

Ультразвуковая диагностика (ВО) Вторая категория

1. 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

2. Дистальное псевдоусиление эха вызывается:

- а) сильно отражающей структурой
- б) сильно поглощающей структурой
- в) слабо поглощающей структурой
- г) ошибкой в определении скорости

3. Анатомически в печени выделяют:

- а) 6 сегментов
- б) 8 сегментов
- в) 7 сегментов
- г) 5 сегментов

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

- а) 50
- б) 80
- в) 45
- г) 40

5. 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

6. 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

7. 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

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

- а) в пределах нормы
- б) уменьшены
- в) значительно уменьшены
- г) увеличены

9. 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

10. 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

11. 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

12. Эхографическую картину капиллярной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с:

- а) очаговым фиброзом печени
- б) очаговой формой жировой инфильтрации печени
- в) метастатическим поражением печени
- г) всем перечисленным

13. Эхографическую картину кавернозной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с:

- а) кистами печени
- б) эхинококкозом и альвеококкозом печени
- в) метастатическим поражением печени, первичным раком печени
- г) всем перечисленным

14. 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

15. 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

16. 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

17. 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

18. 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 размеров печени

19. 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

20. 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

21. Поликистоз печени часто сочетается с поликистозом:

- а) почек, поджелудочной железы
- б) легких
- в) селезенки
- г) яичников

22. К внутрипеченочным желчевыводящим протокам относятся:

- а) общий желчный проток
- б) долевыe, сегментарные, субсегментарные протоки
- в) общий печеночный проток
- г) субсегментарные, сегментарные, долевыe протоки и проток желчного пузыря

23. В стандартных условиях желчный конкремент визуализируется как:

- а) инкапсулированная структура
- б) солидное образование
- в) гиперэхогенная криволинейная структура
- г) структура, не дающая отражения

24. 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

25. 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

26. 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

27. 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

28. 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

29. 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

30. 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

31. 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

32. 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) значительное увеличение размеров желчного пузыря; стенка иногда тонкая, иногда утолщена повышенной эхогенности, полость с эхогенной взвесью

33. 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
- г) увеличение желчного пузыря

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

- а) образование средней эхогенности, с достаточно однородной или неоднородной 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 гиперэхогенное, с акустической тенью, медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента
- г) образование смешанной эхогенности, с выражено неоднородной внутренней структурой, не перемещающееся при изменениях положения тела пациента

35. Конкременты желчного пузыря при ультразвуковом исследовании определяются как:

- а) гиперэхогенные округлые образования с четким контуром и акустической тенью
- б) гипозэхогенные образования
- в) многокамерные неоднородные эхоструктуры
- г) образования с четким контуром, деформирующие контуры желчного пузыря

36. 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

37. Укажите основные эхографические признаки рака головки поджелудочной железы:

- а) контуры неровные, локальное увеличение железы
- б) выявление очагового поражения головки железы. смещение и сдавление сосудов

в) эхоструктура головки неоднородная

г) все перечисленное

38. 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

39. 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

40. 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 различной патологии

41. 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

42. 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

43. 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

44. 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

45. 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

46. 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

47. 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

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

а) 1 мм

б) 2 мм

в) 4 мм

г) 6 мм

49. 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) данные эхографические признаки не являются патогномичными признаками какой-либо определенной патологии

50. 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

51. 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) солидное образование резко неоднородной структуры, с множественными некротическими полостями
- г) анэхогенное образование без дистального усиления

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

- а) цстаденокарцинома почки
- б) почечноклеточный рак
- в) онкоцитомы почки
- г) ангиома почки

53. Местом излюбленной локализации гипернефромы являются:

- а) передняя губа почки
- б) латеральный край почки
- в) полюса почки
- г) почечный синус

54. 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

55. 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

56. 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

57. 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, центрально расположенной

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

- а) синдрома “выделяющихся пирамидок” понижение эхогенности и утолщение паренхимы
- б) наличие конкрементов
- в) диффузного утолщения и повышения эхогенности паренхимы
- г) пиелозктазии

59. 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

60. Острый гломерулонефрит при ультразвуковом исследовании чаще:

- а) дает 2-х стороннее увеличение почек с оттенком паренхимы, снижением эхогенности паренхимы
- б) не дает ультразвуковых изменений. может дать появление синдрома “выделяющихся пирамидок”
- в) дает уменьшение почек с двух сторон с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы
- г) дает появление синдрома “выделяющихся пирамидок”

61. 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) пиелюктазия

62. Паранефрит лучше выявляется с помощью:

а) ультразвукового исследования

б) внутривенной урографии

в) компьютерной томографии

г) нефросцинтиграфии

63. Для туберкулезного поражения почки характерны:

а) множественные петрификаты в паренхиме расширение и деформация чашечек, кистозные массы с толстой, неровной стенкой

б) почки представлены неоднородной солидно-кистозной структурой с чередованием гипозоногенных и анэзоногенных зон без дифференциации «паренхима-почечный синус»

в) синдром гипозоногенных пирамид

г) утолщение паренхимы, повышение эхогенности пирамид

64. Нефросклероз при хроническом пиелонефрите чаще:

а) симметричен

б) ассиметричен

в) сопровождается понижением эхогенности паренхимы

г) сопровождается гидронефротической трансформацией почек

65. Нефросклероз при хроническом гломерулонефрите чаще:

а) симметричен

б) ассиметричен

в) сопровождается понижением эхогенности паренхимы

г) сопровождается гидронефротической трансформацией почек

66. 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

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

- а) с 5-ти недель
- б) с 7-ми недель
- в) с 9-ти недель
- г) с трех недель

68. 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

69. В норме сердце эмбриона в 12 недель:

- а) 2-х камерное
- б) 3-х камерное
- в) 4-х камерное
- г) не визуализируется

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

- а) наружной гидроцефалии
- б) расщепления позвоночника
- в) черепно-мозговой грыжи
- г) микроцефалии

71. 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

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

- а) гипоэхогенных образований
- б) гиперэхогенных образований
- в) анэхогенных образований
- г) не визуализируются

73. 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

74. Эхографическими признаками внутреннего эндометриоза являются:

- а) эхонегативные кистозные включения в эндометрии гиперэхогенный ободок вокруг кистозных включений в миометрии
- б) увеличение передне-заднего размера тела матки
- в) асимметрия толщины передней и задней стенок матки
- г) верно все

75. Характерным эхографическим признаком ретенционных кист яичников являются:

- а) тонкая капсула анэхогенное содержимое
- б) мелкосетчатое строение
- в) исчезновение при динамическом наблюдении
- г) верно все

76. Отличительной особенностью муцинозных кистом являются:

- а) папиллярные разрастания

- б) множественные перегородки и эхопозитивная взвесь
- в) солидный компонент
- г) однокамерное строение

77. Ретромаммарное пространство определяется при ультразвуковом исследовании как:

- а) гипоэхогенная зона
- б) гиперэхогенная зона
- в) зона неоднородной эхоструктуры
- г) не визуализируется

78. 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

79. 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
- г) анэхогенное образование с тонкой капсулой

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

- а) вертикальная
- б) горизонтальная
- в) смешанная

г) верно всё

81. 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
- г) дорсальное усиление

82. Эхогенность неизменной щитовидной железы при ультразвуковом исследовании сопоставляют:

- а) с печенью
- б) с поджелудочной железой
- в) с мышечной тканью
- г) с сосудами

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

- а) тиреоидитах
- б) раках щитовидной железы, узловом зобе
- в) амилоидозе щитовидной железы
- г) возрастных изменениях

84. Эхографически для злокачественных опухолей щитовидной железы более характерно:

- а) гиперэхогенное образование
- б) гипозэхогенное образование анэхогенное образование
- в) изоэхогенное образование
- г) верно все

85. 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

г) региональные лимфатические узлы

86. Ультразвуковым критерием злокачественного поражения лимфатических узлов являются:

- а) увеличение их размеров
- б) изменение их формы
- в) изменение дифференцировки
- г) верно все

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

- а) парастернальная позиция – короткая ось на уровне корня аорты
- б) супрастернальная короткая ось
- в) супрастернальная длинная ось
- г) парастернальная - длинная ось левого желудочка

88. 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

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

- а) гипокинезии
- б) акинезии
- в) дискинезии
- г) нормокинезия

90. Площадь митрального отверстия в норме составляет:

- а) 4 – 6 см²
- б) 1,5 – 2 см²
- в) 2 – 4 см²

г) 1,0 см²

91. 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

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

- а) отсутствия сокращения
- б) движение навстречу друг другу
- в) систолическое выбухание
- г) верно всё

93. Основное заболевание, с которым необходимо дифференцировать поликистозы почек при ультразвуковом исследовании, - это:

- а) мультикистоз почек
- б) губчатая почка
- в) гидронефроз
- г) опухоль почки

94. 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

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

- а) полумесяц
- б) изогнутая гантель

в) бабочка

г) подкова

96. Солитарные кисты молочной железы при ультразвуковом исследовании:

а) всегда округлой формы с дорсальным усилением;

б) могут иметь неправильную форму с дорсальным усилением

в) могут быть неправильной формы и иметь нечеткие контуры

г) имеют округлую форму, без дорсального усиления

97. Площадь кабинета ультразвуковой диагностики должна быть не менее

а) 10кв.м.

б) 14кв.м.

в) 20кв.м.

г) 6кв.м.

98. Приказ, регламентирующий работу кабинета ультразвуковой диагностики

а) приказ № 132 от 1991г. "о совершенствовании службы лучевой диагностики"

б) приказ № 283 от 1993г. "о совершенствовании службы функциональной диагностики"

в) приказ мз рф от 26.12.2016г. №997н. об утверждении правил проведения функциональных, методов исследования

г) санпин 2.1.3.2630-10 "санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность".

99. Документ, определяющий санитарно-гигиенические требования к кабинетам ультразвуковой диагностики

а) приказ № 283 от 1993г. "о совершенствовании службы функциональной диагностики"

б) приказ № 132 от 1991г. "о совершенствовании службы лучевой диагностики"

в) санпин 2.1.3.2630-10 "санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"

г) приказ мз рф от 26.12.2016г. №997н. об утверждении правил проведения функциональных, методов исследования

100. Действие медработника в случае попадания крови в рот:

а) прополоскать большим количеством воды, затем прополоскать 70* спиртом

б) прополоскать 70* спиртом

- в) прополоскать 0,05% раствором перманганата калия
- г) прополоскать большим количеством воды

101. Гипернефрома при ультразвуковом исследовании чаще имеет:

- а) кистозно-солидное строение;
- б) солидное строение
- в) систозное строение
- г) кистозное строение с папиллярными разрастаниями

102. Дистопия почки - это:

- а) патологическая смещаемость почки при перемене положения тела;
- б) неправильное перемещение почки в процессе эмбриогенеза
- в) патологическая смещаемость почки при дыхании;
- г) сращение почек нижними полюсами.

103. Дифференциально-диагностическим отличием конечной стадии гидронефротической трансформации почки от поликистоза является

- а) отсутствие солидного компонента;
- б) двусторонность поражения;
- в) характерное расположение нескольких кистозных полостей вокруг одной, большей по диаметру, центрально расположенной
- г) наличие содержимого кистозных структур

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

- а) 1-2мм.
- б) 3-7мм.
- в) 7-10мм.
- г) 0-1мм.

105. Уретероцеле - это

- а) мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря
- б) мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыря с образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря;

- в) полиповидное разрастание в области устья мочеточника
- г) расширение урахуса

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

- а) опухоли
- б) конкремента в устье мочеточника
- в) уретероцеле
- г) хронического цистита

107. Варикоцеле - это:

- а) жидкость в полости мошонки между оболочками яичка
- б) киста придатка яичка
- в) расширение вен семенного канатика
- г) расширение канальцевых структур яичка

108. Эхографическая структура рака яичников может быть представлена:

- а) кистозным однокамерным образованием
- б) кистозным многокамерным образованием
- в) кистозно-солидным образованием.
- г) верно все

109. Достоверным эхографическим признаком внематочной беременности является:

- а) увеличение размеров матки.
- б) ложное плодное яйцо
- в) свободная жидкость в позадиматочном пространстве
- г) плодное яйцо с эмбрионом вне полости матки

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

- а) опухолевый процесс с ближайшими метастазами
- б) опухоль, распространяющаяся за пределы внутреннего маточного зева.
- в) инвазия процесса на глубину 2/3 толщины миометрия

г) опухолевый процесс с отдаленными метастазами

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

а) расширение полости матки гипозоногенным содержимым

б) равномерное утолщение эндометрия

в) м-эхо матки овальной формы

г) линейные эффекты поглощения за м-эхо матки

112. Трансвагинальная эхография малоинформативна при:

а) гиперпластических процессах эндометрия.

б) внематочной беременности.

в) внутреннем эндометриозе

г) больших размерах яичниковых образований

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

а) 1мм.

б) 3мм.

в) 7мм.

г) 10мм.

114. Для гиперплазии эндометрия при ультразвуковом исследовании характерно:

а) утолщение м-эхо

б) неоднородная структура м-эхо

в) прерывистый контур м-эхо

г) отсутствие м-эхо

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

а) размеры образования

б) наличие пристеночного включения

в) отсутствие капсулы

г) визуализация интактного яичника

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

- а) ламинарное
- б) турбулентное
- в) разнонаправленное
- г) смешанное

117. К системе поверхностных вен нижних конечностей относятся:

- а) большая подкожная вена
- б) задние большеберцовые вены
- в) передние большеберцовые вены
- г) бедренная вена

118. В норме в брюшном отделе аорты определяется тип кровотока.

- а) магистральный
- б) магистрально-измененный
- в) коллатеральный
- г) коллатеральный декомпенсированный

119. Диаметр аорты при аневризме брюшного отдела аорты составляет:

- а) 1-2см.
- б) 2-3см.
- в) более 4см.
- г) более 6см.

120. На участке окклюзирующего тромба сигнал кровотока:

- а) отсутствует
- б) регистрируется
- в) имеется высокоскоростной
- г) имеется низкоскоростной

121. Код обследования участников аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые:

- а) 124

б) 120

в) 125

г) 118

122. Ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции на сегодняшний день является:

а) половой

б) вертикальный

в) парентеральный

г) бытовой

123. Диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливается на основании:

а) Однократного положительного результата обследования на ВИЧ-инфекцию методом ИФА

б) Лабораторного заключения о наличии серологических и/или генетических маркеров ВИЧ-инфекции

в) Положительного результата экспресс-теста на ВИЧ-инфекцию|

г) Только на основании положительного ИФА и иммуноблотинга

124. Рекомендуется в регионах с распространенностью ВИЧ среди беременных женщин более 1% проведение скрининга на антитела к ВИЧ-инфекции:

а) Только лицам, имеющим клинические показания к обследованию на антитела к ВИЧ

б) Всем в возрасте 18-60 лет, обращающимся за медицинской помощью в медицинские учреждения любого профиля

в) Только половым партнерам беременных женщин, вставших на учет в женскую консультацию по беременности|

г) Лицам, имеющим высокий риск инфицирования ВИЧ (имеющим беспорядочные половые связи, прием психоактивных веществ)

125. При попадании биологической жидкости (крови) пациента на слизистую оболочку носа рекомендуется обработка:

а) 1% раствором протаргола, 0,05% раствором перманганата

б) 2% раствором борной кислоты, 0,01% раствором перманганата

в) Промыть водой

г) Не производить никаких действий и начать прием профилактического лечения

126. Ведущим признаком пневмоцистной пневмонии у ВИЧ-инфицированных лиц

является:

- а) Одышка
- б) Острое начало лихорадки
- в) Продуктивный кашель
- г) Боли в грудной клетке при дыхании

127. Показанием к антиретровирусной терапии является:

- а) CD4 менее 350 клеток
- б) Вирусная нагрузка более 100 000 копий в мл
- в) Наличие клинических показаний
- г) Наличие диагноза ВИЧ-инфекция при отсутствии противопоказаний

128. Стадия ВИЧ-инфекции устанавливается только на основании:

- а) Клинических проявлений (наличие вторичных заболеваний)
- б) Давности установленного диагноза
- в) Уровня CD4
- г) Показателя вирусной нагрузки как маркера прогрессирования заболевания

129. При получении положительного результата обследования на антитела к ВИЧ у пациента следует:

- а) Направить пациента в Центр СПИД для уведомления о результате обследования
- б) Предпринять меры по явке пациента на прием, уведомить его о результате обследования самостоятельно и направить в Центр СПИД
- в) Довести информацию до руководителя подразделения
- г) Сообщить результат обследования пациенту по телефону в короткие сроки и рекомендовать обратиться в Центр СПИД

130. Положительный результат обследования на антитела к ВИЧ:

- а) В кратчайшие сроки доводится до специалиста, проводившего дотестовое консультирование/лица его замещающего
- б) Доводится только до руководителя подразделения с целью сохранности персональных данных
- в) Доводится только до специалиста, ответственного за ВИЧ, закрепленного внутренним приказом МО

г) Результат не возвращается в МО, проводившую обследование, направляется в Центр СПИД