

## «Ультразвуковая диагностика»

Вопросы и ответы из теста по [Ультразвуковой диагностике](#) с сайта [oltest.ru](#).

Общее количество вопросов: 1304

Квалификационные тесты для сертификации по ультразвуковой диагностике (УЗД, УЗИ).

Список тем:

- [Социальная гигиена и организация здравоохранения](#)
- [Физика ультразвука](#)
- [УЗД в гастроэнтерологии](#)
- [УЗД в уронефрологии](#)
- [УЗД в акушерстве](#)
- [УЗД в гинекологии](#)
- [УЗД лимфатической системы](#)
- [УЗД в кардиологии](#)
- [Допплеровское исследование сосудистой системы](#)
- [УЗД в педиатрии](#)
- [Ситуационные задачи](#)

---

### Социальная гигиена и организация здравоохранения

1. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все перечисленные положения, кроме:

- **Организации добровольного медицинского страхования**

2. В определение понятие "здоровье ребенка" входят все перечисленные критерии, кроме:

- **Показателей рождаемости**

3. В определении общественного здоровья, принятого ВОЗ, входят все перечисленные элементы, кроме:

- **Наличие благоустроенного жилища**

4. В течении какого периода времени со дня издания приказа здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам из среднего медицинского (фармацевтического) персонала:

- **5 лет**

5. Для граждан, состоящих под наблюдением, необходимы следующие виды медицинских осмотров:

- **После снятия с соответствующей группы инвалидности**

6. Для оценки качества деятельности врача-терапевта участкового (цехового) экспертно оцениваются:

- **Каждый случай выявления больных с запущенными формами злокачественного новообразования, туберкулеза**
- **Каждый случай первичного выхода на инвалидность**
- **Каждый случай расхождения диагноза поликлиники и стационара**
- **Каждый случай смерти на дому**

7. Добровольное согласие пациента (или доверительных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:

- **Всегда**



8. Задачи стационарной медицинской помощи населению включают следующие действия:

- **Квалифицированное диагностическое обследование**
- **Круглосуточное медицинское наблюдение за больным**
- **Проведение лечебных мероприятий по восстановлению здоровья и трудоспособности**

9. Запись в трудовой книжке специалиста (из числа врачебного, фармацевтического и среднего персонала) о присвоении ему по результатам аттестации (переаттестации) квалификационной категории:

- **Вносится**

10. Из перечисленных позиций к лицензированию медицинского учреждения не относится:

- **Определения соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам**

11. Интенсивный показатель досуточной летальности определяется как:

- **Отношение числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки**

12. Интенсификация стационарной помощи детям может быть достигнута за счет всех перечисленных факторов, кроме:

- **Применение доктрины тотальной госпитализации**

13. К методам оценки качества медицинской помощи относятся все перечисленные, кроме:

- **Анализа и оценки демографических показателей**

14. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся:

- **Показатель систематичности наблюдений**
- **Показатель частоты рецидивов**

15. Медицинская деонтология — это:

- **Прикладная, нормативная, практическая части медицинской этике**

16. Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все перечисленные факторы, кроме:

- **Уровня культуры населения**

17. Национальная система социальной защиты населения включает все перечисленные, кроме:

- **Благотворительности**

18. Общественное здоровье характеризуют все перечисленные показатели, кроме:

- **Трудовой активности населения**

19. Общий показатель смертности населения исчисляется по формуле:

- **(Число умерших за 1 год x 1000): средняя численность населения**

20. Ограничение в размерах доплат работникам за совмещение ими профессий (должностей), увеличение объема работы, расширение зоны обслуживания.

- **Не установлено**

21. Организации мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники и диспансера включает все перечисленные элементы, кроме:

- **Нормирования деятельности врачей**

22. Организация работы поликлиники характеризуется следующими данными:

- **Динамикой посещений, распределением посещений по виду обращений, по месяцам, дням, недели часам дня**
- **Объемом помощи на дому, активности врачей по помощи на дому**
- **Соотношением первичных и повторных посещений на дому**
- **Структурой посещений по специальности**



23. Организация работы стационара включает в себя следующие показатели:

- **Оборот койки**
- **Среднее число дней работы койки**
- **Среднее число занятых и свободных коек**
- **Средние сроки пребывания больного в стационаре**

24. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются все перечисленные документы, кроме:

- **Свидетельства об окончании курсов**

25. Основными задачами поликлиники являются все перечисленные, кроме:

- **Организации работы по пропаганде здорового образа жизни**

26. Основными обязанностями районных онколога, фтизиатра и пульмонолога при оказании лечебно-профилактической помощи населению, проживающему на закрепленной территории, являются все перечисленные, кроме:

- **Организации специализированной хирургической помощи**

27. Показателем, рекомендованным к вычислению для общей характеристики амбулаторно-поликлинического учреждения, является:

- **Коэффициентом совместительства**
- **Обеспеченность населения врачами**
- **Обеспеченность средним медицинским персоналом**
- **Показатель укомплектованности (врачами, средним, младшим медицинским персоналом)**

28. Показатель материнской смертности исчисляется по формуле:

- **(Число умерших беременных, рожениц, родильниц в течении 42 недель после прекращения беременности x 10000 живорожденных): число живорожденных**

29. Показатель младенческой смертности исчисляется по формуле:

- **(Число детей, умерших до 1 года в данном календарном году x 1000) (2/3 родившихся в данном году + 1/3 родившихся в предыдущем году)**

30. Показатель рождаемости в Российской Федерации в 1994 году находился в пределах:

- **До 10 на 1000**

31. Правильным определением социальной гигиены как науки являются:

- **Социальная гигиена — наука об общественном здоровье и здравоохранении**

32. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются все перечисленные документы, кроме:

- **"Закона о санитарно-эпидемическом благополучии населения"**

33. Предметом изучения медицинской статистики являются:

- **Выявление и установление зависимости между уровнем здоровья и факторами окружающей среды**
- **Данные о сети, деятельности, кадрах учреждений здравоохранения**
- **Достоверность результатов клинических и экспериментальных исследований**
- **Здоровье населения**

34. Соблюдение врачебной тайны необходимо:

- **Нет правильного ответа**

35. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет всех перечисленных средств, кроме:

- **Средств граждан**



36. Структура больничных учреждений РФ включает все перечисленные типы больниц, кроме:

- **Больницы восстановительного лечения**

37. Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются все перечисленное, кроме:

- **Перинатальная смертность**

38. Субъектами обязательного страхования являются все перечисленные, кроме:

- **Органа управлением здравоохранением**

39. Существуют различия между трудовым договором и договором-контрактом:

- **Нет**

40. Укажите, какая из перечисленных характеристик медицинской этики правильная:

- **Это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств**
- **Это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников**
- **Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача**

41. Укажите, какие из перечисленных видов медицинского обслуживания детского населения не определены базовой программой обязательного медицинского страхования:

- **Наблюдение врачами стационара за больным ребенком на дому после выписки из больницы**

42. Уровень младенческой смертности в нашей стране в 1994 году находился в пределах:

- **От 10 до 15%**

43. Уровень общей смертности населения в нашей стране в 1994 году находился в пределах:

- **От 11 до 15%**

44. Уровнем достоверности в медицинских статистических исследованиях является вероятность изучаемого признака, равная:

- **94%**

45. Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку РФ включает все перечисленные направления, кроме:

- **Социального страхования беременной женщины и женщины-матери**



## Физика ультразвука

46. Акустической переменной является:

- **Давление**

47. Биологическое действие ультразвука:

- **не подтверждено при пиковых мощностях, усредненных во времени ниже 100 мВт/кв. см**

48. В мягких тканях коэффициент затухания для частоты 5 МГц составляет:

- **5 Дб/см**

49. В формуле, описывающей параметры волны, отсутствует:

- **амплитуда**

50. Дистальное псевдоусиление эха вызывается:

- **слабо поглощающей структурой**

51. Длина волны в мягких тканях с увеличением частоты:

- **Уменьшается**

52. Длина волны ультразвука с частотой 1 МГц в мягких тканях составляет:

- **1,54 мм**

53. Для того, чтобы рассчитать расстояние до отражателя, нужно знать:

- **время возвращения сигнала, скорость**

54. Если бы отсутствовало поглощение ультразвука тканями тела человека, то не было бы необходимости использовать в приборе:

- **компенсацию**

55. Затухание ультразвукового сигнала включает в себя:

- **Рассеивание, отражение, поглощение**

56. Звук — это:

- **Продольная механическая волна**

57. Имея значение скоростей распространения ультразвука и частоты, можно рассчитать:

- **Период и длину волны**

58. Импульсы, состоящие из 2-3 циклов используются для:

- **получения черно-белого изображения**

59. Искажения спектра при Допплерографии не наблюдается, если Допплеровское смещение \_\_\_\_\_ частоты повторения импульсов:

- **меньше**
- **равно**

60. К доплерографии с использованием постоянной волны относится:

- **частота и длина волны**

61. Контроль компенсации (gain):

- **компенсирует затухание**

62. Максимальное Допплеровское смещение наблюдается при значении Допплеровского угла, равного:

- **0 градусов**



63. Мощность отраженного Допплеровского сигнала пропорциональна:

- **плотности клеточных элементов**

64. Наибольшая скорость распространения ультразвука наблюдается в:

- **Железе**

65. Осевая разрешающая способность может быть улучшена, главным образом, за счет:

- **улучшения гашения колебания пьезоэлемента**

66. Осевая разрешающая способность определяется:

- **числом колебаний в импульсе**

67. Поперечная разрешающая способность определяется:

- **фокусировкой**

68. При возрастании частоты обратное рассеивание:

- **увеличивается**

69. При перпендикулярном падении ультразвукового луча интенсивность отражения зависит от:

- **разницы акустических сопротивлений**

70. Проведение ультразвука от датчика в ткани тела человека улучшает:

- **соединительная среда**

71. Процесс, на котором основано применение ультразвукового метода исследования — это:

- **Взаимодействие ультразвука с тканями тела человека**

72. С увеличением частоты коэффициент затухания в мягких тканях:

- **увеличивается**

73. Свойства среды, через которую проходит ультразвук, определяет:

- **сопротивление**

74. Скорость распространения ультразвука в твердых телах выше, чем в жидкостях, т.к. они имеют большую:

- **Упругость**

75. Скорость распространения ультразвука возрастает, если:

- **Плотность уменьшается, упругость возрастает**

76. Скорость распространения ультразвука определяется:

- **Средой**

77. Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:

- **20000 Гц**

78. Ультразвук может быть сфокусирован с помощью:

- **искривленного отражателя**
- **искривленного элемента**
- **линзой**
- **фазированной антенной**

79. Ультразвук отражается от границы сред, имеющих различия в:

- **акустическом сопротивлении**

80. Усредненная скорость распространения ультразвука в мягких тканях составляет:

- **1540 м/с**



81. Частота Допплеровского смещения не зависит от:

- **амплитуды**

oltest.ru



## УЗД в гастроэнтерологии

82. "Сегментированная поджелудочная железа" является в обычных условиях:

- **аномалией развития**

83. Аденоматозный полип желчного пузыря имеет следующие ультразвуковые признаки:

- **солидное образование средней эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой не перемещающееся при активных изменениях положения тела пациента**

84. Анатомически в печени выделяют:

- **8 сегментов**

85. Анатомической последовательностью расположения структур ворот печени считая спереди назад являются:

- **печеночная артерия, холедох, портальная вена**

86. Атрофический цирроз печени в ультразвуковом изображении характеризуется:

- **уменьшением размеров печени и асцитом**

87. В диагностике диффузных поражений печени эхография имеет в большинстве случаев...

- **высокую чувствительность и низкую специфичность**

88. В диагностике диффузных поражений поджелудочной железы эхография имеет в большинстве случаев:

- **высокую чувствительность и низкую специфичность**

89. В норме просвет селезеночной вены:

- **больше просвета селезеночной артерии**

90. В подавляющем большинстве случаев отождествление эхографической картины крупноочаговой неоднородности паренхимы печени с морфологической картиной макронодулярного цирроза печени является:

- **неправомерным**

91. В подавляющем большинстве случаев отождествление эхографической картины мелкоочаговой неоднородности паренхимы печени с морфологической картиной микронодулярного цирроза печени является:

- **неправомерным**

92. В стандартных условиях желчный конкремент визуализируется как:

- **гиперэхогенная криволинейная структура**

93. В ультразвуковой картине печени при хроническом гепатите с умеренными и выраженными морфологическими изменениями чаще всего наблюдается:

- **неравномерное повышение эхогенности паренхимы печени участками, "полями"**

94. Вероятные изменения в ультразвуковой картине при печеночных желтухах связаны:

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

95. Влияет ли химический состав конкремента желчного пузыря на ультразвуковую картину конкремента?

- **да, при условии, что конкремент окружен жидкостью**
- **да, только при размерах конкрементов более 4-5 мм**

96. Водянка желчного пузыря в ультразвуковом изображении характеризуется:

- **увеличением желчного пузыря более 10 см**





97. Возможно ли по ультразвуковому исследованию определить гистологию опухоли желчного пузыря?

- **нет, нельзя**

98. Выберите наиболее правильное заключение при проведении ультразвукового исследования пациенту с острым панкреатитом на основании только ультразвукового исследования:

- **ультразвуковые признаки выраженных диффузных изменений поджелудочной железы**

99. Выявление нетипичных форм желчного пузыря (одиночные и множественные перегибы с вдающимися в полость желчного пузыря неполными перегородками) не является наиболее вероятным признаком:

- **аномалии строения желчного пузыря**

100. Выявляемое во время диспансеризации при ультразвуковом исследовании стабильное во времени жидкостьсодержащее 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:

- **дивертикулу желчного пузыря**

101. Выявляемое во время ультразвукового исследования при клинической картине "острого живота" стабильное во времени жидкостьсодержащее образование, прилегающее к нижней, латеральной или медиальной стенке желчного пузыря, имеющее утолщенные стенки с не четкими контурами и часто гиперэхогенный ореол вокруг в большинстве случаев соответствует:

- **околопузырному абсцессу**

102. Выявляемый в ряде случаев при ультразвуковом исследовании "Гартмановский карман" является:

- **анатомической особенностью желчного пузыря**

103. Выявляемый при ультразвуковом исследовании опухолевый тромб в воротной вене является патогномоничным признаком для:

- **первичного рака печени**

104. Гемангиомы в ультразвуковом изображении характеризуются:

- **определением одиночных или множественных округлых гиперэхогенных образований с мелкозернистой эхоструктурой**

105. Гепатолиенальный синдром в ультразвуковом изображении характеризуется:

- **увеличением размеров печени и селезенки с вероятными изменениями воротной вены**

106. Дистопия селезенки — это:

- **неправильное перемещение селезенки в процессе эмбриогенеза**

107. Для абсцесса поджелудочной железы в острую фазу нехарактерен следующий эхографический признак:

- **визуализация тонкостенной гиперэхогенной капсулы**

108. Для адекватной оценки эхографической картины поджелудочной железы не является необходимым условием:

- **качество подготовки больного к исследованию**

109. Для верификации характера очагового поражения поджелудочной железы с наибольшей эффективностью целесообразнее использовать:

- **пункционную биопсию под визуальным (эхография, компьютерная томография) контролем**



110. Для диагностики острого воспалительного процесса в поджелудочной железе могут быть использованы следующие эхографические признаки:

- **характер изменения забрюшинного пространства, сальниковой сумки и левой плевральной полости**
- **характер изменения контуров поджелудочной железы и их четкость**
- **характер изменения протоковой системы поджелудочной железы**
- **характер изменения сосудистого рисунка в области поджелудочной железы**
- **характер изменения структуры и эхогенности поджелудочной железы**

111. Для дифференциальной диагностики очаговых поражений печени не является значимым признаком:

- **внутренний диаметр нижней полой вены**

112. Для получения изображения опухоли хвоста поджелудочной железы нельзя использовать следующий акустический доступ:

- **косое сканирование по правой паравертебральной линии**

113. Для топического разграничения желчевыводящих протоков в воротах печени можно использовать:

- **правую долею ветвь печеночной артерии**

114. Для ультразвуковой картины рака тела поджелудочной железы не характерно:

- **сдавление общего желчного протока**

115. Для уточненной дифференциальной диагностики очаговых форм жировой инфильтрации печени не является значимым признаком:

- **размеры печени**

116. Для эффективной верификации характера очагового поражения печени в большинстве случаев можно использовать:

- **пункционную биопсию под визуальным (эхография, компьютерная томография) контролем**

117. Для эхографической картины острого холецистита характерно:

- **неравномерный характер поражения стенки желчного пузыря**

118. Для эхографической картины печеночного абсцесса в острую и подострую фазы характерны все признаки, кроме:

- **в большинстве случаев визуализируется тонкостенная гиперэхогенная капсула**

119. Для эхографической картины солидного метастатического узла в печени не является характерным:

- **эффект дистального псевдоусиления**

120. Дополнительным признаком, способствующим установлению диагноза хронического панкреатита не является:

- **выявление жидкости в малом сальнике**

121. Жировой гепатоз в ультразвуковом изображении представляет собой картину:

- **нормальной по размерам печени, с повышенной эхогенностью ее паренхимы и уменьшением количества трабекулярных структур по периферии, с быстрым затуханием эхо-сигнала**

122. Застойная печень при хронической сердечной недостаточности в ультразвуковом изображении выглядит как:

- **увеличенная в размерах с паренхимой, пониженной эхогенности, с расширенными собственными венами**



123. Из доброкачественных гиперпластических процессов стенки желчного пузыря наиболее характерные эхографические признаки имеют:

- **аденомиоматоз желчного пузыря**
- **холестероз желчного пузыря**

124. Из параметров состояния сосудов, окружающих поджелудочную железу, могут иметь определенное значение для диагностики острых воспалительных поражений поджелудочной железы:

- **продолжительность визуализации мелких сосудов паренхимы поджелудочной железы на протяжении**
- **характер изменения диаметра сосудов**
- **четкость выявления стенок сосудистой сети**

125. Из параметров состояния сосудов, окружающих поджелудочную железу, не является значимым для диагностики очаговых поражений поджелудочной железы:

- **четкость выявления стенок сосудистой сети**

126. Из перечисленных видов исследования наиболее приемлемым в клинике внутренних болезней как для скрининга, так и для уточняющей диагностики является:

- **любое исследование, в зависимости от направленности диагностического поиска и материальной базы учреждения**

127. Из перечисленных состояний обычно не приводят к расширению желчевыводящих протоков:

- **нет правильного ответа**

128. Изменения в ультразвуковой картине при подпеченочной желтухе связаны:

- **с закупоркой желчных протоков**

129. К важнейшим ультразвуковым признакам разрыва печени при тупой травме живота не относится:

- **наличие свободного газа в брюшной полости**

130. К внепеченочным желчевыводящим протокам относятся:

- **общий желчный проток**
- **проток желчного пузыря**

131. К внутрипеченочным желчевыводящим протокам относятся:

- **долевые, сегментарные, субсегментарные протоки**

132. К нарушению архитектоники печени, выявляемому при ультразвуковом исследовании, обычно не приводит:

- **жировой гепатоз**

133. К прямым эхографическим признакам панкреонекроза обычно не относится:

- **наличие выпота в сальниковой сумке**

134. К структурам желчевыводящей системы, визуализируемым при ультразвуковом исследовании при помощи В-режима в условиях хорошего акустического доступа на приборах среднего класса, относятся:

- **желчный пузырь, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевые протоки**

135. К ультразвуковым признакам полипоза желчного пузыря не относятся:

- **смещаемость при изменении положения тела, выявление акустической тени**

136. К ультразвуковым признакам холедохолитиаза можно отнести все, кроме:

- **наличия конкремента в желчном пузыре или внутрипеченочных протоках**



137. К эхографическим признакам острого панкреатита в подавляющем большинстве случаев не относится:

- **уменьшение размеров железы**

138. К эхографическим признакам сдавления окружающих органов и структур при увеличении головки поджелудочной железы не относится:

- **водянка желчного пузыря**

139. К эхографическим признакам хронического панкреатита обычно не относится:

- **эхогенность сопоставимая с эхогенностью коркового вещества почки**

140. К эхографическим признакам цистаденокарциномы поджелудочной железы не относится:

- **отсутствие клинических проявлений**

141. Каковы возможности эхографии в диагностике и дифференциальной диагностике aberrантной поджелудочной железы?:

- **выявление добавочных участков ткани поджелудочной железы в других органах возможно в зависимости от локализации, их дифференциация практически невозможна**

142. Какой из вариантов изменения сосудистого рисунка при раке головки поджелудочной железы при размере опухоли более 3 см обычно не встречается?

- **смещение и сдавление нижней брыжеечной артерии**

143. Кистозный фиброз поджелудочной железы является:

- **врожденной аномалией поджелудочной железы**

144. Кисты поджелудочной железы чаще характеризуются следующими признаками:

- **отсутствием капсулы, неправильной формой, эффектом псевдоусиления, разнообразным внутренним содержимым**

145. Колебания нормального размера основного ствола воротной вены при ультразвуковом исследовании обычно составляют:

- **9-14 мм**

146. Конкременты желчного пузыря при ультразвуковом исследовании определяются как:

- **гиперэхогенные округлые образования с четким контуром и акустической тенью**

147. Лимфосаркома селезенки на поздней стадии визуализируется как:

- **мультилокулярное образование смешанной эхогенности и неоднородной структуры, занимающее большую часть паренхимы**

148. Максимальная величина угла нижнего края левой доли нормальной печени при ультразвуковом исследовании не превышает:

- **45 град**

149. Метастатические поражения печени в ультразвуковом изображении характеризуются:

- **полиморфной эхографической картиной преимущественно с определением округлых образований различной эхогенности и структуры нарушающих архитектуру строения печени**

150. Методика цветового доплеровского картирования кровотока дает возможность визуализации а. cystica и ее главных ветвей:

- **при остром воспалительном процессе в желчном пузыре**

151. Методически правильное измерение толщины поджелудочной железы производится:

- **в направлении перпендикулярном плоскости передней поверхности каждого отдела железы**



152. Минимальный диаметр кальцификата в селезенке, выявляемого спомощью ультразвукового исследования составляет:

- **2 мм**

153. Минимальный диаметр опухолей, выявляемых в селезенке с помощью ультразвукового исследования составляет:

- **0,5 см в зависимости от локализации опухоли**

154. Минимальный размер конкремента в желчном пузыре, выявляемого с помощью ультразвукового исследования в стандартных условиях на приборах среднего класса, составляет:

- **1 мм**

155. Множественные точечные гиперэхогенные структуры в толще стенки желчного пузыря без изменения ее толщины и контуров выявляемые при ультразвуковом исследовании характерны для:

- **холестероза желчного пузыря**

156. Можно ли по виду опухоли при ультразвуковом исследовании определить характер роста (инвазивный-неинвазивный)?

- **да**

157. Наиболее достоверным ультразвуковым признаком аденомы печени (из перечисленных) является:

- **относительная ровность и четкость контура**

158. Наиболее распространенным эхографическим признакам псевдокисты поджелудочной железы не соответствует:

- **гиперэхогенное образование**

159. Наиболее характерным для эхографической картины рака поджелудочной железы является обнаружение:

- **объемного образования пониженной эхогенности**

160. Наиболее характерными и часто встречающимися признаками острого панкреатита являются:

- **увеличение размеров, понижение эхогенности, нарушение однородности эхогенности и изменение контуров**

161. Наиболее характерными эхографическими признаками для рака поджелудочной железы с локализацией со стороны краниальной поверхности головки являются:

- **увеличение размеров головки, деформация головки поджелудочной железы, изменение ее эхогенности, часто расширение вирсунгова протока и холедоха, сдавление воротной вены, метастазов в печени и регионарных лимфатических узлах**

162. Наиболее часто встречаются:

- **Аномалии формы желчного пузыря**

163. Неизменная стенка желчного пузыря на портативных приборах и приборах среднего класса в стандартных условиях визуализируется в виде:

- **однослойной тонкой гиперэхогенной эхоструктуры**

164. Неизменная стенка желчного пузыря на приборах высшего класса в стандартных условиях визуализируется в виде:

- **однослойной тонкой изоэхогенной эхоструктуры**

165. Неинвазивная эхография при исследовании печени в большинстве случаев позволяет...

- **установить наличие диффузного или очагового патологического процесса и относительную степень его выраженности**



166. Неинвазивная эхография при исследовании поджелудочной железы в большинстве случаев позволяет:

- **установить наличие диффузного или очагового патологического процесса и относительную степень его выраженности и распространенности**

167. Некоторыми из дифференциально-диагностических критериев околопузырного абсцесса от других жидкостных структур являются:

- **выявление зоны инфильтрации вокруг околопузырного образования**
- **выявление отличия по структуре и эхогенности стенок абсцесса от стенок желчного пузыря**
- **динамичное изменение эхографической картины**

168. Нет необходимости дифференцировать опухоль селезенки и:

- **амилоидоз селезенки**

169. Нормальная эхокартина полости желчного пузыря представляется как:

- **эхонегативное пространство**

170. Обобщенная эхографическая картина рака желчного пузыря может быть представлена:

- **солидной структурой с многовариантностью размеров, форм, структуры, эхогенности и характера роста**

171. Общие вторичные эхографические признаки имеются у всех перечисленных состояний, кроме:

- **первичного рака печени**

172. Обычная методика цветовой доплерографии при исследовании очаговых изменений печени позволяет:

- **выявить нарушение строения сосудистого дерева печени в зоне очаговых изменений**

173. Обычная методика цветовой доплерографии при исследовании очаговых изменений поджелудочной железы позволяет:

- **выявить нарушение строения сосудистого рисунка поджелудочной железы в зоне очаговых изменений и около нее**

174. Ограниченный аденомиоматоз желчного пузыря является диспластическим процессом, при котором может быть выявлено:

- **неравномерное утолщение стенки желчного пузыря в некоторых отделах преимущественно в области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами**

175. Одним из важнейших дифференциально-диагностических признаков жировой инфильтрации печени от прочих диффузных и очаговых поражений при ультразвуковом исследовании является:

- **сохранение структуры паренхимы и структуры сосудистого рисунка печени на фоне повышения эхогенности**

176. Одним из важнейших дифференциально-диагностических признаков жировой инфильтрации поджелудочной железы является:

- **сохранение структуры паренхимы поджелудочной железы на фоне повышения ее эхогенности**

177. Одним из отличий эхографической картины дивертикула желчного пузыря от околопузырного абсцесса является:

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

178. Опухолевые поражения поджелудочной железы чаще всего встречаются:

- **в головке поджелудочной железы**



179. Острые гепатиты в ультразвуковом изображении сопровождаются:

- **увеличением размеров печени, понижением эхогенности паренхимы, уменьшением количества трабекулярных структур по периферии**

180. Острый панкреатит в УЗ изображении характеризуется:

- **увеличением поджелудочной железы и снижением эхогенности ее паренхимы**

181. Отсутствие цветового сигнала в просвете трубчатой структуры при проведении обычной цветовой доплерографии может означать, что:

- **возможности прибора и методики недостаточны для исследования данного сосуда**
- **данная структура не является кровеносным сосудом**
- **настройка прибора неадекватна конкретной ситуации**
- **чувствительность прибора не соответствует параметрам кровотока в данном сосуде**

182. Патогномичным симптомом лимфогранулематоза при брюшной его форме является:

- **определение увеличенных парааортальных лимфатических узлов и лимфатических узлов ворот печени**

183. Печеночные вены визуализируются как:

- **трубчатые структуры с неотчетливо видимыми стенками**

184. По параметрам цвета при обычной методике цветовой доплерографии невозможно:

- **приблизительно определить объемную скорость кровотока в сосуде**

185. По результатам ультразвукового исследования давать заключение об уплотнении паренхимы поджелудочной железы при повышении ее эхогенности:

- **нельзя**

186. Повышение эхогенности паренхимы поджелудочной железы является:

- **неспецифическим признаком, выявляемом при различной патологии**

187. Повышение эхогенности печени это проявление:

- **ухудшения звукопроводимости тканью печени**

188. Повышение эхогенности поджелудочной железы в стандартных условиях чаще всего говорит о:

- **наличии диффузного поражения поджелудочной железы**

189. Поддиафрагмальный абсцесс визуализируется:

- **между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки**

190. Подпеченочный абсцесс визуализируется:

- **под висцеральной поверхностью печени**

191. Поликистоз печени чаще сочетается с поликистозом:

- **поджелудочной железы**
- **почек**

192. Полость желчного пузыря обычно визуализируется при ультразвуковом исследовании как эхонегативное пространство:) в фазе максимального физиологического сокращения

- **при водянке желчного пузыря**

193. Порто-портальные анастомозы — это:

- **анастомозы между основным стволом воротной вены и ее внутripеченочными ветвями**

194. Предположить наличие хронического панкреатита по результатам ультразвукового исследования (с учетом клинико-лабораторных показателей):

- **правомерно, если имеются структурные изменения железы**





195. При водянке желчного пузыря в эхографической картине обычно не отмечается:

- **расширение внутрипеченочных желчных протоков**

196. При классической картине цирроза в ультразвуковой картине печени:

- **контуры неровные, бугристые, края тупые**

197. При неинвазивном ультразвуковом исследовании печени имеется возможность достоверно установить...

- **инструментальный диагноз**

198. При неинвазивном ультразвуковом исследовании печени имеется возможность достоверного установления...

- **характера и распространенности поражения**

199. При неинвазивном ультразвуковом исследовании поджелудочной железы имеется возможность достоверно:

- **установить инструментальный диагноз**

200. При неинвазивном ультразвуковом исследовании поджелудочной железы имеется возможность достоверного установления:

- **характера и распространенности поражения**

201. При остром воспалительном процессе в желчном пузыре во время ультразвукового исследования в области шейки желчного пузыря, ворот печени и печеночно-12-перстной связки могут визуализироваться небольшие гипэхогенные участки неправильной овальной ил и округлой формы с четкими контурами, небольших размеров (до 0,5-1,5 см). Чаще они являются:

- **реактивной лимфоаденопатией**

202. При отсутствии патологии в большинстве случаев эхогенность ткани поджелудочной железы возрастной группы 20-40 лет:

- **сопоставима с эхогенностью паренхимы печени**

203. При отсутствии патологии в большинстве случаев эхогенность ткани поджелудочной железы возрастной группы 40-50 лет:

- **превышает эхогенность паренхимы печени**

204. При отсутствии патологии в большинстве случаев эхогенность ткани поджелудочной железы возрастной группы до 15 лет:

- **сопоставима с эхогенностью паренхимы печени**

205. При отсутствии патологии в большинстве случаев эхогенность ткани поджелудочной железы возрастной группы старше 50 лет:

- **значительно превышает эхогенность паренхимы печени**

206. При проведении цветового доплеровского картирования паренхимы печени при отсутствии патологии отмечают:

- **ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и ламинарный характер**

207. При проведении цветового доплеровского картирования ток крови в ветвях печеночной артерии и внутрипеченочных ветвях воротной вены:

- **имеет однонаправленный характер**

208. При проведении цветового доплеровского картирования ток крови в печеночных венах и внутрипеченочных ветвях воротной вены:

- **имеет разнонаправленный характер**





209. При продольном сканировании со стороны живота на уровне диафрагмального контура визуализируется:

- **наружный контур селезенки**

210. При продольном трансабдоминальном сканировании вверху развертки визуализируется:

- **нижний полюс селезенки**

211. При разрыве селезенки как дополнительный эхографический признак может выявляться:

- **наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве**

212. При синдроме Budd-Chiari ультразвуковое исследование печени в острую фазу позволяет выявить:

- **сужение устьев печеночных вен**

213. При ультразвуковом исследовании — с какой из перечисленных групп органов и структур поджелудочная железа находится в "соприкосновении"?:

- **печень, желудок, селезенка, 12-перстная кишка, левая почка**

214. При ультразвуковом исследовании "маркерами" поджелудочной железы являются:

- **a.mesenterica superior, v.lienalis, v.mesenterica superior, a.gastroduodenalis**

215. При ультразвуковом исследовании анатомическим ориентиром границы задней поверхности головки поджелудочной железы служит:

- **нижняя полая вена**

216. При ультразвуковом исследовании анатомическим ориентиром границы между долями печени не является:

- **основной ствол воротной вены**

217. При ультразвуковом исследовании анатомическим ориентиром границы передней поверхности головки поджелудочной железы служит:

- **гастродуоденальная артерия**

218. При ультразвуковом исследовании в острой стадии пенетрации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки не является характерным:

- **визуализация гиперэхогенного участка в виде "белого пятна", с нечеткими контурами в зоне пенетрации**

219. При ультразвуковом исследовании в срезе селезенки можно визуализировать:

- **ворота**
- **капсулу**

220. При ультразвуковом исследовании взрослых допустимыми размерами толщины правой и левой долей печени обычно являются:

- **правая до 120-140 мм, левая до 60 мм**

221. При ультразвуковом исследовании взрослых косо-вертикальный размер (КВР) правой доли печени при отсутствии патологии не превышает:

- **150 мм**

222. При ультразвуковом исследовании взрослых методически правильное измерение толщины левой доли печени производится:

- **в положении продольного сканирования**

223. При ультразвуковом исследовании допустимые размеры диаметра печеночных вен на расстоянии до 2-3 см от устьев при отсутствии патологии не превышают:

- **10-14 мм**



224. При ультразвуковом исследовании желчного пузыря можно с достаточно высокой степенью достоверности дифференцировать:

- **аденомиоматоз желчного пузыря**
- **холестероз желчного пузыря**

225. При ультразвуковом исследовании инсулома в большинстве случаев имеет следующую эхографическую картину:

- **небольшое (< 2 см) образование чаще средней или несколько повышенной эхогенности в хвосте поджелудочной железы, с трудом дифференцируемое при ультразвуковом исследовании**

226. При ультразвуковом исследовании инфаркт селезенки в острой стадии выявляется как:

- **образование с нечеткими контурами и сниженной эхогенностью**

227. При ультразвуковом исследовании инфаркт селезенки в поздней стадии выявляется как:

- **образование с четкими контурами и повышенной эхогенностью**

228. При ультразвуковом исследовании к воротам селезенки примыкает:

- **верхний полюс левой почки**

229. При ультразвуковом исследовании неизмененное ложе желчного пузыря выглядит как:

- **гиперэхогенная зона по форме соответствующая борозде на висцеральной поверхности печени**

230. При ультразвуковом исследовании определить гистологию опухоли селезенки:

- **нельзя**

231. При ультразвуковом исследовании основанием для предположения о наличии у пациента хронического панкреатита может служить:

- **наличие неоднородности паренхимы, неровности контуров, повышения эхогенности, изменений размеров**

232. При ультразвуковом исследовании признаком инвазивного роста опухоли селезенки является:

- **нечеткость границ**

233. При ультразвуковом исследовании признаком инвазивного роста опухоли является:

- **нечеткость границ**

234. При ультразвуковом исследовании размеры печени в терминальную стадию цирроза чаще:

- **уменьшены за счет правой доли**

235. При ультразвуковом исследовании размеры печени на ранних стадиях цирроза чаще:

- **увеличены**

236. При ультразвуковом исследовании структура паренхимы неизменной поджелудочной железы представлена:

- **мелкозернистой текстурой**

237. При ультразвуковом исследовании структура паренхимы при циррозе печени чаще:

- **диффузно неоднородная**

238. При ультразвуковом исследовании тень двенадцатого ребра пересекает левую почку на уровне:

- **ниже нижнего полюса селезенки**

239. Признаками портальной гипертензии на начальных ее этапах в ультразвуковом изображении являются:

- **увеличение размеров печени и селезенки с расширением воротной вены**



240. Причиной появления умеренно выраженной пневмобилии обычно не является:

- **желчно-каменная болезнь**

241. Прогрессирующее распространенное затухание в глубоких отделах печени в стандартных условиях чаще всего говорит о...

- **наличии диффузного поражения печени**

242. Продольная ось селезенки проходит в норме по:

- **X ребру**

243. Пункция объемного образования печени при проведении дифференциальной диагностики очаговых поражений (при подозрении на эхинококкоз) может быть выполнена только при условии:

- **получения отрицательных результатов серологических проб**

244. Распространенный аденомиоматоз желчного пузыря является диспластическим процессом, при котором может быть выявлено:

- **неравномерное утолщение стенки желчного пузыря во всех отделах преимущественно в области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами**

245. Расширение вирсунгова протока не относится к одному из возможных эхографических признаков:

- **жировой инфильтрации поджелудочной железы**

246. Сгусток замазкообразной желчи в желчном пузыре в обычных условиях может иметь следующие ультразвуковые признаки:

- **образование смешанной эхогенности с выражено неоднородной внутренней структурой медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента**
- **образование средней эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента**

247. Селезенка расположена:

- **в верхнем этаже брюшной полости**

248. Симптом Курвуазье проявляется:

- **в увеличении желчного пузыря при наличии желтухи**

249. Спленома или спленоаденома — это:

- **узловая гипертрофия селезенки**

250. Среди параметров состояния сосудистого рисунка не является значимым для диагностики очаговых поражений печени:

- **четкость выявления стенок сосудистой сети**

251. Средний диаметр воротной вены более 12-14 мм, полученный при измерении ее просвета только в передне-заднем направлении в положении косоугольного сканирования (срез по длиннику воротной вены), является убедительным признаком ее расширения:

- **да, если воротная вена имеет округлую форму среза поперечного сечения в этой точке**

252. Средняя толщина стенки неизмененного желчного пузыря в фазу умеренного наполнения обычно составляет:

- **1,5-3 мм**

253. Структура паренхимы неизменной печени при ультразвуковом исследовании представляется как:

- **мелкозернистая**



254. Так называемый "калькулезный панкреатит":

- **сопровождается формированием кальцификатов в протоковой системе поджелудочной железы на фоне частых обострений, особенно при злоупотреблении алкоголем**

255. Так называемый "обструктивный панкреатит" — это вариант протекания острого панкреатита со следующими проявлениями:

- **со сдавлением и последующим расширением вирсунгова протока**

256. Тактика ведения больного с эхографически установленным диагнозом гемангиомы печени заключается в следующем:

- **повторные исследования через 1-1,5 мес., 3 мес., далее раз в полгода**

257. Узловая (очаговая) гиперплазия печени является:

- **врожденной аномалией развития с прогрессирующим течением**

258. Узловая гиперплазия печени при ультразвуковом исследовании выглядит как:

- **участок неоднородности паренхимы по типу цирротических изменений**

259. Укажите дифференциально-диагностические признаки отличия очаговой жировой инфильтрации от объемных процессов при ультразвуковом исследовании:

- **архитектоника и сосудистый рисунок печени не нарушены**

260. Укажите дополнительные признаки, не способствующие установлению диагноза кардиального фиброза печени:

- **отсутствие свободной жидкости плевральных полостях и брюшной полости**

261. Укажите как наиболее часто изменяются контуры и края печени при жировой инфильтрации:

- **контуры ровные, края закруглены**

262. Укажите не соответствующую действительности группу аномалий желчного пузыря:

- **Аномалии функции**

263. Укажите основные эхографические признаки рака головки поджелудочной железы:

- **внепеченочный холестаз, метастазы в печень**
- **выявление очагового поражения головки железы**
- **контуры неровные, локальное увеличение железы**
- **смещение и сдавление сосудов**
- **эхоструктура головки неоднородная**

264. Укажите характерный при ультразвуковом исследовании признак кардиального фиброза печени при декомпенсации кровообращения по большому кругу:

- **расширение и деформация печеночных вен, увеличение размеров печени**

265. Ультразвуковое исследование печени в реальном масштабе времени с "серой шкалой" с применением методики цветовой доплерографии не позволяет:

- **оценить функциональное состояние печени**

266. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы в реальном масштабе времени с "серой шкалой" с применением методики цветовой доплерографии не позволяет:

- **оценить функциональное состояние поджелудочной железы**

267. Ультразвуковой метод исследования в режиме "реального времени" с "серой шкалой" позволяет с высокой достоверностью дифференцировать воспалительные процессы в желчном пузыре от доброкачественных и злокачественных гиперпластических процессов:

- **только в комбинации с пункционной биопсией стенки желчного пузыря**



268. Ультразвуковой метод исследования в режиме "реального времени" с "серой шкалой" позволяет с высокой достоверностью дифференцировать острые и хронические воспалительные процессы в желчном пузыре:

- **только при наличии соответствующих морфологических изменений в желчном пузыре**

269. Ультразвуковым признаком острого холецистита не является:

- **значительно повышенная звукопроводимость полости**

270. Ультразвуковым признаком портальной гипертензии не является:

- **увеличение желчного пузыря**

271. Ультразвуковым признаком рака желчного пузыря не является:

- **перемещаемость структуры при изменении положения тела**

272. Утверждение о возможности использования эхографии для проведения дифференциального диагноза между доброкачественными гиперпластическими процессами (фиброматоз, нейрофиброматоз, липоматоз, ограниченный аденомиоматоз) и ранними стадиями злокачественного опухолевого поражения:

- **несправедливо**

273. Утверждение об уплотнении паренхимы печени при выявлении повышения ее эхогенности:

- **несправедливо**

274. Фиброзы печени в ультразвуковом изображении представляют собой картину:

- **нормальной по размерам печени с нарушением архитектоники печени, увеличением количества стромальных элементов**

275. Характер изменений ткани поджелудочной железы, выявляемых при ультразвуковом исследовании при инсулинозависимом сахарном диабете, в большинстве случаев связан с:

- **вторичными изменениями поджелудочной железы — развитие жировой инфильтрации**

276. Характер эхографической картины метастатических узлов печени является достаточным условием для определения их гистологической структуры:

- **нет**

277. Характерная эхографическая картина водянки желчного пузыря может иметь следующие признаки:

- **Значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка иногда тонкая повышенной эхогенности, иногда утолщенная, полость с эхогенной желчью**

278. Характерная эхографическая картина выраженного острого воспалительного процесса в желчном пузыре может иметь следующие признаки:

- **различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная, слоистонеоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо- гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость**
- **различные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью**

279. Характерная эхографическая картина острого холецистита с выраженными морфологическими изменениями может иметь следующие признаки:

- **различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо- гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость**

280. Характерная эхографическая картина хронического атрофического холецистита в стадии ремиссии может иметь следующие признаки:

- **нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая — до 0,5-1,5 мм — гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью**



281. Характерная эхографическая картина хронического воспалительного процесса в желчном пузыре в стадии ремиссии может иметь следующие признаки:

- **нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью**
- **нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость**
- **различные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью**

282. Характерная эхографическая картина хронического гипертрофического холецистита в стадии ремиссии может иметь следующие признаки:

- **различные размеры желчного пузыря, утолщенная более 3,5-4 мм неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью**

283. Характерная эхографическая картина хронического холецистита в стадии обострения может иметь следующие признаки:

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

284. Чаще всего состояние паренхимы поджелудочной железы при хроническом панкреатите можно описать как:

- **неравномерное повышение эхогенности с неоднородностью структуры паренхимы**

285. Эффективность визуализации конкрементов во внепеченочных желчевыводящих протоках не зависит от:

- **химического состава конкремента**

286. Эхинококковая киста печени в ультразвуковом изображении характеризуется:

- **определении округлой инкапсулированной кисты с пристеночным образованием**

287. Эхинококковая киста селезенки чаще локализуется:

- **в средней части органа**

288. Эхогенность паренхимы печени и сосудистый рисунок при жировой инфильтрации печени следующие:

- **"обеднение" сосудистого рисунка и повышение эхогенности паренхимы печени**

289. Эхогенность паренхимы поджелудочной железы при жировой инфильтрации:

- **повышена**

290. Эхогенность ткани неизменной печени:

- **сопоставима с эхогенностью коркового вещества почки**

291. Эхографическая диагностика кист печени основывается на:

- **определении округлых гипозоногенных или анэхогенных образований с четкими контурами располагающимися в паренхиме печени**

292. Эхографическая картина — 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 это м месте, сохранением внешнего контура желчного пузыря возможна при следующих заболеваниях:

- **инфильтративная форма рака желчного пузыря**
- **начальная стадия рака желчного пузыря**
- **ограниченный аденомиоматоз желчного пузыря**



293. Эхографическая картина — утолщение стенки преимущественно за счет слизистой и подслизистой оболочек с наличием в ней гипер- и анэхогенных участков небольшого размера, полипообразные структуры по внутреннему контуру стенки, неоднородная структура стенки с вовлечением всех отделов желчного пузыря — характерна для:

- **распространенного аденомиоматоза желчного пузыря**

294. Эхографическая картина несмещаемого камня большого дуоденального сосочка (БДС) при ультразвуковом исследовании часто отличается от эхографической картины рака БДС только:

- **наличием стойких акустической тени или эффекта дистального ослабления за зоной БДС**

295. Эхографическая картина опухолевого узла поджелудочной железы является достаточным условием для определения его гистологической структуры:

- **никогда**

296. Эхографическая картина первичного рака печени характеризуется:

- **полиморфизмом эхографических проявлений с поражением большей или меньшей части печени**

297. Эхографическая картина структуры стенки желчного пузыря в фазу физиологического сокращения у лиц не имевших ранее заболеваний желчевыводящей системы чаще имеет вид:

- **трехслойной структуры**

298. Эхографически абсцесс селезенки в острой фазе имеет следующие признаки:

- **эхонегативное образование с нечеткими контурами и гиперэхогенными включениями**

299. Эхографически в воротах нормальной селезенки при исследовании пациента натошак визуализируется:

- **селезеночная вена, селезеночная артерия**

300. Эхографически острый спленит характеризуется:

- **увеличением селезенки, округлением ее концов, сохранением однородной мелкозернистости, снижением эхогенности**

301. Эхографически порто-портальные анастомозы чаще всего выявляются в виде "клубка" сосудов различного диаметра в воротах печени при:

- **первичном (врожденном) портальном фиброзе**
- **первичном раке печени**

302. Эхографически хронический спленит характеризуется:

- **увеличением селезенки, повышением эхогенности**

303. Эхографическую картину кавернозной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с:

- **кистами печени**
- **метастатическим поражением печени**
- **первичным раком печени**
- **эхинококкозом и альвеолококкозом печени**

304. Эхографическую картину капиллярной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с:

- **метастатическим поражением печени**
- **очаговой формой жировой инфильтрации печени**
- **очаговым фиброзом печени**
- **первичным раком печени**

305. Эхографическую картину кисты поджелудочной железы необходимо дифференцировать с:

- **цистаденокарциномой поджелудочной железы**



306. Эхографическую картину рака внепеченочных желчевыводящих протоков необходимо дифференцировать с эхографической картиной:

- **лимфоаденопатии в области печеночно-12-перстной связки**
- **рака большого дуоденального сосочка**
- **рака головки поджелудочной железы**
- **холедохолитиаза**

307. Ярко выраженная портальная гипертензия может развиваться при:

- **выраженных диффузных поражениях паренхимы печени (цирроз)**
- **локализации крупных объемных образований в области печеночно-12перстной связки со сдавлением ее компонентов или области шейки поджелудочной железы**
- **локализации объемных образований в воротах печени**

oltest.ru





## УЗД в уронефрологии

308. "Множественные простые кисты почки" и "поликистоз почки" — синонимы:

- **нет**

309. Абсцесс почки эхографически представлен:

- **анэхогенной зоной с толстой капсулой и внутривполостной взвесью**

310. Аденома предстательной железы — это:

- **гиперплазия желез переходных зон**
- **гиперплазия периуретральных желез, разрастание фибромускулярной стромы**

311. Аденоматозный узел предстательной железы при ультразвуковом исследовании:

- **может иметь сниженную, среднюю или смешанную эхогенность**

312. Аденоматозный узел при ректальном пальцевом исследовании:

- **плотно-эластичной консистенции**

313. Аденому надпочечника эхографически необходимо дифференцировать:

- **с простой кистой надпочечника**

314. Ангиомиолипома при ультразвуковом исследовании — это:

- **высокой эхогенности солидное образование с четкой границей с небольшим задним ослаблением в проекции синуса или паренхимы:**

315. Более точная диагностика стадии рака мочевого пузыря осуществляется с помощью метода:

- **трансуретрального сканирования**

316. В нормальной предстательной железе (согласно зональной анатомии) выделяют:

- **четыре железистые зоны**

317. В нормальной предстательной железе (согласно зональной анатомии) выделяют:

- **четыре фибро-мускулярные зоны**

318. В области треугольника мочевого пузыря визуализируется вихреобразное перемещение точечных гиперэхогенных структур 1-2 мм в диаметре — это:

- **выброс жидкости из мочеточника**

319. В острой фазе тромбоза почечной артерии выявляется:

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

320. В острой фазе тромбоза почечной вены при ультразвуковом исследовании выявляются:

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

321. В паренхиматозном срезе почки можно визуализировать:

- **пирамидки**

322. В простой кисте почки при ультразвуковом исследовании обнаружено пристеночное гиперэхогенное включение диаметром 3 мм, несмещаемое, округлой формы с четкой границей и акустической тенью — рекомендуется:

- **динамическое наблюдение один раз в три месяца**

323. В центральной части неизмененного по структуре яичка визуализируется линейной формы гиперэхогенная структура, разделяющая яичко на две симметричные части — это:

- **эхографический субстрат средостения яичка**



324. Варикоцеле — это:

- **расширение вен семенного канатика**

325. Ваши первые действия при выявлении в почке опухоли:

- **ультразвуковое исследование почечной вены и крупных сосудов, контрлатеральной почки, забрюшинных лимфоузлов, органов малого таза, щитовидной железы, печени, селезенки**

326. Вверху развертки при продольном трансабдоминальном сканировании визуализируется:

- **нижний полюс почки**

327. Верхне-нижний размер нормальной предстательной железы составляет:

- **не более 4,5 см**

328. Визуализация конкремента в мочеточнике зависит прежде всего:

- **от степени наполнения мочеточника жидкостью**

329. Врач ультразвуковой диагностики "снимает" диагноз удвоения почки после ультразвукового исследования:

- **неверно**

330. Врач-терапевт после получения данных ультразвукового исследования отверг у больного диагноз острого гломерулонефрита:

- **он неправ**

331. Врач-терапевт после получения данных ультразвукового исследования отверг у больного диагноз хронического гломерулонефрита:

- **он неправ**

332. Вы вправе ожидать появление жидкости в почечной лоханке при активном пузырно-мочеточниковом рефлюксе:

- **после мочеиспускания**

333. Гидрокаликоз, развивающийся на поздних стадиях хронического пиелонефрита обусловлен:

- **склеротическими процессами в стенке чашечно-лоханочного комплекса**

334. Гидроцеле — это:

- **жидкость в полости мошонки между оболочками яичка**

335. Гипернефрома при ультразвуковом исследовании чаще имеет:

- **солидное строение**

336. Гипоплазированная почка при ультразвуковом исследовании — это:

- **почка меньших, чем в норме размеров, с нормальными по толщине и структуре паренхимой и почечным синусом**

337. Гормонально активные опухоли надпочечника:

- **доброкачественные**
- **злокачественные**

338. Диаметр визуализируемых чашечек — 0,4 см, лоханки — 1,2 см, это:

- **патология, либо это-признак дилатации в результате переполнения мочевого пузыря**
- **патология, либо это-признак объемной дилатации в результате увеличения диуреза**

339. Дивертикул мочевого пузыря это.

- **мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыря с образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря**



340. Динамическое наблюдение больного с установленным при ультразвуковом исследовании диагнозом ангиомиолипомы почки необходимо осуществлять:

- **один раз в полгода**

341. Дистопия почки — это:

- **неправильное перемещение почки в процессе эмбриогенеза**

342. Дифференциально-диагностическим отличием конечной стадии гидронефротической трансформации почки от пиликостоза является:

- **характерное расположение нескольких кистозных полостей вокруг одной, большей по диаметру, центрально расположенной**

343. Дифференцировать опухоль яичка следует с:

- **гематомой**
- **очагом воспалительной инфильтрации**

344. Дифференцировать острый тромбоз почечной артерии по данным ультразвукового исследования прежде всего необходимо с:

- **с острым пиелонефритом**

345. Дифференцировать острый эпидидимит и острый перекрут яичка по данным ультразвукового исследования:

- **нельзя**

346. Длина почки 11,7 см. Почечный синус разделен неполностью на две части паренхиматозной перемычкой. Наиболее вероятный диагноз:

- **вариант развития почки с т.н. гипертрофированной колонной Бертина**

347. Для "подагрической" почки характерен эхографический симптом:

- **гиперэхогенных пирамидок**

348. Для апостематозного пиелонефрита характерна следующая эхографическая симптоматика:

- **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**

349. Для выявления варикоцеле используются:

- **проба Вальсальвы, ортостатическая проба**

350. Для исследования органов мошонки оптимальным является использование датчика:

- **7,5 МГц**

351. Для медуллярной губчатой почки характерен ультразвуковой симптом:

- **гиперэхогенных пирамидок**

352. Для определения нейро-мышечной диссинергии (пузырно-сфинктерной диссинергии) мочевого пузыря используются:

- **проба с фентоламином**

353. Для опухолевого поражения семенных пузырьков более характерно:

- **ассимметричное увеличение семенных пузырьков**

354. Для острого простатита при ультразвуковом исследовании характерно:

- **увеличение размеров железы, нарушение дифференциации внутренней и наружной частей, снижение эхогенности**



355. Для острой почечной недостаточности характерна следующая ультразвуковая картина:

- **увеличение почек, утолщение паренхимы, симптом "выделяющихся пирамидок"**

356. Для постановки диагноза кист почечного синуса является оптимальным:

- **ультразвуковое исследование с применением фармакоэхографии**

357. Для почки при гиперпаратиреозе характерен эхографический симптом:

- **гиперэхогенных пирамид**

358. Для синдрома характерен ультразвуковой симптом:

- **гиперэхогенных пирамид**

359. Для трансуретрального исследования предстательной железы используются датчики:

- **7,5 МГц и выше**

360. Для туберкулезного поражения почек характерны:

- **множественные петрификаты в паренхиме, расширение и деформация чашечек, кистозные массы с толстой, неровной стенкой**
- **почки представлены неоднородной солидно-кистозной структурой с чередованием гипоэхогенных и анэхогенных зон, без дифференциации "паренхима-почечный синус"**

361. Для хронического простатита при ультразвуковом исследовании характерно:

- **"изъеденность" контура предстательной железы**
- **повышение эхогенности железы, зоны петрификации, неоднородность структуры**

362. Достаточным условием адекватного ультразвукового исследования мочевого пузыря у взрослых является наполнение мочевого пузыря до:

- **200 мл**

363. Достоверный признак удвоения почки при ультразвуковом исследовании — это:

- **визуализация двух почек, сращенных полюсами**

364. К внутренней части в нормальной предстательной железе относится:

- **передняя фибро-мышечная строма**

365. К воротам селезенки обращен:

- **верхний полюс левой почки**

366. К эхографическим симптомам паранефрита не относятся:

- **повышение эхогенности почечного синуса**

367. Карбункул почки лучше всего выявляется с помощью:

- **ультразвукового исследования**

368. Карбункул почки является следствием:

- **септического инфаркта с последующим воспалением и гнойным распадом**

369. Конкремент почки размером не менее 3-4 мм, окруженный жидкостью

- **дает акустическую тень**

370. Лучше выявляет патологию шейки мочевого пузыря метод:

- **трансректального сканирования линейным датчиком**
- **трансуретрального сканирования**



371. Лучше выявлять подковообразную почку с помощью:

- **компьютерной томографии**
- **селективной ангиографии**
- **ультразвуковой диагностики**

372. Макро модулярную форму гиперплазии надпочечников по данным эхографии необходимо дифференцировать:

- **с аденомой надпочечника**

373. Максимальная толщина головки нормального придатка яичка составляет при ультразвуковом исследовании:

- **1,0 см**

374. Местом излюбленной локализации гипернефромы является:

- **полюса почки**

375. Метастазы при опухоли яичка, выявляемой при ультразвуковом исследовании, прежде всего следует искать:

- **в забрюшинных лимфоузлах**

376. Метод лабораторной диагностики для скрининга рака предстательной железы — это:

- **определения уровня специфического антигена предстательной железы в сыворотке крови больного**

377. Методом, позволяющим дифференцировать острый орхоэпидидимит и острый перекрут яичка является:

- **цветная доплерография**

378. Минимальный "диаметр" конкремента в мочевом пузыре, выявляемого с помощью УЗИ составляет:

- **2 мм**

379. Минимальный диаметр конкремента в почке, выявляемого с помощью ультразвукового исследования:

- **4мм**

380. Минимальный диаметр опухолей, выявляемых в почке с помощью ультразвукового исследования составляет:

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

381. Минимальный диаметр опухоли левого надпочечника, выявляемый с помощью эхографического исследования:

- **все зависит от эхоструктуры опухоли**

382. Минимальный диаметр опухоли правого надпочечника, выявляемый с помощью эхографического исследования:

- **все зависит от эхоструктуры опухоли**

383. Можно выявить острый тромбоз почечной артерии при помощи:

- **доплерографии**

384. Морфологическим субстратом анэхогенного ободка по периферии среза опухоли является:

- **сжатая растущей опухолью нормальная ткань**

385. Морфологическим субстратом анэхогенной зоны с неровным контуром в центре опухоли является:

- **некроз**



386. Морфологическим субстратом повышения эхогенности предстательной железы у пациентов с хроническим простатитом является:

- **клеточная инфильтрация**
- **склероз железы**

387. Морфологическим субстратом снижения эхогенности ткани предстательной железы при остром простатите является:

- **отек и воспалительная инфильтрация**

388. Мы вправе ожидать у больного с острым пиелонефритом появление:

- **пиелозктазии**
- **понижение эхогенности и утолщение паренхимы**
- **синдрома "выделяющихся пирамидок"**

389. На границе кортикального и медуллярного слоев визуализируются линейной формы гиперэхогенные структуры толщиной 1-2мм — это:

- **визуализирующиеся**

390. На ранних стадиях хронического пиелонефрита лучшая диагностика заболевания осуществляется с помощью:

- **внутривенозной урографии**

391. Надпочечники расположены:

- **забрюшинно**

392. Надпочечниковые гиперплазии чаще:

- **билатеральны**

393. Наиболее вероятный путь распространения ракового процесса в предстательной железе:

- **верхушка предстательной железы**

394. Наиболее ранним ультразвуковым симптомом острого отторжения трансплантата является:

- **увеличение передне-заднего размера почки**

395. Наиболее распространенной опухолью яичка является:

- **семинома**

396. Наиболее часто метастазы аденокарциномы надпочечника наблюдаются в:

- **парааортальных лимфоузлах**

397. Наиболее частой причиной ложноположительной диагностики опухоли почки является:

- **наличие т.н. гипертрофированной колонны Бертина**

398. Наиболее частой причиной повышения эхогенности коркового вещества почки при хроническом гломерулонефрите являются:

- **склероз**

399. Наиболее частой причиной развития медуллярного нефрокальциноза является:

- **гиперкальциемия**

400. Наиболее частые эхографические изменения структуры предстательной железы при аденоме предстательной железы — это:

- **узловые или диффузные изменения во внутренней части железы**

401. Наименьший диаметр эпителиальной опухоли лоханки, выявляемый рутинным ультразвуковым трансабдоминальным или транслюмбальным методом:

- **1 см**



402. Наличие обструкции мочевых путей для развития гнойного воспаления (абсцесс, карбункул, апостематозный пиелонефрит) в почке:

- **необязательно**

403. Не относится к элементам наружной части нормальной предстательной железы:

- **передняя фибро-мускулярная строма**

404. Необходимо дифференцировать острый тромбоз почечной вены по данным ультразвукового исследования

- **с острым пиелонефритом**

405. Нет необходимости дифференцировать опухоль почки и:

- **простую кисту**

406. Нефросклероз при хроническом гломерулонефрите чаще:

- **симметричен**

407. Нефросклероз при хроническом пиелонефрите чаще:

- **асимметричен**

408. Об инвазии мышечного слоя мочевого пузыря опухолью может свидетельствовать следующий эхографический признак:

- **утолщение стенки мочевого пузыря в месте расположения опухоли**

409. Одной из причин развития гидрокаликоза при сахарном диабете является:

- **полиурия**
- **склерозирование чашечек с нарушением сократительной функции в результате папиллярного некроза**

410. Определить наличие инвазивного тромба в нижней полой вене, почечной вене по ультразвуковому исследованию:

- **можно не всегда**

411. Определить причину нефросклероза по ультразвуковой картине:

- **нельзя**

412. Определить степень инвазии опухолью мышечной оболочки мочевого пузыря с помощью датчика для трансабдоминального сканирования можно:

- **не всегда**

413. Определяющиеся в проекции почечного синуса высокой эхогенности образования 2-3 мм в диаметре без четкой акустической тени свидетельствуют:

- **данные эхографические признаки не являются патогномичными признаками какой-либо определенной нозологии**

414. Определяющиеся в проекции почечного синуса высокой эхогенности образования размерами 3-4 мм с четкой акустической тенью свидетельствуют:

- **о наличии мелких конкрементов в почке**

415. Оптимальный доступ для проведения эхографического исследования левого надпочечника:

- **интеркостальный по средней аксиллярной линии справа**

416. Оптимальный доступ для проведения эхографического исследования правого надпочечника:

- **субкостальный**



417. Оптимальным методом для ультразвукового исследования предстательной железы является метод:

- **трансректального сканирования**

418. Органы-"мишени" метастазирования почечно-клеточного рака это:

- **легкие, кости, мозг, щитовидная железа, органы малого таза**

419. Органы, опухоли которых наиболее часто метастазируют в надпочечники — это:

- **легкие, молочная железа, толстая кишка, поджелудочная железа, пищевод**

420. Ориентирами для определения зоны нахождения левого надпочечника при эхографическом исследовании являются:

- **аорта, верхний полюс левой почки, левая ножка диафрагмы, большая кривизна желудка, ворота селезенки**

421. Ориентирами для определения зоны нахождения правого надпочечника при эхографическом исследовании являются:

- **нижняя полая вена, верхний полюс правой почки, правая ножка диафрагмы, правая доля печени**

422. Основной причиной повышения эхогенности паренхимы почки при сморщивании почки является:

- **клеточная инфильтрация**
- **склероз паренхимы**

423. Основным дифференциально-диагностическим отличием сморщенной почки от гипоплазированной по данным ультразвукового исследования являются:

- **повышение эхогенности паренхимы сморщенной почки**

424. Основным дифференциально-диагностическим признаком, позволяющим отличить по данным эхографического исследования надпочечниковую аденому от надпочечниковой карциномы является:

- **размер опухоли**

425. Основным дифференциальным признаком, позволяющим отличить поликистозную почку взрослого от мультикистозной почки взрослого является:

- **маленькие размеры мультикистозной почки**

426. Особенностью метастатического поражения надпочечника по данным эхографического исследования является:

- **билатеральность поражения**

427. Особенностью опухоли Вильмса у взрослых, позволяющей по данным ультразвукового исследования предположить наличие этого вида опухоли является:

- **тенденция к некрозу с образованием кистозных полостей**

428. Особенностью поражения надпочечника при лимфоме по данным эхографического исследования является:

- **наличие значительного кистозного компонента в структуре опухоли с дистальным псевдоусилением**

429. Особенностью туберкулезного поражения надпочечников по данным эхографического исследования являются:

- **наличие множественных кальцинатов в ткани надпочечника**

430. Острый гломерулонефрит при ультразвуковом исследовании чаще:

- **дает появления синдрома "выделяющихся пирамидок"**
- **не дает ультразвуковых изменений**





431. Отличительные эхографические признаки лейдигомы:

- **медленный рост**
- **солидная структура без признаков некроза**

432. Относительные размеры надпочечника больше:

- **у новорожденных**

433. Паранефрит лучше выявляется с помощью:

- **компьютерной томографии**
- **ультразвукового исследования**

434. Паренхима дисплазированной почки эхографически представлена:

- **неоднородной солидной, солидно-кистозной структурой с недифференцируемой кортико-медулярной границей**

435. Паренхиматозную опухоль почки, не деформирующую контур паранхимы, лучше выявляет:

- **ультразвуковое исследование**

436. Патогномоничные признаки хронического цистита у взрослых:

- **не существуют**

437. Патогномоничные ультразвуковые признаки острого тромбоза почечной артерии (рутинное исследование в режиме серой шкалы):

- **отсутствуют**

438. Патогномоничные ультразвуковые признаки острого тромбоза почечной вены (рутинное исследование в В-режиме):

- **отсутствуют**

439. Патогномоничные ультразвуковые признаки хронического пиелонефрита:

- **не существуют**

440. Патогномоничные эхографические признаки острого гломерулонефрита:

- **не существуют**

441. Патогномоничные эхографические признаки почечного амилоидоза:

- **не существуют**

442. Патогномоничным эхографическим признаком поликистоза взрослого типа почек является:

- **гиперэхогенные включения 1-2 мм в почках**

443. Патогномоничными для хронического простатита ультразвуковые признаки:

- **не существуют**

444. Патология, наиболее сопутствующая ксантогранулематозному пиелонефриту — это:

- **нефролитиаз**

445. Первичный раковый узелок в периферической зоне чаще:

- **сниженной эхогенности**

446. Первичный раковый узелок в предстательной железе чаще локализуется в:

- **в периферической зоне**

447. По виду опухоли при ультразвуковом исследовании определить характер роста (инвазивный-неинвазивный):

- **можно**



448. По данным ультразвукового исследования дифференцировать острый тромбоз почечной вены и острый тромбоз почечной артерии:

- **нельзя**

449. По данным ультразвукового исследования определить локализацию конкремента (в чашечке или в лоханке):

- **можно**

450. По данным ультразвукового исследования определить характер опухоли мочевого пузыря (доброкачественный или злокачественный):

- **нельзя**

451. По ультразвуковой картине можно дифференцировать коралловый конкремент почки от множественных камней в почке:

- **не всегда**

452. По ультразвуковому исследованию определить локализацию опухоли:

- **нельзя**

453. По ультразвуковому исследованию отличить зону воспалительной инфильтрации в предстательной железе от зоны раковой инфильтрации:

- **нельзя**

454. Подковообразная почка — это аномальные почки, сращенные чаще:

- **нижними полюсами**

455. Подтвердить диагноз хронического гломерулонефрита целесообразно с помощью:

- **биопсии почки**

456. Поликистоз инфальтильного типа (мелкокистозного типа) дает эхографическую картину:

- **больших "белых" почек**

457. Поликистоз почек чаще сочетается с поликистозом:

- **печени**

458. После нефрэктомии по поводу опухоли почки рецидивы опухоли чаще возникают:

- **в ложе удаленной почки**

459. Почки расположены:

- **забрюшинно**

460. Прежде всего необходимо дифференцировать ксантогранулематозный пиелонефрит:

- **с опухолевым поражением почки**

461. При амилоидозе почек могут выявляться следующие ультразвуковые симптомы:

- **увеличение почек с двух сторон, повышение эхогенности коры, симптом "выделяющихся пирамидок"**
- **уменьшение почек с обеих сторон, волнистость контура почек, рубцовые втяжения паренхимы, повышение эхогенности паренхимы почек**

462. При андрогенитальном синдроме у новорожденных эхогенность и эхоструктура увеличенного надпочечника:

- **не изменена**

463. При оценке состояния семенных пузырьков определяются прежде всего:

- **наличие симметрии семенных пузырьков**



464. При повышении эхогенности почечного синуса говорить об уплотнении чашечнолоханочных структур:

- **нельзя**

465. При поперечном сканировании области ворот почки со стороны живота вверху развертки визуализируется:

- **почечная вена**

466. При продольном сканировании со стороны живота на уровне диафрагмального контура печени визуализируется:

- **верхний полюс правой почки**

467. При раке предстательной железы чаще наблюдается деформация:

- **ректального контура поперечного среза**

468. При трансабдоминальном ультразвуковом исследовании рак предстательной железы диагностируется, начиная со стадии:

- **T3**

469. При трансректальном ультразвуковом исследовании диагностика рака предстательной железы возможна в стадий:

- **T1**
- **T2**
- **T3**
- **T4**

470. При ультразвуковой диагностике можно заподозрить подковообразную почку когда:

- **длинные оси почек развернуты**

471. При ультразвуковом исследовании в почке выявлено кистозное образование с толстой стенкой и множественными перегородками в полости — рекомендуется:

- **компьютерная томография с контрастным усилением**
- **проведения серологических проб для исключения паразитарного образования**

472. При ультразвуковом исследовании выявлен дивертикул мочевого пузыря, необходимо дополнительно:

- **определить объем остаточной мочи в мочевом пузыре и дивертикуле**

473. Причиной уменьшения площади и снижения эхогенности почечного синуса у больного острым пиелонефритом является:

- **резорбция почечного синусного жира, сдавление почечного синуса**

474. Проекция нормально расположенного надпочечника соответствует уровню:

- **11-12 грудного позвонка**

475. Простая киста почки — это:

- **аномалия развития канальцевых структур почки**

476. Простые кисты почек:

- **не наследуются**

477. Рак предстательной железы чаще является:

- **перерождением собственных желез предстательной железы**

478. Раковый узел в предстательной железе патогномичные ультразвуковые признаки:

- **не имеет**



479. Раковый узел при ректальном пальцевом исследовании:

- **каменистой плотности**
- **хрящевой плотности**

480. Рефлюкс может быть выявлен с помощью ультразвукового исследования с:

- **3 стадии**

481. Самая большая фибро-мышечная зона предстательной железы состоит из:

- **передней фибро-мышечной стромы**

482. Синдром Сиппла помимо феохромоцитомы включает в себя:

- **медуллярный рак щитовидной железы**

483. Сморщенная почка визуализируется:

- **только если экзогенность паренхимы ниже экзогенности паранефрия**

484. Собственные железы предстательной железы расположены:

- **в периферической зоне**

485. Соотношение толщины паренхимы и толщины почечного синуса у гипоплазированной почки:

- **не нарушено**

486. Сперматоцеле — это:

- **киста семенного канатика**

487. Специфические ультразвуковые признаки острого простатита;

- **не существуют**

488. Специфические эхографические признаки острого цистита:

- **не существуют**

489. Среди доброкачественных опухолей почки наиболее часто выявляется с помощью ультразвукового исследования:

- **ангиомиолипома**

490. Среди опухолей почки наиболее часто у взрослого населения встречается:

- **почечноклеточный рак**

491. Степень дилатации чашечно-лоханочной системы не соответствует выраженности обструкции при:

- **уменьшении фильтрации в пораженной почке**

492. Тень двенадцатого ребра пересекает левую почку на уровне:

- **ворот почки**

493. Тень двенадцатого ребра пересекает правую почку на уровне:

- **границе верхней и средней трети почки**

494. Толщина стенки мочевого пузыря в норме при достаточном наполнении составляет:

- **3-7 мм**

495. У беременной женщины (I триместр) при ультразвуковом исследовании отмечается дилатация лоханки правой почки до 1,0 см — это:

- **это может быть как в норме, так и при патологии**



496. У беременной женщины (III триместр) при ультразвуковом исследовании отмечается дилатация лоханки правой почки до 1,7 см — это:

- **это может быть как в норме, так и при патологии**

497. У больного предполагается хронический гломерулонефрит. Ультразвуковое исследование почек:

- **не информативно**

498. У больного при ультразвуковом исследовании мочевого пузыря определяется пристеночное, несмещаемое округлой формы образование высокой эхогенности с четкой акустической тенью. Наиболее вероятен диагноз:

- **конкремента в устье мочеточника**

499. У больного с клиническим диагнозом хронического пиелонефрита при ультразвуковом исследовании патологии не выявлено. Врач-терапевт после ультразвукового исследования снимает больного с диспансерного учета — это:

- **неправомерно**

500. У больной 61 года отмечается значительное повышение эхогенности почечного синуса. На основании ультразвуковой находки диагноз хронического пиелонефрита:

- **неправомерен**

501. У вашего пациента спустя 10 дней после травмы мошонки между оболочками яичка визуализируется анэхогенное образование без патологических примесей, меняющее форму при нажатии датчиком на мошонку, увеличение размеров яичка и придатка. Наиболее вероятен диагноз:

- **посттравматический орхоэпидидимит с гидроцеле**

502. У взрослых при ультразвуковом исследовании в норме:

- **лоханка не визуализируется при исследовании натощак или при обычном питьевом режиме**

503. У дистопированной почки:

- **имеется разворот осей почки и ее ротация**
- **короткий мочеточник, сосуды отходят от крупных стволов на уровне почки**

504. У женщин острый пиелонефрит чаще развивается вследствие:

- **урогенитальной инфекции**

505. У молодого пациента при обследовании не выявлены ультразвуковые признаки хронического простатита. Отвергнуть диагноз хронического простатита:

- **нельзя**

506. У мужчин острый пиелонефрит чаще развивается вследствие:

- **обструкции мочевых путей**

507. У новорожденного преобладающим является:

- **эмбриональное корковое вещество надпочечника**

508. У пациента с острой почечной недостаточностью при ультразвуковом исследовании отмечается дилатация чашечно-лоханочной системы обеих почек, наиболее вероятной причиной появления ее является:

- **полиурия**

509. У пациента с симптомами почечной колики не определяется ультразвуковые признаки дилатации верхних мочевых путей — это:

- **не исключает наличие конкремента в мочеточнике**

510. У почки с патологической подвижностью:

- **длинный мочеточник, сосуды отходят на уровне**



511. Ультразвуковая диагностики подковообразной почки возможна:

- **во всех случаях**

512. Ультразвуковой признак "выделяющихся" пирамидок характерен для:

- **нормальной почки ребенка**

513. Ультразвуковой симптом "выделяющихся пирамидок" — это:

- **увеличенные и гипоэхогенные или обычные по эхогенности и площади сечения пирамидки на фоне коры почки резко повышенной эхогенности**

514. Ультразвуковой симптом "выделяющихся пирамидок" можно видеть при:

- **остром кортикальном некрозе**

515. Ультразвуковой симптом инвазивного роста опухоли:

- **нечеткость границ**

516. Ультразвуковыми признаками абсцесса в предстательной железе являются:

- **анэхогенная полость с толстой, неровной капсулой и взвесью**

517. Ультразвуковыми признаками карбункула почки являются:

- **гиперэхогенная зона с четкой границей, либо — гипоэхогенная зона с нечеткой границей в паренхиме**

518. Ультразвуковыми признаками ксантогранулематозного пиелонефрита является:

- **опухолевидные структуры в паренхиме, коралловый камень в почке**

519. Ультразвуковыми признаками медуллярного нефрокальциноза являются:

- **резкое повышение эхогенности пирамидок с возможным акустическим эффектом тени за пирамидкой**

520. Ультразвуковыми признаками острого везикулита являются:

- **увеличение размеров, снижение эхогенности, возможные образования в семенных пузырьках**

521. Уретероцеле — это:

- **мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря**

522. Уринома — это:

- **мочевой затек**

523. Феохромцитому часто можно выявить у больных:

- **нейрофиброматозом**

524. Фестончатость контура почки при хроническом пиелонефрите обусловлена:

- **чередованием рубцовых "втяжений" паренхимы и участков регенерационной гипертрофии**

525. Форма нормальной почки при ультразвуковом исследовании:

- **во всех срезах — бобовидная или овальная**

526. Форма поперечного эхографического среза нормальной предстательной железы:

- **треугольная**

527. Функциональное состояние почек можно оценить с помощью:

- **изотопной ренографии**
- **фармакоэхографии**



528. Характерные ультразвуковые признаки эпителиальной опухоли лоханки в стадии Т3:

- **опухоль всегда вызывает уростаз в почке**

529. Хирургическая капсула предстательной железы — это:

- **капсула между наружной и внутренней частями железы**

530. Хронический гломерулонефрит без признаков хронической почечной недостаточности при ультразвуковом исследовании чаще:

- **не дает ультразвуковых изменений**

531. Хронический пиелонефрит, выявляемый при ультразвуковом исследовании, является чаще:

- **односторонним процессом**

532. Часто очаговую форму лимфомы почки приходится дифференцировать с:

- **простой кистой почки**
- **туберкулезной каверной почки**

533. Частым осложнением раннего периода почечной трансплантации является:

- **образование уриномы**
- **острое отторжение трансплантата**
- **острый пиелонефрит**

534. Чаще всего приходится дифференцировать гидрокаликоз по данным ультразвукового исследования:

- **синусными кистами**

535. Чаще всего приходится дифференцировать карбункул почки по данным ультразвукового исследования:

- **с опухолью почки**
- **с туберкулезом почки**

536. Чаще определяются узловые образования при аденоме предстательной железы

- **в переходных зонах**

537. Экстраорганную феохромоцитому следует искать:

- **в паракавадных симпатических узлах, в стенке мочевого пузыря**

538. Эхогенность коркового слоя почки в норме:

- **выше эхогенности мозгового слоя**

539. Эхогенность паренхимы нормального яичка:

- **выше эхогенности паренхимы печени**

540. Эхогенность паренхимы нормального яичка:

- **равна эхогенности ткани щитовидной железы**

541. Эхогенность периферической зоны предстательной железы:

- **равна эхогенности нормальной паренхимы печени**

542. Эхографически в воротах нормальной почки при исследовании пациента натошак определяются:

- **почечная вена, почечная артерия**

543. Эхографические признаки острого орхоэпидидимита:

- **увеличение придатка и яичка, снижение эхогенности ткани яичка и придатка за счет появления множественных мелких гипо-анэхогенных зон или гипозоногенных зон больших размеров с нечеткой границей**



544. Эхографические признаки острого перекрута яичка:

- **увеличение придатка и яичка, снижение эхогенности ткани яичка и придатка за счет появления множественных мелких гипо-анэхогенных зон или гипозэхогенных зон больших размеров с нечеткой границей**

545. Эхографическими признаками рубцовых изменений в паренхиме почки являются:

- **яркие, гиперэхогенные линейные структуры, либо зоны повышенной эхогенности различной формы в паренхиме, сливающиеся с окружающей паранефральной клетчаткой**

546. Эхографической особенностью кист почечного синуса является:

- **они имеют форму дилатированной чашечки, лоханки**

547. Эхоструктура организовавшейся надпочечниковой гематомой характеризуется:

- **наличием кистозного и солидного компонентов, кальцинацией**

oltest.ru





## УЗД в акушерстве

548. Spina bifida e spina bifida occulta при ультразвуковом исследовании пренатально дифференцируются по наличию:

- **грыжевого образования в области дефекта позвоночника**

549. Абсолютным эхографическими признаками неразвивающейся беременности является:

- **отсутствие сердечной деятельности и двигательной активности эмбриона**

550. Агенезия мозолистого тела часто сочетается с:

- **синдромом Денди-Уокера**

551. Ариния диагностируется при отсутствии:

- **носа**

552. В норме сердце эмбриона в 12 недель:

- **четырёхкамерное**

553. В состав нормальной пуповины входят:

- **две артерии и одна вена**

554. В состав синдрома Меккеля входят:

- **черепно-мозговая грыжа и покистозные почки**

555. В состав черепно-мозговой грыжи при менингоэнцефалоцеле входят:

- **ткань мозга и менингеальные оболочки**

556. Вероятность трисомии 21 при пренатально диагностированной атрезии двенадцатиперстной кишки:

- **высока**

557. Вероятным эхографическим признаком синдрома Дауна является утолщение шейной складки свыше:

- **6 мм**

558. Визуализация большой цистерны головного мозга плода при ультразвуковом исследовании осуществляется в:

- **задней черепной ямке**

559. Визуализация мочевого пузыря эмбриона при трансвагинальном сканировании возможна:

- **с 10 недель**

560. Визуализация почек плода при трансабдоминальной эхографии обязательна:

- **с 16 недель**

561. Визуализация ретрохориальной гематомы при трансабдоминальной эхографии в I триместре беременности:

- **возможна**

562. Визуализация эмбриона при трансабдоминальном исследовании нормально протекающей беременности обязательна:

- **с 7 недель**

563. Визуализация эмбриона при трансвагинальном исследовании нормально протекающей беременности обязательна:

- **с 5-6 недель**



564. Визуализация экотени желудка плода \_\_\_\_\_ атрезию пищевода:

- **не исключает**

565. Визуализируемое в грудной клетке плода однокамерное анэхогенное образование при врожденной диафрагмальной грыже соответствует:

- **желудку**

566. Гипертелоризм диагностируется при:

- **увеличении расстояния между глазами**

567. Голопроэнцефалия наиболее часто сочетается с аномалиями:

- **лица**

568. Двигательная активность эмбриона начинает выявляться при ультразвуковом исследовании:

- **с 8 недель**

569. Двойной наружный контур головки плода обнаруживается при:

- **неимунной водянке плода**

570. Декстрокардия у плода чаще всего бывает обусловлена:

- **диафрагмальной грыжей**

571. Диагностическим критерием лиссэнцефалии является отсутствие:

- **извилины полушарий мозга**

572. Для атрезии двенадцатиперстной кишки плода при ультразвуковом исследовании характерно наличие:

- **двойного пузыря в брюшной полости**

573. Для атрезии пищевода без трахеопищеводного свища характерно:

- **многоводие**

574. Для ахондрогенеза характерен \_\_\_\_\_ тип укорочения конечностей:

- **микромелический**

575. Для переносимости беременности характерно наличие I степени зрелости плаценты:

- **нет**

576. Для скелетных дисплазий при ультразвуковом исследовании не характерно:

- **уменьшение размеров живота**

577. Для танаформной дисплазии характерен \_\_\_\_\_ тип укорочения конечностей:

- **ризомелический**

578. Для точного измерения длины бедренной кости плода необходимо установить датчик:

- **параллельно бедренной кости**

579. Допплерометрическим показателем критического состояния плода в III триместре беременности являются:

- **нулевые и отрицательные значения диастолического кровотока в артериях пуповины**

580. Допплерометрическое исследование кровотока в области маточной артерии беременной обладает высокой диагностической ценностью для прогнозирования и оценки степени тяжести ОПГ-гестоза:

- **маточной артерии беременной**

581. Достоверным эхографическим признаком истмико-цервикальной недостаточности является:

- **воронкообразное расширение области внутреннего зева**



582. Если в ходе ультразвукового исследования обнаруживаются две плаценты и амниотическая перегородка, то это соответствует \_\_\_\_\_ типу многоплодной беременности:

- **дихориальному, диамниотическому**

583. Если при трансвагинальном ультразвуковом исследовании в 12 недель беременности структурных аномалий эмбриона не обнаружено, то проведение во II триместре повторного скринингового исследования является:

- **обязательным**

584. Желточный мешок при ультразвуковом исследовании обычно визуализируется с:

- **6-11 недель**

585. Желудочно-полушарный индекс представляет собой:

- **отношение ширины тела бокового желудочка к половине бипариентального размера**

586. Измерение бипариентального размера головки плода при ультразвуковом исследовании производится на уровне:

- **четверохолмия и полости прозрачной перегородки**

587. Измерение бипариентального размера головки плода при ультразвуковом исследовании производится:

- **от наружного контура ближней теменной кости до внутреннего контура дальней теменной кости**

588. Искривление длинных трубчатых костей характерно для:

- **кампомелической дисплазии**

589. Кисты пуповины чаще имеют следующее строение:

- **кистозное**

590. Кисты сосудистых сплетений боковых желудочков головного мозга наиболее часто диагностируются при ультразвуковом исследовании в:

- **20-28 недель**

591. Летальной является следующая скелетная дисплазия:

- **ахондрогенез**

592. Многоводие часто сочетается с:

- **атрезией тонкой кишки**

593. Мочевой пузырь плода следует обязательно визуализировать при трансабдоминальной эхографии начиная с:

- **14 недель**

594. Наиболее достоверным эхографическим критерием микроцефалии является:

- **увеличение численных значений отношения длины бедренной кости к окружности головки**

595. Наиболее прогностически неблагоприятны численные значения частоты сердечных сокращений эмбриона в I триместре беременности:

- **менее 100 удмин**

596. Наиболее ранняя диагностика истмикоцервикальной недостаточности при ультразвуковом исследовании возможна:

- **после 10 недель**



597. Наиболее точным параметром биометрии при определении срока беременности в I триместре является:

- **копчико-теменной размер эмбриона**

598. Наиболее часто встречающаяся опухоль сердца плода — это:

- **рабдомиома**

599. Наличие грыжевого мешка для омфалоцеле:

- **характерно**

600. Наполнение мочевого пузыря при ультразвуком исследовании в ранние сроки беременности необходимо при:

- **трансабдоминальном доступе**

601. Неизмененные мочеточники плода визуализируются в виде:

- **не визуализируются**

602. Нормативные значения отношения длины бедренной кости к окружности живота составляют:

- **20-24%**

603. Нормативные значения цефалического индекса находятся в пределах:

- **70-86%**

604. Нормативными значениями отношения длины бедренной кости к бипариентальному размеру головки считаются:

- **71-87%**

605. Обнаружение выраженного воротникового отека в конце I триместра беременности свидетельствует о возможном присутствии:

- **хромосомных aberrаций**

606. Обнаружение гиперэхогенного кишечника плода во II триместре беременности риск неблагоприятного перинатального исхода:

- **повышает**

607. Обнаружение гиперэхогенных увеличенных почек чаще характерно для:

- **поликистозной болезни почек инфальтивного типа**

608. Обязательным срезом сердца плода, изучаемого при скрининговом ультразвуковом исследовании является:

- **четырёхкамерный срез**

609. Оптимальными сроками для проведения первого доплерометрического исследования кровотока в маточных артериях и в артерии пуповины у беременных высокого перинатального риска являются:

- **20-24 недели**

610. Оптимальными сроками для проведения первого ультразвукового исследования с целью выявления врожденных пороков развития плода являются:

- **16-22 недели**

611. Основным ориентиром при измерении среднего диаметра и окружности живота являются:

- **пупочная вена**

612. Основным отличием анэнцефалии от акрании является отсутствие:

- **больших полушарий головного мозга**



613. Основным отличием выраженной гидроцефалии от гидроанэнцефалии является:
- **присутствие минимальных участков коры больших полушарий головного мозга**
614. Основным ультразвуковым критерием внутриутробной гибели плода является:
- **отсутствие сердечной деятельности плода**
615. Основным эхографическим критерием наружной гидроцефалии является:
- **расширение субарахноидального пространства**
616. Основным эхографическим критерием синдрома Денди-Уокера является:
- **кистозное образование в задней черепной ямке**
617. Основным эхографическим критерием стеноза водопровода мозга является:
- **расширение боковых и третьего желудочков**
618. Ось сердца плода в норме располагается к сагиттальному направлению под углом:
- **30**
619. Отличительной особенностью нормальных кривых скоростей кровотока в маточных артериях после 20 недель беременности являются:
- **высокие численные значения диастолического компонента кровотока**
620. Отсутствие экотени желудка плода во II триместре беременности чаще наблюдается при:
- **атрезии пищевода без трахеопищеводной фистулы**
621. Параметрами обязательной фетометрии является:
- **бипариентальный размер головки, средний диаметр или окружность живота, длина бедренной кости**
622. Патологическим воротниковый отек считается при величине его передне-заднего размера более:
- **3 мм**
623. Перикардиальным выпотом считается гипозэхогенная зона между перикардом и миокардом толщиной свыше:
- **2 мм**
624. Пигопаги диагностируются при обнаружении неразделения близнецов в области:
- **ягодичной**
625. Площадь поперечного сечения области почек и позвоночника плода в норме не превышает \_\_\_\_\_ площади поперечного сечения живота:
- **13**
626. Площадь поперечного сечения сердца плода в норме не превышает \_\_\_\_\_ площади поперечного сечения грудной клетки:
- **13**
627. Полость прозрачной перегородки визуализируется в виде:
- **анэхогенного образования между лобными рогами боковых желудочков**
628. Правильно измерять диаметр плодного яйца при ультразвуковом исследовании:
- **по внутреннему контуру**
629. Превалирование эхогенности печени над эхогенностью легких плода свидетельствует о:
- **зрелости легочной ткани**



630. Предлежание плаценты при ультразвуковом исследовании характеризуется:

- **наличием плацентарной ткани в области внутреннего зева**

631. Преждевременное "старение" плаценты регистрируется при обнаружении II степени зрелости:

- **до 32 недель**

632. Преждевременное "старение" плаценты регистрируется при обнаружении III степени зрелости:

- **до 36 недель**

633. Преимущественная локализация сердца при поперечном сканировании грудной клетки плода в случае его головного предлежания — это:

- **передне-левый квадрат**

634. Пренатальная ультразвуковая диагностика диафрагмальной грыжи:

- **возможна**

635. Пренатальная ультразвуковая диагностика расщелины верхней губы и неба без цветового доплеровского картирования:

- **возможна**

636. Пренатальными эхографическими критериями аномалии Эбштейна являются:

- **смещение створок вглубь правого желудочка и большое правое предсердие**

637. Пренатальными эхографическими критериями коаркации аорты являются:

- **сужение просвета аорты**

638. При доношенной и переношенной беременности доплерометрическое исследование маточно-плацентарного и плодового кровотока высокой диагностической ценностью:

- **не обладает**

639. При маловодии наиболее часто диагностируются врожденные пороки развития:

- **мочевыделительной системы**

640. При обнаружении ложного плодного яйца в полости матки необходимо заподозрить:

- **внематочную беременность**

641. При трансабдоминальной эхографии головка эмбриона визуализируется как отдельное анатомическое образование:

- **с 8-9 недель**

642. При трансабдоминальной эхографии конечности эмбриона визуализируются:

- **с 10 недель**

643. При трансабдоминальной эхографии срединные структуры головного мозга можно идентифицировать:

- **с 13 недель**

644. При ультразвуковом исследовании типичное строение кистозной гигромы шеи:

- **многокамерное**

645. При ультразвуковом трансабдоминальном исследовании эмбрион выявляется с:

- **6-7 недель**

646. Признак, не соответствующий эхографическим критериям неимунной водянки плода, — это:

- **гидроцефалия**



647. Пузырный занос при ультразвуковом исследовании выявляется по:

- **наличию в полости матки множественных неоднородных структур губчатого строения**

648. Ранняя визуализация плодного яйца в полости матки при трансвагинальной эхографии возможна:

- **с 4-5 недель**

649. Ранняя диагностика маточной беременности при трансабдоминальной эхографии возможна:

- **с 5-6 недель**

650. Сердечную деятельность эмбриона при трансабдоминальной эхографии возможно зарегистрировать:

- **с 7 недель**

651. Синдром акардии встречается при \_\_\_\_\_ типе моноплодной беременности:

- **монохориальном, моноамниотическом**

652. Сосудистые сплетения боковых желудочков головного мозга плода при трансабдоминальном ультразвуковом исследовании наиболее отчетливо видны в сроке:

- **16 недель**

653. Спленомегалия плода чаще обусловлена:

- **кардиоспленическим синдромом**

654. Толщину плаценты при ультразвуковом исследовании следует измерять:

- **в месте впадения пуповины**

655. Трансвагинальная ультразвуковая диагностика пороков развития передней брюшной стенки в конце I триместра беременности:

- **возможна**

656. У пациенток с регулярным менструальным циклом в ультразвуковом заключении предпочтительно использовать срок беременности:

- **акушерский (по первому дню последней менструации)**

657. Увеличение толщины плаценты часто наблюдается при:

- **водянке плода**

658. Укажите основные эхографические критерии анэнцефалии:

- **отсутствии полушарий мозга и костей свода черепа**

659. Ультразвуковая диагностика анэнцефалии в I триместре беременности:

- **возможна**

660. Ультразвуковая диагностика дефекта межжелудочковой перегородки:

- **возможна**

661. Ультразвуковая диагностика лиссэнцефалии в I триместре беременности:

- **нет**

662. Ультразвуковая диагностика неполного аборта основывается на выявлении:

- **расширенной полости матки с наличием в ней неоднородных эхоструктур**

663. Ультразвуковая диагностика амелии в конце I триместра беременности:

- **возможна**



664. Ультразвуковую диагностику предлежания плаценты следует осуществлять при:

- **умеренном наполнении мочевого пузыря**

665. Хромосомные aberrации при гастрозице отмечаются:

- **нечасто**

666. Черепно-мозговая грыжа наиболее часто локализуется в:

- **затылочной области**

667. Эхографические признаки "лимона" и "банана" характерны для:

- **расщепления позвоночника**

668. Эхографический признак "двойного пузыря" наиболее характерен для:

- **атрезии двенадцатиперстной кишки**

669. Эхографический признак "снежной бури" патогномоничен для:

- **пузырного заноса**

670. Эхографическим критерием выраженности одностороннего гидроторакса является наличие:

- **анэхогенного содержимого в плевральной полости на стороне поражения**

671. Эхографическим критерием низкого прикрепления плаценты в III триместре беременности является обнаружение ее нижнего края от внутреннего зева на расстоянии:

- **менее 7 см**

672. Эхографическим критерием преждевременной отслойки плаценты является:

- **наличие эхонегативного пространства между стенкой матки и плацентой**

673. Эхографическим признаком гастрозиса пренатально является:

- **эвентрации органов брюшной полости без грыжевого мешка**

674. Эхографическим признаком угрозы прерывания беременности в I триместре является:

- **локальное утолщение миометрия**

675. Эхографическими критериями полной формы общего предсердно-желудочкового канала являются:

- **дефект нижней части межпредсердной и верхнего отдела межжелудочковой перегородки**

676. Эхографическими признаками бездолевой формы голо прозенцефалии являются:

- **наличие общего центрально расположенного желудочка при отсутствии срединной структуры головного мозга**

677. Эхоструктура крестцово-копчиковой тератомы:

- **кистозная**
- **кистозно-солидная**
- **солидная**
- **солидно-кистозная**





## УЗД в гинекологии

678. III стадия рака матки при ультразвуковом исследовании определяется как:

- **опухолевый процесс с ближайшими метастазами**

679. Более информативен при ультразвуковой диагностике в гинекологической практике:

- **трансвагинальный доступ**

680. Визуализация внутриматочного контрацептива (ВМК) в цервикальном канале свидетельствует о:

- **экспульсии ВМК**

681. Визуализация кровотока в режиме цветового доплеровского картирования в перегородке многокамерных яичниковых образований свидетельствует о:

- **малигнизации образования**

682. Гладкостенная серозная цистаденома преимущественно визуализируется в виде:

- **однокамерного образования с гладкой внутренней поверхностью**

683. Дивертикул мочевого пузыря эхографически выявляется как:

- **интимно соединенная с мочевым пузырем кистозная полость**

684. Для гиперплазии эндометрия при ультразвуковом исследовании характерно:

- **неоднородная структура М-эхо**
- **прерывистый контур М-эхо**
- **утолщение М-эхо**

685. Для эхографической диагностики субмукозной и интерстициальной миомы матки с центрипетальным ростом исследование рекомендуется осуществлять в:

- **секреторную фазу**

686. Достоверным эхографическим признаком внематочной беременности является:

- **плодное яйцо с эмбрионом вне полости матки**

687. Значения М-эхо матки в норме у пациенток в постменопаузальном периоде не превышают:

- **5 мм**

688. Зрелая тератома яичника может иметь следующее строение:

- **кистозно-солидное**
- **кистозное с пристеночным эхопозитивным компонентом**
- **солидное**

689. Кривые скоростей кровотока в опухолевом узле при раке матки характеризуются:

- **снижением численных значений индекса резистентности**

690. Кривые скоростей кровотока в яичниковых сосудах при злокачественных опухолях яичников характеризуются выраженным:

- **снижением численных значений индекса резистентности**

691. Максимальные численные значения толщины неизмененного М-эхо матки перед менструацией при трансабдоминальном сканировании у пациенток репродуктивного возраста не превышают:

- **15 мм**

692. Наиболее характерная эхоструктура эндометриоидных кист яичника — это:

- **гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью**

693. Нормативными эхографическими значениями длины тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются:

- **40-60 мм**



694. Нормативными эхографическими значениями передне-заднего размера тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются:

- **30-42 мм**

695. Нормативными эхографическими значениями ширины тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются:

- **45-62 мм**

696. Одним из эхографических признаков наступившей овуляции считается:

- **визуализация свободной жидкости в позадиматочном пространстве**

697. Опухоли яичников в ультразвуковом изображении чаще всего определяются как:

- **солидно-кистозные образования увеличенных яичников**

698. Основным диагностическим критерием рецидива злокачественной опухоли в малом тазу при ультразвуковом исследовании является:

- **обнаружение дополнительного объемного образования в малом тазу**

699. Основным ультразвуковым дифференциально-диагностическим критерием параовариальной кисты и серооцеле является:

- **отсутствие капсулы**

700. Основным ультразвуковым дифференциально-диагностическим критерием параовариальной кисты и фолликулярной кисты яичника является:

- **визуализация интактного яичника**

701. Особенностью доброкачественных новообразований яичников является:

- **отсутствие клинических признаков заболевания при значительных их размерах**

702. Отличительной особенностью муцинозных кистом является:

- **множественные перегородки и эхопозитивная взвесь**

703. Подтверждает наличие в полости матки внутриматочного контрацептива типа петли Липпса следующий эхографический признак:

- **линейные эффекты поглощения за М-эхо матки**

704. При трансабдоминальном сканировании неизмененные маточные трубы визуализируются в виде:

- **не визуализируются**

705. При ультразвуковом исследовании сактосальпинкс необходимо дифференцировать с:

- **параовариальной кистой**
- **перитубарной кистой**
- **серозной цистаденомой**
- **серооцеле**

706. Продольный размер яичника при ультразвуковом исследовании в норме не превышает:

- **40 мм**

707. Распространенный ретроцервикальный эндометриоз определяется при ультразвуковом исследовании как:

- **образование средней эхогенности с неровными контурами и мелкоячеистой структурой**

708. Ретенционные образования придатков матки при трансабдоминальной ультразвуковой диагностике характеризуются:

- **небольшими размерами, четкими контурами, отсутствием внутренних эхоструктур**



709. Свободная жидкость в позадиматочном пространстве при ультразвуковом исследовании в норме чаще визуализируется в:

- **периовуляторную фазу**

710. Соотношение длины шейки к длине тела матки у пациенток репродуктивного возраста составляет:

- **1:2**

711. Средние значения диаметра зрелого фолликула при ультразвуковом исследовании составляют:

- **18-23 мм**

712. Трансвагинальная эхография малоинформативна при:

- **больших размерах яичниковых образований**

713. Ультразвуковая диагностика заболеваний маточных труб возможна:

- **при наличии в них содержимого**

714. Характерным эхографическим признаком ретенционных кист яичников являются:

- **анэхогенное содержимое**
- **исчезновение при динамическом наблюдении**
- **мелкосетчатое строение**
- **тонкая капсула**

715. Характерным эхографическим признаком хронического эндометрита является:

- **гиперэхогенные включения на фоне гипозэхогенного содержимого полости матки**
- **неровный наружный контур М-эхо с гиперэхогенными включениями по периферии**
- **расширение полости матки**

716. Эхографическая структура рака яичников может быть представлена:

- **кистозно-солидным образованием**
- **кистозным многокамерным образованием**
- **кистозным однокамерным образованием**

717. Эхографическими признаками внутреннего эндометриоза являются:

- **асимметрия толщины передней и задней стенок матки**
- **гиперэхогенный ободок вокруг кистозных включений в миометрии**
- **увеличение передне-заднего размера тела матки**
- **эхонегативные кистозные включения в миометрии**



## УЗД лимфатической системы

718. Абсцесс молочной железы на разных этапах своего формирования при ультразвуковом исследовании будет иметь:

- **различную эхографическую картину**

719. В молочной железе нет подкожножировой клетчатки:

- **в области ареолы**

720. В молочных железах начинаются процессы инволюции:

- **после первой беременности**

721. В основе фиброзно-кистозной мастопатии лежит:

- **одновременное разрастание соединительной ткани и пролиферация железистой ткани, протоковой элементов**

722. В подростковом возрасте молочная железа состоит в основном из:

- **жировой ткани с небольшими участками соединительной ткани**

723. В составе молочной железы нет ткани:

- **мышечной**

724. В структуре железистой ткани отсутствуют:

- **связки Купера**

725. Визуализация третьей доли щитовидной железы при ультразвуковом исследовании возможна:

- **только у молодых**

726. Во время ультразвукового исследования трудно отдифференцировать образование:

- **средней эхогенности**

727. Во вторую фазу цикла эхогенность железистой ткани будет:

- **ниже, чем в первую фазу**

728. Возрастные особенности в строении молочной железы:

- **есть**

729. Выявление при ультразвуковом исследовании позади образования небольшого усиления эхо:

- **только характеризует данный процесс**

730. Диффузное увеличение щитовидной железы у детей и подростков не характерно для:

- **рака щитовидной железы**

731. Для диффузной фиброзно-кистозной мастопатии при ультразвуковом исследовании не характерно:

- **появление разрастаний аденоматозной ткани в виде гипоехогенных участков без четких контуров и границ**

732. Для доброкачественного образования молочной железы при ультразвуковом исследовании характерны:

- **ровные, четкие контуры**

733. Для доброкачественных образований в молочной железе характерна следующая их ориентация в органе:

- **горизонтальная**



734. Для злокачественного образования молочной железы при ультразвуковом исследовании более характерна:

- **неоднородная внутренняя структура низкой эхогенности**

735. Для злокачественного процесса при ультразвуковом исследовании характерно:

- **акустическая тень позади образования**

736. Для злокачественной опухоли щитовидной железы типично следующее сочетание данных ультразвукового и радионуклидного исследований:

- **гипоэхогенное и "холодное" образование**

737. Для злокачественных образований в молочной железе характерна следующая их ориентация в органе:

- **вертикальная**

738. Для злокачественных образований в молочной железе характерна:

- **неправильная форма**
- **правильная форма**

739. Для злокачественных образований молочной железы при ультразвуковом исследовании более характерно:

- **задняя стенка не определяется или определяется нечетко**

740. Для злокачественных образований молочной железы при ультразвуковом исследовании более характерно:

- **передняя стенка выражена нечетко, задняя стенка имеет низкую эхогенность**

741. Для изображения молочной железы женщины 30-45 лет характерна следующая ультразвуковая картина:

- **много железистой ткани, определяемой в виде гиперэхогенного пласта в центре железы. Жировая ткань визуализируется в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов**

742. Для изображения молочной железы женщины старше 50 лет характерна следующая ультразвуковая картина:

- **много жировой ткани в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов, а также в виде включений между единичными островками железистой ткани**

743. Для инволюции млечных протоков при ультразвуковом исследовании не типично:

- **дилатация всех протоков с размыванием контура стенки**

744. Для инволюции молочной железы не типичны:

- **протоковая пролиферация**

745. Для исследования щитовидной и паращитовидных желез не применяют следующий датчик:

- **трансэзофагеальный**

746. Для молочной железы женщины до 25 лет характерна следующая ультразвуковая картина:

- **много железистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы**

747. Для острого струмита и тиреоидита характерно:

- **увеличение размеров щитовидной железы**

748. Для ультразвукового исследования поверхностных групп лимфатических узлов используют датчики частотой:

- **5,0 МГц- 7,5 МГц**



749. Для фиброаденом размером более 2,0 см при ультразвуковом исследовании характерно:

- **форма округлая, неправильная, внутренняя структура чаще неоднородная, гипэхогенная как правило четко определяется капсула**

750. Для фиброаденом размером до 2-х см при ультразвуковом исследовании характерно:

- **форма округлая, правильная, внутренняя структура однородная, гипэхогенная, имеет свой собственный упорядоченный узор отражений, капсула определяется не всегда**

751. Жировая инволюция подразумевает при ультразвуковом исследовании:

- **Увеличение количества жировой клетчатки на фоне уменьшения железистых структур**

752. Жировая клетчатка у женщин 30-45 лет при ультразвуковом исследовании визуализируется:

- **в виде одного ряда округлых гипэхогенных структур в передних отделах молочной железы**

753. Жировая клетчатка у женщин до 25 лет при ультразвуковом исследовании выглядит:

- **в виде тонкого гипэхогенного тяжа, без дифференциации на отдельные структуры**

754. Жировая клетчатка у женщин старше 50 лет при ультразвуковом исследовании выглядит:

- **в виде нескольких рядов гипэхогенных образований с четко дифференцируемой гипэхогенной "капсулой"**

755. Звездчатая форма образования в молочной железе с нечеткими контурами и неоднородной эхоструктурой характерна для:

- **злокачественной скirroзной формы рака молочной железы**

756. Изображение пищевода при ультразвуковом исследовании похоже на:

- **образование парашитовидной железы**

757. Инволютивные процессы в молочных железах происходят:

- **постепенно с временным преобладанием одного из 3-х процессов**

758. Использовать ультразвуковое исследование для оценки проводимой противоопухолевой терапии:

- **возможно**

759. К "предракам" относятся следующие изменения молочных желез:

- **узловая форма фиброно-кистозной мастопатии**

760. К возможностям ультразвукового исследования при определении изменений состояния лимфатических узлов относится:

- **выявление всех измененных лимфатических узлов**

761. К долям щитовидной железы прилежат сосуды:

- **A.carotis communis, v.jugularis**

762. Количество жировой ткани в молочной железе с увеличением возраста:

- **увеличивается**

763. Косвенным эхографическим признаком формирующегося узлового зоба может явиться:

- **асимметрия органа**

764. Кпереди от перешейка и передних отделов долей щитовидной железы не располагается следующая мышца:

- **грудино-ключично-сосцевидная**



765. Кроме деления на квадранты при описании изменений в молочных железах еще принято ориентироваться:

- **по аналогии с цифрами на часовом циферблате**

766. Лимфатическую систему составляют:

- **региональные лимфоузлы, лимфатические сосуды, селезенка, миндалины, скопление лимфоидной ткани в жировой клетчатке**

767. Максимальные размеры щитовидной железы определяются при ультразвуковом исследовании в возрасте:

- **25-40 лет**

768. Мастит — это:

- **воспалительный процесс в тканях молочной железы**

769. Мастит может быть:

- **у женщин любого возраста**

770. Методом выбора для исследования щитовидной железы у подростков является:

- **эхография**

771. Методом выбора при исследовании молочных желез у женщин до 40 лет является:

- **эхография молочных желез**

772. Молочная железа осматривается при ультразвуковом исследовании:

- **от соска к периферии по квадрантам**

773. Молочные протоки визуализируются при ультразвуковом исследовании в неизменной молочной железе:

- **после 12-14 дня менструального цикла**

774. Молочные протоки молочной железы визуализируются при ультразвуковом исследовании в виде:

- **гипо- и анэхогенных линейных и извитых структур**

775. Наиболее типичной формой щитовидной железы в поперечном ультразвуковом изображении является:

- **изогнутая гантель**

776. Наиболее типичны для группы глубоких лимфатических узлов размеры:

- **до 10 мм**

777. Наиболее часто поражает молочную железу следующая доброкачественная опухоль:

- **фиброаденома**

778. Наиболее часто размеры фиброаденомы бывают:

- **от 3 до 4 см**

779. Наименьшее количество соединительной ткани характерно для следующей опухоли молочной железы:

- **медуллярной**

780. Наличие четкой капсулы или псевдокапсулы при ультразвуковом исследовании является признаком:

- **доброкачественного характера процесса**

781. Не характерен для артериального сосуда крупного калибра следующий ультразвуковой признак:

- **изменение просвета сосуда при надавливании датчиком**



782. Не характерен для венозного сосуда крупного калибра следующий ультразвуковой признак:

- **трехслойная стенка сосуда:**

783. О гипоплазии щитовидной железы при ультразвуковом исследовании свидетельствует:

- **уменьшение размеров органа**

784. Об аплазии щитовидной железы при ультразвуковом исследовании свидетельствует:

- **отсутствие изображения ткани железы**

785. Оптимальным диапазоном частот датчика при ультразвуковом исследовании молочных желез является:

- **5-7,5 МГц**

786. Основной функцией лимфатической системы является:

- **дренаж тканей и перенос лимфы в систему венозного коллектора**

787. Отечно-инфильтративную форму рака молочной железы при ультразвуковом исследовании нужно дифференцировать с:

- **диффузной формой мастита**

788. Паращитовидные железы могут выявляться при ультразвуковом исследовании в следующих отделах щитовидной железы:

- **под капсулой щитовидной железы в любом месте**

789. Плохо доступны для для ультразвукового контроля следующие региональные зоны лимфооттока:

- **загрудинные**

790. Под "узловой формой" мастита подразумевается:

- **абсцесс разного периода зрелости**

791. Под термином "жировая долька" при ультразвуковом исследовании подразумевается:

- **скопление жировой клетчатки в виде гипоэхогенных округлых структур, обрамленных гиперэхогенной "капсулой"**

792. Показанием для ультразвукового исследования лимфатической системы является:

- **любые заболевания**

793. Предпочтительнее использовать при исследовании щитовидной железы датчик с частотой;

- **10-7,5 МГц**

794. При "слоновости" (эдеме) молочных желез увеличение размеров происходит за счет:

- **отека и разрастания соединительной ткани**

795. При диффузных зобах увеличение размеров происходит в основном за счет:

- **увеличение долей**

796. При инволюции соединительной ткани при ультразвуковом исследовании не происходит:

- **стирания дифференциации соединительнотканых тяжей в строме железы**

797. При использовании ультразвукового исследования судить об эффективности противовоспалительной терапии при остром лимфадените:

- **возможно**

798. При истинной гипертрофии молочных желез увеличение размеров происходит за счет:

- **увеличения количества всех тканей, формирующих молочную железу**





799. При ложной гипертрофии молочных желез увеличение размеров происходит за счет:

- **увеличения количества жировой клетчатки**

800. При осмотре щитовидной железы особенно важны группы лимфатических узлов:

- **глубокие яремные**

801. При остром струмите, тиреоидите эхогенность щитовидной железы:

- **понижена неоднородна**

802. При подозрении на диффузное поражение щитовидной железы оптимально сочетание следующих диагностических методов:

- **ультразвуковое исследование и определение гормонов щитовидной железы**

803. При подозрении на злокачественный процесс в щитовидной железе оптимально сочетание следующих диагностических методов:

- **пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с морфологической верификацией**

804. При подозрении на очаговое поражение щитовидной железы оптимально сочетание следующих диагностических методов:

- **пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с морфологической верификацией**
- **ультразвуковое исследование и сканирование щитовидной железы**

805. При ультразвуковом исследовании анатомическим маркером поиска лимфатических узлов служат:

- **сосуды**

806. При ультразвуковом исследовании возможно дифференцировать n.recurrens:

- **верно**

807. При ультразвуковом исследовании возможно дифференцировать n.Vagus:

- **верно**

808. При ультразвуковом исследовании выявить аномалии развития щитовидной железы:

- **возможно**

809. При ультразвуковом исследовании дифференциация "нормальных" лимфатических узлов при использовании традиционной УЗ-аппаратуры:

- **невозможна**

810. При ультразвуковом исследовании дифференциация капсулы щитовидной железы:

- **возможна**

811. При ультразвуковом исследовании для диффузного зоба характерно увеличение:

- **ширины долей**

812. При ультразвуковом исследовании для диффузного зоба щитовидной железы характерно следующие размеры:

- **нормальные**
- **увеличенные**
- **уменьшенные**

813. При ультразвуковом исследовании для доброкачественных образований характерно:

- **наличие двухсторонних боковых теней**

814. При ультразвуковом исследовании для доброкачественных образований характерно:

- **ровность и хорошая визуализация передней стенки**



815. При ультразвуковом исследовании для злокачественного образования молочной железы более характерна:

- **неправильная форма**

816. При ультразвуковом исследовании для злокачественного образования молочной железы:

- **неровные размытые контуры**

817. При ультразвуковом исследовании картину тиреоидита необходимо дифференцировать с:

- **многоузловым зобом**

818. При ультразвуковом исследовании липома имеет следующее строение:

- **солидную гипоэхогенную структуру, идентичную строению окружающей жировой ткани**

819. При ультразвуковом исследовании наиболее типичны для группы поверхностных лимфатических узлов шеи размеры:

- **до 10 мм**

820. При ультразвуковом исследовании наиболее часто пищевод визуализируется:

- **слева от трахеи**

821. При ультразвуковом исследовании наряду с другими признаками для опухолевого поражения лимфатических узлов характерно:

- **приобретение лимфатическими узлами формы шара**

822. При ультразвуковом исследовании не характерно выявление жидкость-содержащего образования в текстуре тиреоидной ткани при:

- **проявлении тиреоидита**

823. При ультразвуковом исследовании необходимо производить следующие измерения лимфатических узлов:

- **ширину, длину, передне-задний размер**

824. При ультразвуковом исследовании неоднородное строение лимфатических узлов свидетельствует в большинстве случаев:

- **об опухолевой инфильтрации**

825. При ультразвуковом исследовании о патологических изменениях лимфатических узлов свидетельствует:

- **возможность дифференциации узлов**

826. При ультразвуковом исследовании о поражении, увеличении забрюшинных лимфатических узлов могут свидетельствовать следующие косвенные признаки:

- **картина гидронефроза**

827. При ультразвуковом исследовании осмотр поверхностных лимфатических узлов включает в себя:

- **осмотр боковых поверхностей шеи, надключичных, подключичных, подмышечных и паховых групп лимфатических узлов**

828. При ультразвуковом исследовании очаговые изменения щитовидной железы наблюдаются при:

- **раках щитовидной железы, узловом зобе**

829. При ультразвуковом исследовании повышение общей эхогенности тиреоидной ткани может свидетельствовать:

- **о понижении функции щитовидной железы**



830. При ультразвуковом исследовании понижение общей эхогенности тиреоидной ткани может свидетельствовать:

- **как о снижении, так и о повышении функции железы**

831. При ультразвуковом исследовании появление анэхогенного ободка по периферии лимфатических узлов свидетельствует:

- **о явлениях реактивного лимфаденита**

832. При ультразвуковом исследовании предположить нарушение функциональной активности щитовидной железы:

- **возможно**

833. При ультразвуковом исследовании признаки диффузного поражения щитовидной железы определяются при:

- **диффузном токсическом и нетоксическом зобах, тиреоидитах**

834. При ультразвуковом исследовании свидетельствует о возможных функциональных нарушениях:

- **изменение общей эхогенности**

835. При ультразвуковом исследовании структуру щитовидной железы можно отнести к:

- **паренхиматозному органу**

836. При ультразвуковом исследовании форма щитовидной железы в виде подковы характерна для:

- **тиреоидите**

837. При ультразвуковом исследовании щитовидной железы необходимо измерять:

- **длину, ширину и толщину каждой доли и толщину перешейка**

838. Признаком "дисфункциональной молочной железы" при ультразвуковом исследовании не является:

- **визуализация всех протоков в виде гипэхогенных трубчатых структур более 2,5 мм в диаметре во 2 фазу менструального цикла**

839. Процессы старения и инволюции молочных желез:

- **снижают информативность эхографии железы**

840. Размеры лимфатических узлов у здорового человека зависит от возраста:

- **нет**

841. Ретромаммарное пространство определяется при ультразвуковом исследовании как:

- **гипоэхогенная зона**

842. С фиброаденомой при ультразвуковом исследовании нужно дифференцировать следующую форму злокачественной опухоли молочной железы:

- **медуллярный рак**

843. Самое большое количество соединительной ткани характерно для следующей злокачественной опухоли молочной железы:

- **скиррозной**

844. Связки Купера у женщин 30-45 лет:

- **визуализируются в виде тонких (менее 1 мм) гиперэхогенных линейных структур в передних отделах молочной железы**

845. Связки Купера у женщин до 25 лет при ультразвуковом исследовании:

- **практически не дифференцируются**



846. Связки Купера у женщин старше 50 лет при ультразвуковом исследовании:

- **визуализируются в виде гиперэхогенных (более 3 мм) тяжей вокруг жировой ткани в передних отделах железы**

847. Сложность ультразвукового исследования у женщин с большим размером грудных желез заключается:

- **в невозможности четкой интерпретации задних отделов**
- **в необходимости дифференциации каждого скопления жировой клетчатки между нормальной тканью и доброкачественным образованием**

848. Солитарные кисты молочной железы при ультразвуковом исследовании:

- **могут иметь неправильную форму с дорсальным усилением**

849. Соотношение долей щитовидной железы и перешейка:

- **доли составляют основную массу железы**

850. Сосок в норме при ультразвуковом исследовании может визуализироваться:

- **в виде гипоехогенного солидного образования с симметричными боковыми акустическими тенями**
- **в виде гипоехогенной структуры с выраженной акустической тенью**

851. Сосудистый пучок шеи прикрывает следующая мышца:

- **грудино-ключично-сосцевидная**

852. Тиреоидная ткань может располагаться под языком:

- **верно**

853. Точная диагностика отечно-инфильтративной формы рака молочной железы при ультразвуковом исследовании:

- **невозможна**

854. У женщин после 40 лет при выявлении патологии методом выбора является:

- **рентгеновская маммография**
- **эхография молочных желез**

855. У людей пожилого и старческого возраста эхогенность щитовидной железы по сравнению с лицами в возрасте до 45 лет:

- **выше**

856. Узловая фиброзно-кистозная мастопатия при ультразвуковом исследовании характеризуется:

- **появлением участков сниженной эхогенности причудливой формы без четких контуров и границ**

857. Ультразвуковая маммография имеет сопоставимые показатели чувствительности, точности и специфичности с:

- **рентгенографией**

858. Ультразвуковая маммография проводится:

- **до 10 дня цикла**

859. Ультразвуковое изображение молочной железы не зависит:

- **от формы и расположения молочной железы**

860. Ультразвуковым критерием в дифференциальном диагнозе доброкачественного и злокачественного поражения лимфатических узлов является:

- **изменение их формы**



861. Фиброаденома молочной железы представляет собой при ультразвуковом исследовании:

- **гипоэхогенное образование с четкой фиброзной капсулой**

862. Фиброаденомы молочной железы бывают:

- **единичные**
- **множественные**

863. Функциональной единицей молочной железы является:

- **железистая долька**

864. Центральные отделы молочной железы занимает:

- **железистая ткань**

865. Щитовидная железа может располагаться на корне языка:

- **верно**

866. Эхогенность неизменной щитовидной железы при ультразвуковом исследовании сопоставляют:

- **с мышечной тканью**

867. Эхогенность щитовидной железы может быть ниже эхогенности окружающих мышц:

- **верно**

868. Эхографическая картина фибронокистозной мастопатии при ультразвуковом исследовании:

- **усугубляется во 2 фазу менструального цикла**

869. Эхографически для диффузного зоба средней и малой степени увеличения характерен следующий признак:

- **однородная структура**

870. Эхографически для злокачественных опухолей щитовидной железы более характерно:

- **анэхогенное образование**
- **гипоэхогенное образование**
- **гиперэхогенное образование**
- **изоэхогенное образование**

871. Эхографически наличие кистозных полостей не типично:

- **для тиреоидита**

872. Эхографически при больших степенях диффузного зоба с внутренней структурой щитовидной железы определяется:

- **диффузно-неоднородные изменения щитовидной железы в виде кистозных полостей, зон фиброза и кальцинации**

873. Эхографически при небольших степенях диффузного зоба с внутренней структурой щитовидной железы наблюдается:

- **изменение зернистости**

874. Эхографически при тиреоидитах щитовидная железа может быть:

- **нормальных размеров**
- **увеличена в размерах**
- **уменьшена в размерах**

875. Эхографическими признаками гипертрофического тиреоидита являются:

- **нормальные или увеличенные размеры щитовидной железы, "слоистая" неоднородная внутренняя структура за счет чередования участков низкой и высокой эхогенности, понижение эхогенности органа вплоть до жидкость-содержащего вида**



876. Эхографическими признаками диффузного зоба небольшой и средней степени являются:

- **увеличение размеров щитовидной железы, мелко-, средне-, крупноячеистое строение, гомогенность внутренней структуры**

877. Эхографическое уменьшение одного из отделов щитовидной железы может свидетельствовать о:

- **гипотрофии органа**

oltest.ru



## УЗД в кардиологии

878. Амплитуда движения корня аорты в систолу при эхокардиографическом исследовании составляет:

- **более 7 мм**

879. Аневризма восходящего отдела аорты с отслойкой интимы сопровождается:

- **трикуспидальной регургитацией**

880. Большой объем жидкости в полости перикарда составляет:

- **более 500 мл**

881. В норме передне-задний размер короткой оси левого желудочка в систолу уменьшается на:

- **на 30% и более**

882. В первую очередь при карциноидном синдроме поражается \_\_\_\_\_ клапан.

- **аортальный**
- **легочной артерии**
- **митральный**
- **трикуспидальный**

883. В полости левого предсердия чаще встречается:

- **миксома**

884. В случае бактериального эндокардита с вегетациями больших размеров на створках митрального клапана можно выявить:

- **наличие регургитации**
- **нарушение целостности хордального аппарата**
- **ускорение трансмитрального кровотока**

885. В случае изолированного стеноза трехстворчатого клапана выявляют:

- **ускорение транстрикуспидального потока**

886. В случае резкого снижения глобальной сократимости миокарда левого желудочка фракция выброса составляет следующий процент от объема левого желудочка:

- **менее 20%**

887. В случае стеноза митрального отверстия при доплеровском исследовании трансмитрального кровотока выявляют:

- **увеличение скорости потока**

888. Вегетации больших размеров при инфекционном эндокардите составляют в диаметре:

- **более 10 мм**

889. Вегетации небольших размеров при инфекционном эндокардите составляют в диаметре:

- **менее 5 мм**

890. Вегетации умеренных размеров при инфекционном эндокардите составляют в диаметре:

- **5-10 мм**

891. Выраженная зависимость скорости внутрисердечного кровотока от фаз дыхания в присутствии жидкости в полости перикарда может быть признаком:

- **тампонады сердца**

892. Дефект межпредсердной перегородки встречается наиболее часто:

- **в области верхней трети**



893. Диаметр нижней полой вены в норме составляет:

- **не более 25 мм**

894. Диастолический прогиб (парусение) передней створки митрального клапана и ограничение ее подвижности характерны для:

- **митрального стеноза**

895. Диастолическое давление в легочной артерии может быть измерено как:

- **диастолический градиент давления между легочной артерией и правым желудочком**  
**давление в правом предсердии**

896. Дилатация нижней полой вены и отсутствие ее реакции на вдох в присутствии жидкости в полости перикарда может быть признаком:

- **тампонады сердца**

897. Для аневризмы левого желудочка характерно при эхокардиографическом исследовании нарушение локальной сократимости в виде:

- **дискинезии**

898. Для больных с дилатационной кардиомиопатией характерно наличие:

- **наличие струи регургитации**

899. Для гипертрофической обструктивной кардиомиопатии характерна при эхокардиографическом исследовании следующая форма потока в выносящем тракте левого желудочка:

- **смещение пика скорости во вторую половину систолы**

900. Для интрамурального инфаркта миокарда характерно нарушение локальной сократимости в виде:

- **гипокинезии**

901. Для крупноочагового инфаркта миокарда характерно нарушение локальной сократимости в виде:

- **акинезии**

902. Для оптимальной визуализации и оценки состояния диастолического трансмитрального кровотока при эхокардиографическом исследовании используется следующая позиция:

- **апикальная четырехкамерная**

903. Для оптимальной визуализации и оценки состояния дуги аорты при эхокардиографическом исследовании служат:

- **супрастерральная длинная ось**
- **супрастерральная короткая ось**

904. Для оптимальной визуализации и оценки состояния митрального клапана при эхокардиографическом исследовании служит:

- **парастерральная длинная ось левого желудочка**

905. Для оптимальной визуализации и оценки состояния папиллярных мышц при эхокардиографическом исследовании служит:

- **парастерральная короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц**

906. Для оптимальной визуализации и оценки состояния створок аортального клапана при эхокардиографическом исследовании служат:

- **парастерральная длинная ось левого желудочка**
- **парастерральная позиция короткая ось на уровне корня аорты**





907. Для стеноза митрального клапана характерно:

- **наличие спаек по комиссурам**
- **ограничение подвижности створок**
- **однонаправленное движение створок**
- **уменьшение площади митрального отверстия**

908. Для стеноза трикуспидального клапана характерно:

- **ускорение потока крови через него**

909. Дополнительные наложения на створках митрального клапана могут свидетельствовать о:

- **инфекционном эндокардите**
- **кальцификации створок**
- **миксоматозной дегенерации**
- **отрыве хорд**

910. Значительный субаортальный стеноз при эхокардиографическом исследовании диагностируют по градиенту давления между аортой и левым желудочком в систолу, равному:

- **более 50 мм рт ст**

911. Изолированная дилатация правых камер сердца без патологического сброса крови слева направо может быть признаком:

- **высокой легочной гипертензии**

912. Коллабирование правого предсердия в диастолу при экссудативном перикардите служит признаком:

- **тампонады сердца**

913. Косвенными признаками наличия дефекта межпредсердной перегородки в В и М-модальном режиме являются:

- **дилатация правых камер сердца**

914. Кровоток в выносящем тракте правого желудочка при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции:

- **парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты**

915. Максимальное открытие створок аортального клапана в систолу в норме составляет:

- **не менее 17 мм**

916. Максимальное открытие створок митрального клапана в диастолу в норме составляет:

- **не менее 25 мм**

917. Наиболее частым местом локализации папилломы сердца является:

- **папиллярная мышца**

918. Наличие изолированных дилатаций правого желудочка без патологического сброса слева направо и при наличии желудочковой тахикардии в анамнезе может быть признаком:

- **аритмогенной дисплазии правого желудочка**

919. Нарушение глобальной сократимости левого желудочка характерно для:

- **декомпенсации порока**
- **дилатационной кардиомиопатии**
- **постинфарктного кардиосклероза**

920. Нарушение глобальной сократимости миокарда левого желудочка может быть вызвано:

- **декомпенсированным пороком**
- **инфарктом миокарда**
- **ишемической болезнью сердца**



921. Нарушение диастолической функции левого желудочка характерно для больных с:

- **гипертонической болезнью**
- **инфарктом миокарда**
- **нестабильной стенокардией**

922. Небольшой объем жидкости в полости перикарда составляет:

- **до 100 мл**

923. Оптимальной позицией для оценки состояния ствола левой и правой коронарных артерий при эхокардиографическом исследовании является:

- **парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты**

924. Оптимальной позицией для оценки состояния створок аортального клапана при эхокардиографическом исследовании является:

- **парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты**

925. Оптимальной позицией для оценки состояния створок клапана легочной артерии при эхокардиографическом исследовании является:

- **парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты**

926. Опухоль сердца нужно дифференцировать с:

- **модераторным пучком правого желудочка**

927. Острый крупноочаговый инфаркт миокарда может сопровождаться:

- **дилатацией левых отделов сердца**
- **митральной регургитацией**
- **пристеночным тромбозом**

928. Открытие аортального клапана при незначительном стенозе равно:

- **15-17 мм**

929. Площадь аортального отверстия при выраженном стенозе равна:

- **менее 1,0 см<sup>2</sup>**

930. Площадь аортального отверстия при значительном стенозе равна:

- **1,1-1,6 см<sup>2</sup>**

931. Площадь аортального отверстия при незначительном стенозе равна:

- **1,7 см<sup>2</sup> и более**

932. Площадь митрального отверстия в норме составляет:

- **4-6 см<sup>2</sup>**

933. Площадь митрального отверстия при выраженном митральном стенозе составляет:

- **0,8-1,0 см<sup>2</sup>**

934. Площадь митрального отверстия при значительном митральном стенозе составляет:

- **1,1-1,5 см<sup>2</sup>**

935. Площадь митрального отверстия при критическом митральном стенозе составляет:

- **менее 0,8 см<sup>2</sup>**

936. Площадь митрального отверстия при незначительном митральном стенозе составляет:

- **более 2,0 см<sup>2</sup>**



937. Площадь митрального отверстия при стенозе рассчитывают:

- **планиметрически**
- **по времени полуспада градиента давления**
- **по максимальному градиенту давления между левыми предсердием и желудочком**

938. Площадь митрального отверстия при умеренном митральном стенозе составляет:

- **1,6-2,0 см<sup>2</sup>**

939. Показанием к проведению стресс-ЭхоКГ исследования является:

- **ишемическая болезнь сердца**

940. Показанием к проведению трансэзофагальной эхокардиографии является подозрение на:

- **дефект межпредсердной перегородки**
- **инфекционный эндокардит**
- **миксому**
- **тромбоз ушка левого предсердия**

941. Показатель фракции выброса левого желудочка при дилатационной кардиомиопатии составляет:

- **менее 50%**

942. Показатель фракции выброса при дилатационной кардиомиопатии равен:

- **менее 50%**

943. Поток аортальной регургитации следует искать, установив контрольный объем в:

- **выносящем тракте левого желудочка**

944. При акинезии миокарда выявляют следующий вариант движения стенок левого желудочка:

- **отсутствии сокращения**

945. При дефекте межпредсердной перегородки в М- и В-модальном режиме выявляют:

- **дилатацию правых отделов сердца**

946. При дискинезии миокарда выявляют следующий вариант движения стенок левого желудочка:

- **систолическое выбухание**

947. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования кровотоков к датчику принято картировать следующим цветом:

- **красным**

948. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования кровотоков от датчика принято картировать следующим цветом:

- **синим**

949. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток аортальной регургитации принято картировать следующим цветом (апикальная 5-и камерная позиция):

- **красно-желтым, турбулентным**

950. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток легочной регургитации принято картировать следующим цветом (парастернальная позиция, короткая ось):

- **красно-желтым, турбулентным**

951. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток митрального стеноза принято картировать следующим цветом:

- **красно-желтым, турбулентным**



952. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток митральной регургитации принято картировать следующим цветом:

- **желто-синим, турбулентным**

953. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток трикуспидального стеноза принято картировать следующим цветом:

- **красно-желтым, турбулентным**

954. При исследовании в режиме цветного Допплеровского сканирования поток трикуспидальной регургитации принято картировать следующим цветом:

- **желто-синим, турбулентным**

955. При эхокардиографии толщина стенки правого желудочка, измеренная в конце диастолы у здорового человека составляет:

- **до 5 мм**

956. При эхокардиографии форма систолического потока в выносящем тракте левого желудочка при гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка характеризуется:

- **смещением пика скорости во вторую половину систолы**

957. При эхокардиографическом для оптимальной визуализации и оценки состояния кровотока на легочной артерии служит:

- **парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты**

958. При эхокардиографическом исследовании незначительный субаортальный стеноз диагностируют по градиенту давления между аортой и левым желудочком в систолу, равному:

- **10-30 мм рт ст**

959. При эхокардиографическом исследовании у больных с вегетациями больших размеров при инфекционном эндокардите диагностируют:

- **выпот в полости перикарда**
- **дилатацию камер сердца**
- **наличие регургитации**
- **нарушение целостности хордального аппарата пораженного клапана**

960. Признаком аортального стеноза в М-модальном режиме является:

- **уменьшение открытия створок аортального клапана**

961. Признаком констриктивного перикардита является:

- **кальцификация листков перикарда**

962. Признаком легочной гипертензии при М-модальном режиме исследования движения задней створки клапана легочной артерии является:

- **W-образное движение задней створки клапана**

963. Признаком митрального стеноза в М-модальном режиме является:

- **однонаправленное движение створок**

964. Причиной аортального стеноза могут являться:

- **атеросклеротическое поражение аортального клапана**
- **инфекционный эндокардит**
- **миксоматозная дегенерация**
- **ревматизм**



965. Причиной аортальной регургитации могут явиться:

- **аневризма восходящего отдела аорты**
- **двухстворчатый аортальный клапан**
- **инфекционный эндокардит**
- **ревматизм**

966. Причиной легочной регургитации могут явиться:

- **кальциноз створок**
- **карциноидный синдром**
- **легочная гипертензия**
- **ревматизм**

967. Причиной митральной регургитации могут стать:

- **инфекционный эндокардит**
- **ишемическая болезнь сердца**
- **пролапс митрального клапана**
- **ревматизм**

968. Причиной стеноза клапана легочной артерии могут явиться:

- **врожденный стеноз**

969. Причиной трикуспидальной регургитации могут явиться:

- **легочная гипертензия**

970. Размер аорты в парастернальной позиции на уровне конца створок аортального клапана в норме составляет:

- **не более 40 мм**

971. Размер межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в парастернальной позиции в конце диастолы на уровне концов створок митрального клапана в норме составляет:

- **не более 12 мм**

972. Размер полости левого желудочка в конце диастолы при дилатационной кардиомиопатии составляет:

- **более 56 мм**

973. Размеры левого желудочка в парастернальной позиции в конце диастолы на уровне концов створок митрального клапана в норме составляет:

- **не более 56 мм**

974. Размеры левого предсердия в парастернальной позиции в норме составляет:

- **не более 40 мм**

975. Размеры правого желудочка в апикальной 4-х камерной позиции в диастолу в норме составляет:

- **не более 36 мм**

976. Размеры правого предсердия в апикальной 4-х камерной позиции в диастолу в норме составляет:

- **не более 38 мм**

977. Расслаивающаяся аневризма восходящего отдела аорты может быть заподозрена на основании:

- **участка отслойки интимы аорты**

978. Расстояние от пика E открытия передней створки митрального клапана до межжелудочковой перегородки при эхокардиографическом исследовании не должно превышать:

- **5-10 мм**



979. Систолическое давление в легочной артерии может быть измерено как:

- **систолический градиент давления между правым предсердием и правым желудочком**  
**давление в правом предсердии**

980. Скорость систолического потока в выносящем тракте левого желудочка при гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка изменяется следующим образом:

- **увеличивается**

981. Сократительную способность миокарда левого желудочка при эхокардиографическом исследовании можно оценить в следующих позициях:

- **апикальная двухкамерная**
- **апикальная четырехкамерная**
- **парастернальная позиция короткая ось на уровне конца створок митрального клапана**
- **парастернальная позиция короткая ось на уровне папиллярных мышц**

982. Состояние брюшного отдела аорты оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции:

- **субкостальная**

983. Состояние межпредсердной перегородки оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции:

- **апикальная четырехкамерная позиция**
- **парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты**
- **субкостальная четырехкамерная позиция**

984. Состояние нижней полой вены оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции:

- **субкостальная**

985. Средний объем жидкости в полости перикарда составляет:

- **до 300 мл**

986. Степень аортальной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как небольшую если площадь струи занимает следующий процент от объема выносящего тракта левого желудочка:

- **менее 20%**

987. Степень аортальной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как средней тяжести если площадь струи занимает следующий процент от объема выносящего тракта левого желудочка:

- **20-40%**

988. Степень аортальной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как тяжелую если площадь струи занимает следующий процент от объема выносящего тракта левого желудочка:

- **более 40%**

989. Степень митральной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как небольшую если площадь струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

- **менее 20%**

990. Степень митральной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как средней тяжести если площадь струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

- **20-40%**



991. Степень митральной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как тяжелую если площадь струи занимает следующий процент от объема левого предсердия:

- **более 40%**

992. Степень трикуспидальной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как небольшую если площадь струи занимает следующий процент от объема правого предсердия:

- **менее 20%**

993. Степень трикуспидальной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как средней тяжести если площадь струи занимает следующий процент от объема правого предсердия:

- **20-40%**

994. Степень трикуспидальной регургитации при цветном Допплеровском сканировании можно определить как тяжелую если площадь струи занимает следующий процент от объема правого предсердия:

- **более 40%**

995. Струю аортальной регургитации при Допплеровском исследовании следует искать в полости:

- **выносящего тракта левого желудочка**

996. Струю аортальной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают, установив контрольный объем в следующей точке:

- **в выносящем тракте левого желудочка**

997. Струю легочной регургитации при Допплеровском исследовании следует искать в полости:

- **выносящего тракта правого желудочка**

998. Струю легочной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции:

- **парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты**

999. Струю легочной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают установив контрольный объем в следующей точке:

- **в выносящем тракте правого желудочка**

1000. Струю митральной регургитации при Допплеровском исследовании следует искать в полости:

- **левого предсердия**

1001. Струю митральной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают установив контрольный объем в следующей точке:

- **в левом предсердии**

1002. Струю трикуспидальной регургитации при Допплеровском исследовании следует искать в полости:

- **правого предсердия**

1003. Струю трикуспидальной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции:

- **парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты**

1004. Толщина стенки миокарда левого желудочка в конце диастолы у больных с дилатационной кардиомиопатией составляет:

- **до 12 мм**



1005. Толщина стенки миокарда левого желудочка у больных с дилатационной кардиомиопатией:

- **уменьшена или нормальная**

1006. Толщина стенок левого желудочка при выраженной гипертрофии составляет:

- **16-20 мм**

1007. Толщина стенок левого желудочка при высокой степени гипертрофии составляет:

- **более 20 мм**

1008. Толщина стенок левого желудочка при гипертрофии небольшой степени составляет:

- **12-14 мм**

1009. Толщина стенок левого желудочка при умеренно выраженной гипертрофии составляет:

- **14-16 мм**

1010. У больных с гипертрофической кардиомиопатией со стенозом выносящего тракта левого желудочка при доплеровском исследовании кровотока выявляют в выносящем тракте левого желудочка:

- **увеличение скорости потока**

1011. У больных с дилатационной кардиомиопатией выявляют:

- **дилатацию всех камер сердца**

1012. У больных с изолированным аортальным стенозом можно обнаружить при доплеровском исследовании:

- **ускорение трансортального кровотока**

1013. У взрослых наиболее часто встречается следующий порок сердца:

- **двухстворчатый аортальный клапан**

1014. Уменьшение размеров правого желудочка может быть признаком:

- **гиповолемии**

1015. Умеренный субаортальный стеноз диагностируют при эхокардиографическом исследовании по градиенту давления между аортой и левым желудочком в систолу, равному:

- **30-50 мм рт ст**

1016. Участок нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка в виде акинезии характерен для:

- **крупноочагового инфаркта миокарда**

1017. Участок нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка в виде дискинезии характерен для:

- **аневризмы сердца**

1018. Форма движения передней створки митрального клапана при исследовании в М-модальном режиме имеет следующий вид:

- **М-образный**

1019. Фракция выброса левого желудочка в норме составляет следующий процент от объема левого желудочка:

- **более 50%**

1020. Характерным признаком дефекта межпредсердной перегородки при цветном Допплеровском сканировании является:

- **сброс слева направо**





1021. Частым осложнением протезированных клапанов сердца является:

- **бактериальный эндокардит**
- **околоклапанный свищ**
- **тромбоз**

1022. Эхокардиографическими признаками дилатационной кардиомиопатии являются:

- **дилатация всех камер сердца**
- **диффузное нарушение сократимости**
- **наличие митральной и трикуспидальной регургитации**
- **увеличение расстояния от пика E-точки максимального диастолического открытия — до межжелудочковой перегородки**

1023. Эхокардиографическими признаками острого инфаркта миокарда правого желудочка являются:

- **дилатация нижней полой вены**
- **дилатация правого желудочка**
- **нарушение глобальной сократимости правого желудочка**
- **трикуспидальная регургитация**

oltest.ru



## Допплеровское исследование сосудистой системы

1024. Аорта и магистральные артерии обладают:

- **способностью преобразовывать пульсирующий кровоток в более равномерный и плавный**

1025. Большая подкожная вена впадает в:

- **бедренную вену**

1026. В большинстве случаев источником тромбозмболии легочных артерий является:

- **система нижней полой вены**

1027. В импульсном доплеровском режиме датчик излучает:

- **короткие по длительности синусоидальные импульсы**

1028. В норме абсолютные значения артериального давления на пальце стопы:

- **не менее 50 мм рт.ст**

1029. В норме в артериях нижних конечностей наблюдается следующий тип кровотока:

- **магистральный**

1030. В норме в брюшном отделе аорты определяется \_\_\_\_\_ тип кровотока.

- **магистральный**

1031. В норме в венах проба с компрессией дистальных отделов конечности вызывает:

- **возрастание кровотока**

1032. В норме в верхней брыжеечной артерии определяется кровоток с \_\_\_\_\_ периферическим сопротивлением.

- **высоким**

1033. В норме в кровоснабжении артерий нижней конечности принимает участие:

- **наружная подвздошная артерия**

1034. В норме в сосуде при доплерографии регистрируется течение потока:

- **ламинарное**

1035. В норме в чревном стволе определяется кровоток с \_\_\_\_\_ периферическим сопротивлением.

- **низким**

1036. В норме внутренняя сонная артерия участвует в кровоснабжении:

- **головного мозга**

1037. В норме демпинг-фактор в артериях нижних конечностей составляет:

- **1,0-1,5**

1038. В норме диаметр брюшного отдела аорты под диафрагмой:

- **до 30 мм**

1039. В норме диаметр верхней брыжеечной артерии:

- **0,6-0,7 см**

1040. В норме диаметр нижней полой вены:

- **до 15 мм**

1041. В норме диаметр общей печеночной артерии:

- **0,4-0,6 см**



1042. В норме диаметр селезеночной артерии:

- **0,4-0,5 см**

1043. В норме диаметр чревного ствола:

- **0,6-0,8 см**

1044. В норме значение индекса периферического сопротивления во внутривисцеральных артериях:

- **менее 0,7**

1045. В норме индекс периферического сопротивления в общей сонной артерии:

- **0,55-0,75**

1046. В норме кровотоки в артериях нижних конечностей обладают:

- **высоким периферическим сопротивлением**

1047. В норме кровотоки в венах конечностей синхронизированы:

- **с дыханием**

1048. В норме кровотоки в венах:

- **фазный, синхронизированный с дыханием**

1049. В норме лодыжечно-плечевой индекс:

- **1,0 и более**

1050. В норме направление кровотока в надблоковой артерии:

- **антеградное**

1051. В норме направление кровотока в позвоночной артерии определяют с помощью:

- **оценки типа кровотока по подключичной артерии**
- **теста "реактивная гиперемия"**

1052. В норме отношение пик-систолической скорости в почечной артерии к пик-систолической скорости в аорте составляет:

- **менее 3,5**

1053. В норме при компрессии вены датчиком:

- **стенки спадаются и исчезает просвет**

1054. В норме пульсаторный индекс в артериях нижних конечностей в дистальном направлении:

- **нарастает**

1055. В норме пульсаторный индекс в общей бедренной артерии составляет:

- **более 4,0**

1056. В норме разность абсолютных значений артериального давления между плечом и верхней трети бедра составляет:

- **20 мм рт.ст. и более**

1057. В норме разность абсолютных значений артериального давления между соседними сегментами конечности, например, верхняя и нижняя часть бедра составляет:

- **менее 30 мм рт.ст**

1058. В норме тип кровотока по подключичной артерии:

- **магистральный**

1059. В норме устье правой почечной артерии расположено:

- **ниже места отхождения левой почечной артерии**



1060. В общей печеночной артерии наблюдается кровоток с \_\_\_\_\_ периферическим сопротивлением.

- **Низким**

1061. В основе доплеровского режима производится:

- **анализ разности частот излучаемого и прошедшего в виде эхо ультразвука**

1062. Величина слоя интима + медиа артериальной стенки в норме составляет:

- **до 1,0 мм**

1063. Величина угла между ультразвуковым лучом и кровотоком в сосуде влияет на:

- **значения индекса периферического сопротивления**

1064. Величину скорости эритроцитов в исследуемых сосудах можно рассчитать по формуле, где:

$F_0$  — частота ультразвука, посылаемого источником,

$C$  — скорость распространения ультразвука в среде,

$V$  — скорость движения объекта (эритроцитов), отражающих ультразвук,

$\alpha$  — угол между кровотоком и направлением распространения ультразвуковых волн,

$DF$  — доплеровский сдвиг частоты.

- **$V = (DF \cdot C \cdot F_0) / (2F_0 \cos \alpha)$**

1065. Гетерогенные бляшки чаще всего локализуются в:

- **внутренней сонной артерии**

1066. Глубокая система вен нижних конечностей включает:

- **бедренную вену**
- **задние б/берцовые вены**
- **подколенную вену**

1067. Диаметр аорты при аневризме брюшного отдела аорты составляет:

- **более 30 мм**

1068. Дистальнее окклюзирующего тромба или гемодинамически значимого пристеночного тромбоза вен кровоток:

- **монофазный**

1069. Допплеровский сдвиг частот ( $DF$ ) определяется в соответствии с уравнением Доплера, где:

$F_0$  — частота ультразвука, посылаемого источником,

$C$  — скорость распространения ультразвука в среде,

$V$  — скорость движения объекта (эритроцитов), отражающих ультразвук,

$\alpha$  — угол между кровотоком и направлением распространения ультразвуковых волн.

- **$DF = 2F_0 V \cos \alpha$**

1070. Доступны для локации кровотока с помощью ультразвука:

- **лицевая артерия**
- **поверхностная височная артерия**

1071. Емкостные сосуды — это:

- **вены**

1072. Значение лодыжечно-плечевого индекса в диапазоне 0,3 и ниже свидетельствует о состоянии коллатерального кровообращения в стадии:

- **декомпенсации**

1073. Значение лодыжечно-плечевого индекса в диапазоне 0,6-0,4 свидетельствует о состоянии коллатерального кровообращения в стадии:

- **субкомпенсации**



1074. Значение лодыжечно-плечевого индекса в диапазоне 0,9-0,7 свидетельствует о состоянии коллатерального кровообращения в стадии:

- **компенсации**

1075. Значение лодыжечно-плечевого индекса менее 1,0 указывает на:

- **наличие окклюдированного процесса в артериях нижних конечностей**

1076. Значения лодыжечно-плечевого индекса менее 0,5 свидетельствует о наличии:

- **нескольких блоков в артериях нижних конечностях**

1077. Изолированная недостаточность клапанного аппарата большой подкожной вены свидетельствует о наличии:

- **варикозной болезни**

1078. К системе поверхностных вен нижних конечностей относятся:

- **большая подкожная вена**
- **малая подкожная вена**

1079. Кальцинированные атеросклеротические бляшки чаще локализуются в:

- **подвздошных и бедренных артериях**

1080. Классическое строение артерий Виллизиева круга:

- **2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 1 передняя соединительная артерия, 2 задние соединительные артерии**

1081. Коллатеральный тип кровотока характеризуется:

- **снижением и закруглением систолического пика, замедленным подъемом и спадом кривой скорости кровотока**

1082. Критическим уровнем артериального давления на пальце стопы является:

- **20 мм рт.ст. и ниже**

1083. Кровоток в бедренной вене определяется ниже пупартовой связки:

- **медиальнее бедренной артерии**

1084. Кровоток в общей сонной артерии при окклюзии общей сонной артерии:

- **не лоцируется**

1085. Линейная скорость кровотока — это:

- **Перемещение частиц потока за единицу времени в м/сек, измеренное в конкретной точке**

1086. Магистральный тип кровотока характеризуется:

- **острой вершиной в систолу, обратным кровотоком в период ранней диастолы и кровотоком в период поздней диастолы**

1087. На участке окклюдированного тромба сигнал кровотока:

- **отсутствует**

1088. Наличие несостоятельности клапанного аппарата системы глубоких вен при регистрации монофазного кровотока синхронизированного с дыханием свидетельствует о:

- **тромбозе вен**

1089. Направление кровотока в позвоночной артерии при полном позвоночно-подключичном синдроме обкрадывания:

- **ретроградное**



1090. Направление кровотока в правой общей сонной артерии при окклюзии брахиоцефального ствола с позвоночно-подключичным синдромом обкрадывания и возвратом в общую сонную артерию:

- **антеградное**

1091. Обменные сосуды — это:

- **капилляры**

1092. Объемная скорость кровотока — это:

- **Количество крови, протекающее через поперечное сечение сосуда за единицу времени с л/мин или мл/сек**

1093. Первая ветвь внутренней сонной артерии — это:

- **глазничная артерия**

1094. Переходный позвоночно-подключичный синдром обкрадывания развивается при:

- **стенозе более 60% подключичной артерии**

1095. По ультразвуковым критериям гетерогенная атеросклеротическая бляшка — это:

- **бляшка с изъязвлением**
- **бляшка с кровоизлиянием**

1096. По ультразвуковым критериям гомогенная бляшка — это:

- **бляшка однородна по структуре**

1097. Подколенная артерия является продолжением:

- **бедренной артерии**

1098. Позвоночная артерия отходит от:

- **подключичной артерии**

1099. Полный позвоночно-подключичный синдром обкрадывания развивается при:

- **окклюзии проксимального сегмента подключичной артерии**

1100. Правая и левая позвоночные артерии сливаются в:

- **основную артерию**

1101. При атеросклерозе чаще поражается:

- **внутренняя сонная артерия**

1102. При атеросклеротическом поражении почечной артерии бляшка локализуется:

- **в устье и первом сегменте артерии**

1103. При гемодинамически значимом стенозе артерий аорто-бедренного сегмента наблюдается \_\_\_\_\_ тип кровотока по общей бедренной артерии:

- **магистрально-измененный**

1104. При изолированной окклюзии артерий голени тип кровотока в общей бедренной артерии:

- **магистральный**

1105. При изолированной окклюзии поверхностной бедренной артерии в подколенной артерии регистрируется тип кровотока:

- **коллатеральный**

1106. При критическом стенозе артерий аорто-бедренного сегмента наблюдается \_\_\_\_\_ тип кровотока по общей бедренной артерии:

- **коллатеральный**



1107. При латеральном потоке определяется профиль скорости:

- **параболический**

1108. При несостоятельности клапанного аппарата вен регистрируется:

- **рефлюкс крови в ретроградном направлении**

1109. При неспецифическом аорто-артериите чаще поражение локализуется в:

- **общей сонной артерии**
- **подключичная артерия II-III сегмент**

1110. При окклюзии артерий аорто-бедренного сегмента по общей бедренной артерии наблюдается \_\_\_\_\_ тип кровотока:

- **коллатеральный**

1111. При окклюзии внутренней сонной артерии в надблоковой артерии наблюдается кровоток ретроградного направления из:

- **наружной сонной артерии**

1112. При окклюзии внутренней сонной артерии наблюдается кровоток в надблоковой артерии антеградного направления из:

- **бассейна противоположной сонной артерии и/или позвоночно-базиллярного бассейна**

1113. При окклюзии дистального отдела подключичной артерии направление кровотока в одноименной позвоночной артерии:

- **антеградное**

1114. При окклюзии или субтотальном стенозе внутренней сонной артерии кровоток в одноименной средней мозговой артерии:

- **коллатерального типа**

1115. При окклюзии общей сонной артерии наблюдается кровоток в одноименной надблоковой артерии:

- **антеградного направления из бассейна противоположной сонной артерии и/или вертебробазиллярного бассейна**

1116. При окклюзии почечной артерии:

- **отсутствует ультразвуковой сигнал в почечной артерии и регистрируется коллатеральный тип кровотока во внутрипочечных артериях**

1117. При окклюдирующем тромбозе вен компрессия датчиком:

- **не вызывает спадения стенок, исчезновение просвета сосуда**

1118. При стенозе почечной артерии более 60% отношение пик-систолической скорости в аорте:

- **более 3,5 в сочетании с локальным увеличением скорости кровотока**

1119. При стенозе почечной артерии более 60% отношение пик-систолической скорости в почечной артерии к пик-систолической скорости в аорте составляет:

- **более 3,5**

1120. При стенозе почечной артерии менее 60% отношение пик-систолической скорости в аорте:

- **менее 3,5 без локального увеличения скорости кровотока**

1121. При стенозе почечной артерии менее 60% отношение пик-систолической скорости в почечной артерии к пик-систолической скорости в аорте составляет:

- **менее 3,5**



1122. При ультразвуковой локации ламинарного течения спектр доплеровского сдвига частот характеризуется:

- **малой шириной, что соответствует небольшому разбросу скоростей в опрашиваемом объеме**

1123. При фибро-мышечной дисплазии почечной артерии поражение локализуется:

- **в устье и первом сегменте артерии**

1124. Расчет индекса периферического сопротивления (RI) проводится по формуле, где:

$V_{\max}$  — максимальная систолическая скорость кровотока,

$V_{\min}$  — конечная диастолическая скорость кровотока.

- **$RI = (V_{\max} - V_{\min}) / V_{\max}$**

1125. Расчет пульсаторного индекса проводится по формуле, где:

$V_{\max}$  — максимальная систолическая скорость кровотока,

$V_{\min}$  — конечная диастолическая скорость кровотока,

TAMX — усредненная по времени максимальная скорость кровотока.

- **$PI = (V_{\max} - V_{\min}) / TAMX$**

1126. Сосуды сопротивления \_\_\_\_\_ на общее периферическое сопротивление:

- **вливают**

1127. Сосуды шунты-артериоловеноулярные анастомозы обеспечивают сброс крови из артерии в вены:

- **минуя капилляры**

1128. Тип кровотока в подключичной артерии при полном позвоночно-подключичном синдроме обкрадывания:

- **коллатеральный**

1129. Турбулентное течение развивается в сосудах с:

- **сужением более 60% просвета**

1130. Турбулентное течение характеризуется наличием:

- **большого количества вихрей разного размера с хаотичным изменением скорости**

1131. Увеличение периферического сопротивления в кровеносной системе:

- **Уменьшает объемную скорость кровотока**

1132. Ультразвуковая доплерография магистральных артерий шеи диагностирует стеноз внутренней сонной артерии:

- **гемодинамически значимый**





## УЗД в педиатрии

1133. Аномалии развития половых органов у девочек лучше всего выявляются при ультразвуковом исследовании:

- **во вторую фазу менструального цикла**

1134. В коронарном сечении при нейросонографии на уровне отверстий Монро и третьего желудочка величина последнего не превышает:

- **3 мм**

1135. В коронарном сечении при нейросонографии на уровне отверстий Монро косоугольный размер переднего рога у доношенных новорожденных не превышает:

- **3 мм**

1136. В коронарных плоскостях сканирования при нейросонографии хвостатые ядра представляют гипэхогенные структуры, образующие:

- **нижне-латеральный контур передних рогов боковых желудочков**

1137. В норме индекс 1 сегмента печени составляет:

- **до 30%**

1138. В сагиттальной плоскости сканирования при нейросонографии поперечный размер большой цистерны мозга у новорожденных детей не превышает:

- **4,5-5,5 мм**

1139. Визуализация пирамид в паренхиме почки у ребенка при ультразвуковом исследовании свидетельствует о:

- **неизменной почки**

1140. Внутрипузырные мембраны (перегородки) являются результатом:

- **нарушения в эмбриогенезе**

1141. Во время ультразвукового исследования при мононуклеозе можно выявить:

- **увеличение печени и селезенки**

1142. Высокоэхогенная, неоднородная щитовидная железа небольших размеров с неровными контурами у ребенка с умственной и физической отсталостью может быть признаком:

- **врожденном гипотиреозе**

1143. Выявление при ультразвуковом сканировании децентрации головки бедра с развитием подвывиха характерно для сустава:

- **3 А, Б типа**

1144. Выявленная при нейросонографии крупная телэнцефалическая киста в сочетании с отсутствием паренхимы мозга, дифференцировки третьего желудочка, зрительных бугров наиболее характерна для:

- **алобарной голопроэнцефалии**

1145. Выявленная при нейросонографии окклюзионная гидроцефалия при объемных образованиях задней черепной ямки обычно обусловлена:

- **стенозом Сильвиева водопровода**

1146. Выявленная при ультразвуковом исследовании кавернозная трансформация воротной вены у детей раннего возраста практически всегда является:

- **врожденным состоянием**



1147. Выявленное при нейросонографии локальное расширение задних рогов боковых желудочков (колпоцефалия) наиболее характерно для:

- **агенезии мозолистого тела**

1148. Выявленное при нейросонографии слияние передних рогов боковых желудочков между собой в сочетании с их уплощением, увеличением оптического кармана третьего желудочка наиболее характерно для:

- **септо-хиазмальной дисплазии**

1149. Выявленное при ультразвуковом исследовании замедление моторной функции желчного пузыря у детей чаще всего связано с:

- **патологией желудка и двенадцатиперстной кишки**

1150. Выявленное при ультразвуковом исследовании расширение протока поджелудочной железы у детей чаще всего обусловлено:

- **дискинезией двенадцатиперстной кишки**

1151. Выявленное при ультразвуковом исследовании утолщение стенки желчного пузыря не является:

- **каким-либо патогномичным симптомом**

1152. Герминативный матрикс у недоношенных новорожденных локализуется преимущественно в области:

- **в субэпендимальных отделах передних рогов, головок хвостатых ядер, каудоталамических борозд**

1153. Гломусная часть сосудистого сплетения при ультразвуковом исследовании определяется в области:

- **антральной части бокового желудочка**

1154. Диаметр общего желчного протока при ультразвуковом исследовании по Weill составляет:

- **до половины диаметра ствола воротной вены**

1155. Диаметр ствола воротной вены у новорожденных детей при ультразвуковом исследовании колеблется между:

- **4-5 мм**

1156. Длина почки у доношенного новорожденного при ультразвуковом исследовании составляет в среднем:

- **45 мм**

1157. Длина почки у здорового ребенка в возрасте 1 года при ультразвуковом исследовании составляет в среднем:

- **62 мм**

1158. Для получения аксиальных сечений при нейросонографии используется:

- **передне-боковой родничок, чешуя височной кости**

1159. Для проведения нейросонографии новорожденных детей используются секторные датчики с частотой сканирования:

- **5,0-7,5 МГц**

1160. Индекс первого сегмента печени при ультразвуковом сканировании определяется соотношением:

- **толщины 1 сегмента и суммарной толщины 1 сегмента и левой доли печени**

1161. Инсулинозависимый диабет у детей при ультразвуковом исследовании может проявляться:

- **жировой инфильтрацией печени**



1162. К кистозному поражению почки (по Potter) относят все заболевания, кроме:

- **гидронефроза**

1163. К правильным формам желчного пузыря у детей при ультразвуковом исследовании относятся:

- **веретенообразную**
- **каплевидную**
- **цилиндрическую**

1164. Квадратной долей печени называется:

- **4 сегмент**

1165. Лабильные перегибы и перегородки желчного пузыря при ультразвуковом исследовании являются:

- **вариантом нормы**

1166. Максимальная длина перешейка щитовидной железы у детей старше 12 лет при ультразвуковом исследовании составляет:

- **5,0 мм**

1167. Максимальная толщина правой доли печени у доношенных новорожденных при ультразвуковом исследовании колеблется между:

- **5-6 см**

1168. Максимальное увеличение размеров щитовидной железы у детей наблюдается при:

- **диффузно-токсическом зобе**

1169. Максимальные размеры надпочечника у здорового новорожденного ребенка (по ширине и высоте) при ультразвуковом исследовании может достигать:

- **35 мм**

1170. Максимальный диаметр ствола воротной вены при ультразвуковом исследовании в норме у детей старше 12 лет достигает:

- **13 мм**

1171. Максимальный объем надпочечника у новорожденного ребенка при кровоизлиянии в него может достигать по Potter:

- **50 мл**

1172. Масса щитовидной железы у здоровых новорожденных ребенка с массой 3500 г составляет около:

- **1,5 г**

1173. Массивная кальцификация базальных ганглиев при слабой выраженности изменений в перивентрикулярной области наиболее характерна для воспалительного процесса, вызванного:

- **краснухой**

1174. Минимальное количество сечений стандартной нейросонографии новорожденных детей составляет:

- **11**

1175. Надпочечник новорожденного ребенка дифференцирован на мозговую и корковую слои. Эта дифференцировка исчезает при ультразвуковом исследовании в возрасте:

- **2-6 месяцев**

1176. Наиболее поздние сроки появления физиологических признаков пубертата у девочек, проживающих в средней полосе:

- **13 лет**



1177. Наиболее ранний срок появления физиологических признаков пубертата у девочек, проживающих в средней полосе:

- **8 лет**

1178. Небольшое количество рыхлого осадка в желчном пузыре у здоровых детей при ультразвуковом исследовании является:

- **не имеет диагностического значения**

1179. Нефрокальциноз выражается при ультразвуковом исследовании следующими признаками:

- **выраженным повышением эхогенности всех пирамид**

1180. Основное заболевание, с которым необходимо дифференцировать мультикистоз почек при ультразвуковом исследовании, это:

- **гидронефроз**

1181. Первый скачок роста матки при ультразвуковом исследовании отмечается в возрасте:

- **10-11 лет**

1182. По классификации Graf R. (1978), Wise, Schulz (1986) угловые величины: угол альфа более 60, угол бета менее 55, угол дельта более 78 при ультразвуковом сканировании характерны для строения сустава:

- **нормального типа (1, А)**

1183. Повышение эхогенности одной или нескольких пирамид у новорожденного ребенка является признаком:

- **ацидоза первых суток жизни, проходит после восстановления водно-солевого баланса**

1184. Поликистоз почек по новорожденному типу имеет следующие эхографические признаки:

- **обе почки увеличены, паренхима повышенной эхогенности, не дифференцирована, нет отличия между стенками собирательного комплекса и паренхимой, контуры неровные, кровоток снижен**

1185. Пороки развития половых органов наиболее часто сочетаются с пороками развития:

- **мочевыделительной системой**

1186. Портальная гипертензия возникает при снижении градиента между воротной веной и нижней поллой веной менее:

- **5 мм рт.ст.**

1187. Постгеморрагическая дилатация боковых желудочков при массивных кровоизлияниях наиболее часто начинается с уровня:

- **антральной части желудочка, заднего рога**

1188. Поясная борозда головного мозга при нейросонографии лучше всего видна в следующей плоскости сканирования

- **сагиттальной**

1189. При инсулинозависимом диабете у детей при ультразвуковом исследовании:

- **практически не встречаются ультразвуковые признаки поражения поджелудочной железы**

1190. При использовании датчика 3,5 МГц изображение протока поджелудочной железы у ребенка при ультразвуковом исследовании получается в возрасте:

- **4-5 лет**

1191. При нейросонографии выраженное смещение миндалин мозжечка и нижнего червя, каудальная дислокация продолговатого мозга в большое затылочное отверстие характерны для:

- **синдрома Арнольда-Киари 2 типа**



1192. При нейросонографии симптом веерообразного отхождения борозд от крыши третьего желудочка наиболее характерен для:

- **агенезии мозолистого тела**

1193. При нейросонографии симптом широкого расположения передних рогов боковых желудочков в сочетании с их латерализацией и параллельным расположением наиболее характерно для:

- **агенезии мозолистого тела**

1194. При нейросонографии увеличение большой цистерны мозга при отсутствии изменений со стороны остальных отделов ликворной системы наиболее характерно для:

- **гипоплазии мозжечка**

1195. При нейросонографии увеличение миндалин мозжечка и смещение их с нижним червем в позвоночный канал характерны для:

- **синдрома Арнольда-Киари 1 типа**

1196. При приеме стандартного желчегонного завтрака у здорового ребенка при ультразвуковом исследовании максимальное сокращение желчного пузыря происходит:

- **к 30 минуте**

1197. При ультразвуковом исследовании гепатодуоденальной зоны у детей в норме можно визуализировать:

- **желчный пузырь, общий желчный проток, общий печеночный проток**

1198. При ультразвуковом исследовании предположительно диагностировать хронический панкреатит у ребенка (при соответствующей клинике):

- **можно, при стабильных структурных изменениях паренхимы на фоне адекватной терапии**

1199. При ультразвуковом исследовании симптом "грязной желчи" у новорожденных детей встречается при:

- **всех видах желтух и обусловлен соединением билирубина с глюкуроновой кислотой**

1200. При ультразвуковом исследовании срединное эхо во вторую фазу менструального цикла составляет максимально:

- **10-12 мм**

1201. При ультразвуковом исследовании толщина просвета лоханки, меняющаяся после мочеиспускания, от 0 до верхнего предела нормы (или наоборот) свидетельствует о:

- **неизменной лоханке**

1202. При ультразвуковом исследовании яичники определяются у входа в малый таз в возрасте:

- **10-11 лет**

1203. Причиной исчезновения дифференцировки паренхимы надпочечника на корковый и мозговой слои является:

- **естественное отложение липидов в паренхиме железы**

1204. Продольная ось почки у здоровых детей старше 12 лет возраста при ультразвуковом исследовании:

- **находится под углом к позвоночнику, угол открыт книзу и составляет 15-20**

1205. Проявление при ультразвуковом исследовании гипэхогенных включений тканевого характера в паренхиме печени и селезенки на фоне высокой температуры и ускоренной СОЭ у ребенка не позволяет предположить:

- **мононуклеоз**



1206. Размеры поджелудочной железы у новорожденных детей при ультразвуковом исследовании во всех отделах составляют:

- **6 мм**

1207. Реактивные (вторичные) изменения при ультразвуковом исследовании поджелудочной железы у детей — это:

- **неспецифические изменения паренхимы, размеров поджелудочной железы, связанные с поражением других органов и систем и исчезающие полностью или частично при лечении основного заболевания**

1208. С целью сканирования тазобедренного сустава у детей раннего возраста используют датчики:

- **линейного сканирования 5-7,5 МГц**

1209. С целью угловой оценки тазобедренного сустава при ультразвуковом сканировании по методике Graf R. (1978) ацетабулярная линия проводится:

- **через наружный край вертлужной впадины и Y-образный хрящ**

1210. С целью угловой оценки тазобедренного сустава при ультразвуковом сканировании по методике Graf R. (1978) базовая линия проводится:

- **по основанию малой ягодичной мышцы и костного края подвздошной кости**

1211. С целью угловой оценки тазобедренного сустава при ультразвуковом сканировании по методике Graf R. (1978) инклинационная линия проводится:

- **по основанию медиальной части лимбуса**

1212. С целью угловой оценки тазобедренного сустава при ультразвуковом сканировании по методике Graf R. (1978) конвексительная линия проводится:

- **через центральные отделы головки бедра параллельно костному краю подвздошной кости**

1213. Самая частая опухоль почки у детей — это:

- **опухоль Вильмса**

1214. Свободные тромбы в боковых желудочках при нейросонографии наиболее часто выявляются в области:

- **антральной части и нижнего рога**

1215. Симптом "звездного неба" при нейросонографии выявляется на уровне:

- **боковых желудочков**

1216. Симптом "звездного неба" при нейросонографии морфологически обусловлен:

- **дополнительными включениями в ликворе**

1217. Симптом "пустой ацетабулярной ямки" при ультразвуковом сканировании типичен для сустава:

- **4 типа**

1218. Синдром Бадд-Киари вызывает портальную гипертензию:

- **надпеченочного типа**

1219. Соотношение длины тела матки к длине шейки в возрасте 10-11 лет при ультразвуковом исследовании составляет:

- **1,5:1**

1220. Соотношение длины тела матки к длине шейки матки в возрасте 17-19 лет при ультразвуковом исследовании составляет:

- **2:1**



1221. Соотношение коркового и мозгового слоев паренхимы почки у новорожденного ребенка при ультразвуковом исследовании составляет:

- **1:3**

1222. Соотношение коркового и мозгового слоев паренхимы у детей старше 12 лет при ультразвуковом исследовании составляет:

- **1:1**

1223. Соотношение максимальных размеров правой и левой долей печени в норме равняется:

- **1,5:1**

1224. Сочетание атрезии отверстий четвертого желудочка в комбинации с агенезией червя, гипоплазией полушарий мозжечка наиболее характерно для:

- **синдрома Денди-Уокера**

1225. Стандартная методика нейросонографии новорожденных детей обычно начинается с области:

- **переднего родничка**

1226. Толщина просвета интрааренально расположенной лоханки у детей в возрасте 6-10 лет при ультразвуковом исследовании не должна превышать:

- **5 мм**

1227. Толщина просвета интрааренально расположенной лоханки у детей раннего возраста при ультразвуковом исследовании не должна превышать:

- **3 мм**

1228. Толщина просвета экстрааренально расположенной лоханки у детей в возрасте 13-15 лет при ультразвуковом исследовании не должна превышать:

- **12 мм**

1229. Толщина стенки желчного пузыря у здоровых детей при ультразвуковом исследовании составляет:

- **1 мм**

1230. У детей из опухолей яичников наиболее часто встречаются:

- **цистаденомы**

1231. У детей наиболее часто встречаются следующие кисты яичников:

- **дермоидные**

1232. У детей при портальной гипертензии определенная последовательность развития ультразвуковых симптомов:

- **нет**

1233. У детей старше 12 лет диаметр протока поджелудочной железы при ультразвуковом исследовании не должен превышать:

- **1 мм**

1234. У детей старше 12 лет масса щитовидной железы лучшим образом коррелирует с:

- **массой тела**

1235. У детей эхогенность паренхимы печени по сравнению с эхогенностью коркового слоя паренхимы почки:

- **выше**



1236. У доношенных новорожденных внутрижелудочковые кровоизлияния наиболее часто локализуются на уровне:

- **сосудистых сплетений боковых желудочков**

1237. У здорового ребенка раннего возраста, получающего естественное вскармливание, эхогенность паренхимы поджелудочной железы и печени при ультразвуковом исследовании становится одинаковым в возрасте:

- **4 месяца, когда ребенок начинает получать прикорм**

1238. У здоровых детей мочеточник при ультразвуковом исследовании:

- **не визуализируется**

1239. У недоношенных новорожденных при нейросонографии субэпендимальные псевдокисты наиболее часто определяются в области:

- **переднего рога бокового желудочка, каудоталамической борозды**

1240. У недоношенных новорожденных субэпендимальные кровоизлияния наиболее часто локализуются на уровне:

- **головок хвостатых ядер**

1241. Увеличение эхогенности крыши вертлужной впадины в сочетании с угловыми характеристиками сустава: угол альфа менее 43, угол бета более 77, угол дельта — 44-55 при ультразвуковом сканировании характерно для сустава:

- **3 Б типа**

1242. Угловые характеристики: угол альфа менее 37, угол дельта менее 43 в сочетании с симптомом "пустой ацедулярной ямки" при ультразвуковом сканировании характерны для сустава:

- **4 типа**

1243. Угловые характеристики: угол альфа менее 43, угол бета более 77, угол дельта 44-65 в сочетании с подвывихом головки бедренной кости при ультразвуковом сканировании характерны для строения сустава:

- **3 А, Б типа**

1244. Угол (разница по толщине) между телом и шейкой матки при ультразвуковом исследовании впервые появляется в возрасте:

- **8-9 лет**

1245. Угол альфа у детей раннего возраста при ультразвуковом сканировании в норме составляет:

- **60 и более**

1246. Угол бета у детей раннего возраста при ультразвуковом сканировании в норме составляет не менее:

- **55**

1247. Угол дельта у детей раннего возраста при ультразвуковом сканировании в норме составляет:

- **78**

1248. Узел овальной формы, средней эхогенности, небольших размеров, расположенный субкапсульно по передней поверхности железы, при ультразвуковом исследовании чаще всего является:

- **лимфоузлом**

1249. Ультразвуковая диагностика пузырно-мочеточникового рефлюкса имеет диагностическую ценность:

- **70%**





1250. Ультразвуковое сканирование тазобедренных суставов у детей по методике Graf R. (1978) производится в положении ребенка:

- **на боку со сгибанием в тазобедренном суставе на 20-30**

1251. Хвостатой долей печени называется:

- **1 сегмент**

1252. Чаще всего добавочная селезенка локализуется:

- **в области ворот и нижнего полюса**

1253. Эхогенность паренхимы поджелудочной железы у новорожденного ребенка:

- **выше эхогенности паренхимы печени**

1254. Эхографическая оценка анатомических особенностей мочевого пузыря у детей возможна только при:

- **заполнении до первого позыва**

1255. Яичники определяются при ультразвуковом исследовании в полости малого таза в возрасте:

- **10-11 лет**

1256. Яичники при ультразвуковом исследовании определяются выше входа в малый таз в возрасте:

- **до 9 лет**



## Ситуационные задачи

1257. А., 14 лет, на УЗИ – желчный пузырь спавшийся, правильной формы. Стенки его значительно утолщены до 10 мм. Определяется кровоток в стенке, что характерно при:

- **острый холецистит**

1258. Больная В., 43 года, жалобы на незначительные боли в правой половине малого таза. Осмотр гинеколога: увеличение правого яичника. На УЗИ: киста правого яичника — 38x30 мм из латеральной стенки которой исходит внутрикистозное включение (форма правильная овальная, 9x7 мм, эхоплотность низкая). У основания этого включения имеется интимно связанное с ним дополнительное мягкотканое образование, выходящее за контур кисты: 30x20 мм, контуры бугристые, структура и плотность аналогичны внутрикистозному включению. Ваше заключение:

- **малигнизация папиллярной серозной кисты, справа**

1259. Больная К., 28 лет, на УЗИ: над левым углом матки лоцируется жидкостное тонкостенное образование овальной формы – 48x34 мм, в просвете по верхней стенке определяется овальной формы тканевое образование с ровным четким контуром, однородной эхоструктуры. Ваше заключение:

- **папиллярная серозная киста, слева**

1260. Больная М., 26 лет, жалобы на непостоянные, ноющие боли внизу живота, продолжающиеся в течении трех недель. Температура не повышалась. Беспокоят неприятные ощущения во влагалище, а также выделения слизисто-гнойного характера. При УЗИ: матка не увеличена, однородная. Эндометрий утолщен до 25 мм (10 день после окончания месячных), структура его неоднородная, контуры ровные, нечеткие. На границе эндометрия и миометрия во всех отделах имеется нечеткая эхонегативная зона, шириной 5-8 мм. Ваше заключение:

- **эндометрит**

1261. Больная М., 45 лет, из анамнеза известно об эндометрите после аборта и неоднократных воспалениях придатков матки. Месячные безболезненные. Последний раз заболела 14 дней назад, когда внезапно появились тупые боли внизу живота (больше слева), повышение температуры, резкое ухудшение самочувствия. Кровь: лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ. На УЗИ: слева от матки жидкостное образование округлой формы с плотными местами утолщенными стенками до 5-6 мм, в просвете мелкие эхопозитивные включения, образующие горизонтальный уровень на границе с однородной жидкой средой. При компрессии датчиком резко болезненно. Ваше заключение:

- **тубарный абсцесс, слева**

1262. Больная О., 56 лет, менопауза 7 лет. На УЗИ: матка небольших размеров, без узлов. Эндометрий – 3,4 мм. Полость матки не расширена. Рядом с правым углом матки инволютивно измененный правый яичник – 13x6 мм. В проекции левого яичника безболезненное тонкостенное жидкостное образование с однородным содержимым – 52 мм в диаметре. Ваше заключение:

- **«простая» серозная киста, слева**

1263. Больная Р., 24 года, три года назад роды. Абортов не было, к гинекологу не обращалась. Жалобы на задержку месячных в течении 2 недель. На УЗИ: в полости матки плодное яйцо СВД – 11 мм, матка оттеснена многокамерной кистой слева (150x110 мм). Наружный контур кисты четкий волнистый. В просвете множественные «дочерние» кисты, сгруппированные в единый внутрикистозный конгломерат (85 мм в Д) разнокалиберных жидкостных образований неправильной формы. Ваше заключение:

- **простая псевдомуцинозная киста слева**

1264. Больная С., 32 года, жалобы на боли в левой половине малого таза в течении 6 дней (состояние удовлетворительное, повышение температуры тела нет). Гинекологический осмотр: резкая болезненность при пальпации левых придатков матки. При УЗИ: матка, яичники, эндометрий не изменены. Вдоль левой боковой стенки матки выявляется тонкостенное жидкостное образование вытянутой (S-образной) формы, 42x11 мм – с однородным содержимым. Ваше заключение:

- **гидросальпингс, слева**



1265. Больная С., 33 года, на УЗИ: слева от матки лоцируется однородное, анэхогенное образование, 60x42 мм с дорзальным эхоусилением... Повторное УЗИ после месячных: жидкостного образования в проекции левого яичника не выявлено. Ваше заключение:

- **фолликулярная киста слева**

1266. Больная Т., 33 года, жалобы на резко болезненные, длительные и обильные месячные. На УЗИ: матка шаровидной формы, увеличена до 7-8 недель беременности, контур ровный, структура миометрия неоднородная за счет множественных мелких эхопозитивных включений. Толщина эндометрия 18 мм, эхоплотная (ЖГЭ). Ваше заключение:

- **аденомиоз**

1267. Больной 56 лет. Диагноз ИБС 8 лет, постинфарктный кардиосклероз два года назад. Что, возможно, оценить на ЭХОКГ?

- **глобальную сократимость миокарда ЛЖ**
- **диастолическую функцию ЛЖ и ПЖ**
- **локальную сократимость миокарда**

1268. Больной Х., 46 лет, на УЗИ левая почка резко увеличена 163x91 мм. Контур ее бугристый, нет дифференциации «паренхима – почечный синус». Почка представлена неоднородной солидной массой с множественными мелкими 2-3 мм в диаметре, гипо-анэхогенные очажки с неровными нечеткими контурами ограниченной подвижности, что характерно при:

- **апостематозном пиелонефрите**

1269. Больному клинико-лабораторными методами, диагностирован острый инфаркт миокарда в проекции правого желудочка. Укажите ЭХО кардиографические признаки:

- **Дилатация НПВ**
- **Дилатация правого желудочка**
- **Нарушение глобальной сократимости правого желудочка**
- **Трикуспидальная регургитация**

1270. Больному перенёсшему обширный инфаркт миокарда на ЭХОКГ обнаружен синдром Дресслера для которого характерно?

- **Дилатация камер сердца**
- **Жидкость в полости перикарда и плевральных полостях**
- **Легочная гипертензия**
- **Спайки в полости перикарда**

1271. В., 10 лет, на УЗИ желчный пузырь обычных размеров, контуры ровные, стенка не утолщена по задней стенке определяется гиперэхогенное образование d 4,6 мм с эффектом «акустической» тени не смещаемое при перемене положения тела, характерно при:

- **полип желчного пузыря**

1272. Д., 2 года, на УЗИ – почки нормальных размеров. Слева в верхнем полюсе без выхода на контур определяется округлый очаг с эхогенной и тонкой капсулой d 44 мм, с неоднородным гипоэхогенным содержимым. Справа почка интактная, что характерно при:

- **абсцесс левой почки**

1273. Д., 8 лет, на УЗИ – селезенка увеличена в размерах, контуры ровные, структура однородная, левая доля печени увеличена и в виде языка вклинивается между селезенкой и боковой стенкой живота, паренхима печени относительно паренхимы селезенки менее эхогенная, что характерно при:

- **гепатолиенальный синдром на фоне вирусной инфекции**

1274. И., 14 лет, на УЗИ – поджелудочная железа резко увеличена, паренхима однородная, гипоэхогенная. Контур нечеткие плохо просматриваются крупные сосуды за поджелудочной железой, что характерно при:

- **остром панкреатите**



1275. К., 10 лет, на УЗИ – печень нормальных размеров. Эхогенность паренхимы незначительно диффузно повышена с наличием мелких гиперэхогенных включений. Сосудистый рисунок подчеркнут из-за периваскулярного фиброза, что характерно при:

- **хронический гепатит**

1276. Л., 13 лет, на УЗИ поджелудочная железа нормальных размеров контуры ровные, подчеркнутые структура однородная гиперэхогенная, что характерно при:

- **хронический панкреатит**

1277. М., 1 месяц, на УЗИ почки нормальных размеров. Слева паренхима почки гипозоногенная хорошо дифференцирована, просвет лоханки не определяется. Определяется значительное повышение эхогенности нижней половины собирательного комплекса, правая почка интактная, характерно при:

- **пиелонефрите**

1278. На приеме у гинеколога – слева от матки пальпируется округлое образование, связанное со стенкой матки. При УЗИ: поперечный срез на уровне дна матки: два расположенных рядом друг с другом, мягкотканых, четко очерченных образования правильной округлой (справа 60 мм в Д) и овальной (слева, 50x31 мм) формы; их структура и эхоплотность соответствуют нормальному миометрию. В центре каждого образования в продольном сечении виден эндометрий толщиной 9-10 мм. Ваше заключение:

- **двуорогая матка**

1279. На ЭХО кардиограмме обнаружен перерыв эхо-сигнала от межжелудочковой перегородки, на доплеркардиографии регистрируется турбулентный систолический поток на уровне межжелудочковой перегородки. Какой патологии характерна данная картина?

- **ДМЖП**

1280. На ЭХО кардиограмме у ребенка определяется декстрапозиция аорты, стеноз легочной артерии и дефект межжелудочковой перегородки с гипертрофией миокарда правого желудочка. Данные изменения характерны для ...

- **Тетрада Фалло**

1281. П., 12 лет, на УЗИ – селезенка нормальных размеров, контуры ровные структура неоднородная. В верхнем полюсе селезенки лоцируется объемное образование овальной формы с четкими контурами размером 46 мм в d, неоднородной структуры, гипозоногенное, с гиперэхогенной капсулой, что характерно при:

- **метастаз в селезенку**

1282. Пациентка А., 21 год, первая беременность. При проведении эхографии в сроки 21-22 НБ выявлено двустороннее увеличение почек у плода, отсутствие эхотени мочевого пузыря, маловодие. При исследовании других органов плода выявлено затылочное энцефалоцеле, заподозрена микроцефалия. Эхографич. признаки больше соответствуют:

- **поликистозной болезни почек инфантильного типа (Поттер I)**

1283. Пациентка Б., 31 год, мажущие кровянистые выделения, мед. аборт. На эхограмме полость матки расширена, контуры деформированы, внутри полости матки определяются структуры повышенной эхоплотности. Эхографические признаки соответствуют:

- **неполному самопроизвольному аборту**

1284. Пациентка М., 18 лет, первая беременность в сроке 23-24 НБ. При проведении эхографии в области передней стенки живота плода определяются свободно плавающие петли кишечника с различной степенью расширения. Признаки многоводия. Какую патологию у плода можно заподозрить?

- **гастрошизис**



1285. Пациентка Н., 27 лет, беременность 27-28 НБ. При проведении эхографии выявлены численные значения индекса амниотической жидкости >97,5% (АЖ >240 мм), глубина наибольшего кармана АЖ >80 мм. Причиной многоводия могут быть:

- пороки развития ЦНС плода

1286. Пациентка Н., 28 лет, переболела краснухой в течение первых 12-ти недель беременности. Какой вид патологии может наблюдаться у новорожденного?

- открытый боталлов проток

1287. Пациентка Т., 26 лет, Беременность 28-29 недель, двойня. У плодов отмечается различие по массе более 10%, по окружности живота более 20 мм, заподозрено диссоциированное развитие плодов. На основании представленных данных, наиболее вероятно наличие:

- дихориальной моноамниотической двойни

1288. При проведении эхографии в сроки 28-29 НБ плод соответствует по фетометрии 24-25 НБ. ОГ – 222 мм, ОЖ – 196 мм. ОГ/ОЖ – 1,13. Маловодие, АИ – 89 мм. Расширение большой цистерны – >12 мм. Полость прозрачной перегородки не визуализируется, нет разделения боковых желудочков в области передних рогов. Широко расставлены задние рога боковых желудочков Интраорбитальный размер – 18 мм. Четырёхкамерный срез сердца без особенностей. Эхографические признаки:

- алобарной проэнцефалии, гипертелоризма

1289. При эхографии плода в сроки 25-26 НБ определяется выраженный подкожный отёк (наличие двойного контура), признаки асцита. Указанные изменения сочетаются с многоводием, плацентомегалией. Эхографические признаки:

- водянки плода

1290. Р., 2 месяца, на УЗИ – почки увеличены в размерах, паренхима гиперэхогенна отсутствует дифференцировка между структурными элементами паренхимы и собирательного комплекса, в верхнем полюсе правой почки лоцируется анэхогенное образование округлой формы, с четкими контурами d 10 мм, что характерно при:

- поликистоз по новорожденному типу

1291. У больного Д., 33 года, на УЗИ – в структуре печени множество крайне мелких полостных структур округлой форму, с четкими контурами, хорошо дифференцирующимися от окружающей паренхимы печени, размерами 30-40 мм. Эхогенность их значительно превышает эхогенность паренхимы печени. Структура образований мелкосетчатая с эффектом дистального псевдоусиления эхосигнала, с медленным ростом, что характерно при:

- капиллярной гемангиоме печени

1292. У больного Е., 73 года, на УЗИ-уменьшение размеров печени за счет правой доли, контуры бугристые, капсула четко не дифференцируется, края печени не дифференцируются, структура паренхимы диффузно неоднородная с множественными участками повышенной и средней эхогенности на фоне повышения общей эхогенности паренхимы с выраженным затиханием ультразвука в глубоких отделах. Сосудистый рисунок значительно изменен – на периферии органа печеночные вены не визуализируются, как бы «обрубленные» магистральные стволы печеночных вен, также имеется некоторая деформация средних стволов печеночных вен, что характерно при:

- циррозе печени

1293. У больного З., 35 лет, на УЗИ – поджелудочной железы 28x17x19 мм с неровным, четким контуром, неоднородной структуры – неравномерно уплотнена, также отмечается локальное расширение главного панкреатического протока, что характерно при:

- хроническом панкреатите

1294. У больного на ЭХОКГ выявилась дилатация всех отделов сердца, что характерно для ...

- Дилатационная кардиомиопатия



1295. У больного Р., 53 года, на УЗИ в ложе желчного пузыря определяется эхонегативное жидкостное образование с однородным содержимым, неровными контурами, без капсулы с эффектом дистального псевдоусиления, что характерно при:

- **послеоперационной сероме**

1296. У больного Т., 37 лет, на УЗИ левая почка увеличена 145x91 мм контуры ровные паренхима 26 мм утолщена, структура неоднородная, симптом выделяющихся пирамидок, подвижность почки резко ограничена уменьшение почечного синуса, что характерно при:

- **остром пиелонефрите**

1297. У больного ЭХОКГ выявлено расширение правого предсердия, однонаправленные движения кальцинированных створок трикуспидального клапана. Что характерно для ...

- **Трикуспидальный стеноз**

1298. У больной 5 лет, на ЭХОКГ определяется в области бифуркации легочной артерии «дополнительный сосуд», а также расширения легочной артерии, левого предсердия и желудочка. При доплерографии обнаружился в просвете легочной артерии систолический и диастолический потоки. Для какой патологии характерна эхо-картина?

- **Открытый артериальный проток (Баталлов проток)**

1299. У больной Г., 34 года, на УЗИ – в структуре печени гипэхогенные участки размером 80-150 мм в с неровными контурами, неоднородной структуры, с эффектом дистального псевдоусиления эхосигнала с медленным ростом, что характерно при:

- **кавернозной формы гемангиомы печени**

1300. У больной К., 37 лет, на УЗИ – селезенка увеличена, площадь = 62 см<sup>2</sup>, с ровными, четкими контурами, неоднородная – с наличием анэхогенного содержимого с эффектом дистального псевдоусиления, с неоднородным внутренним содержимым – перегородками, что характерно при:

- **абцессе селезенки**

1301. У больной М., 44 года, на УЗИ – увеличение правых и левых отделов печени, капсула дифференцируется менее отчетливо, закругление нижнего края. Эхогенность паренхимы печени повышена, неоднородность структуры в виде участков с неотчетливыми контурами, обеднение сосудистого рисунка что характерно при:

- **хроническом гепатите**

1302. У больной П., 46 лет на УЗИ определяется уменьшенный в размерах желчный пузырь несколько неправильной формы с неровными контурами, практически не содержащий свободной желчи, полость его эхографически представлена гиперэхогенной линией неправильной формы с интенсивной акустической тенью, которая по размерам сопоставима с размером желчного пузыря. Стенки утолщены до 10-14 мм, что характерно при:

- **сморщивании желчного пузыря**

1303. У пациента 19 лет при ЭХОКГ определяется уменьшение открытия створок митрального клапана в диастолу с увеличением скорости трансмитрального диастолического потока, что характерно для ...

- **Митральный стеноз**

1304. У пациента на ЭХОКГ из супрастернального доступа по длинной оси лоцируется локальное сужение диаметра аорты, при доплеркардиографии определяется повышенный градиент давления в месте сужения аорты, что характерно для ...

- **Коарктация аорты**

