 3) связки купера
- 4) фибриллярные волокна и связки Купера**

008. КРОМЕ ДЕЛЕНИЯ НА КВАДРАНТЫ ПРИ ОПИСАНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ПРИНЯТО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ:

- 1) на верхние и нижние сегменты
- 2) на секторы по аналогии с цифрами на часовом циферблате**
- 3) на отделы между анатомическими границами передней грудной стенки (переднеключичный, среднеключичный, переднеподмышечный)

009. В ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОСНОВНОМ РАСПОЛАГАЕТСЯ:

- 1) жировая ткань
- 2) железистая ткань
- 3) соединительная ткань
- 4) протоки и железистая ткань**

010. В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НЕТ ПОДКОЖНО ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ:

- 1) в области верхнего наружного квадранта
- 2) в области верхнего внутреннего квадранта
- 3) в области ареолы**
- 4) в проекции кожной складки в нижних отделах молочной железы

011. СОСОК В НОРМЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОЖЕТ ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬСЯ В ВИДЕ:

- 1) гипэхогенной структуры с выраженной акустической тенью
- 2) гипэхогенного солидного образования с симметричными боковыми акустическими тенями**
- 3) гиперэхогенной структуры с акустической тенью
- 4) гипэхогенной структуры с дистальным псевдоусилением

012. В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА СОСТОИТ В ОСНОВНОМ ИЗ:

- 1) соединительной ткани
- 2) жировой ткани**
- 3) элементов формирующейся железистой ткани и протоков
- 4) элементов железистой и жировой ткани, протоков

013. МЛЕЧНЫЕ ПРОТОКИ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ ПРИ ЭХОГРАФИИ В ФУНКЦИОНАЛЬНО СПОКОЙНОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ:

- 1) в первую половину менструального цикла
- 2) после 12-14 дня менструального цикла**
- 3) вне зависимости от фазы менструального цикла
- 4) не визуализируются

014. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ЗАВИСИТ:

- 1) от размера молочной железы
- 2) от гормонального статуса
- 3) от возрастных особенностей

4) от формы и расположения молочной железы

015. ВО ВТОРУЮ ФАЗУ ЦИКЛА ЭХОГЕННОСТЬ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ БУДЕТ:

- 1) такой же как и в первую фазу
- 2) выше чем в первую фазу
- 3) **ниже чем в первую фазу**
- 4) эхогенность не зависит от фазы цикла

016. ДЛЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНЩИНЫ 30-45 ЛЕТ ХАРАКТЕРНА УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА:

- 1) много железистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы
- 2) **много железистой ткани в виде гиперэхогенного пласта в центре железы; жировая ткань визуализируется в виде гипоэхогенного подкожного пласта и гипоэхогенных включений между железистой тканью**
- 3) много гипоэхогенной жировой клетчатки, железистая ткань определяется в виде небольших гиперэхогенных включений между жировой тканью
- 4) много жировой ткани в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов, а также в виде включений между железистой тканью. железистая ткань расположена в виде тонкой гиперэхогенной полосы в центре железы

017. ДЛЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНЩИНЫ СТАРШЕ 50 ЛЕТ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА:

- 1) много железистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы
- 2) много железистой ткани, в виде гиперэхогенного пласта в центре железы; жировая ткань визуализируется в виде гипоэхогенного подкожного пласта и гипоэхогенных включений между железистой тканью
- 3) много жировой ткани в виде переднего гипоэхогенного пласта, а также в виде единичных включений между островками железистой ткани
- 4) **жировая ткань занимает всю железу**

018. ДЛЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНЩИНЫ ДО 25 ЛЕТ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА:

- 1) **много железистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы**
- 2) жировая ткань визуализируется в виде подкожного гипоэхогенного пласта различной толщины, железистой ткани немного
- 3) много жировой клетчатки, железистая ткань определяется в виде небольших гиперэхогенных включений между жировой тканью
- 4) много жировой ткани в виде подкожного гипоэхогенного пласта, а также в виде включений между железистой тканью. железистая ткань расположена в виде тонкой гиперэхогенной полосы в центре железы

019. СВЯЗКИ КУПЕРА У ЖЕНЩИН ДО 25 ЛЕТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

- 1) **практически не дифференцируется**
- 2) визуализируется в виде тонких (менее 1 мм) гиперэхогенных линейных структур в передних отделах молочной железы
- 3) визуализируется в виде гиперэхогенных толстых (более 3 мм) тяжей вокруг жировой ткани
- 4) визуализируется в виде гипоэхогенных тяжей вокруг жировой ткани

020.СВЯЗКИ КУПЕРА У ЖЕНЩИН 30-45 ЛЕТ:

- 1) практически не дифференцируется
- 2) **визуализируется в виде тонких (менее 1 мм) гиперэхогенных линейных структур в передних отделах молочной железы**
- 3) визуализируется в виде гиперэхогенных толстых (более 3 мм) тяжей вокруг жировой ткани
- 4) визуализируется в виде гипоэхогенных тяжей вокруг жировой ткани

021.СВЯЗКИ КУПЕРА У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

- 1) практически не дифференцируется
- 2) визуализируется в виде тонких (менее 1 мм) гиперэхогенных линейных структур в передних отделах молочной железы
- 3) **визуализируется в виде гиперэхогенных толстых (более 3 мм) тяжей вокруг жировой ткани**

022.ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА У ЖЕНЩИН ДО 25 ЛЕТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРЕДСТАВЛЕНА:

- 1) **в виде тонкого гипоэхогенного тяжа, без дифференциации на отдельные структуры**
- 2) в виде одного ряда округлых гипоэхогенных структур в передних отделах молочной железы
- 3) в виде нескольких рядов гипоэхогенных образований с четко дифференцируемой гипоэхогенной "капсулой"
- 4) в виде тонкого гиперэхогенного тяжа, без дифференциации на отдельные структуры

023.ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРЕДСТАВЛЕНА:

- 1) в виде тонкого гипоэхогенного тяжа, без дифференциации на отдельные структуры
- 2) в виде одного ряда округлых гипоэхогенных структур в передних отделах молочной железы
- 3) **в виде нескольких рядов гипоэхогенных образований с четко дифференцируемой гипоэхогенной "капсулой"**
- 4) в виде тонкого гиперэхогенного тяжа

024.ПОД ТЕРМИНОМ "ЖИРОВАЯ ДОЛЬКА" ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ:

- 1) скопление жировой клетчатки в виде гипоэхогенного пласта
- 2) **скопление жировой клетчатки в виде гипоэхогенных округлых структур, обрамленных гиперэхогенной "капсулой"**
- 3) любые островки жировой ткани в структуре молочной железы
- 4) скопление жировой клетчатки в виде гиперэхогенного пласта

025.В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ НАЧИНАЮТСЯ ПРОЦЕССЫ ИНВОЛЮЦИИ:

- 1) **после первой беременности**
- 2) в предменопаузальный период
- 3) в менопаузу
- 4) в постменопаузальный период

026.ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА У ЖЕНЩИН 30-45 ЛЕТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:

- 1) в виде тонкого гипоэхогенного тяжа, без дифференциации на отдельные структуры
- 2) **в виде одного ряда округлых гипоэхогенных структур в передних отделах молочной железы**

- 3) в виде нескольких рядов гипоэхогенных образований с четко дифференцируемой гипоэхогенной "капсулой"
- 4) в виде тонкого гиперэхогенного тяжа

027. ДЛЯ ИНВОЛЮЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ТИПИЧНЫ:

- 1) жировая инфильтрация
- 2) разрастание соединительной ткани
- 3) протоковая пролиферация**
- 4) склероз протоков с образованием карманов и кист
- 5) склероз мелких сосудов

028. ЖИРОВАЯ ИНВОЛЮЦИЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) увеличением количества жировой клетчатки на фоне уменьшения железистых структур
- 2) образованием вокруг скопления жировой ткани соединительнотканной "капсулы"
- 3) снижением общей эхогенности жировой клетчатки с тенденцией к образованию единого массива**

029. ПРИ ИНВОЛЮЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НЕ ПРОИСХОДИТ:

- 1) выявления связок купера в виде гиперэхогенных линейных структур вокруг жировой ткани
- 2) стирания дифференциации соединительнотканной тяжей в строме железы**
- 3) на фоне железистой ткани четкой дифференциации гиперэхогенных линейных структур
- 4) вместо железистой ткани разрастание соединительной ткани в виде гиперэхогенных зон

030. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ "ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ":

- 1) визуализация всех протоков в виде гипоэхогенных трубчатых структур более 2,5 мм в диаметре в 1 фазу менструального цикла
- 2) визуализация всех протоков в виде гипоэхогенных трубчатых структур более 2,5 мм в диаметре в 2 фазу менструального цикла**
- 3) визуализация всех протоков в виде гипоэхогенных трубчатых структур более 2,5 мм в диаметре в 1 и во 2 фазу менструального цикла

031. ДЛЯ ИНВОЛЮЦИИ МЛЕЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ТИПИЧНО:

- 1) уменьшение количества млечных протоков
- 2) кистозное расширение некоторых протоков с формированием мелких кист
- 3) формирование единичных больших кистозных полостей
- 4) дилатация всех протоков с размыванием контура стенки**

032. ИНВОЛЮТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ПРОИСХОДЯТ:

- 1) постепенно, с временным преобладанием одного из трех процессов**
- 2) скачкообразно
- 3) данные изменения не регистрируются с помощью эхографии
- 4) постепенно, в зависимости от гормонального статуса

033. К "ПРЕДРАКАМ" ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:

- 1) диффузная форма мастита
- 2) узловатая форма мастита
- 3) диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (фкм)

4) узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии

034. ПЛОХО ДОСТУПНЫ ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОНТРОЛЯ СЛЕДУЮЩИЕ РЕГИОНАРНЫЕ ЗОНЫ ЛИМФООТТОКА:

- 1) надключичные
- 2) подключичные
- 3) подмышечные
- 4) загрудинные**

035. ПРИ ИСТИННОЙ ГИПЕРТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ:

- 1) разрастания соединительной ткани
- 2) преобладающего увеличения железистой ткани**
- 3) увеличения количества жировой клетчатки
- 4) увеличения количества всех тканей, формирующих молочную железу

036. ПРИ ЛОЖНОЙ ГИПЕРТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ:

- 1) разрастания соединительной ткани
- 2) увеличения количества железистой ткани
- 3) увеличения количества жировой клетчатки**
- 4) увеличения количества всех тканей, формирующих молочную железу

037. ПОСЛЕ "РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ" УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ:

- 1) отека и разрастания соединительной ткани
- 2) увеличения количества железистой ткани
- 3) увеличения количества жировой клетчатки
- 4) увеличения количества всех тканей, формирующих молочную железу

038. ПОД "УЗЛОВОЙ ФОРМОЙ" МАСТИТА ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ:

- 1) абсцесс на различной стадии формирования**
- 2) любые пальпаторные уплотнения в молочной железе
- 3) узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии
- 4) инфильтрат

039. АБСЦЕСС МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ СВОЕГО ФОРМИРОВАНИЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИМЕЕТ:

- 1) различную эхографическую картину**
- 2) примерно одинаковую картину
- 3) эхография не информативна вне зависимости от стадии развития
- 4) гиперэхогенную структуру с акустической тенью

040. МАСТИТ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) у беременных и лактирующих женщин
- 2) у женщин любого возраста**
- 3) у женщин в постменопаузе
- 4) у женщин в предменопаузе

041. ТИПИЧНЫЕ КИСТЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

- 1) всегда округлой формы с дорсальным усилением**
- 2) могут быть неправильной формы с/без дорсального усиления
- 3) могут быть неправильной формы и иметь нечеткие контуры

- 4) гипэхогенную структуру без дорзального усиления

042. В ОСНОВЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ ЛЕЖИТ:

- 1) отек стромального вещества молочной железы
- 2) соединительнотканное перерождение ткани молочной железы
- 3) одновременное разрастание соединительной ткани и пролиферация железистой ткани, протоковых элементов**
- 4) пролиферация протоков

043. ДЛЯ ДИФFUЗНОЙ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) образование множества мелких протоковых кист
- 2) утолщения гиперэхогенных связок купера
- 3) огрубение соединительной ткани в виде подчеркивания контуров млечных протоков
- 4) появление в структуре железы гипэхогенных участков и структур без четких контуров и границ**

044. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ:

- 1) усугубляется в 1 фазу менструального цикла
- 2) усугубляется в 2 фазу менструального цикла**
- 3) не изменяется в различные фазы менструального цикла
- 4) усугубляется в постменопаузе

045. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА УЗЛОВОЙ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) отсутствием четких ультразвуковых характеристик
- 2) появлением участков сниженной эхогенности причудливой формы без четких контуров и границ**
- 3) отсутствием четкой дифференциации тканей, формирующих молочную железу
- 4) огрубение соединительной ткани в виде подчеркивания контуров млечных протоков

046. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) липома
- 2) филоидная опухоль
- 3) лимфангиома**
- 4) фиброаденома

047. ФИБРОАДЕНОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЫВАЮТ:

- 1) единичные
- 2) множественные
- 3) как единичные, так и множественные**
- 4) только в предменопаузальном периоде

048. ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ТИПИЧНОЙ ФИБРОАДЕНОМЫ СООТВЕТСТВУЕТ:

- 1) подвижное гипэхогенное образование овальной формы с четкими контурами**
- 2) подвижное гиперэхогенное образование овальной формы с четкими контурами
- 3) образование округлой формы неоднородной эхоструктуры сниженной эхогенности без четких контуров
- 4) образование неправильной формы неоднородной эхоструктуры сниженной эхогенности без четких контуров

049. ФИБРОАДЕНОМЫ МЕНЕЕ 2.0 СМ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

- 1) **округлой формой, однородной структурой, пониженной эхогенностью, солидным строением, с нечеткими контурами**
- 2) неправильной формой, неоднородной структурой, наличием анэхогенных включений, четкими контурами
- 3) неправильной формой, однородной структурой, повышенной эхогенности, с четкими контурами
- 4) округлой формой, неоднородной структурой, повышенной эхогенностью, солидным строением, с нечеткими контурами

050. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

- 1) округлую форму, неровные контуры, низкую эхогенность, дорзальное усиление/ослабление
- 2) **овальную форму, ровные четкие/нечеткие контуры, однородную эхоструктуру, различную эхогенность**
- 3) любую форму, четкие/нечеткие контуры, дорзальное ослабление

051. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЛИПОМА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ СТРОЕНИЕ:

- 1) **солидную гипоэхогенную структуру, идентичную строению окружающей жировой ткани**
- 2) солидную гипоэхогенную структуру, нетипичную для окружающих тканей
- 3) смешанную кистозно-солидную структуру

052. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА:

- 1) правильная форма
- 2) **неправильная форма**
- 3) округлая форма
- 4) округлая форма с четкими неровными контурами

053. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) ровные, четкие контуры
- 2) неровные, но четкие контуры
- 3) **неровные размытые контуры**
- 4) оценка контуров не имеет значения

054. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- 1) наличие односторонней боковой тени
- 2) **наличие двухсторонних боковых теней**
- 3) наличие эффекта дорзального усиления
- 4) оценка контуров не имеет значения

055. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) **ровные контуры и хорошая визуализация передней стенки**
- 2) не информативность дифференциации передней стенки
- 3) не информативность дифференциации задней стенки
- 4) оценка контуров не имеет значения

056.НАЛИЧИЕ ЧЕТКОЙ КАПСУЛЫ ИЛИ ПСЕВДОКАПСУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

- 1) **доброкачественного характера процесса**
- 2) злокачественного характера процесса
- 3) установить характер поражения невозможно
- 4) оценить капсулу не представляется возможным

057.ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ИХ ОРИЕНТАЦИЯ В ОРГАНЕ:

- 1) вертикальная
- 2) **горизонтальная**
- 3) смешанная
- 4) не имеет значения

058.ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ИХ ОРИЕНТАЦИЯ В ОРГАНЕ:

- 1) **вертикальная**
- 2) горизонтальная
- 3) смешанная
- 4) не имеет значения

059.ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) нечеткой передней стенкой и отсутствием задней стенки
- 2) четкой передней и нечеткой задней стенкой
- 3) **нечеткостью/отсутствием контуров передней и задней стенок**

060.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО УЗИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:

- 1) При выявлении рака молочной железы
- 2) При дифференциальной диагностике рака и злокачественной опухоли
- 3) **При дифференциальной диагностике кистозных и солидных опухолей**
- 4) При дифференциальной диагностике кист, доброкачественных и злокачественных опухолей

061.САМОЕ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) **скиррозной**
- 2) медуллярной
- 3) цистаденокарциноме
- 4) папиллярной
- 5) смешанной

062.НАИМЕНЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) скиррозной
- 2) **медуллярной**
- 3) цистаденокарциноме
- 4) папиллярной
- 5) смешанной

063.ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) **не дифференцируется от диффузной формы мастита**
- 2) дифференцируется с диффузной формой мастита
- 3) дифференцируется с узловой формой мастита

064.ЗВЕЗДЧАТАЯ ФОРМА ОБРАЗОВАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

- 1) узловую форму дисгормональной гиперплазии
- 2) фиброаденому
- 3) **скиррозную форму рака**
- 4) нетипичную кисту

065.ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) однородной солидной структурой сниженной экзогенности
- 2) кистозно-солидной структурой сниженной экзогенности
- 3) практически анэхогенной структурой с большим содержанием жидкости
- 4) **однородной/неоднородной, смешанной/солидной структурой**

066.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ АСИММЕТРИЧНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- 1) раннего этапа пубертатного периода (7-8 лет)
- 2) **второго этапа пубертатного периода (8-9 лет)**
- 3) третьего этапа пубертатного периода (10-11 лет)
- 4) четвертого этапа пубертатного периода (12-13 лет)
- 5) пятого этапа пубертатного периода (15 лет)

067.ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВЕРХНЕ-НАРУЖНОМ КВАДРАНТЕ

РАНЬШЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ ЛИМФОУЗЛЫ:

- 1) переднего средостения
- 2) передние подмышечные
- 3) центральные подмышечные
- 4) **передние и центральные подмышечные противоположной стороны**

068.ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВЕРХНЕ-ВНУТРЕННЕМ КВАДРАНТЕ РАНЬШЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ ЛИМФОУЗЛЫ:

- 1) подмышечные с противоположной стороны
- 2) **переднего средостения**
- 3) передние подмышечные прилежащей стороны
- 4) передние и центральные подмышечные прилежащей стороны

069.УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ВНУТРИПРОТOKОВЫХ ПАПИЛЛОМ:

- 1) изолированное расширение протока
- 2) солидное образование округлой формы различной экзогенности
- 3) **расширение протока с внутрипротоковым образованием солидной структуры**

070.КАКИЕ ПРОЦЕССЫ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ МОГУТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ ВНУТРИУЗЛОВЫМ ТИПОМ КРОВОТОКА:

- 1) рак
- 2) **токсическая аденома**
- 3) аденома паращитовидной железы
- 4) хронический тиреоидит

071.ДЛЯ ОСТРОГО СТРУМИТА И ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО:

- 1) увеличение размеров щитовидной железы
- 2) уменьшение размеров щитовидной железы
- 3) неизменные размеры щитовидной железы
- 4) **изменение размеров щитовидной железы не имеет значения**

072.МНОЖЕСТВЕННЫЕ КАЛЬЦИФИКАТЫ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ ХАОТИЧНО В ГИПОЭХОГЕННОМ УЗЛЕ, БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1) **злокачественных образований**
- 2) доброкачественных образований
- 3) злокачественных и доброкачественных образований
- 4) дегенеративных изменений

073.ПРИ ОСТРОМ ТИРЕОИДИТЕ, СТРУМИТЕ ЭХОГЕННОСТЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) повышена неоднородна
- 2) **понижена неоднородна**
- 3) повышена однородна
- 4) понижена однородна

074.ОБОДОК НИЗКОЙ ЭХОГЕННОСТИ ("ХАЛО") ШИРИНОЙ 1-2 ММ ВОКРУГ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОТОБРАЖЕНИЕ:

- 1) оттесненных фолликулов
- 2) оттесненных кровеносных и лимфатических сосудов
- 3) **хорошо сформированной капсулой узла, оттесненными фолликулами,**
- 4) кровеносными и лимфатическими сосудами
- 5) хорошо сформированной капсулой узла

075.ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ИЗМЕРЯТЬ:

- 1) длину, косой размер долей и толщину перешейка
- 2) по одному размеру каждой доли
- 3) **длину, ширину и толщину каждой доли и толщину перешейка**
- 4) периметр щитовидной железы на поперечной томограмме
- 5) площадь всей железы

076.НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ СКАНИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) полумесяц
- 2) подкова
- 3) **изогнутая гантель**
- 4) бабочка

077.К ДОЛЯМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИЛЕЖАТ СОСУДЫ:

- 1) **A carotis communis и v jagularis**
- 2) A carotis interna и v jagularis
- 3) Aorta и truncus brachiocephalica
- 4) A carotis communis

078.НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВЕНОЗНОГО СОСУДА КРУПНОГО КАЛИБРА СЛЕДУЮЩИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК:

- 1) изменение просвета сосуда при надавливании датчиком
- 2) **трехслойная стенка сосуда**
- 3) визуализация клапанного аппарата
- 4) внутренняя эластическая мембрана развита слабее

079.НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО СОСУДА КРУПНОГО КАЛИБРА СЛЕДУЮЩИЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ПРИЗНАК:

- 1) трехслойная стенка
- 2) **изменение просвета сосуда при надавливании датчиком**

- 3) пульсация стенки сосуда в такт сердечному сокращению
- 4) толщина интимы составляет около 1/10 от толщины средней оболочки

080. К ПЕРЕДИ ОТ ПЕРЕШЕЙКА И ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ДОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЫШЦЫ:

- 1) предщитовидные
- 2) грудино-ключично-сосцевидная
- 3) подкожная**
- 4) нет никаких мышц

081. МАКСИМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ВОЗРАСТЕ:

- 1) 1-15 лет
- 2) 15-25 лет**
- 3) 25-40 лет

082. СОСУДИСТЫЙ ПУЧОК ШЕИ ПРИКРЫВАЕТ СЛЕДУЮЩАЯ МЫШЦА:

- 1) грудино-ключично-сосцевидная**
- 2) грудино-щитовидная
- 3) грудино-подъязычная
- 4) щито-подъязычная мышца

083. СООТНОШЕНИЕ ДОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРЕШЕЙКА:

- 1) равное
- 2) перешеек составляет основную массу железы
- 3) доли составляют основную массу железы**
- 4) перешеек составляет $\frac{1}{2}$ массы железы

084. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СТРУКТУРУ ЖЕЛЕЗЫ МОЖНО ОТНЕСТИ К:

- 1) жидкостьсодержащему органу
- 2) паренхиматозному органу**
- 3) органу смешанного кистозно-солидного строения
- 4) органу фиброзного строения

085. ЭХОГЕННОСТЬ НЕИЗМЕНЕННОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОПОСТАВЛЯЮТ:

- 1) с печенью
- 2) с яичком
- 3) с околощитовидными мышцами**
- 4) с поджелудочной железой
- 5) со слюнной железой

086. ПАРАЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ОТДЕЛАХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) около капсулы щитовидной железы в задних отделах долей
- 2) под капсулой щитовидной железы в любом месте
- 3) в толще органа
- 4) в любом месте**

087. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПИЩЕВОД ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:

- 1) слева от трахеи**
- 2) справа от трахеи

- 3) справа от сосудистого пучка
- 4) слева от сосудистого пучка

088. ИЗОБРАЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОХОЖЕ НА:

- 1) мышечное волокно
- 2) **образование парашитовидной железы**
- 3) кровеносный сосуд
- 4) слюнную железу

089. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВИТЬ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) **возможно**
- 2) невозможно
- 3) только при использовании режима ЦДК
- 4) только при использовании режима ДС с ЦДК

090. ОБ АПЛАЗИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

- 1) смещение сосудистого пучка
- 2) смещение мышц
- 3) **отсутствие изображения ткани железы**
- 4) эхография не информативна

091. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДИФFUЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПТИМАЛЬНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ:

- 1) **УЗИ и определение гормонов щитовидной железы**
- 2) УЗИ и сканирование щитовидной железы
- 3) УЗИ и рентгеновская компьютерная томография
- 4) УЗИ и МРТ

092. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОЧАГОВОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПТИМАЛЬНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ:

- 1) **УЗИ и определение гормонов щитовидной железы**
- 2) пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с морфологической верификацией
- 3) сканирование щитовидной железы с определением гормонов щитовидной железы
- 4) УЗИ и сканирование щитовидной железы

093. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПРОЦЕСС В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ОПТИМАЛЬНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ:

- 1) УЗИ и сканирование щитовидной железы
- 2) УЗИ и рентгеновская компьютерная томография
- 3) определение гормонов щитовидной железы и рентгеновское обследование органов шеи
- 4) **пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с морфологической верификацией**

094. ПРИЗНАКИ ДИФFUЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ:

- 1) **диффузном токсическом и нетоксическом зобах, тиреоидитах**
- 2) узловом зобе, аутоимунных тиреоидитах
- 3) тиреоидитах, раке щитовидной железы
- 4) смешанном диффузно-узловом зобе

095. ОЧАГОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:

- 1) при узловом зобе
- 2) при зобе Хашимото
- 3) при злокачественных опухолях
- 4) при узловом зобе и Хашимото

096. ПРИ ДИФFUЗНОМ ЗОБЕ РАЗМЕРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) **увеличены**
- 2) уменьшены
- 3) нормальные
- 4) верно все

097. ПРИ НЕБОЛЬШИХ СТЕПЕНЯХ ДИФFUЗНОГО ЗОБА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **изменение зернистости**
- 2) диффузно-неоднородные изменения щитовидной железы в виде кистозных полостей, зон фиброза и кальцинации
- 3) появление зон различной эхогенности без четких контуров и границ

098. СТРУКТУРА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ БОЛЬШИХ СТЕПЕНЯХ ДИФFUЗНОГО ЗОБА ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1) диффузно-однородной пониженной эхогенности
- 2) **диффузно-неоднородной с кистозными включениями, зонами фиброза и кальцинацией**
- 3) зонами различной эхогенности без четких контуров
- 4) диффузно-однородной повышенной эхогенности

099. ЭХОГРАФИЧЕСКИ ПРИ ТИРЕОИДИТАХ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) увеличена в размерах
- 2) уменьшена в размерах
- 3) нормальных размеров
- 4) **все перечисленное верно**

100. ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗОБАХ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ ЗА СЧЕТ

- 1) **увеличения долей**
- 2) увеличения перешейка
- 3) уменьшения перешейка с одновременным увеличением размеров долей
- 4) перешеек составляет $\frac{1}{2}$ массы железы

101. ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ПРИ ЦДК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) отсутствием или минимальным паренхиматозным кровотоком
- 2) усилением паренхиматозного кровотока в виде единичных светящихся точек
- 3) появлением локальной гиперваскуляризации в виде островков паренхимы с усиленным кровотоком
- 4) **тотальным усилением паренхиматозного кровотока в виде симптома "пожара"**

102. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ ЭХОГРАФИИ И ИЗОТОПНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) низкой эхогенностью и повышенным накоплением радиофармпрепарата
- 2) **низкой эхогенностью и снижением накопления радиофармпрепарата**
- 3) любой эхогенностью и неравномерным накоплением радиофармпрепарата

103. АНЭХОГЕННЫЕ ВКЛЮЧЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ:

- 1) **кистозной дегенерации при диффузном зобе**
- 2) кровоизлиянием в аденоме

- 3) проявлением тиреоидита
- 4) Функциональной автономией узла

104. КОСВЕННЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ УЗЛОВОГО ЗОБА МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ:

- 1) наличие дегенеративных изменений в паренхиме железы
- 2) асимметрия органа**
- 3) диффузное увеличение всей железы
- 4) наличие зон повышенной эхогенности

105. ЭХОГРАФИЧЕСКИ ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) гиперэхогенное образование
- 2) гипозэхогенное образование**
- 3) изоэхогенное образование
- 4) анэхогенное образование

106. ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ОДНОГО ИЗ ОТДЕЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О:

- 1) гипоплазии щитовидной железы
- 2) гиперплазии щитовидной железы
- 3) неправильной настройки УЗ-сканера
- 4) не является признаком патологии**

107. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ НА КОРНЕ ЯЗЫКА:

- 1) верно**
- 2) неверно
- 3) верно, при отсутствии визуализации одной из долей
- 4) верно, при отсутствии визуализации перешейка

108. ТИРЕОИДНАЯ ТКАНЬ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ ПОД ЯЗЫКОМ:

- 1) верно**
- 2) неверно
- 3) верно, при отсутствии визуализации одной из долей
- 4) верно, при отсутствии визуализации перешейка

109. ЭХОГЕННОСТЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ БЫТЬ НИЖЕ ЭХОГЕННОСТИ ОКРУЖАЮЩИХ МЫШЦ:

- 1) верно**
- 2) неверно
- 3) только при наличии очаговой патологии
- 4) только при наличии ДТЗ

110. РЕГИОНАРНЫМИ ЗОНАМИ ЛИМФООТТОКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) подчелюстные
- 2) затылочные
- 3) паратрахеальные
- 4) подчелюстные, яремные и паратрахеальные**

111. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ФОРМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВИДЕ ПОДКОВЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- 1) диффузного зоба
- 2) многоузкового зоба

- 3) тиреоидита
- 4) узлового зоба

112. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДИФФУЗНОГО ЗОБА СРЕДНИХ И МАЛЫХ СТЕПЕНЕЙ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ:

- 1) длины и толщины долей
- 2) перешейка
- 3) ширины долей
- 4) **всех размеров железы**

113. В НОРМЕ КРОВОТОК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЦДК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) **наличием сосудов в области полюсов железы**
- 2) хорошо выраженным паренхиматозным кровотоком
- 3) в перешейке
- 4) оценка кровотока осуществляется только в режиме ЭДК

114. РАЗМЕРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ВЗРОСЛОГО МУЖЧИНЫ И ЖЕНЩИНЫ:

- 1) одинаковые
- 2) у женщин больше
- 3) **больше у мужчин**
- 4) оценка размеров при эхографии не корректна

115. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ДОБАВОЧНЫХ ДОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВОЗМОЖНА:

- 1) в любом возрасте
- 2) у пожилых людей
- 3) **в основном у детей**
- 4) визуализация добавочных долей осуществляется только в режиме ЦДК

116. УСИЛЕНИЕ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОЧЕТАНИИ С УСКОРЕНИЕМ СКОРОСТЕЙ В ЩИТОВИДНЫХ АРТЕРИЯХ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) при любой гормональной активности железы
- 2) **при повышении гормональной активности железы**
- 3) при понижении гормональной активности железы

117. ЭХОГЕННОСТЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РЕБЕНКА СОПОСТАВЛЯЮТ

- 1) с печенью
- 2) с яичком
- 3) **со слюнными железами**
- 4) с шейными лимфоузлами

118. ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О:

- 1) уменьшения количества коллоида в фолликулах железы
- 2) разрастании внутрипаренхиматозных соединительно-тканых перегородок
- 3) **верно все**
- 4) наличия склеротических изменений

119. КАКОЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ, НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКЕ:

- 1) уменьшение размеров железы
- 2) **усиление васкуляризации паренхимы**
- 3) нормализация эхоструктуры

4) уменьшение размеров зон неоднородности

120. В КАКИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЖДУ РЕЦИДИВОМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ:

- 1) через 2 недели
- 2) через 4 недели**
- 3) не ранее чем через 3 месяца
- 4) не ранее чем через 6 месяцев

121. С КАКОГО ВОЗРАСТА ЭХОГРАФИЧЕСКИ ЗАМЕТНЫ ИНВОЛЮТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) после 40-50 лет**
- 2) после 60 лет
- 3) в любом возрасте
- 4) после 35 лет

122. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ЭНДОКРИННЫМ ОРГАНОМ:

- 1) не имеющим функционального покоя**
- 2) имеющим периоды функционального покоя
- 3) функциональная активность характеризует болезненное состояние железы

123. ПАРАЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ОТДЕЛАХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) около капсулы по задней поверхности доли
- 2) в любом месте**
- 3) в толще органа
- 4) около капсулы по боковой поверхности доли

124. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) дренаж тканей и перенос лимфы в систему венозного коллектора**
- 2) осуществление окислительных процессов в периферических отделах человеческого организма
- 3) обогащение тканей кислородом
- 4) забор от периферических тканей продуктов жизнедеятельности

125. ЛИМФАТИЧЕСКУЮ СИСТЕМУ СОСТАВЛЯЮТ:

- 1) регионарные лимфатические узлы, селезенка, тимус, миндалины
- 2) регионарные лимфатические узлы, лимфатические сосуды селезенка, миндалины, отдельные скопления лимфоидных фолликулов**
- 3) лимфатические узлы, костный мозг, тимус, селезенка
- 4) регионарные лимфатические узлы, селезенка

126. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ГРУППЫ ПОВЕРХНОСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫ РАЗМЕРЫ:

- 1) 0,5 мм
- 2) 10 мм**
- 3) 15 мм
- 4) 20 мм

127. КАКИЕ РАЗМЕРЫ ПОВЕРХНОСТНЫХ ГРУПП ЛИМФОУЗЛОВ ПРИНЯТЫ В КАЧЕСТВЕ КЛИНИЧЕСКОЙ НОРМЫ

- 1) 0,5 мм

- 2) **10 мм**
- 3) 15 мм
- 4) 20 мм

128. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЛИМФОУЗЛОВ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВОДИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕРЕНИЯ:

- 1) **ширину, длину и передне-задний размер**
- 2) достаточно измерения двух размеров
- 3) достаточно измерения одного размера
- 4) определять объем лимфоузла

129. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) пальпаторное выявление лимфатических узлов
- 2) **пальпаторное выявление лимфатических узлов и подозрение на злокачественный процесс**
- 3) любые заболевания
- 4) только по рекомендации гематолога

130. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АППАРАТОВ СРЕДНЕГО КЛАССА И ДАТЧИКОВ С ЧАСТОТОЙ 5,0 МГЦ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ НЕИЗМЕНЕННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ:

- 1) возможна иногда
- 2) невозможна
- 3) **возможна оценка поверхностных групп лимфоузлов**
- 4) возможна оценка поверхностных и глубоких групп лимфоузлов

131. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТУРЫ СРЕДНЕГО КЛАССА С ШИРОКОПОЛОСНЫМИ ВЫСОКОЧАСТОТНЫМИ ДАТЧИКАМИ 10-12 МГЦ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ:

- 1) визуализировать поверхностные группы здоровых лимфоузлов
- 2) **забрюшинные и внутрибрюшные группы лимфоузлов как здоровых, так и на фоне доброкачественной аденопатии**
- 3) забрюшинные и внутрибрюшные группы лимфоузлов на фоне злокачественной аденопатии
- 4) проводить дифференциальный диагноз при доброкачественной и злокачественной аденопатии в поверхностных группах лимфоузлов и злокачественной аденопатии в поверхностных группах лимфоузлов

132. ЭХОАНАТОМИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) **тонкой периферической корковой частью и эллипсоидной центральной гиперэхогенной частью**
- 2) широкой периферической корковой частью
- 3) область ворот определяется около одного из полюсов узла
- 4) центральная часть имеет низкую эхогенность и не дифференцируется от корковой части

133. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ АДЕНПАТИЮ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) увеличение размеров лимфатического узла
- 2) шаровидная форма
- 3) **изменение соотношения составных частей лимфоузла**
- 4) отсутствие дифференциации составных частей лимфоузла

134. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСМОТР ПОВЕРХНОСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- 1) осмотр боковых поверхностей шеи, надключичных, подключичных групп лимфатических узлов
- 2) осмотр надключичных, подключичных, подмышечных групп лимфатических узлов
- 3) осмотр боковых поверхностей шеи, надключичных, подключичных, подмышечных и паховых групп лимфатических узлов**
- 4) осмотр надключичных, подключичных групп лимфатических узлов, подмышечного и пахового региона

135. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА НА ФОНЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) уменьшение размеров лимфатического узла
- 2) повышение эхогенности лимфоузла**
- 3) округление его формы
- 4) возможность дифференциации составных частей лимфоузла

136. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ МЕЖДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АДЕНОПАТИЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) отсутствие какой-либо динамики в изображении лимфоузла на фоне противовоспалительной терапии
- 2) увеличение размеров лимфоузла**
- 3) возвращение типичной эхоструктуры
- 4) овальная форма лимфоузла

137. С ЧЕМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РАСШИРЕННЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ СОСУДЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) с изображением млечных протоков**
- 2) с тромбозом мелких сосудов
- 3) с посттравматическим разможением тканей
- 4) нет необходимости в дифференциальной диагностике

138. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФАДЕНИТЕ СУДИТЬ:

- 1) возможно**
- 2) невозможно
- 3) только при использовании импульсной доплерографии
- 4) только при использовании ДС с ЦДК

Раздел 7. Доплеровское исследование сосудистой системы

001. В НОРМЕ В СОСУДЕ ПРИ ДОПЛЕРОГРАФИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ТЕЧЕНИЕ ПОТОКА:

- 1) ламинарное**
- 2) турбулентное
- 3) фазное, связанное с дыханием
- 4) фазное, несвязанное с дыханием

002. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЛОКАЦИИ ЛАМИНАРНОГО ТЕЧЕНИЯ СПЕКТР ДОПЛЕРОВСКОГО СДВИГА ЧАСТОТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) малой шириной, что соответствует небольшому разбросу скоростей в окрашиваемом объеме**

- 2) большой шириной, что соответствует большому разбросу скоростей в окрашиваемом объеме
- 3) малой шириной, что соответствует большому разбросу скоростей в окрашиваемом объеме
- 4) средней шириной, что соответствует среднему разбросу скоростей в окрашиваемом объеме

003.ТУРБУЛЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ:

- 1) **большого количества вихрей разного размера с хаотичным изменением скорости**
- 2) параллельно перемещающихся слоев жидкости, которые не перемешиваются друг с другом
- 3) потоков, направленных противоположно к направлению тока крови
- 4) потоков, направленных параллельно к направлению тока крови

004.ТУРБУЛЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В СОСУДАХ С:

- 1) нормальным просветом
- 2) сужением менее 60% просвета
- 3) **сужением более 60% просвета**
- 4) сужением более 90% просвета

005.В ИМПУЛЬСНОМ ДОППЛЕРОВСКОМ РЕЖИМЕ ДАТЧИК ИЗЛУЧАЕТ:

- 1) **короткие по длительности синусоидальные импульсы**
- 2) ультразвуковая волна излучается непрерывно
- 3) длинные по длительности синусоидальные импульсы
- 4) короткие и длинные синусоидальные импульсы

006.В ОСНОВЕ ДОППЛЕРОВСКОГО РЕЖИМА ПРОИЗВОДИТСЯ:

- 1) **анализ разницы частот излучаемого и пришедшего в виде эхо ультразвука**
- 2) анализ амплитуд и интенсивностей эхосигналов
- 3) анализ амплитуд эхосигналов и разницы частот
- 4) анализ частот и разницы амплитуды

007.ДОППЛЕРОВСКИЙ СДВИГ ЧАСТОТ (DF) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В СООТВЕТСВИИ С УРАВНЕНИЕМ ДОППЛЕРА:

- 1) **$DF=2Fo \times Vx \cos Q : C$**
где Fo - частота ультразвука, посылаемого источником, C – скорость распространения ультразвука в среде, V - скорость движения объекта (эритроцитов), отражающих ультразвук, Q - угол между кровотоком и направлением распространения ультразвуковых волн
- 2) $DF = 2V \times \cos Q : Fo \times C$
- 3) $DF = V \times \cos Q : Fo \times C$
- 4) $DF = V \times \cos Q : Fo - C$

008.АОРТА И МАГИСТРАЛЬНЫЕ АРТЕРИИ ОБЛАДАЮТ:

- 1) **способностью преобразовывать пульсирующий кровоток в более равномерный и плавный**
- 2) самой большой растяженностью и низкой эластичностью
- 3) самой большой растяженностью и эластичностью
- 4) низкой растяженностью и эластичностью

009.СОСУДЫ СОПРОТИВЛЕНИЯ:

- 1) **вливают на общее периферическое сопротивление**
- 2) не влияют на общее периферическое сопротивление

- 3) обеспечивают регуляцию притока и оттока крови
- 4) не оказывают никакого влияния

010. СОСУДЫ ШУНТЫ - АРТЕРИОЛОВЕНУЛЯРНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ СБРОС КРОВИ ИЗ АРТЕРИИ В ВЕНЫ:

- 1) **через капилляры**
- 2) минуя капилляры
- 3) обеспечивают терморегуляторную функцию.
- 4) через артерии

011. ОБМЕННЫЕ СОСУДЫ - ЭТО:

- 1) **капилляры**
- 2) вены
- 3) артерии
- 4) артерии и вены

012. ЕМКОСТНЫЕ СОСУДЫ - ЭТО:

- 1) **магистральные артерии**
- 2) вены
- 3) сосуды сопротивления
- 4) артерии и вены

013. УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ В КРОВЕНОСНОЙ СИСТЕМЕ:

- 1) **уменьшает объемную скорость кровотока**
- 2) увеличивает объемную скорость кровотока
- 3) не влияет на величину объемной скорости кровотока
- 4) увеличивает линейную скорость кровотока

014. ОБЪЕМНАЯ СКОРОСТЬ КРОВОТОКА - ЭТО:

- 1) **количество крови, протекающее через поперечное сечение сосуда за единицу времени в мл/мин или мл/сек**
- 2) быстрота движения конкретных частиц крови и переносимых ею веществ
- 3) количество крови, протекающее через продольное сечение сосуда за единицу времени в мл/мин или мл/сек
- 4) количество крови, протекающее через все сосуды за единицу времени в мл/мин или мл/сек

015. ЛИНЕЙНАЯ СКОРОСТЬ КРОВОТОКА - ЭТО:

- 1) **перемещение частиц потока за единицу времени в см/сек, измеренное в конкретной точке**
- 2) масса крови в кг/мин и г/сек
- 3) перемещение частиц потока за единицу времени в м/сек, измеренное в конкретной точке
- 4) количество крови, протекающее через все сосуды за единицу времени в мл/мин или мл/сек

016. В ОБЩЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В НОРМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ КРОВОТОК С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ

- 1) высоким
- 2) **низким**
- 3) средним
- 4) фазным

017.РАСЧЕТ ИНДЕКСА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ (RI) ПРОВОДИТСЯ ПО ФОРМУЛЕ:

1) $RI=(V_{max} - V_{min})/V_{max}$

2) $RI=(V_{max} + V_{min})/V_{max}$

где V_{max} - максимальная систолическая скорость кровотока, V_{min} – конечная диастолическая скорость кровотока

3) $RI=(V_{max} - V_{min})/ V_{min}$

4) $RI=(V_{max} + V_{min})/ V_{min}$

018.РАСЧЕТ ПУЛЬСАТОРНОГО ИНДЕКСА ПРОВОДИТСЯ ПО ФОРМУЛЕ:

1) $PI=(V_{max} - V_{min})/ V_{max}$

2) $PI=(V_{max} + V_{min})/TAMX$

где V_{max} - максимальная систолическая скорость кровотока, V_{min} – конечная диастолическая скорость кровотока, $TAMX$ - усредненная по времени минимальная скорость кровотока

3) $PI=(V_{max} - V_{min})/TAMX$

4) $PI=(V_{max} + V_{min})/ V_{max}$

019.В НОРМЕ УСТЬЕ ПРАВОЙ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ РАСПОЛОЖЕНО:

1) **ниже места отхождения левой почечной артерии**

2) выше места отхождения левой почечной артерии

3) выше места отхождения верхней брыжеечной артерии

4) ниже отхождения нижней брыжеечной артерии

020.В НОРМЕ КРОВОТОК В ВЕНАХ:

1) **фазный, синхронизированный с дыханием**

2) монофазный, синхронизированный с дыханием

3) фазный, несинхронизированный с дыханием

4) двухфазный, синхронизированный с дыханием

021.НА УЧАСТКЕ ОККЛЮЗИРУЮЩЕГО ТРОМБА СИГНАЛ КРОВОТОКА:

1) **отсутствует**

2) регистрируется

3) регистрируется только при импульсной доплерографии

4) регистрируется только при ЭД

022.В НОРМЕ ПРИ КОМПРЕССИИ ВЕНЫ ДАТЧИКОМ:

1) просвет сосуда не меняется

2) **стенки спадаются и исчезает просвет**

3) стенки спадаются, просвет сохраняется

4) просвет сосуда меняется в зависимости от фазы дыхания

023.ПО УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КРИТЕРИЯМ ГЕТЕРОГЕННАЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ

1) бляшка с кровоизлиянием

2) **бляшка с изъязвлением или кровоизлиянием**

3) мягкая бляшка

4) плотная бляшка

024.В НОРМЕ В ЧРЕВНОМ СТВОЛЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КРОВОТОК С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ:

1) высоким

2) **низким**

3) средним

4) фазным

025. В НОРМЕ В ВЕРХНЕЙ БРЪЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КРОВОТОК С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ:

- 1) низким
- 2) высоким**
- 3) средним
- 4) фазным

026. В НОРМЕ В БРЮШНОМ ОТДЕЛЕ АОРТЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТИП КРОВОТОКА:

- 1) магистральный**
- 2) магистрально-измененный
- 3) коллатеральный
- 4) фазный

027. В НОРМЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ В ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЯХ:

- 1) менее 0,7**
- 2) 0,7-1,0
- 3) более 1,0
- 4) менее 0,5

028. В НОРМЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ВО ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЯХ:

- 1) менее 0,7**
- 2) 0,7-1,0
- 3) более 1,0
- 4) менее 0,5

029. В НОРМЕ ОТНОШЕНИЕ ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ В ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ К ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ В АОРТЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) менее 3,5**
- 2) более 3,5
- 3) равно 3,5
- 4) менее 3,0

030. ПРИ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ МЕНЕЕ 60% ОТНОШЕНИЕ ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ В ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ К ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ В АОРТЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) менее 3,5**
- 2) более 3,5
- 3) равно 3,5
- 4) менее 3,0

031. ПРИ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ БОЛЕЕ 60% ОТНОШЕНИЕ ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ В ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ К ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ В АОРТЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) менее 3,5
- 2) более 3,5**
- 3) равно 3,5
- 4) менее 3,0

032. ДИАМЕТР АОРТЫ ПРИ АНЕВРИЗМЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 20-30 мм
- 2) более 30 мм**

- 3) более 40 мм
- 4) более 50 мм

033. ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ БЛЯШКА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) **в устье и первом сегменте артерии**
- 2) в дистальном отделе
- 3) в первом сегменте артерии
- 4) в области почечных ворот

034. ПРИ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ МЕНЕЕ 60% ОТНОШЕНИЕ ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ

- 1) **менее 3,5 без локального увеличения скорости кровотока**
- 2) более 3,5 в сочетании с локальным увеличением скорости кровотока
- 3) равно 3,5 в сочетании с локальным увеличением скорости кровотока
- 4) менее 3,5 с локальным увеличением скорости кровотока

035. ПРИ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ БОЛЕЕ 60% ОТНОШЕНИЕ ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ

- 1) менее 3,5 без локального увеличения скорости кровотока
- 2) **более 3,5 в сочетании с локальным увеличением скорости кровотока**
- 3) равно 3,5 в сочетании с локальным увеличением скорости кровотока
- 4) менее 3,5 с локальным увеличением скорости кровотока

036. ПРИ ОККЛЮЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ:

- 1) **отсутствует ультразвуковой сигнал в почечной артерии и регистрируется коллатеральный тип кровотока во внутрпочечных артериях**
- 2) отношение пик-систолической скорости менее 3,5 без локального увеличения скорости кровотока
- 3) отношение пик-систолической скорости более 3,5 в сочетании с локальным увеличением скорости кровотока
- 4) менее 3,5 с локальным увеличением скорости кровотока

037. ПО УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КРИТЕРИЯМ ГОМОГЕННАЯ БЛЯШКА - ЭТО:

- 1) **однородная бляшка**
- 2) бляшка с кровоизлиянием
- 3) бляшка с изъязвлением
- 4) мягкая бляшка

038. МАГИСТРАЛЬНЫЙ ТИП КРОВОТОКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) **острой вершиной в систолу, обратным кровотоком в период ранней диастолы и кровотоком в период поздней диастолы**
- 2) снижением и закруглением систолического пика, замедленным подъемом и спадом кривой скорости кровотока
- 3) расширением, расщеплением пика в систолу, отсутствием обратного кровотока в диастолу
- 4) монофазный, синхронизированный с дыханием

039. КОЛЛАТЕРАЛЬНЫЙ ТИП КРОВОТОКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) расширением, расщеплением пика в систолу, отсутствием обратного кровотока в диастолу
- 2) **снижением и закруглением систолического пика, замедленным подъемом и спадом кривой скорости кровотока**

- 3) острой вершиной в систолу, обратным кровотоком в период ранней диастолы и кровотоком в период поздней диастолы
- 4) монофазный, синхронизированный с дыханием

040 УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ В КРОВЕНОСНОЙ СИСТЕМЕ

- 1) **уменьшает объемную скорость кровотока**
- 2) Увеличивает объемную скорость кровотока
- 3) Не влияет на величину объемной скорости кровотока
- 4) уменьшает линейную скорость кровотока

041 НА УЧАСТКЕ ОККЛЮЗИРУЮЩЕГО ТРОМБА СИГНАЛ КРОВОТОКА

- 1) **Отсутствует**
- 2) Регистрируется
- 3) Регистрируется монофазный тип потока
- 4) Регистрируется бифазный тип потока

042 ПЕРВАЯ ВЕТВЬ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ (ВСА) – ЭТО

- 1) Первая соединительная артерия
- 2) **Глазная артерия**
- 3) Поверхностная височная артерия
- 4) Верхнечелюстная артерия

043 ДОСТУПНЫ ДЛЯ ЛОКАЦИИ КРОВОТОКА

- 1) Поверхностная височная артерия
- 2) Верхнечелюстная артерия
- 3) Лицевая артерия
- 4) **Поверхностная височная и лицевая артерии**

044 ПРАВАЯ И ЛЕВАЯ ПОЗВОНОЧНЫЕ АРТЕРИИ В НОРМЕ СЛИВАЮТСЯ В

- 1) **Основную артерию**
- 2) Задние мозговые артерии
- 3) Верхнюю мозжечковую артерию

045 ПОЗВОНОЧНАЯ АРТЕРИЯ В НОРМЕ ОТХОДИТ ОТ

- 1) **Подключичной артерии**
- 2) Плечеголового ствола
- 3) Дуги аорты
- 4) внутренней сонной артерии

046 КЛАССИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ АРТЕРИЙ ВИЛЛИЗИЕВОГО КРУГА

- 1) **2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 1 передняя соединительная артерия, 2 задние соединительные артерии**
- 2) 2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 2 передние соединительные артерии, 1 задняя соединительная артерия
- 3) 2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 1 задняя мозговая артерия, 1 передняя соединительная артерия, 2 задние соединительные артерии
- 4) 2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 2 задние соединительные артерии

047 В НОРМЕ ВСА УЧАСТВУЕТ В КРОВОСНАБЖЕНИИ

- 1) **Головного мозга**
- 2) Кожи лица и шеи
- 3) спинного мозга

4) шеи

048 ВЕЛИЧИНА ГИДРОДИНАМИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ КРОВЕНОСНОЙ СИСТЕМЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) Вязкости крови
- 2) Силы трения
- 3) Диаметра сосуда**
- 4) Длины сосуда

049 ТИП КРОВОТОКА В ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПОЛНОМ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНОМ СИНДРОМЕ ОБКРАДЫВАНИЯ

- 1) магистральный
- 2) Коллатеральный**
- 3) магистрально-измененный
- 4) трехфазный

050 НАПРАВЛЕНИЕ КРОВОТОКА В ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПОЛНОМ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНОМ СИНДРОМЕ ОБКРАДЫВАНИЯ

- 1) Антеградное
- 2) Ретроградное**
- 3) не регистрируется
- 4) регистрируется в режиме ЭДК

051 ВЕЛИЧИНА СЛОЯ ИНТИМА+МЕДИА АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ В НОРМЕ

- 1) до 1,0 мм**
- 2) до 1,5 мм
- 3) до 2,0 мм
- 4) до 0,5 мм

052 НАПРАВЛЕНИЕ КРОВОТОКА В НОРМЕ ПРИ ЛОКАЦИИ ЧЕРЕЗ «ВИСОЧНОЕ ОКНО»

- 1) К датчику**
- 2) От датчика
- 3) может быть различным
- 4) не регистрируется

053 НАПРАВЛЕНИЕ КРОВОТОКА В НОРМЕ В ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

- 1) К датчику
- 2) От датчика**
- 3) может быть различным
- 4) не регистрируется

054 НАПРАВЛЕНИЕ КРОВОТОКА В НОРМЕ В ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

- 1) К датчику**
- 2) От датчика
- 3) может быть различным
- 4) не регистрируется

055 КОЛИЧЕСТВЕННОЙ МЕРОЙ ТУРБУЛЕНТНОСТИ ПОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Число Рейнольдса**
- 2) Плотность крови
- 3) Индекс Пурсело
- 4) индекс Гослинга

056 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОСТЬ СТЕНОЗА АРТЕРИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) величиной дистального перфузионного давления**

- 2) Степенью развития коллатералей
- 3) Степенью стеноза
- 4) Величиной сердечного выброса

057 НАПРАВЛЕНИЕ КРОВотоКА В НОРМЕ В НАДБЛОКОВОЙ АРТЕРИИ

- 1) **Антеградное**
- 2) Ретроградное
- 3) может быть различным
- 4) не регистрируется

058 ТИП КРОВотоКА В НОРМЕ В ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

- 1) **Магистральный**
- 2) Магистрально-измененный
- 3) Коллатеральный
- 4) фазный, синхронный с дыханием

059 ПОЛНЫЙ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНЫЙ СИНДРОМ ОБКРАДЫВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) **Окклюзии проксимального сегмента подключичной артерии**
- 2) Окклюзии дистального отдела подключичной артерии
- 3) Окклюзии дистального отдела позвоночной артерии
- 4) окклюзии ВСА

060 ПЕРЕХОДНЫЙ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНЫЙ СИНДРОМ ОБКРАДЫВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) Окклюзии подключичной артерии
- 2) **Стенозе более 60% подключичной артерии**
- 3) Стенозе менее 60% подключичной артерии
- 4) окклюзии ВСА

061 ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ДОПЛЕРОГРАФИЯ АРТЕРИЙ ВИЛЛИЗИЕВОГО КРУГА ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ДАТЧИКОМ

- 1) **2 МГц**
- 2) 4 МГц
- 3) 8 МГц
- 4) 10 МГц

062 ПРИ ОККЛЮЗИРУЮЩЕМ ТРОМБОЗЕ ВЕН ДАТЧИКОМ

- 1) **Стенки не спадаются, исчезает просвет**
- 2) Стенки спадаются, исчезает просвет
- 3) Стенки спадаются, просвет не исчезает
- 4) изменении не происходит

063 КАЧЕСТВЕННЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ИЗМЕНЕНИЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Изменения эхоструктуры комплекса интима-медиа
- 2) толщина комплекса интима-медиа
- 3) **Форма поверхности комплекса интима-медиа**
- 3) структура комплекса интима-медиа

064 ПРИ ОККЛЮЗИИ ИЛИ ТОТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВСА КРОВОТОК В ОДНОИМЕННОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

- 1) **Коллатерального типа**
- 2) Магистрального типа

- 3) не регистрируется
- 4) фазного типа

065 ПРИ ОККЛЮЗИИ ОСНОВНОЙ АРТЕРИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) Снижение кровотока и повышение индекса периферического сопротивления в позвоночной артерии на одной стороне
- 2) Снижение кровотока и повышение индекса** периферического сопротивления в позвоночных артериях с обеих сторон
- 3) Снижение кровотока в ОСА
- 2) Снижение кровотока в ВСА

066 ДЛЯ ГИПОПЛАЗИИ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Уменьшение диаметра до 3 мм и менее
- 2) Уменьшение диаметра до 2 мм и менее**
- 3) Уменьшение диаметра до 2,5 мм и менее
- 4) эхографические признаки отсутствуют

067 ПРИ ПЕТЛЕОБРАЗНОМ ИЗГИБЕ ВСА ДОППЛЕРОГРАММА НЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ

- 1) Стеноза ВСА**
- 2) Стеноза НСА
- 3) Гипоплазии ОСА
- 4) стеноза ОСА

068 ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ В АРТЕРИИ, ПИТАЮЩЕЙ МАЛЬФОРМАЦИЮ

- 1) Не изменяется
- 2) Повышено
- 3) понижено**
- 4) измерение периферического сопротивления некорректно

069 ПРИ СТЕНОЗАХ ВСА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ДИСТАЛЬНЕЕ УСТЬЯ ГЛАЗНОЙ АРТЕРИИ 80% ПО ДИАМЕТРУ НАПРАВЛЕНИЕ КРОВОТОКА ПО ГОМОЛАТЕРАЛЬНОЙ ГЛАЗНОЙ АРТЕРИИ

- 1) Антеградное**
- 2) Ретроградное
- 3) отсутствует
- 4) фазного типа

070 В УСЛОВИЯХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗАДНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ АРТЕРИИ КОМПРЕССИЯ ГОМОЛАТЕРАЛЬНОЙ ОСА ПРИВОДИТ

- 1) К возрастанию кровотока в гомолатеральной позвоночной артерии**
- 2) К снижению кровотока в гомолатеральной позвоночной артерии
- 3) Кровоток не меняется
- 4) К возрастанию кровотока в противоположной позвоночной артерии

071 ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ ТЕСТЕ РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИИ У БОЛЬНОГО С С-МОМ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ VS В ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

- 1) Возрастает**
- 2) Снижается
- 3) не меняется

4) измерение Vs некорректно

072 ПРИ СТЕНОЗЕ АРТЕРИЙ (>70%) ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) Атеросклеротические бляшки однородной структуры
- 2) Атеросклеротические бляшки гетерогенной структуры**
- 3) мягкие бляшки
- 4) плотные бляшки

073 ПРИ СТЕНОЗЕ АРТЕРИЙ (<50) ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) Атеросклеротические бляшки однородной структуры**
- 2) Атеросклеротические бляшки гетерогенной структуры
- 3) мягкие бляшки
- 4) плотные бляшки

074 КРОВОТОК В ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ НЕ ЛОЦИРУЕТСЯ ПРИ ЦДК

- 1) При окклюзии позвоночной артерии в устье**
- 2) При окклюзии подключичной артерии в устье
- 3) При окклюзии плечевого ствола
- 4) При окклюзии ОСА

075 АРТЕРИАЛИЗАЦИЯ ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1) Артериальной аневризмы**
- 2) Венозной аневризмы
- 3) Артериовенозного шунтирования
- 4) тромбоза

076 ПРИ ОККЛЮЗИИ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ НА УРОВНЕ ВХОДА В ЧЕРЕП ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) Снижение ЛСК и повышение периферического сопротивления проксимальнее места окклюзии**
- 2) Повышение ЛСК и повышение периферического сопротивления проксимальнее места окклюзии
- 3) Проксимальнее окклюзии кровотока не меняется
- 4) отсутствие кровотока

077 ДЕФОРМАЦИИ АРТЕРИЙ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1) Над устьями артерий**
- 2) На протяжении артерий
- 3) В месте бифуркации артерий
- 4) Над устьями и в месте бифуркации артерий

078 ПРИ ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПРОИСХОДИТ

- 1) Расширение резистивных сосудов**
- 2) Сужение резистивных сосудов
- 3) Вазоспазм магистрального сосуда
- 4) Снижение тонуса магистрального сосуда

079 ПРИ ГИПОКАПНИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПРОИСХОДИТ

- 1) Расширение резистивных сосудов
- 2) Сужение резистивных сосудов**
- 3) Вазоспазм магистрального сосуда
- 4) Снижение тонуса магистрального сосуда

080 ОСНОВНУЮ АРТЕРИЮ МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ ЧЕРЕЗ

- 1) Трансорбитальное окно

- 2) Субокципитальное окно
- 3) Транстемпоральное окно
- 4) Субмандибулярное окно

081 ДЛЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМА ХАРАКТЕРНО

- 1) Резкое повышение ЛСК
- 2) Резкое снижение ЛСК
- 3) Реверсирование потока
- 4) Кровоток по типу шунта

082 ПРАВАЯ ПОДКЛЮЧИЧНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ

- 1) Аорты
- 2) Брахиоцефального ствола
- 3) ОСА
- 4) Позвоночной артерии

083 ЛЕВАЯ ПОДКЛЮЧИЧНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ

- 1) Аорты
- 2) Брахиоцефального ствола
- 3) ОСА
- 4) Позвоночной артерии

084 ПРАВАЯ ПОЗВОНОЧНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ

- 1) Аорты
- 2) ОСА
- 3) Подключичной артерии
- 4) Брахиоцефального ствола

085 «ВИСОЧНОЕ ОКНО» НАХОДИТСЯ В

- 1) Месте наибольшего истончения чешуи височной кости
- 2) Области пирамиды височной кости
- 3) За ушной раковиной
- 4) Кпереди от козелка

086 ОККЛЮЗИЯ НАЧАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Отсутствие сигнала от устья позвоночной артерии, остаточный поток в субкраниальных сегментах, признаки функционирования мышечных коллатералей
- 2) «Молчание» позвоночной артерии на всем протяжении
- 3) Затрудненная перфузия на всем протяжении позвоночной артерии
- 4) Повышение периферического сопротивления в бассейне позвоночной артерии

087 ДИНАМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ПОМОЩЬЮ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) Эмболов
- 2) Гемодинамически значимого стеноза
- 3) Внутрочерепной гипертензии
- 4) Изменения сердечного выброса

088 ВСА В НАЧАЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ ОБЫЧНО ЛЕЖИТ

- 1) Медиальнее НСА
- 2) За нижней челюстью
- 3) Латеральнее внутренней яремной вены

4) латеральнее НСА

089 КРОВОТОК В ПРЯМОМ СИНУСЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) **Трансоксипитальное окно**
- 2) Трансорбитальное окно
- 3) Субмандибулярное окно
- 4) Субокципитальное окно

090 ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПРОИСХОДИТ

- 1) **Снижение кровотока в средней мозговой артерии не более, чем на 10%**
- 2) Повышение кровотока в средней мозговой артерии не более, чем на 10%
- 3) Кровоток не меняется
- 4) Снижение кровотока на 50%

Раздел 8. Ультразвуковая диагностика в педиатрии

001.ХВОСТАТОЙ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) **1 сегмент**
- 2) 2 сегмент
- 3) 3 сегмент
- 4) 2 и 3 сегменты
- 5) 4 сегмент

002.КВАДРАТНОЙ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) 1 сегмент
- 2) 2 сегмент
- 3) 3 сегмент
- 4) **4 сегмент**
- 5) 5 сегмент

003.СООТНОШЕНИЕ МАКСИМАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ В НОРМЕ РАВНЯЕТСЯ

- 1) 1:1
- 2) 2:1
- 3) 3:1
- 4) 4:1
- 5) **5:1**

004.ИНДЕКС ПЕРВОГО СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ ПРИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕМ

- 1) толщины 1 сегмента и правой доли печени
- 2) толщины 1 сегмента и левой доли печени
- 3) ширины 1 сегмента и правой доли печени
- 4) **толщины 1 сегмента и суммарной толщины 1 сегмента и левой доли печени**
- 5) ширины 1 сегмента и левой доли печени

005.В НОРМЕ ИНДЕКС 1 СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) до 15%
- 2) до 20%
- 3) **до 30%**
- 4) до 35%
- 5) до 40%

006.У ДЕТЕЙ ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПО СРАВНЕНИЮ С ЭХОГЕННОСТЬЮ КОРКОВОГО СЛОЯ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ

- 1) никогда не сравнивается
- 2) одинакова
- 3) ниже
- 4) **выше**

007.ДИАМЕТР СТВОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ КОЛЕБЛЕТСЯ МЕЖДУ

- 1) 1-2 см
- 2) 2-3 см
- 3) 3-4 см
- 4) **4-5 см**
- 5) 4-6 см

008.МАКСИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР СТВОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В НОРМЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ДОСТИГАЕТ:

- 1) 8 мм
- 2) 9 мм
- 3) 10 мм
- 4) 12 мм
- 5) **13 мм**

009.МАКСИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ КОЛЕБЛЕТСЯ МЕЖДУ

- 1) 2-3 см
- 2) 3-4 см
- 3) 4-5 см
- 4) 4-6 см
- 5) **5-6 см**

010.ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СНИЖЕНИИ ГРАДИЕНТА МЕЖДУ ВОРОТНОЙ ВЕНОЙ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНОЙ МЕНЕЕ

- 1) 16 мм рт ст
- 2) 12 мм рт ст
- 3) 10 мм рт ст
- 4) 8 мм рт ст
- 5) **5 мм рт ст**

011.ВЫЯВЛЕННАЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСФОРМАЦИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **врожденным состоянием**
- 2) приобретенным состоянием
- 3) у детей раннего возраста не встречается
- 4) признаком цирроза печени
- 5) признаком гепатита

012.К ПРАВИЛЬНЫМ ФОРМАМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТНОСЯТ

- 1) круглую, грушевидную
- 2) цилиндрическую
- 3) веретенообразную
- 4) каплевидную

5) Все, кроме круглой

013.ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ

- 1) только желчный пузырь
- 2) желчный пузырь, общий желчный проток
- 3) желчный пузырь, общий желчный проток, общий печеночный проток**
- 4) желчный пузырь, общий желчный проток, общий печеночный проток, внутрпеченочные протоки
- 5) только общий печеночный проток

014.ТОЛЩИНА СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0 мм
- 2) 1 мм**
- 3) 1-2 мм
- 4) 2 мм
- 5) 2-3 мм

015.ДИАМЕТР ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПО WEILL СОСТАВЛЯЕТ

- 1) до половины диаметра аорты
- 2) до половины диаметра нижней полой вены
- 3) до половины диаметра ствола воротной вены**
- 4) до одной трети диаметра ствола воротной вены
- 5) до одной трети диаметра аорты

016.ЛАБИЛЬНЫЕ ПЕРЕГИБЫ И ПЕРЕГОРОДКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) признаком дискинезии желчного пузыря
- 2) признаком холецистита
- 3) признаком дисхолии
- 4) вариантом нормы**
- 5) признаком гепатита

017.ПРИ ПРИЕМЕ СТАНДАРТНОГО ЖЕЛЧЕГОННОГО ЗАВТРАКА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАКСИМАЛЬНОЕ СОКРАЩЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРОИСХОДИТ:

- 1) к 15 минуте
- 2) к 20 минуте
- 3) к 25 минуте
- 4) к 30 минуте**
- 5) к 40 минуте

018.ВЫЯВЛЕННОЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЗАМЕДЛЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО СВЯЗАНО С

- 1) патологией печени
- 2) патологией желчного пузыря
- 3) патологией протоковой системы
- 4) патологией желудка и двенадцатиперстной кишки**
- 5) не является каким-либо патогномичным симптомом

019. СИМПТОМ "ГРЯЗНОЙ ЖЕЛЧИ" У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) **всех видах желтух и обусловлен соединением билирубина с глюкуроновой кислотой**
- 2) гепатитах
- 3) аномалиях желчного пузыря
- 4) сердечной недостаточности

020. ВНУТРИПУЗЫРНЫЕ МЕМБРАНЫ (ПЕРЕГОРОДКИ) ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

1. перенесенного гепатита
2. **нарушения в эмбриогенезе**
3. холецистита
4. аденомиоматоза желчного пузыря
5. дисхолии

021. РАЗМЕРЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВО ВСЕХ ОТДЕЛАХ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 3 мм
- 2) 4 мм
- 3) **6 мм**
- 4) 8 мм
- 5) 10 мм

022. ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

- 1) Снижена
- 2) Повышена
- 3) Одинакова по эхогенности с паренхимой печени
- 4) **Выше эхогенности паренхимы печени**
- 5) Невозможно оценить

023. У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ, ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕЧЕНИ СТАНОВЯТСЯ ОДИНАКОВЫМИ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 1 мес
- 2) 2 мес
- 3) 3 мес
- 4) **4 мес, когда ребенок начинает получать прикорм**
- 5) 6 мес

024. У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ДИАМЕТР ПРОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ

- 1) 0,5 мм
- 2) **1 мм**
- 3) 2 мм
- 4) 3 мм
- 5) 4 мм

025. ПРИ ИНСУЛИНОЗАВИСИМОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ

- 1) **эхографические признаки отсутствуют**
- 2) поджелудочной железы
- 3) характерно очаговое поражение поджелудочной железы
- 4) характерно диффузное поражение паренхимы поджелудочной железы
- 5) расширяется проток поджелудочной железы

026.ВЫЯВЛЕННОЕ РАСШИРЕНИЕ ПРОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) патологией большого дуоденального сосочка
- 2) патологией поджелудочной железы
- 3) патологией общего желчного протока
- 4) дискинезией двенадцатиперстной кишки**
- 5) патологией желудка

027.РЕАКТИВНЫЕ (ВТОРИЧНЫЕ) ИЗМЕНЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ - ЭТО

- 1) неспецифические изменения паренхимы, размеров поджелудочной железы, связанные с поражением других органов и систем и исчезающие полностью или частично при лечении основного**
- 2) изменения паренхимы при инфекционных заболеваниях
- 3) изменения паренхимы при аллергических состояниях
- 4) изменения паренхимы при дисбактериозе
- 5) изменения паренхимы при гастродуодените

028.ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У РЕБЕНКА (ПРИ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ КЛИНИКЕ)

- 1) нельзя
- 2) можно, при стабильных структурных изменениях паренхимы на фоне адекватной терапии**
- 3) можно, при функциональных изменениях железы
- 4) такое заболевание у детей не встречается

029.ЧАЩЕ ВСЕГО ДОБАВОЧНАЯ СЕЛЕЗЕНКА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) в воротах селезенки
- 2) в области нижнего полюса
- 3) в области верхнего полюса
- 4) в области ворот и нижнего полюса**
- 5) в области ворот и верхнего полюса

030.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ МОНОНУКЛЕОЗЕ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1) увеличение печени и селезенки**
- 2) увеличение печени и селезенки с очаговыми изменениями паренхимы этих органов
- 3) очаговые изменения паренхимы печени и селезенки
- 4) появление пакетов лимфоузлов в воротах селезенки
- 5) появление пакетов лимфоузлов вдоль крупных сосудов

031.ПОЯВЛЕНИЕ ГИПОЭХОГЕННЫХ ВКЛЮЧЕНИЙ ТКАНЕВОГО ХАРАКТЕРА В ПАРЕНХИМЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ НА ФОНЕ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ И УСКОРЕННОЙ СОЭ У РЕБЕНКА НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- 1) иерсиниоз
- 2) хламидиоз
- 3) злокачественную лимфому
- 4) мононуклеоз**
- 5) сепсис

032.ДЛИНА ПОЧКИ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ:

- 1) 30 мм
- 2) 35 мм

- 3) 40 мм
- 4) 45 мм**
- 5) 50 мм

033. ДЛИНА ПОЧКИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

- 1) 40 мм
- 2) 45 мм
- 3) 48 мм
- 4) 55 мм
- 5) 62 мм**

034. СООТНОШЕНИЕ КОРКОВОГО И МОЗГОВОГО СЛОЕВ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

- 1) 2:1
- 2) 1:1
- 3) 1:2
- 4) 1:3**
- 5) 1:5

035. СООТНОШЕНИЕ КОРКОВОГО И МОЗГОВОГО СЛОЕВ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ

- 1) 2:1
- 2) 1:1**
- 3) 1:2
- 4) 1:3
- 5) 1:5

036. ТОЛЩИНА ПРОСВЕТА ИНТРАРЕНАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ЛОХАНКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ

- 1) 1 мм
- 2) 2 мм
- 3) 3 мм**
- 4) 4 мм
- 5) 5 мм

037. ТОЛЩИНА ПРОСВЕТА ИНТРАРЕНАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ЛОХАНКИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 6-10 ЛЕТ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ

- 1) 2 мм
- 2) 3 мм
- 3) 4 мм
- 4) 5 мм**
- 5) 6 мм

038. ТОЛЩИНА ПРОСВЕТА ИНТРАРЕНАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ЛОХАНКИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 13-15 ЛЕТ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ

- 1) 4 мм
- 2) 6 мм
- 3) 8 мм
- 4) 10 мм
- 5) 12 мм**

039. РАЗМЕР ЛОХАНКИ, МЕНЯЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ОТ 0 ДО ВЕРХНЕГО ПРЕДЕЛА НОРМЫ (ИЛИ НАОБОРОТ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) гидронефротической трансформации
- 2) пузырно-мочеточниковом рефлюксе
- 3) неизменной почке**
- 4) пиелонефрите
- 5) гломерулонефрите

040. ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ПО НОВОРОЖДЕННОМУ ТИПУ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) одна почка увеличена, паренхима повышенной эхогенности, не дифференцирована, нет отличия между стенками собирательного комплекса и паренхимой, контуры неровные, кровоток снижен. вторая почка не изменена
- 2) в обеих увеличенных почках определяется большое количество разнокалиберных кист
- 3) Обе почки представлены в виде конгломерата кист
- 4) Изменены обе почки с нарушением кортико-медуллярной дифференциации**
- 5) в одной почке определяется большое количество разнокалиберных кист

041. ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, С КОТОРЫМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МУЛЬТИКИСТОЗ ПОЧЕК, ЭТО

- 1) поликистоз почек
- 2) губчатая почка
- 3) гидронефроз**
- 4) опухоль почки
- 5) поражение почек при системной красной волчанке

042. НЕФРОКАЛЬЦИНОЗ ВЫРАЖАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ

- 1) значительным повышением эхогенности всех слоев паренхимы
- 2) выраженным повышением эхогенности коркового слоя паренхимы
- 3) конкрементами в полости собирательного комплекса
- 4) выраженным повышением эхогенности всех пирамид**
- 5) образованием кальцинатов диаметром до 5 мм на границе коркового и мозгового слоев

043. ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ОДНОЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКИХ ПИРАМИД У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1) нефрокальциноза
- 2) метаболической нефропатии
- 3) гломерулонефрита
- 4) ацидоза первых суток жизни, проходит после восстановления водно-солевого баланса**
- 5) врожденной аномалии развития

044. САМАЯ ЧАСТАЯ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЭТО

- 1) метастазы при злокачественных лимфомах
- 2) метастазы при нейробластомах
- 3) опухоль вильмса**
- 4) гипернефроидный рак
- 5) самостоятельная опухоль встречается крайне редко

045. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ

- 1) 40%

- 2) 50%
- 3) 60%
- 4) 70%**
- 5) 80%

046. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ВОЗМОЖНА ТОЛЬКО ПРИ

- 1) переполненном мочевом пузыре
- 2) заполнении до первого позыва**
- 3) приеме мочегонных препаратов
- 4) искусственном ретроградном заполнении
- 5) подобная оценка невозможна

047. МАССА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С МАССОЙ 3500 Г СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО ГРАММ:

- 1) 0,5
- 2) 0,7
- 3) 1,0
- 4) 1,5**
- 5) 2,0

048. У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ МАССА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧШИМ ОБРАЗОМ КОРРЕЛИРУЕТ С

- 1) объемом грудной клетки
- 2) ростом ребенка
- 3) длиной ноги
- 4) массой тела**
- 5) длиной плеча

049. МАКСИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА ПЕРЕШЕЙКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ ММ

- 1) 1,0
- 2) 3,0
- 3) 5,0**
- 4) 7,0
- 5) 9,0

050. МАКСИМАЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) диффузно-токсическом зобе**
- 2) аутоиммунном тиреоидите
- 3) йодной недостаточности
- 4) злокачественном поражении
- 5) наличии кист

051. ВЫСОКОЭХОГЕННАЯ, НЕОДНОРОДНАЯ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ С НЕРОВНЫМИ КОНТУРАМИ У РЕБЕНКА С УМСТВЕННОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

- 1) диффузно-токсического зоба
- 2) аутоиммунного тиреоидита
- 3) врожденного гипотиреоза**
- 4) злокачественного поражения щитовидной железы

052. МАКСИМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ НАДПОЧЕЧНИКА У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА (ПО ШИРИНЕ И ВЫСОТЕ) МОГУТ ДОСТИГАТЬ

- 1) 10 мм
- 2) 15 мм
- 3) 20 мм
- 4) 30 мм
- 5) **35 мм**

053. МАКСИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ НАДПОЧЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ В НЕГО МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ ПО РОТТЕР

- 1) 10 мл
- 2) 20 мл
- 3) 30 мл
- 4) **50 мл**
- 5) 70 мл

054. ДИФФЕРЕНЦИРОВКА МОЗГОВОГО И КОРКОВОГО СЛОЕВ НАДПОЧЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ИСЧЕЗАЕТ В ВОЗРАСТЕ:

- 1) 3 недель
- 2) 1 месяца
- 3) **2-6 месяцев**
- 4) 1 года
- 5) 2 лет

055. ПРИЧИНОЙ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПАРЕНХИМЫ НАДПОЧЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровоизлияния
- 2) системное заболевание
- 3) гормональная неустойчивость ребенка
- 4) частые вирусные инфекции
- 5) **естественное отложение липидов в паренхиме железы:**

056. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК ЛУЧШЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В

- 1) первую фазу менструального цикла
- 2) середине менструального цикла
- 3) **вторую фазу менструального цикла**
- 4) вне зависимости от менструального цикла
- 5) эхография не информативна

057. УГОЛ (РАЗНИЦА ПО ТОЛЩИНЕ) МЕЖДУ ТЕЛОМ И ШЕЙКОЙ МАТКИ ВПЕРВЫЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 2-7 лет
- 2) **8-9 лет**
- 3) 10-11 лет
- 4) 12-13 лет
- 5) 14-15 лет

058. СООТНОШЕНИЕ ДЛИНЫ ТЕЛА МАТКИ К ДЛИНЕ ШЕЙКИ В ВОЗРАСТЕ 10-11 ЛЕТ ПРИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1:1
- 2) **1,5:1**
- 3) 2:1
- 4) 1:1,5

5) 1:2

059. СООТНОШЕНИЕ ДЛИНЫ ТЕЛА МАТКИ К ДЛИНЕ ШЕЙКИ В ВОЗРАСТЕ 17-19 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1:1
- 2) 1,5:1
- 3) 2:1**
- 4) 1:1,5
- 5) 1:2

060. ПЕРВЫЙ СКАЧОК РОСТА МАТКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ЛЕТ

- 1) 8-9
- 2) 10-11**
- 3) 12-14
- 4) 15-16
- 5) 16-18

061. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯИЧНИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ У ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ В ВОЗРАСТЕ ЛЕТ

- 1) 2-7
- 2) 8-9
- 3) 10-11**
- 4) 12-14
- 5) 15-16

062. ЯИЧНИКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ВЫШЕ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ В ВОЗРАСТЕ ЛЕТ

- 1) до 9**
- 2) 10-11
- 3) 12-13
- 4) 14-15
- 5) 16-17

063. ЯИЧНИКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА В ВОЗРАСТЕ ЛЕТ

- 1) 2-7
- 2) 8-9
- 3) 10-11**
- 4) 12-13
- 5) 14-15

064. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

- 1) сердечно-сосудистой системы
- 2) центральной нервной системы
- 3) мочевыделительной системы**
- 4) органов пищеварения
- 5) костно-мышечной системы

065. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СРЕДИННОЕ ЭХО ВО ВТОРУЮ ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СОСТАВЛЯЕТ МАКСИМАЛЬНО ММ

- 1) 5-6
- 2) 7-8

- 3) 8-9
- 4) 10-12**
- 5) 13-14

066. У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ

- 1) параовариальные
- 2) ретенционные
- 3) дермоидные**
- 4) цистаденомы
- 5) желтого тела

067. У ДЕТЕЙ ИЗ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) гормонопродуцирующие
- 2) фибромы
- 3) цистаденомы**
- 4) тератобластомы
- 5) гемангиомы

068. НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СРОК ПОЯВЛЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК, ПРОЖИВАЮЩИХ В СРЕДНЕЙ ПОЛОСЕ, ЛЕТ

- 1) 7
- 2) 8**
- 3) 9
- 4) 10
- 5) 11

Раздел 9. Общие вопросы лучевой диагностики

001. НЕ ОТНОСИТСЯ К ВИДУ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ

- 1) приказы
- 2) распоряжения
- 3) план работы
- 4) методические рекомендации**

002. В КАКИХ СЛУЧАЯХ И КОМУ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАН ИЛИ ИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

- 1) несовершеннолетним детям
- 2) при несчастных случаях, травмах, отравлениях
- 3) лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ
- 4) лица, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих**

003. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЮТСЯ, КРОМЕ

- 1) недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- 2) развитие многоканальности финансирования
- 3) сохранение общественного сектора здравоохранения
- 4) увеличение кадрового потенциала**
- 5) формирование правовой базы реформ отрасли

004. НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ

- 1) официальная информация о смертности населения
- 2) данные страховых компаний**

- 3) эпидемиологическая информация
- 4) данные мониторинга окружающей среды и здоровья
- 5) регистры заболеваний, несчастных случаев и травм

005. КАКОВЫ ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

- 1) **средства бюджетов всех уровней, средства государственных и общественных организаций, предприятий и т.д., доходы от ценных бумаг, благотворительные взносы, личные средства граждан, кредиты банков и иные источники, не запрещенные законодательством РФ**
- 2) средства бюджетов всех уровней, средства фондов омс, личные средства граждан и иные источники, не запрещенные законодательством РФ
- 3) внебюджетные средства, средства муниципалитетов, штрафы за санитарные правонарушения, средства территориальных фондов омс, средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан

006. СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ЭТО

- 1) наука об организации, экономических и правовых проблемах медицины и здравоохранения
- 2) **общественная научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения**
- 3) наука, изучающая комплекс социальных, правовых и организационных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения

007. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ

- 1) совокупность статистических методов по изучению здоровья населения
- 2) совокупность статистических методов, необходимых для анализа деятельности ЛПУ
- 3) **совокупность статистических методов по изучению здоровья населения и факторов, влияющих на него, а также вопросов, связанных с медициной и здравоохранением**
- 4) совокупность статистических методов по изучению и совершенствованию управления в учреждениях здравоохранения

008. ЧТО ТАКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

- 1) гарантирование гражданам получения медицинской помощи при возникновении любого заболевания
- 2) **форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья**
- 3) получение бесплатной медицинской помощи за счет средств омс и дмс
- 4) заключение договора со страховой компанией и получение страхового полиса

009. В ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ОПРЕДЕЛЯЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

- 1) генетические факторы
- 2) природно-климатические факторы
- 3) **уровень и образ жизни населения**
- 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи

010. ГРАЖДАНИН, ИМЕЮЩИЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС ОМС, МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

- 1) в территориальной поликлинике
- 2) в любой поликлинике населенного пункта

- 3) **в любой поликлинике РФ**
- 4) в любой поликлинике субъекта федерации

011.ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам
- 2) **выдачу государственного разрешения на осуществление определенных видов деятельности**
- 3) процедуру предоставления медицинскому учреждению статуса юридического лица

012.В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫЕ ИМЕЮТ ПРАВО НА

- 1) адекватную медицинскую помощь в любое время в рамках страховых программ
- 2) получение медицинских услуг, соответствующих объему и качеству, условиям договора, независимо от размеров страховых взносов
- 3) выбор медицинского учреждения и лечащего врача
- 4) выбор страховой медицинской организации
- 5) **верно все**

013.МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА – ЭТО

- 1) специфическое проявление общей этики и деятельности врача
- 2) наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести достоинства медицинских работников
- 3) наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
- 4) **верно все перечисленное**

014.МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ – ЭТО

- 1) самостоятельная наука о долге медицинских работников
- 2) **прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики**

015.МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК, ПРИЧИНИВШИЙ УЩЕРБ ПАЦИЕНТУ, НЕСВЯЗАННЫЙ С НЕБРЕЖНЫМ ОТНОШЕНИЕМ МЕДРАБОТНИКА К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБЯЗАННОСТЯМ, НЕСЕТ

- 1) освобождение от ответственности
- 2) уголовную ответственность
- 3) **гражданско-правовую ответственность**

016.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕСЕТ

- 1) медицинский работник
- 2) **медицинское учреждение**
- 3) органы управления здравоохранения

017.ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО

- 1) улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
- 2) **степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов**
- 3) степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи

018. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО

- 1) **характеристика, отражающая степень соответствия проводимых мероприятий профессиональным стандартам или технологиям, выбранным для достижения поставленной цели**
- 2) полнота и своевременность выполнения мероприятий в соответствии с медико-экономическим стандартом
- 3) степень удовлетворения потребителя медицинской помощью

019. СТРУКТУРА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ УРОВНИ

- 1) **федеральный, территориальный, муниципальный**
- 2) городской, межобластной
- 3) муниципальный

020. В ПОНЯТИЕ «ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ» УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ, КРОМЕ

- 1) сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали
- 2) **отсутствие нормативной базы в здравоохранении**
- 3) децентрализация бюджетного финансирования
- 4) поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне
- 5) расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений

021. МЕДИЦИНСКОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ПРОХОЖДЕНИЯ АККРЕДИТАЦИИ ВЫДАЕТСЯ

- 1) диплом
- 2) свидетельство
- 3) лицензия
- 4) **сертификат**

022. НЕ ДОПУСКАЕТСЯ УВОЛЬНЕНИЕ РАБОТНИКА ПО ИНИЦИАТИВЕ АДМИНИСТРАЦИИ

- 1) Если работник находится в командировке или в период судебного разбирательства
- 2) **Если работник находится в ежегодном отпуске или в период временной нетрудоспособности**
- 3) верно все
- 4) нет правильного ответа

023. СЕРТИФИКАТ СПЕЦИАЛИСТА ДОЛЖЕН ПОДТВЕРЖДАТЬСЯ

- 1) не должен подтверждаться
- 2) через 3 года
- 3) **через 5 лет**
- 4) через 10 лет

022. КАКИМ ПРИКАЗОМ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ?

- 1) приказом Минздрава СССР N448 от 1949 г.
- 2) приказом Минздрава СССР N1104 от 1987 г.
- 3) **приказом Минздрава РФ N132 от 1991 г.**
- 4) приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ N67 от 1994 г.

023. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВРАЧЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ

- 1) ежегодно
- 2) не реже 1 раза в 2 года
- 3) не реже 1 раза в 3 года
- 4) не реже 1 раза в 5 лет**

024. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ВТОРОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) по окончании первичной специализации
- 2) при наличии 2-летнего стажа по специальности
- 3) при наличии 3-летнего стажа по специальности**
- 4) при наличии 5-летнего стажа по специальности

025. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ НЕ МЕНЕЕ

- 1) 3 лет
- 2) 5 лет
- 3) 7 лет**
- 4) 10 лет

026. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ НЕ МЕНЕЕ

- 1) 3 лет
- 2) 5 лет
- 3) 7 лет
- 4) 10 лет**

027. МЕДИЦИНСКАЯ РАДИОЛОГИЯ - НАУКА ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИЗЛУЧЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ. ЕЕ ОСНОВНЫМИ РАЗДЕЛАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) распознавание болезней (лучевая диагностика)
- 2) лечение болезней (лучевая терапия)
- 3) массовые проверочные исследования для выявления скрыто протекающих заболеваний (лучевой скрининг)
- 4) все перечисленное в целом**

028. МОГУТ ЛИ ВРАЧИ, НЕ ВЫДЕРЖАВШИЕ КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ ЭКЗАМЕН, ДОПУСКАТЬСЯ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?

- 1) Да
- 2) Нет**
- 3) Могут в должности стажера
- 4) На усмотрение администрации

029. НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫМИ

- 1) инфракрасные лучи
- 2) звуковые волны**
- 3) радиоволны
- 4) рентгеновские лучи

030. ЕДИНИЦЕЙ ИЗМЕРЕНИЯ ПОГЛОЩЕННОЙ ДОЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентген
- 2) грей
- 3) рад
- 4) бэр
- 5) грей и рад**

031. ЕДИНИЦЕЙ ИЗМЕРЕНИЯ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ДОЗЫ В МЕЖДУНАРОДНОЙ СИСТЕМЕ ЕДИНИЦ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) грей
- 2) джоуль
- 3) рад
- 4) зиверт**
- 5) рентген

032. РЕНТГЕНОВСКОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ ПОЛУЧАЮТ:

- 1) путем торможения электронов при столкновении с анодом**
- 2) путем возбуждения ядер водорода биологического объекта в магнитном поле
- 3) путем генерирования звуковых волн при вибрации кристалла под действием электрического поля
- 4) при самопроизвольном распаде ядра

033. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ ПОЛУЧАЮТ:

- 1) путем торможения электронов при столкновении с анодом
- 2) путем возбуждения ядер водорода биологического объекта в магнитном поле**
- 3) путем генерирования звуковых волн при вибрации кристалла под действием электрического поля
- 4) при самопроизвольном распаде ядра

034. ИЗЛУЧЕНИЕ, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ В РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЛУЧАЮТ:

- 1) путем торможения электронов при столкновении с анодом
- 2) путем возбуждения ядер водорода биологического объекта в магнитном поле
- 3) путем генерирования звуковых волн при вибрации кристалла под действием электрического поля
- 4) при самопроизвольном распаде ядра**

035. РЕНТГЕНОВСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ПОЛУЧАЮТ:

- 1) в результате неоднородного ослабления рентгеновского излучения различными по плотности тканями**
- 2) в результате неоднородного отражения рентгеновского излучения различными по плотности тканями
- 3) в результате неоднородного поглощения контрастных веществ различными по плотности тканями
- 4) верно все

036. ПРИНЦИП ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСНОВАН НА:

- 1) введении *in vivo* РФП, способного отражать патофизиологические процессы и испускать гамма-лучи
- 2) введении *in vivo* рентгеноконтрастного вещества, выполнении рентгеновских снимков и выявлении областей повышенного накопления вещества
- 3) внешнем облучении организма гамма-лучами без введения РФП
- 4) верно все

037. КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛУЧАТЬ ПОПЕРЕЧНЫЕ СРЕЗЫ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР С ПОМОЩЬЮ РЕНТГЕНОВСКИХ ЛУЧЕЙ:

- 1) КТ
- 2) МРТ
- 3) УЗИ
- 4) верно все

038. ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ КТ ПОЛЬЗУЮТСЯ ТЕРМИНАМИ:

- 1) высоко-, слабо-, изоинтенсивный сигналы
- 2) затемнение, просветление
- 3 высокая, низкая аккумуляция
- 4) гипо-, гипер-, изоденсные структуры

039. ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ МРТ ПОЛЬЗУЮТСЯ ТЕРМИНАМИ:

- 1) высоко-, слабо-, изоинтенсивный сигналы
- 2) затемнение, просветление
- 3 высокая, низкая аккумуляция
- 4) гипо-, гипер-, изоденсные структуры

040. ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛЬЗУЮТСЯ ТЕРМИНАМИ:

- 1) высоко-, слабо-, изоинтенсивный сигналы
- 2) затемнение, просветление
- 3 высокая, низкая аккумуляция РФП
- 4) гипо-, гипер-, изоденсные структуры

041. ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПОЛЬЗУЮТСЯ ТЕРМИНАМИ:

- 1) высоко-, слабо-, изоинтенсивный сигналы
- 2) затемнение, просветление
- 3 высокая, низкая аккумуляция
- 4) гипо-, гипер-, изоденсные структуры

042. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП КТ:

- 1) создание послойных изображений объекта
- 2) формирование плоскостного изображения объекта
- 3 визуализация «горячих» очагов
- 4) верно все

043. КАКОЙ ВИД ИЗЛУЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ФОРМИРОВАНИИ КТ-ИЗОБРАЖЕНИЯ:

- 1) ультразвуковое
- 2) рентгеновское
- 3 тепловое
- 4) никакое из перечисленных

044. ДЕНСИТОМЕТРИЯ - ЭТО:

- 1) измерение размеров
- 2) измерение объема
- 3 измерение плотности**
- 4) верно все

045. СПЕЦИФИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ДЕПОНИРОВАНИЯ РФП В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕН ВСЕМ, КРОМЕ:

- 1) образования связи между радионуклидным индикатором и рецепторами иммунокомпетентных клеток или эндотелиоцитов
- 2) непосредственного взаимодействия меченого соединения (РФП) с инфекционным агентом
- 3 результата иммунной реакции меченого антитела с антигеном**
- 4) усиления регионарного кровотока

046. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ДЕПОНИРОВАНИЯ РФП В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕН ВСЕМ, КРОМЕ:

- 1) повышения сосудистой проницаемости
- 2) непосредственного взаимодействия меченого соединения (РФП) с инфекционным агентом**
- 3 поступления РФП в экстравазальное пространство
- 4) усиления регионарного кровотока

Заведующий кафедрой
лучевой диагностики №1 ФПК и ППС,
д.м.н., профессор

А.В. Поморцев