

Тестовый контроль по специальности
“Ультразвуковая диагностика”
все категории

1. Основными задачами поликлиники являются все выше перечисленные кроме
 - А. Медицинской помощи больному на дому;
 - Б. Лечебно-диагностического обслуживания населения;
 - В. Организация работы по пропаганде здорового образа жизни;
 - Г. Профилактической работы;
 - Д. Экспертизы временной нетрудоспособности.

2. Существуют различия между трудовым договором и договором контрактом:
 - А. Да;
 - Б. Нет.

3. Процесс на котором основано применение ультразвука-это:
 - А. Визуализация органов и тканей на экране прибора;
 - Б. Взаимодействие ультразвука с тканями тела человека;
 - В. Приём отраженных сигналов;
 - Г. Распространение ультразвуковых волн;
 - Д. Серошкальное представление изображения на экране прибора.

4. Дистальное псевдоусиление эха вызывается:
 - А. Сильно отражающей структурой;
 - Б. Сильно поглощающей структурой;
 - В. Слабо поглощающей структурой;
 - Г. Ошибкой в определении скорости;
 - Д. Преломлением.

5. Анатомически в печени выделяют:
 - А. 6 сегментов;
 - Б. 8 сегментов;
 - В. 7 сегментов;
 - Г. 5 сегментов;
 - Д. 4 сегмента.

6. Максимальная величина угла нижнего края левой доли нормальной печени при ультразвуковом исследовании не превышает:
 - А. 50;
 - Б. 80;
 - В. 45;
 - Г. 40;
 - Д. 75.

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

- А. Эхогенность не изменена сосудистый рисунок чёткий;
- Б. Эхогенность понижена сосудистый рисунок обеднён;
- В. Чёткая визуализация сосудистого рисунка, эхогенность смешанная;
- Г. Обеднение сосудистого рисунка и повышение эхогенности паренхимы печени;
- Д. Воротная вена не изменена эхогенность смешанная.

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

- А. Выявление диффузно-очаговой недостаточности паренхимы печени с нарушением структуры и деформацией сосудистого рисунка;
- Б. Увеличение размеров угла нижнего края обеих долей печени;
- В. Сохранение структуры паренхимы и структуры сосудистого рисунка печени на фоне повышения эхогенности;
- Г. Выявление диффузно-очаговой недостаточности паренхимы печени;
- Д. Выявление отдельных участков повышенной эхогенности в паренхиме печени.

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

- А. Размеры печени не увеличены, сосудистый рисунок обеднён;
- Б. Деформация печёночных вен 1,5-2-х кратное уменьшение размеров печени;
- В. Расширение и деформация печёночных вен, увеличение размеров печени;
- Г. Расширение и деформация воротной вены;
- Д. Расширение желчных протоков.

10. При ультразвуковом исследовании размеры печени на ранних стадиях цирроза:

- А. В пределах нормы;
- Б. Уменьшены;
- В. Значительно уменьшены;
- Г. Увеличены.

11. При классической картине цирроза в ультразвуковой картине печени:

- А. Контуры ровные, края острые;
- Б. Контуры неровные, бугристые края тупые;
- В. Контуры ровные, края закруглены;
- Г. Контуры неровные, зубчатые; края острые ;
- Д. Контуры ровные, гладкие; края тупые.

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

- А. Контуры бугристые, края острые;
- Б. Контуры неровные, края тупые;
- В. Контуры ровные, края закруглены;
- Г. Контуры бугристые, края закруглены ;
- Д. Контуры ровные, края острые.

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

- А. Эффект дистального псевдоусиления;
- Б. Эффект дистального ослабления;
- В. Деформация сосудистого рисунка печени;
- Г. Нарушение контура печени ;
- Д. Нарушение однородности структуры паренхимы.

14. Эхографическую картину капиллярной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с:

- А. Очаговым фиброзом печени;
- Б. Очаговой формой жировой инфильтрации печени;
- В. Метастатическим поражением печени;
- Г. Первичным раком печени;
- Д. Верно все перечисленное;
- Е. Ни с одним перечисленным;

15. Эхографическую картину кавернозной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с:

- А. Кистами печени;
- Б. Эхинококкозом и альвеококкозом печени;
- В. Метастатическим поражением печени;
- Г. Первичным раком печени;
- Д. Верно все перечисленное;
- Е. Ни с одним перечисленным.

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

- А. Неправильно настроенном ультразвуковом приборе;
- Б. Наличии диффузного поражения печени;
- В. Наличии очагового поражения печени ;
- Г. Употреблении в пищу адсорбентов ;
- Д. Неподготовленности пациента к исследованию.

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

- А. Увеличение размеров печени и селезенки с расширением воротной вены;

- Б. Уменьшение размеров печени при увеличенной селезенке с нормальным состоянием воротной вены;
- В. Нормальное состояние печени при увеличении селезенки и уменьшением просвета воротной вены ;
- Г. Увеличение левой доли печени и селезенки с повышением их эхогенности.

18. Эхографическая диагностика кист печени основывается на:

- А. определении округлых гипоэхогенных образований с четкими контурами, располагающимися в паренхиме печени ;
- Б. Определении солидных структур в паренхиме печени ;
- В. Определении неоднородных образований полиморфной эхоструктуры с четкими контурами;
- Г. Определении инфильтративных изменений с различной степенью плотности

19. Гемангиомы в ультразвуковом изображении характеризуются:

- А. определением одиночных или множественных округлых гиперэхогенных образований с мелкозернистой эхоструктурой ;
- Б. Определением одиночных гипоэхогенных кистозных образований;
- В. Определением неоднородных, преимущественно солидных образований паренхимы печени ;
- Г. Увеличением размеров печени без изменения ее структуры.

20. Эхинококковая киста печени в ультразвуковом изображении характеризуются:

- А. Определением округлой инкапсулированной кисты с пристеночным образованием;
- Б. Определением солидного образования печени;
- В. неоднородным образованием печени ;
- Г. Увеличением спазмов печени .

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

- А. Выявляется полость с неоднородным содержимым и часто неровными контурами ;
- Б. В полости определяется наличие жидкого и густого содержимого, часто с образованием уровня ;
- В. Часто в полости абсцесса выявляются пузырьки газа ;
- Г. В большинстве случаев визуализируется тонкостенная гиперэхогенная капсула;
- Д. В окружающей паренхиме печени часто визуализируется неоднородный ободок повышенной эхогенности, неравномерной толщины;
- Е. Верно А, Б и Г;
- Ж. Верно все, кроме В;.

22. Подпеченочный абсцесс визуализируется:

- А. Между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы ;
- Б. Между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки;
- В. Под висцеральной поверхностью печени ;
- Г. В любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы;
- Д. Между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы ;
- Е. Под висцеральной поверхностью печени и селезенки .

23. Поликистоз печени часто сочетается с поликистозом:

- А. Почек;
- Б. Поджелудочной железы ;
- В. Селезенки ;
- Г. Яичников;
- Д. Верно А и Б ;
- Е. Верно А и Г;

24. К внутрипеченочным желчевыводящим протокам относятся:

- А. Общий желчный проток ;
- Б. Долевые, сегментарные, субсегментарные протоки ;
- В. Общий печеночный проток ;
- Г. Субсегментарные, сегментарные, долевые протоки и проток желчного пузыря;
- Д. Общий желчный проток, проток желчного пузыря.

25. В стандартных условиях желчный конкремент визуализируется как:

- А. Инкапсулированная структура;
- Б. Солидное образование ;
- В. Гиперэхогенная криволинейная структура ;
- Г. Структура, не дающая отражения;
- Д. Гиперэхогенное солидное образование ;

26. Для эхографической картины острого холецистита характерно:

- А. Локальное выбухание стенки желчного пузыря;
- Б. Неравномерный характер поражения стенки желчного пузыря;
- В. Рубцовая деформация полости желчного пузыря;
- Г. Истончение стенки желчного пузыря;
- Д. Расширение внутрипеченочных протоков

27. При ультразвуковом исследовании признаком инвазивного роста опухоли является:

- А. Анэхогенный ободок;
- Б. Нечеткость границ;
- В. Резкая неоднородность структуры опухоли ;

- Г. Анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования;
- Д. Зоны кальцинации в опухоли.

28. Ультразвуковым признаком острого холецистита НЕ является:

- А. Увеличение размеров пузыря ;
- Б. Нечеткость либо неровность контуров ;
- В. Неоднородность структуры стенок (может быть “трехслойной” или слоистой) ;
- Г. Значительно повышенная звукопроводимость полости;
- Д. Структура полости однородная, либо неоднородная; эхогенность стенок смешанная, либо повышена.

29. К ультразвуковым признакам полипоза желчного пузыря НЕ относятся:

- А. Наличие объемного образования или нескольких образований в полости желчного пузыря ;
- Б. Пристеночное расположение в полости желчного пузыря;
- В. Неоднородность структуры ;
- Г. Смещаемость при изменении положения тела, выявление акустической тени;
- Д. Эхогенность либо сопоставима с паренхимой печени, либо превышает, либо смешанная.

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

- А. Нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость;
- Б. Нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью ;
- В. Часто увеличенные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью ;
- Г. Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками) однородная или с эхогенной взвесью полость;
- Д. Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная, неоднородная стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость
- Е. Значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка иногда тонкая, повышенной эхогенности, иногда – незначительно утолщенная; полость с эхогенной желчью;

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

- А. Нормальные размеры желчного пузыря, однослойная стенка, толщиной 2-3 мм, однородная эхонегативная полость;

- Б. Нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая – до 0,5-1,5 мм - гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью ;
- В. Часто увеличенные размеры желчного пузыря, утолщенная до 3,5-5мм неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью ;
- Г. Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная – более 4-5мм, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками) однородная или с эхогенной взвесью полость;
- Д. Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная - более 4-5мм, неоднородная, иногда слоистая стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость;
- Е. Значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка повышенной эхогенности, иногда – незначительно утолщенная; полость с эхогенной желчью..

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

- А. Нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая – до 2-3 мм стенка, однородная эхонегативная полость;
- Б. Нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая – до 0,5-1,5 мм - гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью ;
- В. Различные размеры желчного пузыря, утолщенная более 3,5-4мм неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью ;
- Г. Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная – более 4-5мм, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками) однородная или с эхогенной взвесью полость;
- Д. Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная неоднородная, иногда слоистая стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость;
- Е. Значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка чаще тонкая, повышенной эхогенности; полость с эхогенной желчью.;

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

- А. Нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость;
- Б. Нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью ;
- В. Различные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью ;
- Г. Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная, неоднородная, иногда слоистая - с гипоехогенными участками - стенка

умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость;

Д. Значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка иногда тонкая, повышенной эхогенности; полость с эхогенной желчью.

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

А. Нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость;

Б. Нормальные размеры желчного пузыря, неоднородная гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью;

В. Различные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью;

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

Д. Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная неоднородная, иногда слоистая стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость;

Е. Значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка иногда тонкая, повышенной эхогенности, иногда утолщенная; полость с эхогенной желчью..

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

А. Наличие сообщений между полостью желчного пузыря и жидкостной структурой рядом;

Б. Отсутствие сообщений между полостью желчного пузыря и жидкостной структурой рядом;

В. Выявление взвешанных частиц в полости дивертикула.

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

А. Образование средней эхогенности, с достаточно однородной внутренней структурой, медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента ;

Б. Образование средней эхогенности, с достаточно однородной внутренней структурой, не перемещающееся при изменениях положения тела пациента;

В. образование смешанной эхогенности, с выражено неоднородной внутренней структурой, медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента ;

Г. Образование смешанной эхогенности, с выражено неоднородной внутренней структурой, не перемещающееся при изменениях положения тела пациента;

Д. Верно А и В;

Е. Верно Б и Г;

37. Конкременты желчного пузыря при ультразвуковом исследовании определяются как:

- А. Гиперэхогенные округлые образования с четким контуром и акустической тенью ;
- Б. Гипоэхогенные образования ;
- В. Многокамерные неоднородные эхоструктуры ;
- Г. Образования с четким контуром, деформирующие контуры желчного пузыря;

38. К прямым эхографическим признакам панкреонекроза не относится:

- А. Увеличение размеров железы ;
- Б. Неровность и нечеткость контуров железы;
- В. Наличие выпота в сальниковой сумке;
- Г. Чередование гипер-, изо-, гипо- и анэхогенных участков железы;
- Д. Появление и развитие кист железы.

39. Укажите основные эхографические признаки рака головки поджелудочной железы:

- А. Контуров неровные, локальное увеличение железы ;
- Б. Выявление очагового поражения головки железы ;
- В. Эхоструктура головки неоднородная;
- Г. Смещение и сдавление сосудов;
- Д. Внепеченочный холестаза, метастазы в печень;
- Е. Верно все перечисленное.
- Ж. Верно Б, Г и Д..

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

- А. Сохранение размеров поджелудочной железы, понижение эхогенности, однородность структуры и четкость контуров;
- Б. Увеличение размеров, понижение эхогенности, нарушение однородности эхогенности и изменение контуров ;
- В. Невозможность определения контуров поджелудочной железы и повышение ее эхогенности;
- Г. Увеличение размеров, повышение эхогенности и подчеркнутость контуров поджелудочной железы
- Д. Отсутствие характерных признаков.

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

- А. Возраст пациента старше 50 лет;
- Б. Наличие любого из признаков диффузных изменений паренхимы;

В. Наличие неоднородности паренхимы, неровности контуров, повышения эхогенности, изменение размеров;

Г. Все неверно.

42. Повышение эхогенности паренхимы поджелудочной железы является:

А. Специфическим признаком, выявляемым при портальной гипертензии ;

Б. Специфическим признаком, выявляемым при хроническом панкреатите;

В. Специфическим признаком, выявляемым при остром панкреатите ;

Г. Специфическим признаком, выявляемым при панкреонекрозе;

Д. Специфическим признаком, выявляемым при различной патологии.

43. Опухолевые поражения поджелудочной железы чаще всего встречаются:

А. В головке поджелудочной железы;

Б. В теле поджелудочной железы;

В. В хвосте поджелудочной железы;

Г. В области фатерова соска.

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

А. Значительно превышает эхогенность паренхимы печени;

Б. Превышает эхогенность паренхимы печени;

В. Сопоставима с эхогенностью паренхимы печени;

Г. Ниже эхогенности паренхимы печени .

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

А. Выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы поджелудочной железы;

Б. Увеличение толщины сальника;

В. Сохранение структуры паренхимы поджелудочной железы на фоне повышения ее эхогенности ;

Г. Выявление четко очерченной очаговой пятнистости паренхимы поджелудочной железы;

Д. Выявление отдельных участков повышенной эхогенности паренхимы поджелудочной железы.

46. Для абсцесса поджелудочной железы в острую фазу НЕ характерен следующий эхографический признак:

А. Выявление полости с неоднородным содержимым и часто неровными контурами;

Б. Выявление в полости жидкого и густого содержимого, часто со взвешанными частицами;

В. Выявление в полости гиперэхогенных включений;

Г. Визуализация тонкостенной гипеэхогенной капсулы;

Д. Визуализация вокруг полости зоны повышенной эхогенности, неравномерной толщины;
Е. Верно А, Б и Д..

47. Так называемый “калькулезный панкреатит”:

- А. Развивается из-за обструкции общего соустья холедоха и вирсунгова протока желчным камнем;
- Б. Сопровождается формированием кальцификатов в протоковой системе поджелудочной железы на фоне частых обострений, особенно при злоупотреблении алкоголем;
- В. Является синонимом острого панкреатита или обострения хронического панкреатита при наличии желчекаменной болезни;
- Г. Является названием хронического воспалительного процесса поджелудочной железы, приводящего к образованию конкрементов в желчном пузыре.

48. Эхографически острый спленит характеризуется:

- А. Увеличением селезенки, округлением ее концов, сохранением однородной мелкозернистости, снижением эхогенности;
- Б. Увеличением селезенки, заострением ее концов, сохранением однородной мелкозернистости, повышением эхогенности;
- В. Увеличением селезенки, округлением ее концов, неоднородной структурой, повышением эхогенности;
- Г. Увеличением селезенки, заострением ее концов, неоднородной структурой, снижением эхогенности.

49. Эхографически хронический спленит характеризуется:

- А. Увеличением селезенки, снижением эхогенности;
- Б. Увеличением селезенки, заострением ее концов, повышением эхогенности;
- В. Увеличением селезенки, округлением ее концов, повышением эхогенности;
- Г. Увеличением селезенки, повышением эхогенности..

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

- А. 1мм;
- Б. 2 мм;
- В. 4мм;
- Г. 6 мм;
- Д. 8 мм

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

- А. О наличии песка в чашечно-лоханочной системе;
- Б. Об уплотнении чашечно-лоханочных структур;
- В. О наличии мелких конкрементов в почке ;
- Г. О кальцинозе сосочков пирамид;

Д. Данные эхографические признаки не являются патогномичными признаками какой-либо определенной нозологии;

52. Ультразвуковой симптом инвазивного роста опухоли:

- А. Энэхогенный ободок;
- Б. Нечеткость границ;
- В. Резкая неоднородность структуры опухоли ;
- Г. Анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования;
- Д. Зоны кальцинации в опухоли.

53. Ангиомиолипома при ультразвуковом исследовании – это:

- А. Высокой эхогенности солидное образование с четкой границей, небольшим задним ослаблением в проекции синуса или паренхимы ;
- Б. Изоэхогенное солидное образование с анэхогенным ободком в проекции паренхимы почки без дорсального усиления или ослабления;
- В. Сольное образование резко неоднородной структуры, с множественными некротическими полостями ;
- Г. Анэхогенное образование без дистального усиления;
- Д. Смешанное по эхогенности образование с дистальным усилением;

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

- А. Цистаденокарцинома почки;
- Б. Почечноклеточный рак;
- В. Онкоцитомы почки;
- Г. Ангиома почки;
- Д. Гемангиомиолипома почки.

55. Местом излюбленной локализации гипернефром являются:

- А. Передняя губа почки ;
- Б. Латеральный край почки;
- В. Полюса почки;
- Г. Почечный синус;
- Д. Ворота почки;

56. Эхографической особенностью кист почечного синуса является:

- А. Полость их гипоэхогенна ;
- Б. За ними не определяется дорсального усиления;
- В. Они имеют форму дилатированной чашечки, лоханки;
- Г. Стенки кисты неравномерно утолщены;
- Д. В полости кист определяется внутренняя эхоструктура;

57. Гипоплазированная почка при ультразвуковом исследовании это:

- А. Почка меньших, чем в норме, размеров, с нормальными по толщине и структуре паренхимой и почечным синусом;
- Б. Почка, не поднимавшаяся в процессе эмбриогенеза до обычного уровня;

В. Почка маленьких размеров, с резко нарушенной дифференциацией “паренхима-почечный синус”;

Г. Сращение почки нижним полюсом с конрлатеральной почкой;

Д. Почка, ротированная кпереди воротами, с нарушенными взаимоотношениями сосудов и мочеточников.

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

А. Нарушено;

Б. Не нарушено;

В. Нарушено при наличии нефрокальциноза;

Г. Нарушено в сторону уменьшения значения соотношения;

Д. Нарушено при присоединении хронического пиелонефрита;

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

А. Маленькие размеры мультикистозной почки;

Б. Хроническая почечная недостаточность при поликистозе;

В. Бобовидная форма мультикистозной почки;

Г. Характерное расположение нескольких кистозных полостей вокруг одной, большей по диаметру, центально расположенной;

Д. Присоединение нефрокальциноза.

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

А. Синдрома “выделяющихся пирамидок”;

Б. Понижение эхогенности и утолщение паренхимы;

В. Диффузного утолщения и повышения эхогенности паренхимы;

Г. Пиелозктазии;

Д. Верно А и Б.

61. Ультразвуковыми признаками карбункула почки являются:

А. Анэхогенная зона овально-вытянутой формы в почечном синусе;

Б. Анэхогенная зона неправильной формы в паренхиме с толстой капсулой;

В. Гиперэхогенная зона с четкой границей, либо – гипозэхогенная зона с нечеткой границей;

Г. Диффузная неоднородность паренхимы, снижение эхогенности почечного синуса;

Д. Синдром “выделяющихся пирамидок”.

62. Острый гломерулонефрит при ультразвуковом исследовании чаще:

А. Дает 2-х стороннее увеличение почек с оттенком паренхимы, снижением эхогенности паренхимы;

Б. Не дает ультразвуковых изменений;

В. Дает уменьшение почек с двух сторон с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы;

Г. Дает появление синдрома “выделяющихся пирамидок”;
Д. Верно Б и Г.

63. Хронический гломерулонефрит без признаков хронической почечной недостаточности при ультразвуковом исследовании

- А. Дает 2-х стороннее увеличение почек с оттенком паренхимы, снижением эхогенности паренхимы;
- Б. Не дает ультразвуковых изменений;
- В. Дает уменьшение почек с двух сторон с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы;
- Г. Верно А и В ;
- Д. Верно Б и В.

64. Паранефрит лучше выявляется с помощью:

- А. Ультразвукового исследования;
- Б. Внутривенной урографии;
- В. Компьютерной томографии;
- Г. Нефросцинтиграфии;
- Д. Верно А и В.

65. Для туберкулезного поражения почки характерны:

- А. Множественные петрификаты в паренхиме расширение и деформация чашечек.ю кистозные массы с толстой.ю неровной стенкой.;
- Б. Почки представлены неоднородной солидно-кистозной структурой с чередованием гипоэхогенных и анэхогенных зон без дифференциации «паренхима-почечный синус»;
- В. Синдром гипоэхогенных пирамид;
- Г. Утолщение паренхимы.ю повышение эхогенности пирамид;
- Д. Верно А и Б.

66. Нефросклероз при хроническом пиелонефрите чаще:

- А. Симметричен;
- Б. Ассиметричен;
- В. Сопровождается понижением эхогенности паренхимы;
- Г. Сопровождается гидронефротической трансформацией почек;
- Д. Сопровождается резким увеличением размеров почек и повышением эхогенности почечного синуса;

67. Нефросклероз при хроническом гломерулонефрите чаще:

- А. Симметричен;
- Б. Ассиметричен;
- В. Сопровождается понижением эхогенности паренхимы;
- Г. Сопровождается гидронефротической трансформацией почек;
- Д. Сопровождается резким увеличением размеров почек и повышением эхогенности почечного синуса.

68. Для хронического простатита при ультразвуковом исследовании характерно:

- А. Снижение эхогенности всей железы с нарушением дифференциации внутренней и наружной части железы;
- Б. Преимущественный рост центральной зоны со сдавлением и атрофией периферической зоны;
- В. Повышение эхогенности железы, зоны петрификации, неоднородность структуры;
- Г. “изъеденность” контура предстательной железы;
- Д. Верно В и Г;

69. Визуализация эмбриона при трансабдоминальном исследовании нормально протекающей беременности обязательно:

- А. С 5-ти недель ;
- Б. С 7-ми недель;
- В. С 9-ти недель.

70. Ультразвуковая диагностика неполного аборта основывается на выявлении:

- А. Расширенной полости матки и наличием в ней неоднородных эхоструктур;
- Б. Пролабирование плодного яйца;
- В. Отсутствие эмбриона в плодном яйце;
- Г. Значительного увеличения диаметра внутреннего зева.

71. В норме сердце эмбриона в 12 недель:

- А. 2-х камерное;
- Б. 3-х камерное;
- В. 4-х камерное.

72. Эхографические признаки “лимона” и “банана” характерны для:

- А. Наружной гидроцефалии;
- Б. Расщепления позвоночника;
- В. Черепно-мозговой грыжи;
- Г. Микроцефалии;
- Д. Порэнцефалии.

73. Для скелетных дисплазий при ультразвуковом исследовании НЕ характерно:

- А. Уменьшение размеров костей конечностей;
- Б. Гипоплазия грудной клетки;
- В. Уменьшение размеров живота;
- Г. Снижение двигательной активности плода;
- Д. Изменение эхогенности костей.

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

- А. Гипоэхогенных образований;
- Б. Гиперэхогенных образований;
- В. Анэхогенных образований;
- Г. Образований средней эхогенности ;
- Д. Не визуализируются.

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

- А. 10 – 14 мм;
- Б. 12 – 15 мм;
- В. 14 – 16 мм;
- Г. 18 – 23 мм;
- Д. 25 – 32 мм.

76. Эхографическими признаками внутреннего эндометриоза являются:

- А. Эхонегативные кистозные включения в эндометрии;
- Б. Увеличение передне-заднего размера тела матки;
- В. Ассиметрия толщины передней и задней стенок матки;
- Г. Гиперэхогенный ободок вокруг кистозных включений в миометрии;
- Д. Верно все.

77. Характерным эхографическим признаком ретенционных кист яичников являются:

- А. Тонкая капсула;
- Б. Мелкосетчатое строение;
- В. Анэхогенное содержимое;
- Г. Исчезновение при динамическом наблюдении;
- Д. Верно все.

78. Отличительной особенностью муцинозных кистом являются:

- А. Папиллярные разрастания;
- Б. Множественные перегородки и эхопозитивная взвесь;
- В. Солидный компонент;
- Г. Однокамерное строение.

79. Ретромаммарное пространство определяется при ультразвуковом исследовании как:

- А. Гипоэхогенная зона;
- Б. Гиперэхогенная зона;
- В. Зона неоднородной эхоструктуры

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

- А. Многожелезистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы;
- Б. Многожелезистой ткани, определяемой в виде гиперэхогенного пласта в центре железы. Жировая ткань визуализируется в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов ;
- В. Многогипоэхогенной жировой клетчатки, железистая ткань определяется в виде небольших гиперэхогенных включений между жировой тканью;
- Г. Многожировой ткани в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов, а также в виде включений между железистой тканью; железистая ткань расположена в виде тонкой гиперэхогенной полосы в центре железы.

81. Фиброаденома молочной железы представляет собой при ультразвуковом исследовании:

- А. Гипоэхогенное образование с четкой фиброзной капсулой;
- Б. Гиперэхогенное образование без капсулы;
- В. Гиперэхогенное образование с дорсальным усилением.

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

- А. Вертикальная;
- Б. Горизонтальная;
- В. Смешанная;
- Г. Верно всё.

83. Для злокачественного образования в молочной железе при ультразвуковом исследовании характерна:

- А. Неоднородная внутренняя структура низкой эхогенности;
- Б. Однородная структура повышенной эхогенности;
- В. Однородная структура пониженной эхогенности.

84. Эхогенность неизменной щитовидной железы при ультразвуковом исследовании сопоставляют:

- А. С печенью;
- Б. С поджелудочной железой;
- В. С мышечной тканью.

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

- А. Тиреоидитах, раках, узловом зобе;
- Б. Раках щитовидной железы, узловом зобе;
- В. Амилоидозе щитовидной железы, тиреоидите, раке щитовидной железы.

86. Эхографически для злокачественных опухолей щитовидной железы более характерно:

- А. Гиперэхогенное образование;

- Б. Гипоэхогенное образование;
- В. Изоэхогенное образование;
- Г. Анэхогенное образование ;
- Д. Верно все перечисленное.

87. Лимфатическую систему составляют:

- А. Регионарные лимфатические узлы, лимфатические сосуды;
- Б. Регионарные лимфатические узлы, лимфатические сосуды, селезенка, миндалины, скопление лимфоидной ткани в жировой клетчатке;
- В. Регионарные лимфатические узлы, лимфатические сосуды, селезенка;

88. Ультразвуковым критерием в дифференциальном диагнозе доброкачественного и злокачественного поражения лимфатических узлов являются:

- А. Уменьшение их размеров;
- Б. Изменение их формы;
- В. Не верно.

89. Для оптимальной визуализации и оценки состояния митрального клапана при эхографическом исследовании служит:

- А. Парастервальная позиция – короткая ось на уровне корня аорты;
- Б. Супрастервальная короткая ось;
- В. Супрастервальная длинная ось;
- Г. Парастервальная - длинная ось левого желудочка;
- Д. Парастервальная - короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц.

90. Толщина стенок левого желудочка при гипертрофии небольшой степени составляет:

- А. 10-12 мм;
- Б. 12-14 мм;
- В. 14-16 мм;
- Г. 16-20 мм;
- Д. Более 20 мм.

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

- А. Гипокинезии;
- Б. Акинезии;
- В. Дискенезии.

92. Площадь митрального отверстия в норме составляет:

- А. 4 –6 см²;
- Б. 1,5 – 2см²;
- В. 2 –4 см²;

- Г. 1,0 см²;
- Д. Менее 1,0 см²;

93. Размеры межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в парастернальной позиции в конце диастолы на уровне концов створок митрального клапана в норме составляют:

- А. Более 14 мм;
- Б. Менее 5 мм;
- В. Не более 12 мм;
- Г. Более 12 мм.

94. При дискинезии миокарда выявляют следующий вариант движения стенок левого желудочка:

- А. Отсутствия сокращения;
- Б. Движение навстречу друг другу;
- В. Систолическое выбухание;
- Г. Верно всё.

95. При окклюзии почечной артерии:

- А. Отсутствует ультразвуковой сигнал в почечной артерии и регистрируется коллатеральный тип кровотока во внутрпочечных артериях;
- Б. Отношение пик – систолической скорости менее 3,5 без локального увеличения скорости кровотока;
- В. Отношение пик – систолической скорости более 3,5 в сочетании с локальным увеличением скорости кровотока;

96. В норме в сосуде при доплерографии регистрируется течение потока:

- А. Ламинарное;
- Б. Турбулентное;

97. В норме в брюшном отделе аорты определяется тип кровотока:

- А. Магистральный;
- Б. Магистрально-измененный;
- В. Коллатеральный.

98. Основное заболевание, с которым необходимо дифференцировать мультикистоз почек при ультразвуковом исследовании это:

- А. Поликистоз почек;
- Б. Губчатая почка;
- В. Гидронефроз;
- Г. Опухоль почки;
- Д. Поражение почек при системной красной волчанке;

99. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе:

- А. Центральной нервной системе;
- Б. Сердечно-сосудистой системе;
- В. Системе органов кроветворения;
- Г. Пищеварительной системе;
- Д. Иммунной системе.

100. Опасность, которую может представлять больной после внешнего гамма-облучения для медицинского персонала:

- А. От тела больного исходит гамма-излучение;
- Б. Больной выделяет с мочой радионуклиды;
- В. Никакую.

101. Кто имеет право подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?

- А) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
- Б) один из родителей;
- В) законный представитель гражданина;
- Г) медицинский работник;
- Д) все вышеперечисленные.

102. Какие виды экспертиз проводятся в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ?

- А) экспертиза временной нетрудоспособности;
- Б) экспертиза качества медицинской помощи;
- В) военно-врачебная экспертиза;
- Г) медико-социальная экспертиза;
- Д) экспертиза профессиональной пригодности;
- Е) экспертиза связи заболевания с профессией;
- Ж) судебно-медицинская;
- З) судебно-психиатрическая экспертиза;
- И) все вышеперечисленные.

103. Какие формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности определены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ?

- А) государственный контроль;
- Б) ведомственный контроль;
- В) внутренний контроль;
- Г) все вышеперечисленные.

104. Как часто может гражданин выбрать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

- А) не чаще чем два раза в год;

- Б) не чаще чем один раз в год;
- В) не чаще одного раза в 2 года.

105. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

- А) пациент и его законный представитель;
- Б) родственники;
- В) работодатели.

106. Укажите основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- А) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- Б) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- В) приоритет охраны здоровья детей;
- Г) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- Д) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- Е) доступность и качество медицинской помощи;
- Ж) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- З) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- И) соблюдение врачебной тайны;
- К) всё вышеперечисленное.

107. При каких процедурах возможно заражение пациента ВИЧ-инфекцией:

- А. Переливание крови и ее компонентов;
- Б. Трансплантация органов и тканей;
- В. в/м инъекция одноразовым шприцем;
- Г. физиотерапевтические процедуры;
- Д. любая парентеральная процедура, при которой произошел несчастный случай с повреждением кожи или слизистой;
- Е. фиброгастроскопия;
- Ж. визуальный осмотр.

108. Действие медработника в случае попадания крови на слизистую глаза:

- А. Обработать 20% раствором сульфацила;
- Б. Промыть большим количеством воды.

109. Анонимное обследование на ВИЧ – инфекцию проводится в следующих случаях :

- А. По желанию пациента;
- Б. При отсутствии у пациента документов удостоверяющих личность;

1. При обследовании пациента при получении сертификата об отсутствии ВИЧ - инфекции.
110. Причинами ложноотрицательных результатов на ВИЧ-инфекцию являются:
 - А. Обследование пациента в период «серонегативного окна»
 - Б. Несвоевременная доставка пробы биоматериала в лабораторию;
 - В. Наличие у пациента туберкулеза, сифилиса;
 - Г. Инфицированность пациента вирусными гепатитами.
111. Риск заражения ВИЧ-инфекцией при переливании инфицированной крови:
 - А. Приближается к 100%;
 - Б. 30-50%;
 - В. Отсутствует;
 - Г. 3-5%.
112. Вы узнали о диагнозе ВИЧ-инфекция у вашего пациента ваши действия:
 - А. Сообщите своим коллегам о диагнозе;
 - Б. Примете все меры предосторожности при обслуживании вами больного;
 - В. Сделаете отметку в истории болезни или амбулаторной карте о данном диагнозе;
 - Г. Прежде, чем обслуживать больного, сообщите о нем в администрацию ЛПУ, получите разрешение на его обслуживание.
113. Подлежат ли обследованию на антитела к ВИЧ лица с инфекциями, обусловленными вирусом простого герпеса:
 - А. генитальный герпес;
 - Б. с хроническими, рецидивирующими формами заболевания;
 - В. с острой локализованной формой;
 - Г. не подлежат.
114. Выберите, где есть риск заражения ВИЧ-инфекцией:
 - А. Повторном использовании одноразового гинекологического зеркала без стерилизации;
 - Б. Однократном использовании одноразового шприца и иглы;
 - В. Повторном использовании одноразового шприца несколькими пациентами, меняя только инъекционные иглы;
 - Г. При проведении бронхоскопии, ФГС.
115. Действие медработника в случае попадания крови в рот:
 - А. Прополоскать большим количеством воды, затем прополоскать 70* этиловым спиртом;
 - Б. Прополоскать 70* спиртом;
 - В. Прополоскать 0,05% раствором перманганата калия.
116. Подлежат ли обследованию на ВИЧ- лица с:
 - А. Глубокими микозами;
 - Б. Дизентерией;

- В. Рецидивирующим опоясывающим лишаем у лиц моложе 60 лет;
- Г. Нейродермитом;
- Д. Гриппом;
- Е. Анемией.