

Редакция 2017 год

Тесты «УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА» (1180 вопросов)

Раздел 01. Физические основы и общие вопросы ультразвуковой диагностики (85 вопросов)

Раздел 02. УЗД в гастроэнтерологии (120 вопросов)

Раздел 03. УЗД в уронефрологии (70 вопросов)

Раздел 04. УЗИ поверхностно расположенных органов и тканей (95 вопросов)

Раздел 05. УЗД в педиатрии (400 вопросов)

Раздел 06. УЗД в акушерстве (70 вопросов)

Раздел 07. УЗД в гинекологии (70 вопросов)

Раздел 08. Эхокардиография (145 вопросов)

Раздел 09. УЗИ сосудистой системы (125 вопросов)

Распределение тестовых заданий по специализациям

Специализации	Тематика теста	Разделы	Кол-во вопросов
Общий ультразвук	УЗИ в гастроэнтерологии, уронефрологии, поверхностных органов, гинекологии	1	10
		2	10
		3	10
		4	15
		7	5
УЗД в акушерстве и гинекологии	УЗИ в акушерстве и гинекологии	1	10
		6	20
		7	20
УЗД в педиатрии	УЗИ в педиатрии	1	10
		5	40
УЗД сердца	Эхокардиография	1	10
		8	35
		9	5
УЗД сосудистой системы	УЗИ сосудов (доплерография)	1	10
		8	5
		9	35

Раздел 01. Физические основы и общие вопросы ультразвуковой диагностики

№	Тестовые вопросы
1.	Основным принципом УЗИ является: А. Сканирование в одной плоскости Б. Сканирование в двух взаимно перпендикулярных плоскостях В. Сканирование в трех взаимно перпендикулярных плоскостях Г. Полипозиционное сканирование
2.	К основным приемам выполнения УЗИ относят: А. Сканирование при спокойном дыхании Б. Сканирование при задержке дыхания на высоте вдоха В. Сканирование при задержке дыхания на глубоком выдохе Г. Верно все
3.	С чем сравнивают эхогенность исследуемого объекта? А. С эхогенностью окружающих тканей Б. С эхогенностью симметричных анатомических областей В. С эхогенностью определенного органа Г. Верно все
4.	Возможно ли формирование УЗ-заключения только по фото/эхограммам: А. Да Б. Нет. УЗ-заключение может быть сформировано только в результате непосредственного осмотра пациента В. В виде исключения Г. Если это УЗИ ребенка
5.	Какого режима не существует в ультразвуковой диагностике? А. А-режим Б. В-режим В. М-режим Г. Р-режим
6.	Что такое УЗИ в режиме «серой шкалы»? А. Режим ЦДК Б. В-режим В. Спектральный анализ кровотока Г. Верно все
7.	Что в себя включает режим дуплексного сканирования? А. Сочетание В-режима и ЦДК Б. Сочетание В-режима, ЦДК и спектрального анализа В. Сочетание А-режима, ЦДК и спектрального анализа Г. Все неверно
8.	Что в себя включает режим триплексного сканирования? А. Сочетание В-режима и ЦДК Б. Сочетание В-режима, ЦДК и спектрального анализа В. Сочетание ЦДК и спектрального анализа Г. Все неверно
9.	В каких режимах производятся измерения основных диаметров полостей сердца? А. В-режим и М-режим Б. В-режим и ЦДК В. М-режим и С-режим Г. Все верно
10.	Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Отсутствие цветового сигнала в просвете трубчатой структуры при проведении обычной цветовой доплерографии может означать, что:

	<p>1. Данная структура не является кровеносным сосудом</p> <p>2. Чувствительность прибора не соответствует параметрам кровотока в данном сосуде</p> <p>3. Настройка прибора неадекватна конкретной ситуации</p> <p>4. Возможности прибора и методики недостаточны для исследования данного сосуда</p>
11.	<p>Акустическая тень формируется позади объекта обладающего:</p> <p>А. Выраженной отражающей и/или поглощающей способностями</p> <p>Б. Низкой отражающей способностью</p> <p>В. Меньшим поглощением, чем окружающие ткани</p> <p>Г. Верно все</p>
12.	<p>Эффект дорсального (псевдо)усиления формируется за объектами, обладающими:</p> <p>А. Выраженной отражающей и/или поглощающей способностями</p> <p>Б. Низкой отражающей способностью</p> <p>В. Меньшим поглощением, чем окружающие ткани</p> <p>Г. Верно все</p>
13.	<p>Реверберация формируется в результате:</p> <p>А. Выраженной поглощающей способности объекта</p> <p>Б. Многократного отражения УЗ-луча от стенок крупных жидкостных полостей</p> <p>В. Низкой отражающей способности объекта</p> <p>Г. Верно все</p>
14.	<p>УЗ-признаки типичной кисты:</p> <p>А. Жидкостное образование с четкими контурами, с анэхогенным содержимым, дающее за собой эффект дорсального усиления</p> <p>Б. Тканевое образование правильной формы, с гиперэхогенной капсулой, гипоэхогенное</p> <p>В. Образование с неровными, нечеткими контурами, пониженной эхогенности, с акустическими тенями за ним</p> <p>Г. Образование с толстой слоистой капсулой и неоднородным содержимым</p>
15.	<p>УЗ-признаки, более характерные для злокачественных новообразований:</p> <p>А. Ровные, четкие контуры, тонкая капсула, однородная структура</p> <p>Б. Шаровидная форма, гиперэхогенная капсула, анэхогенное содержимое</p> <p>В. Неровные, нечеткие, размытые контуры, неоднородная структура</p> <p>Г. Верно все</p>
16.	<p>Как влияет режим ультразвуковой доплерографии на время УЗИ:</p> <p>А. Не влияет</p> <p>Б. Сокращает его</p> <p>В. Увеличивает его</p> <p>Г. При проведении ЦДК не влияет</p>
17.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Режим ЦДК используют для?</p> <p>1. Определения кровотока в просвете магистральных сосудов</p> <p>2. Для оценки выброса мочи из мочеточников</p> <p>3. Для дифференцирования внутрипеченочных желчных протоков и печеночных сосудов</p> <p>4. Для оценки васкуляризации опухоли</p>
18.	<p>Конкременты при УЗИ имеют эхогенность:</p> <p>А. Изоэхогенную окружающим тканям</p> <p>Б. Пониженную (гипоэхогенны)</p> <p>В. Повышенную (гиперэхогенны)</p>

	Г. Верно все
19.	Жидкость формирует изображение: А. Анэхогенное Б. Повышенной эхогенности относительно окружающих тканей В. Пониженной эхогенности относительно окружающих тканей Г. Все неверно
20.	По данным ЦДК злокачественные новообразования могут быть: А. Авакулярные Б. Гиповакулярные В. Гипервакулярные Г. Верно все
21.	Какой артефакт часто формируется при ЦДК за конкрементом: А. Элайзинг-эффект Б. Мерцающий артефакт В. Артефакт вспышки Г. Зеркальный артефакт
22.	Какими материалами нельзя облицовывать стены кабинета УЗИ? А. Деревянными панелями Б. Керамической плиткой В. Звукопоглощающими материалами Г. Тканью
23.	В каких помещениях запрещается размещать кабинеты ультразвуковой диагностики? А. Подвальных Б. Полуподвальных В. Цокольных Г. Верно все
24.	Для выполнения УЗИ поверхностных органов необходимы УЗ-датчики: А. Векторные Б. Низкочастотные В. Высокочастотные Г. Верно все
25.	Чем определяется выбор УЗ-датчика? А. Глубиной расположения изучаемого объекта Б. Акустическим сопротивлением объекта В. Жесткостью объекта Г. Верно все
26.	Какими датчиками необходимо выполнять УЗИ парааортальных лимфоузлов у взрослых? А. Высокочастотными линейными Б. Низкочастотными конвексными В. Высокочастотными микроконвексными Г. Любым
27.	Какие датчики используются для исследования магистральных артерий нижних конечностей? А. Линейный Б. Конвексный В. Секторный Г. Верно все
28.	Какие датчики используются для исследования магистральных артерий верхних конечностей? А. Конвексный Б. Линейный В. Секторный Г. Верно все

29.	<p>Для исследования какого органа используется УЗ-датчик с самой низкой частотой 2.0-3.0 МГц?</p> <p>А. Печень Б. Щитовидная железа В. Сердце Г. Головной мозг</p>
30.	<p>Дистальное «псевдоусиление» УЗ-сигнала вызывает структура:</p> <p>А. Сильно поглощающая сигнал Б. Сильно отражающая сигнал В. Слабо поглощающая сигнал Г. Преломляющая сигнал</p>
31.	<p>Какие объекты практически не отражают УЗ-волны?</p> <p>А. Сólидные образования Б. Жидкостные структуры В. Конкременты Г. Верно все</p>
32.	<p>Какие объекты имеют наиболее высокую степень отражения УЗ-волны?</p> <p>А. Сólидные образования Б. Жидкостные структуры В. Конкременты Г. Образования неоднородной структуры</p>
33.	<p>Какое свойство ткани оценивает метод ультразвуковой эластографии?</p> <p>А. Жесткость Б. Растяжимость В. Сжимаемость Г. Верно все</p>
34.	<p>Для чего применяется ЦДК</p> <p>А. Для выявления сосудов и быстрой визуализации кровотоков в них Б. Для улучшения изображения В. Для определения скорости кровотока Г. Верно все</p>
35.	<p>Выберите оптимальный доплеровский угол</p> <p>А. 30-60° Б. 65-70° В. > 75° Г. 90°</p>
36.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие артефакты возникают при доплеровском исследовании</p> <p>1.Артефакт мерцания 2.Артефакт ложного потока 3.Артефакт вспышки 4.Элайзинг-эффект</p>
37.	<p>Для чего используют режим энергетического доплеровского картирования</p> <p>А. Для определения скорости кровотока Б. Для определения направления кровотока В. Для определения наличия или отсутствия кровотока Г. Все неверно</p>
38.	<p>Какой тип ультразвуковых датчиков используют для проведения эхокардиографии:</p> <p>А. Конвексный Б. Секторный В. Линейный Г. Все неверно</p>

39.	<p>Акустическая тень:</p> <p>А. Возникает за структурами с выраженной поглощающей или отражающей способностью</p> <p>Б. Возникает позади слабо поглощающих ультразвуковое излучение структур</p> <p>В. Возникает вследствие множественного отражения УЗ-луча между поверхностью объекта и трансдюссером, при попадании луча между средами с резко различным акустическим сопротивлением</p> <p>Г. Формирует ложное удвоение структуры, прилежащей к высокоотражающей поверхности, по другую сторону рефлектора</p>
40.	<p>Артефакт дорзального псевдоусиления сигнала:</p> <p>А. Возникает за структурами с выраженной поглощающей или отражающей способностью</p> <p>Б. Возникает позади слабо поглощающих ультразвуковое излучение структур</p> <p>В. Возникает вследствие множественного отражения УЗ-луча между поверхностью объекта и трансдюссером при попадании луча между средами с резко различным акустическим сопротивлением</p> <p>Г. Формирует ложное удвоение структуры, прилежащей к высокоотражающей поверхности, по другую сторону рефлектора</p>
41.	<p>Артефакт реверберации:</p> <p>А. Возникает за структурами с выраженной поглощающей или отражающей способностью</p> <p>Б. Возникает позади слабо поглощающих ультразвуковое излучение структур</p> <p>В. Возникает вследствие множественного отражения УЗ-луча между поверхностью объекта и трансдюссером при попадании луча между средами с резко различным акустическим сопротивлением</p> <p>Г. Формирует ложное удвоение структуры, прилежащей к высокоотражающей поверхности, по другую сторону рефлектора</p>
42.	<p>Зеркальный артефакт:</p> <p>А. Возникает за структурами с выраженной поглощающей или отражающей способностью</p> <p>Б. Возникает позади слабо поглощающих ультразвуковое излучение структур</p> <p>В. Возникает вследствие множественного отражения УЗ-луча между поверхностью объекта и трансдюссером при попадании луча между средами с резко различным акустическим сопротивлением</p> <p>Г. Формирует ложное удвоение структуры, прилежащей к высокоотражающей поверхности, по другую сторону рефлектора</p>
43.	<p>Какое описание характеризует акустическую тень:</p> <p>А. За эхоплотным объектом располагается зона, недоступная для УЗ-лучей, имеющая вид черной "тени"</p> <p>Б. За жидкостьсодержащим образованием ткани более эхогенны, чем ткани в рядом лежащих областях</p> <p>В. В кистозной полости определяются множественные яркие линии, параллельные первой - реальному изображению поверхности</p> <p>Г. Формирование ложного изображения, расположенного на том же расстоянии от плотной отражающей поверхности, что и истинное, но с другой стороны</p>
44.	<p>Какое описание характеризует дорзальное псевдоусиление сигнала:</p> <p>А. За эхоплотным объектом располагается зона, недоступная для УЗ-лучей, имеющая вид черной "тени"</p> <p>Б. За жидкостьсодержащим образованием ткани более эхогенны, чем ткани в рядом лежащих областях</p>

	<p>В. В кистозной полости определяются множественные яркие линии, параллельные первой - реальному изображению поверхности</p> <p>Г. Формирование ложного изображения, расположенного на том же расстоянии от плотной отражающей поверхности, что и истинное, но с другой стороны</p>
45.	<p>Серия ярких параллельных линий, определяющихся с равными интервалами (из них реально только первая линия – реальное изображение поверхности) возникает вследствие:</p> <p>А. Артефакта акустической тени</p> <p>Б. Артефакта дорзального псевдоусиления сигнала</p> <p>В. Реверберационного артефакта</p> <p>Г. Зеркального артефакта</p>
46.	<p>Ложное изображение, расположенное на том же расстоянии от отражающей поверхности, что и истинное, но с другой стороны, формируется вследствие:</p> <p>А. Артефакта акустической тени</p> <p>Б. Артефакта дорзального псевдоусиления сигнала</p> <p>В. Реверберационного артефакта</p> <p>Г. Зеркального артефакта</p>
47.	<p>Ультразвук это звук, частота которого не ниже:</p> <p>А. 20 Гц</p> <p>Б. 30 Гц</p> <p>В. 10 кГц</p> <p>Г. 20000 Гц</p>
48.	<p>Скорость распространения ультразвука определяется:</p> <p>А. Частотой</p> <p>Б. Амплитудой</p> <p>В. Длиной волны</p> <p>Г. Средой.</p>
49.	<p>Длина волны в мягких тканях с увеличением частоты:</p> <p>А. Уменьшается</p> <p>Б. Остается неизменной</p> <p>В. Увеличивается</p> <p>Г. Колеблется</p>
50.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Осевая разрешающая способность определяется:</p> <p>1. фокусировкой;</p> <p>2. расстоянием до объекта;</p> <p>3. типом датчика;</p> <p>4. числом колебаний в импульсе;</p>
51.	<p>Поперечная разрешающая способность определяется:</p> <p>А. фокусировкой;</p> <p>Б. расстоянием до объекта;</p> <p>В. типом датчика;</p> <p>Г. средой, в которой распространяется ультразвук.</p>
52.	<p>Если бы отсутствовало поглощение ультразвука тканями тела человека, то не было бы необходимости использовать в приборе:</p> <p>А. Компрессию</p> <p>Б. Демодуляцию</p> <p>В. Компенсацию по глубине</p> <p>Г. Декомпрессию</p>
53.	<p>Скорость распространения УЗ-волны в твердых телах выше, чем в жидкостях, т.к. они имеют бóльшую:</p> <p>А. Вязкость</p>

	<p>Б. Электрическое сопротивление В. Упругость Г. Плотность</p>
54.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Какие виды УЗИ требуют предварительного опорожнения мочевого пузыря? 1. Трансвагинальное 2. Трансректальное 3. Трансуретральное 4. Трансабдоминальное</p>
55.	<p>На каких частотах лучше визуализировать поверхностные мягкотканые структуры: А. На высоких Б. На низких В. Не имеет значения Г. На любых</p>
56.	<p>Какие частоты применяются для визуализации глубоко лежащих структур: А. Высокие Б. Низкие В. Не имеет значения Г. Любые</p>
57.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Какие артефакты в режиме доплеровского исследования используются с диагностической целью А. Артефакт некроваго потока Б. Артефакт зеркального отображения В. Артефакт мерцания 4. Артефакт вспышки</p>
58.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Процесс, на котором основано применение ультразвукового метода исследования - это: 1. Визуализация органов и тканей на экране прибора. 2. Взаимодействие ультразвука с тканями тела человека. 3. Серошкальное представление изображения на экране прибора. 4. Распространение ультразвуковых волн.</p>
59.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Каковы причины ложного снижения или исчезновения потока крови при некорректном доплеровском исследовании: 1. использование датчика слишком высокой частоты; 2. высокие настройки фильтров при низкой скорости кровотока в сосуде 3. доплеровский угол 90 градусов 4. некорректно выставленный пробный объем</p>
60.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Что происходит с ультразвуковыми волнами в тканях организма 1. Поглощение 2. Преломление</p>

	3. Рассеивание 4. Отражение
61.	Для адекватного УЗИ мочевого пузыря является его наполнение до: А. < 150 мл Б. 200-250 мл В. >300 мл Г. Не имеет значение
62.	От какого ультразвукового эффекта зависит яркость эхо-сигнала: А. Отражения Б. Преломления В. Рассеивания Г. Затухания
63.	Датчики с какой частотой необходимо использовать для УЗИ органов и структур забрюшинного пространства? А. 3-3,5 МГц Б. 6-7,5 МГц В. 9-12 МГц Г. Не имеет значения
64.	Датчики с какой частотой необходимо использовать для УЗИ мягких тканей лица? А. 3-3,5 МГц Б. 6-7,5 МГц В. 9-12 МГц Г. Не имеет значения
65.	Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Что происходит с ультразвуковыми волнами в тканях организма 1. Поглощение 2. Преломление 3. Рассеивание 4. Отражение
66.	Затухание ультразвукового сигнала происходит от: А. Рассеивания Б. Отражения В. Поглощения Г. Верно все
67.	С увеличением частоты сканирования коэффициент затухания в мягких тканях: А. Уменьшается Б. Не меняется В. Увеличивается Г. Остается неизменным
68.	Ультразвук отражается от границы сред, имеющих различия в: А. Плотности Б. Акустическом сопротивлении В. Упругости Г. Скорости распространения ультразвуковой волны
69.	Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Проведение ультразвука от датчика в ткани тела человека улучшает: 1. Воздушная подушка 2. Повышение частоты датчика 3. Изменение формы датчика 4. Специальная соединительная проводящая среда

70.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие УЗИ необходимо выполнять строго натощак?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. УЗИ поджелудочной железы 2. УЗИ печени 3. УЗИ желчного пузыря 4. УЗИ мошонки
71.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>После какого инструментального исследования не рекомендуется выполнять УЗИ поджелудочной железы?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рентгеновское исследование желудка 2. ЭГДС 3. Рентгеновское исследование толстой кишки 4. Колоноскопия
72.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>УЗИ каких сосудов необходимо выполнять строго натощак?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Висцеральных ветвей брюшной аорты 2. Брахиоцефальных 3. Печеночных 4. Артерий нижних конечностей
73.	<p>Контроль компенсации (gain):</p> <p>А. Компенсирует нестабильность работы прибора в момент разогрева</p> <p>Б. Компенсирует затухание</p> <p>В. Уменьшает время обследования больного</p> <p>Г. Улучшает четкость цветного изображения</p>
74.	<p>Реверберационный артефакт возникает:</p> <p>А. в В-режиме</p> <p>Б. в режиме ЦДК</p> <p>В. в режиме энергетического картирования</p> <p>Г. во всех перечисленных</p>
75.	<p>Чтобы получить максимально полное представление об объекте неправильной формы необходимо:</p> <p>А. Получить его продольный скан</p> <p>Б. Получить его поперечный скан</p> <p>В. Получить его продольный и поперечный сканы</p> <p>Г. Получить максимально возможное количество сканов во всех плоскостях</p>
76.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>УЗИ каких органов необходимо выполнять при адекватно наполненном мочевом пузыре?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Матка 2. Яичники 3. Предстательная железа 4. Яички
77.	<p>УЗ-описание образования «Форма овальная, имеет тонкую гиперэхогенную аваскулярную капсулу, анэхогенное внутреннее содержимое. За образованием определяются эффект дорсального усиления и латеральные акустические тени» более характеризует:</p> <p>А. Абсцесс</p> <p>Б. Кисту</p>

	В. С6лидное доброкачественное образование Г. С6лидное злокачественное образование
78.	УЗ-описание образования «Форма округлая, имеет толстую слоистую гиперэхогенную аваскулярную капсулу, неоднородное содержимое (взвесь, хлопья). За образованием определяется эффект дорсального усиления. В режиме ЦДК в окружающих тканях определяется локальное усиление сосудистого рисунка» более характеризует: А. Абсцесс Б. Кисту В. С6лидное доброкачественное образование Г. С6лидное злокачественное образование
79.	УЗ-описание образования «Форма неправильная, нечеткие, неровные, бугристые контуры. Внутренняя структура неоднородная. В режиме ЦДК образование гиперваскуляризированное» более характеризует: А. Абсцесс Б. Кисту В. С6лидное доброкачественное образование Г. С6лидное злокачественное образование
80.	Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все УЗИ каких органов требуют выполнения в определенные периоды менструального цикла: 1. Матка 2. Яичники 3. Молочная железа 4. Слюнные железы
81.	Мерцающий артефакт (twinkling-artifact) возникает в: А. В-режиме Б. Режиме ЦДК В. Режиме спектральной доплерографии Г. Верно все
82.	Мерцающий артефакт при УЗИ почек генерируется: А. Стенками ЧЛС Б. Конкрементами В. Сгустками слизи Г. Жидкость в просвете ЧЛС
83.	При тромбозе вены в ее просвете определяется: А – жидкостное содержимое Б – кальцификат В – гетерогенное, средней или пониженной эхогенности содержимое Г – справедливо все перечисленное
84.	Абсцесс мягких тканей на УЗИ выглядит как: А – скопление жидкостного содержимого Б – скопление гетерогенного содержимого В – скопление мелких кальцификатов Г – включение с акустической тенью
85.	При наличии конкременты в устье мочеточника можно зафиксировать: А - Whirlpool-sign Б - twinkling-artifact В – aliasing-artifact Г – mirror-artifact

Раздел 02. УЗД в гастроэнтерологии

№	Тестовые вопросы
1.	В печени выделяют: А. 4 сегмента Б. 6 сегментов В. 8 сегментов Г. 10 сегментов
2.	Структура паренхимы неизменной печени при УЗИ представляется как: А. Мелкозернистая Б. Крупноочаговая В. Диффузно неоднородная Г. Верно все
3.	Эхогенность паренхимы печени сопоставляют с: А. Эхогенностью ткани селезенки Б. Эхогенностью ткани поджелудочной железы В. Эхогенностью паренхимы почки Г. Верно все
4.	Повышение эхогенности ткани печени - это проявление: А. Улучшения звукопроводимости тканью печени Б. Ухудшения звукопроводимости тканью печени В. Правильной настройки УЗ-прибора Г. Артефактов
5.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все Снижение проникающей способности УЗ сигнала в печени свидетельствует о:

	<p>1. Повышенном затухании УЗ- сигнала</p> <p>2. Пониженном затухании УЗ- сигнала</p> <p>3. Повышенном рассеивании УЗ- сигнала</p> <p>4. Пониженном рассеивании УЗ- сигнала</p>
6.	<p>В норме передне-задние x верхне-нижние размеры левой доли печени при сканировании по средней линии живота в среднем не превышают:</p> <p>А. 10x15 см</p> <p>Б. 7x20 см</p> <p>В. 7x10 см</p> <p>Г. 12x14 см</p>
7.	<p>В норме передне-задние x верхне-нижние размеры правой доли печени при сканировании по средней линии живота в среднем не превышают:</p> <p>А. 10x18 см</p> <p>Б. 12x14 см</p> <p>В. 10x20 см</p> <p>Г. 7x10 см</p>
8.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Измерение передне-заднего и верхне-нижнего размеров левой доли печени проводят по:</p> <p>1. передней подмышечной линии</p> <p>2. срединно-ключичной линии</p> <p>3. проводится в косой проекции</p> <p>4. средней линии живота</p>
9.	<p>Печеночные вены визуализируются как:</p> <p>А. Трубочатые структуры с высокоэхогенными стенками и анэхогенным просветом</p> <p>Б. Трубочатые структуры с неотчетливо видимыми стенками и анэхогенным просветом</p> <p>В. Трубочатые структуры с неотчетливо видимыми стенками и просветом</p> <p>Г. Гиперэхогенные тяжи</p>
10.	<p>При УЗИ допустимые размеры диаметра печеночных вен на расстоянии до 1-2 см от устьев при отсутствии патологии не превышают:</p> <p>А. 5 мм</p> <p>Б. 10 мм</p> <p>В. 15 мм</p> <p>Г. 20 мм</p>
11.	<p>В норме диаметр основного ствола воротной вены при УЗИ не превышает:</p> <p>А. 9-10 мм</p> <p>Б. 13-14 мм</p> <p>В. 16-17 мм</p> <p>Г. 20 мм</p>
12.	<p>Портальные вены визуализируются как:</p> <p>А. Трубочатые структуры с высокоэхогенными стенками и анэхогенным просветом</p> <p>Б. Трубочатые структуры с неотчетливо видимыми стенками и анэхогенным просветом</p> <p>В. Трубочатые структуры с неотчетливо видимыми стенками и просветом</p> <p>Г. Гиперэхогенные тяжи</p>
13.	<p>Хвостатой долей печени называется:</p> <p>А. 1 сегмент</p> <p>Б. 2 сегмент</p> <p>В. 3 сегмент</p> <p>Г. 4 сегмент</p>

14.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При жировой инфильтрации печени:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эхогенность ткани печени не изменена, сосудистый рисунок четкий 2. Эхогенность ткани печени понижена, сосудистый рисунок "обеднен" 3. Эхогенность ткани печени нормальная, визуализация сосудистого рисунка четкая 4. Эхогенность ткани печени повышена, сосудистый рисунок "обеднен»
15.	<p>Очаговая форма стеатоза печени при УЗИ характеризуется выявлением:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Гиперэхогенных зон различной формы и размеров с нарушением ангиоархитектоники печени Б. Гиперэхогенных зон различной формы и размеров без нарушения ангиоархитектоники печени В. Уменьшения размеров печени Г. Все неверно
16.	<p>Дифференциально-диагностическими УЗ-признаками жировой инфильтрации печени от очаговых поражений является:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Выявление диффузно-очаговой неоднородности 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 ткани Г. Выявление диффузно-очаговых изменений в ткани печени
17.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие из перечисленных методов используются при УЗИ печени:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Сканирование в оттенках серой шкалы Б. Ультразвуковая доплерография В. Исследование с УЗ контрастами Г. Эластография
18.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При классической УЗ-картине цирроза печени наблюдается :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неровность (бугристость) контуров печени 2. Увеличение хвостатой доли печени 3. Уменьшение диаметра печеночных вен и снижение пульсативности их кровотока 4. Острые края печени
19.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие из перечисленных УЗ- признаков являются характерными для цирроза печени</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение размеров хвостатой доли 2. Повышение эхогенности печени 3. Уменьшение диаметра печеночных вен 4. Увеличение диаметра системы портальной вены
20.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>К нарушению архитектоники печени, выявляемому при УЗИ, обычно не приводит:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первичный рак печени 2. Метастатическое поражение печени 3. Узловая гиперплазия печени

	4. Жировой гепатоз
21.	В финальных стадиях цирроза печени можно выявить: А. Уменьшение размеров печени с неоднородной ее структурой Б. Признаки портальной гипертензии В. Асцит и спленомегалия Г. Верно все
22.	Для УЗ-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
23.	Характер УЗ-картины метастатических узлов печени является достаточным условием для определения их гистологической структуры: А. Да Б. Нет В. Зависит от класса ультразвуковой аппаратуры Г. Зависит от клиники заболевания
24.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все В финальных стадиях цирроза печени при УЗИ может определяться: А. Асцит и спленомегалия Б. Уменьшение размеров печени с неоднородной ее структурой В. Увеличение диаметра воротной вены >1.4 см Г. Увеличение диаметра брюшной аорты
25.	При простой кисте печени выявляется: А. Округлое или овальное, анэхогенное, аваскулярное образование с четкими контурами. При ЦДК образование аваскулярное. Б. Округлое, гиперэхогенное, гиперваскуляризированное образование с акустической тенью за ним В. Изоэхогенное образование, аваскулярное неправильной формы с нечеткими контурами Г. Тканевое образование с бугристыми контурами
26.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все При гидатидном эхинококкозе в печени можно выявить: 1. Анэхогенные образования с однослойной капсулой 2. Анэхогенные образования с двухслойной капсулой 3. Анэхогенные образования с толстой капсулой, внутри которых имеются множественные септы, формирующие картину «пчелиных сот» 4. Гиперэхогенные образования, дающие акустическую тень
27.	При альвеолярном эхинококкозе в печени выявляются : А. Гиперэхогенные образования с нечеткими контурами, в центре которых могут определяться ан- и гипоехогенные зоны неправильной формы. При ЦДК эти образования гиперваскулярные Б. Гиперэхогенные образования с нечеткими контурами, в которых могут определяться ан- и гипоехогенные зоны неправильной формы, кальцинаты. При ЦДК эти образования аваскулярные В. Гипоехогенные, гиперваскулярные образования неправильной формы. Г. Все неверно
28.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Впервые выявленную капиллярную гемангиому печени необходимо дифференцировать с:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Очаговым фиброзом печени 2. Первичным раком печени 3. Метастатическим поражением печени 4. Кистой печени
29.	<p>УЗ-признак «кисты в кисте» (дочерние кисты) является классическим для:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Простой кисты Б. Гемангиомы В. Поликистоза Г. Эхинококковой кисты
30.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При выраженной недостаточности кровообращения по большому кругу отмечается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение диаметра печеночных вен 2. Увеличение размеров печени 3. Увеличение диаметра нижней полой вены 4. Асцит.
31.	<p>Трансабдоминальное УЗИ печени в большинстве случаев позволяет:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Установить нозологический характер поражения Б. Верифицировать характер гистологических изменений ткани В. Установить наличие диффузного или очагового патологического процесса в печени Г. Верифицировать лабораторные показатели
32.	<p>Признаками портальной гипертензии на начальных ее этапах при УЗИ являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 уменьшении диаметра просвета воротной вены Г. Увеличение левой доли печени и селезенки с повышением их эхогенности
33.	<p>УЗИ печени в режиме "серой шкалой" с применением методики ЦДК не позволяет:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Оценить размеры и структуру печени Б. Оценить функциональное состояние печени В. Выявить очаговые поражения различной этиологии Г. Выявить диффузные поражения печени
34.	<p>При синдроме Budd-Chiari УЗИ печени позволяет выявить:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Расширение желчевыводящих протоков Б. Расширение воротной вены В. Сужение воротной вены Г. Сужение печеночных вен
35.	<p>Пункция объемного образования (при подозрении на эхинококкоз) может быть выполнена только при условии:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Визуализации кальцификации капсулы образования Б. Визуализации перегородок в полости образования В. Визуализации взвеси в полости образования Г. Получения отрицательных результатов серологических проб
36.	<p>При проведении ЦДК сосудов печени при отсутствии патологии отмечают:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Ток крови в печеночных венах имеет разнонаправленный и турбулентный характер Б. Ток крови в печеночных венах имеет разнонаправленный и ламинарный характер

	<p>В. Ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и турбулентный характер</p> <p>Г. Ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и ламинарный характер</p>
37.	<p>При проведении ЦДК ток крови в печеночных венах и внутривенных ветвях воротной вены:</p> <p>А. Имеет однонаправленный характер</p> <p>Б. Имеет разнонаправленный характер</p> <p>В. Невозможно сопоставить и оценить</p> <p>Г. Не определяется</p>
38.	<p>На фоне проведения химиотерапии колоректальные метастазы печени при инструментальных исследованиях уменьшились в размерах, визуализируются нечетко или совсем не определяются. Какова тактика ведения пациента?</p> <p>А. Продолжить динамическое наблюдение каждые 3-6 месяцев</p> <p>Б. Прекратить наблюдение</p> <p>В. Повторить УЗИ через 1 год</p> <p>Г. Все неверно</p>
39.	<p>С каким заболеванием следует дифференцировать альвеолярный эхинококкоз:</p> <p>А. С кистой печени</p> <p>Б. С нодулярной гиперплазией</p> <p>В. С гепато-целлюлярным раком</p> <p>Г. С абсцессом</p>
40.	<p>Для «типичной» капиллярной гемангиомы характерно при УЗИ наличие:</p> <p>А. Гиперэхогенного, с четкими контурами образования</p> <p>Б. Гиперэхогенного, с нечеткими бугристыми контурами образования</p> <p>В. Гипоэхогенного, с нечеткими контурами образования</p> <p>Г. Анэхогенного образования</p>
41.	<p>При УЗИ печени вокруг гиперэхогенного, гипervasкулярного образования выявлен гипоэхогенный ободок. Это образование, наиболее вероятно, является:</p> <p>А. Аденомой печени</p> <p>Б. Злокачественным</p> <p>В. Фолликулярной нодулярной гиперплазией</p> <p>Г. Верно все</p>
42.	<p>Где локализуется поддиафрагмальный абсцесс?</p> <p>А. Под висцеральной поверхностью печени или селезенки</p> <p>Б. Под капсулой печени или селезенки</p> <p>В. Между куполом диафрагмы и капсулой печени или селезенки</p> <p>Г. Все неверно</p>
43.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие УЗ-признаки не характерны для портальной гипертензии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Расширение диаметра воротной вены 2. Увеличение размеров печени 3. Увеличение размеров селезенки 4. Ротация и опущение правой почки
44.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие отделы желчевыведительной системы не относятся к внутривенным:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сегментарные протоки 2. Общий печеночный проток 3. Долевые протоки

	4. Общий желчный проток
45.	Какие отделы желчевыделительной системы относятся к внутripеченочным: А. Сегментарные и долевые протоки Б. Общий печеночный проток В. Проток желчного пузыря Г. Общий желчный проток
46.	Что значительно снижает качество диагностики метастазов печени: А. Увеличение размеров печени Б. Изменения ткани после проведения химиотерапии В. Наличие очагового стеатоза Г. Наличие цирроза печени
47.	Может ли гепатоцеллюлярный рак иметь УЗ-признаки гемангиомы печени: А. Никогда Б. Может В. Только при наличии портальной гипертензии Г. Только при наличии желчной гипертензии
48.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все При УЗИ для гепатоцеллюлярной карциномы характерно 1. Неоднородная, преимущественно гиперэхогенная внутренняя структура 2. Неровные контуры 3. Наличие артериальных сосудов в образовании печени 4. Анэхогенное, аваскулярное образование печени.
49.	УЗ-картина центральной формы холангиокарциномы характеризуется: А. Выявлением в центральных отделах печени гипоэхогенного, с нечеткими контурами образования в сочетании с УЗ-признаками обструкции внутripеченочных желчных протоков Б. Выявлением в центральных отделах печени анэхогенного образования с усилением акустического сигнала за ним, в сочетании с УЗ-признаками обструкции внутripеченочных желчных протоков В. Множественными гипоэхогенными образованиями с нечеткими контурами и толстым анэхогенным ободком вокруг них. Г. Множественными гиперэхогенными образований с нечеткими контурами и гипоэхогенным ободком вокруг них.
50.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все Фокальная нодулярная гиперплазия печени является: 1. Доброкачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением 2. Злокачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением 3. Воспалительным поражением с прогрессирующим течением 4. Врожденной аномалией развития
51.	При фокальной нодулярной гиперплазии печени можно выявить: А. Анэхогенное, аваскулярное образование Б. Гиперэхогенное, аваскулярное образование с нечеткими контурами В. Гипо-, изо- или гиперэхогенное образование, гипervasкулярное при ЦДК. Форма строения его сосудов напоминает «обод колеса или колеса телеги» Г. Верно все

52.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Для острого абсцесса печени характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неоднородная, преимущественно а- и гипоэхогенная внутренняя структура 2. Неровные контуры 3. Отсутствие сосудов внутри абсцесса 4. Гиперваскуляризация окружающей ткани печени
53.	<p>Метастатические поражения печени характеризуются:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Полиморфной картиной с округлыми образованиями различной эхогенности и структуры, нарушающих архитектонику строения печени Б. Определением округлых кистозных образований с четкими контурами В. Повышением эхогенности ткани печени с неровностью его контура Г. Повышенным поглощением УЗ-колебаний и ухудшением получаемого изображения
54.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Для исследования печени используют следующие инструментальные методы диагностики:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. КТ Б. МРТ В. УЗИ Г. ПЭТ
55.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>С какими образованиями необходимо дифференцировать впервые выявленную билиарную кисту печени:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Цистаденомой печени 2. Вторичным образованием печени 3. Эхинококковой кистой 4. Фокально нодулярной гиперплазией
56.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>От чего в первую очередь зависит тактика лечения эхинококковых кист:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Размера 2. Локализации 3. Формы 4. Типа кисты
57.	<p>Какой УЗ-критерий наиболее чувствителен в дифференциальной диагностике кистозных опухолей печени:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Толщина капсулы более 1 мм и двойной контур стенки Б. Неоднородное содержимое В. Наличие перегородок Г. Наличие кровотока в перегородках и капсуле
58.	<p>К важнейшим УЗ- признакам изолированного разрыва печени при тупой травме живота не относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Локальное повреждение контура (капсулы) печени Б. Гипо-/анэхогенное образование в паренхиме печени часто с нечеткими контурами В. Наличие свободного газа в брюшной полости; Г. Наличие нарастающего количества свободной жидкости в брюшной полости.

59.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>К УЗ-признакам полипа желчного пузыря не относится:</p> <p>А. Гиперэхогенная перемещающаяся в просвете пузыря структура</p> <p>Б. Гипоэхогенное образование, расположенное в толще стенки желчного пузыря с неровными и нечеткими контурами</p> <p>В. Жидкостное образование, расположенное рядом со стенкой желчного пузыря</p> <p>Г. Пристеночное образование, не смещающееся при смене положения тела</p>
60.	<p>Толщина стенки неизмененного желчного пузыря при УЗИ натошак составляет:</p> <p>А. до 1 мм</p> <p>Б. до 3 мм</p> <p>В. до 5 мм</p> <p>Г. до 7 мм</p>
61.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>К УЗ-признакам конкремента желчного пузыря не относится:</p> <p>А. Пристеночное образование, не смещающееся при смене положения тела</p> <p>Б. Гипоэхогенное образование, расположенное в толще стенки желчного пузыря с неровными и нечеткими контурами</p> <p>В. Жидкостное образование, расположенное рядом со стенкой желчного пузыря</p> <p>Г. Гиперэхогенная перемещающаяся в просвете пузыря структура</p>
62.	<p>Для какого заболевания более характерны выявленные при УЗИ множественные мелкие гиперэхогенные включения в его стенке без деформации контуров пузыря?</p> <p>А. Хронический бескаменный холецистит</p> <p>Б. Холестероз стенок желчного пузыря</p> <p>В. Хронический калькулезный холецистит</p> <p>Г. Верно все</p>
63.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Определение толщины стенки желчного пузыря проводят, измеряя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заднюю стенку 2. Стенку в области дна пузыря 3. Стенку в области шейки 4. Переднюю стенку
64.	<p>Диаметр общего желчного протока в норме не должен превышать:</p> <p>А. 5 мм</p> <p>Б. 7 мм</p> <p>В. 10 мм</p> <p>Г. 12 мм</p>
65.	<p>После холецистэктомии диаметр общего желчного протока не должен превышать:</p> <p>А. 5 мм</p> <p>Б. 7 мм</p> <p>В. 10 мм</p> <p>Г. 12 мм</p>
66.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p>

	<p>Для УЗ- картины острого холецистита характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Утолщение стенки желчного пузыря 2. Повышение васкуляризации стенки пузыря 3. Наличие взеси в просвете пузыря 4. Увеличение размеров пузыря
67.	<p>Возможно ли точное определение количества конкрементов в просвете желчного пузыря при УЗИ?</p> <p>А. В большинстве случаев невозможно.</p> <p>Б. Возможно всегда</p> <p>В. Только при множественных конкрементах</p> <p>Г. Да, при наличии полипов в желчном пузыре</p>
68.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие состояния приводят к расширению желчных протоков?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Холедохолитиаз 2. Рак головки поджелудочной желез 3. Рак большого дуоденального сосочка 4. Псевдокиста хвоста поджелудочной железы
69.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Конкремент в шейке желчного пузыря приводит к увеличению размера /диаметра:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общего печеночного протока 2. Общего желчного протока 3. Внутрпеченочных желчных протоков 4. Желчного пузыря
70.	<p>При УЗИ конкремент в просвете желчного пузыря визуализируется как:</p> <p>А. Неперемещающаяся инкапсулированная гипоэхогенная структура</p> <p>Б. Гиперэхогенное пристеночное солидное образование</p> <p>В. Гиперэхогенная перемещающаяся структура, формирующая за собой акустическую тень</p> <p>Г. Гипоэхогенное образование в стенке пузыря</p>
71.	<p>При УЗИ ложе удаленного желчного пузыря выглядит как:</p> <p>А. Гиперэхогенная зона, по форме соответствующая борозде на висцеральной поверхности печени</p> <p>Б. Ячеистая структура смешанной эхогенности, по форме соответствующая борозде на висцеральной поверхности печени</p> <p>В. Неоднородный участок паренхимы печени</p> <p>Г. Гипоэхогенный участок, по форме соответствующая борозде на висцеральной поверхности печени</p>
72.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При УЗИ неизмененный желчный пузырь имеет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Многослойную стенку 2. Тонкую гиперэхогенную стенку 3. Густую взесь в просвете 4. Анэхогенное содержимое
73.	<p>Причиной появления при УЗИ умеренно выраженной пневмобилии может быть:</p> <p>А. Операция на желчевыводящей системе</p> <p>Б. Холангит</p>

	<p>В. Пузырно-кишечная фистула</p> <p>Г. Верно все</p>
74.	<p>УЗ- признаком рака желчного пузыря не является:</p> <p>А. Объемное образование в полости, стенке или вне желчного пузыря</p> <p>Б. Неровные наружный и внутренний контуры в сочетании с неравномерными изменениями (утолщение, неоднородность и т.д.) стенки на фоне отсутствия клиники воспаления.</p> <p>В. Неоднородный характер структуры, смешанная эхогенность.</p> <p>Г. Перемещаемость структуры при изменении положения тела</p>
75.	<p>Выявляемый в ряде случаев при УЗИ "Гартмановский карман" является:</p> <p>А. Специфическим признаком увеличения желчного пузыря при билиарной гипертензии</p> <p>Б. Анатомической особенностью желчного пузыря</p> <p>В. Следствием длительного существования хронического холецистита</p> <p>Г. Следствием рубцовой деформации желчного пузыря</p>
76.	<p>Для какого заболевания более характерно выявление при УЗИ множественных мелких гиперэхогенных включений в стенке желчного пузыря без деформации его контуров?</p> <p>А. Хронический бескаменный холецистит</p> <p>Б. Холестероз стенок желчного пузыря</p> <p>В. Хронический калькулезный холецистит</p> <p>Г. Верно все</p>
77.	<p>Какие анатомические зоны необходимо исследовать у пациента после выполнения холецистэктомии?</p> <p>А. Печень</p> <p>Б. Внутри- и внепеченочные желчные протоки</p> <p>В. Подпеченочное пространство</p> <p>Г. Верно все</p>
78.	<p>Какой УЗ-признак не характерен для острого калькулезного холецистита?</p> <p>А. Утолщение стенки желчного пузыря</p> <p>Б. Наличие конкрементов в просвете желчного пузыря</p> <p>В. Расширение дистального отдела холедоха</p> <p>Г. Наличие взвеси в просвете желчного пузыря</p>
79.	<p>Конкремент в шейке желчного пузыря приводит к увеличению размера /диаметра:</p> <p>А. Общего желчного протока</p> <p>Б. Внутрипеченочных желчных протоков</p> <p>В. Желчного пузыря</p> <p>Г. Общего печеночного протока</p>
80.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Дистальный блок желчевыводящей системы приводит к увеличению размера /диаметра:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общего желчного протока 2. Внутрипеченочных желчных протоков 3. Желчного пузыря 4. Общего печеночного протока
81.	<p>При опухоли Клацкина (рак общего печеночного протока) что происходит с желчным пузырем?</p> <p>А. Изменений не происходит</p> <p>Б. Увеличивается в размерах</p> <p>В. Уменьшается в размерах</p> <p>Г. Пузырь спавшийся</p>
82.	<p>Методически правильное измерение толщины поджелудочной железы производится:</p> <p>А. Строго в передне-заднем направлении для каждого отдела железы</p>

	<p>Б. В направлении перпендикулярном плоскости передней поверхности каждого отдела железы</p> <p>В. В косом направлении</p> <p>Г. Направление измерений значения не имеет</p>
83.	<p>При УЗИ анатомическим ориентиром границы передней поверхности головки поджелудочной железы служит:</p> <p>А. Воротная вена</p> <p>Б. Нижний край печени</p> <p>В. Гастродуоденальная артерия</p> <p>Г. Луковица 12-перстной кишки</p>
84.	<p>При отсутствии патологии в большинстве случаев эхогенность ткани поджелудочной железы возрастной группы до 40 лет:</p> <p>А. Значительно превышает эхогенность паренхимы печени.</p> <p>Б. Сопоставима с эхогенностью паренхимы печени.</p> <p>В. Ниже эхогенности паренхимы печени</p> <p>Г. Ниже эхогенности паренхимы почки</p>
85.	<p>При УЗИ структура паренхимы неизменной поджелудочной железы представлена:</p> <p>А. Мелкозернистой текстурой</p> <p>Б. Крупноочаговой текстурой</p> <p>В. Множественными участками повышенной эхогенности</p> <p>Г. Множественными участками пониженной эхогенности</p>
86	<p>При каком положении УЗ-датчика возможна качественная визуализация крючковидного отростка:</p> <p>А. При стандартном косо-поперечном положении относительно средней линии живота</p> <p>Б. При продольном положении датчика по средней линии живота</p> <p>В. При продольном положении датчика по правой срединно-ключичной линии</p> <p>Г. При косом положении датчика в правом подреберье</p>
87	<p>Эхогенность паренхимы поджелудочной железы при жировой инфильтрации:</p> <p>А. Не изменена</p> <p>Б. Понижена</p> <p>В. Повышена</p> <p>Г. Неравномерная</p>
88.	<p>Так называемый "калькулезный панкреатит":</p> <p>А. Развивается из-за обструкции общего соустья общего желчного протока и Главного панкреатического протока желчным камнем</p> <p>Б. Сопровождается формированием кальцификатов в протоковой системе поджелудочной железы на фоне частых обострений, особенно при злоупотреблении алкоголем</p> <p>В. Является синонимом острого панкреатита или обострения хронического панкреатита при наличии желчекаменной болезни</p> <p>Г. Все неверно</p>
89.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Основными сосудистыми ориентирами поджелудочной железы являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Селезеночная вена, нижняя полая вена, воротная вена 2. Верхняя брыжеечная артерия, гастро-дуоденальная артерия 3. Брюшная аорта 4. Селезеночная артерия, общая печеночная артерия, чревный ствол
90.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>УЗ- признаки хронического панкреатита</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неровные контуры 2. Неоднородная структура ткани железы 3. Расширение Главного панкреатического протока 4. Увеличение размеров печени
91.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какой УЗ-признак не характерен для хронического панкреатита?</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Увеличение селезенки Б. Неоднородная структура ткани железы В. Множественная лимфаденопатия в брюшной полости Г. Неровные контуры
92.	<p>Эхогенность ткани поджелудочной железы при сахарном диабете:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Не меняется Б. Снижается В. Повышается Г. Становится неравномерной
93.	<p>Интенсивность эхогенности паренхимы неизменной поджелудочной железы сравнивают с эхогенностью:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Печени Б. Селезенки В. Подкожной клетчатки Г. Щитовидной железы
94.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какой из перечисленных сосудов не является анатомическим ориентиром поджелудочной железы при УЗИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Брюшная аорта 2. Нижняя полая вена 3. Селезеночная вена 4. Общая печеночная артерия
95.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Классически эхогенность ткани поджелудочной железы при остром панкреатите:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Трудно оценивается 2. Не изменена 3. Повышена 4. Снижена
96.	<p>Где в первую очередь появляется свободная жидкость при остром панкреатите?</p> <ol style="list-style-type: none"> А. В малом тазу Б. Вокруг печени В. Вокруг селезенки Г. В полости малого сальника
97.	<p>Какой размер головки поджелудочной железы чаще первым увеличивается, реагируя на развитие острого панкреатита?</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Передне-задний Б. Латерально-медиальный В. Вертикальный Г. Все неверно
98.	<p>Главный панкреатический проток в проекции тела не должен превышать:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. 4 мм Б. 3 мм В. 2 мм Г. 1 мм

99.	<p>Результатом преренесенного острого панкреатита часто является формирование:</p> <p>А. Рака Б. Цистаденомы В. Псевдокисты Г. Нейроэндокринной опухоли</p>
100.	<p>Главный отличительный УЗ-признак цистаденомы поджелудочной железы от псевдокисты:</p> <p>А. Размер образования Б. Наличие капсулы В. Наличие кровотока в септах Г. Наличие взвеси</p>
101.	<p>Прямые УЗ- признаки рака головки поджелудочной железы</p> <p>А. Наличие образования сниженной эхогенности с нечеткими контурами Б. Расширение Вирсунгова протока В. Расширение холедоха Г. Увеличение селезенки</p>
102.	<p>Рак поджелудочной железы имеет:</p> <p>А. Повышенную эхогенность Б. Пониженную эхогенность В. Смешанную эхогенность Г. Изоэхогенен ткани железы</p>
103.	<p>С каким заболеванием в первую очередь следует дифференцировать псевдотуморозный панкреатит:</p> <p>А. С острым панкреатитом Б. С раком поджелудочной железы В. С псевдокистой поджелудочной железы Г. С нейроэндокринной опухолью</p>
104.	<p>Сдавление псевдокистой головки поджелудочной железы дистального отдела общего желчного протока вызывает развитие:</p> <p>А. Портальной гипертензии Б. Желчной гипертензии В. Асцита Г. Верно все</p>
105.	<p>Эхогенность паренхимы поджелудочной железы при жировой инфильтрации:</p> <p>А. Не изменена Б. Понижена В. Повышена Г. Любая</p>
106.	<p>По задней поверхности поджелудочной железы на границе головки и тела (шейки) определяется слияние:</p> <p>А. Селезеночной и верхней брыжеечной вен, образующее воротную вену Б. Селезеночной и верхней брыжеечной артерий В. Верхней и нижней брыжеечных вен</p>
107.	<p>При остром деструктивном панкреатите структура поджелудочной железы изменена за счет появления в ткани:</p> <p>А. Гипоэхогенных образований Б. Ан- и гипоэхогенных участков неправильной формы В. Гиперэхогенных образований Г. Все неверно</p>
108.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При раке головки поджелудочной железы какие из перечисленных внепанкреатических сосудов в первую очередь необходимо оценивать на предмет их опухолевой инвазии:</p>

	<p>А. Верхняя брыжеечная вена Б. Чревный ствол В. Воротная вена Г. Нижняя полая вена</p>
109.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все По данным ЦДК протоковая аденокарцинома поджелудочной железы чаще: А. Аvascularная Б. Гиперваскуляризированная В. Гиповаскуляризированная Г. Верно все</p>
110.	<p>Наиболее ранний клинический симптом рака головки поджелудочной железы: А. Неукротимая рвота Б. Геморрагическая сыпь В. Желудочное кровотечение Г. Желтуха</p>
111.	<p>Может ли ложе удаленной ткани поджелудочной железы симулировать сохранную ткань железы? А. Может Б. Не может В. Может, только при растянутых петлях кишечника Г. Может, только при асците.</p>
112.	<p>Какие образования поджелудочной железы чаще гиперваскуляризированы? А. Протоковые аденокарциномы Б. Цистаденомы В. Нейроэндокринные опухоли Г. Псевдокисты</p>
113.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все К эхографическим признакам острого панкреатита в подавляющем большинстве случаев не относится: 1. Понижение эхогенности ткани и увеличение размеров железы 2. Уменьшение размеров железы 3. Размытость и нечеткость контуров железы 4. Увеличение размеров селезенки</p>
114.	<p>Какой процент контакта опухоли поджелудочной железы с внепанкреатическими артериями указывает на высокую вероятность их инвазии: А. >75% Б. >25%, но<75% В. <25%</p>
115.	<p>Выявление при УЗИ очаговой патологии поджелудочной железы требует дальнейшее выполнение: А. Обзорной рентгенографии брюшной полости Б. Динамического наблюдения В. Общего анализа крови Г. КТ или МРТ с контрастированием</p>
116.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все Какие состояния приводят к дистальному блоку желче-выводящей системы? 1. Холедохолитиаз 2. Рак головки поджелудочной желез</p>

	3. Рак большого дуоденального сосочка 4. Стриктура дистального отдела холедоха
117.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все. При каком заболевании в брюшной полости могут определяться множественные увеличенные лимфоузлы: А. Лимфогранулематозом Б. Хронический лимфолейкоз В. Неходжкинская злокачественная лимфома Г. Миеломная болезнь
118.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все Показания для проведения УЗИ селезенки? А. Выявление увеличения размеров печени Б. Наличие признаков портальной гипертензии В. Увеличение лимфоузлов в брюшной полости Г. Травма живота
119.	В норме просвет селезеночной вены: А. Равен диаметру воротной вены Б. Больше диаметра воротной вены В. Больше диаметра селезеночной артерии Г. Меньше диаметра селезеночной артерии
120.	Для пункции под контролем ультразвука глубоко лежащих и внутриорганных абсцессов органов брюшной полости какой метод целесообразно выбрать: А. Метод «свободной руки» Б. Пункция с помощью пункционного адаптера В. Не имеет значения Г. Такая пункция не выполняется

Раздел 03. УЗД в уронефрологии

№	Тестовые вопросы
1.	Почечный синус включает в себя: А. Полость лоханки Б. Сосудистые структуры В. Жировую клетчатку Г. Верно все
2.	В паренхиме почки можно визуализировать: А. Сегментарные артерии Б. Чашечки В. Лоханку Г. Пирамидки
3.	В воротах почки в норме визуализируется: А. Почечные вена Б. Почечная артерия В. Лоханочно-мочеточниковый сегмент Г. Верно все
4.	Можно ли всегда достоверно дифференцировать наличие коралловидного камня и множественных конкрементов почки? А. Нельзя Б. Можно В. Можно при наличии синусных кист

	Г. Можно при гидронефрозе
5.	Эхогенность ангиомиолипомы почки: А. Высокая Б. Низкая В. Смешанная Г. Ангиомиолипомы анэхогенные
6.	Ультразвуковой симптом инвазивного роста опухоли почки: А. Анэхогенный ободок вокруг опухоли Б. Нечеткость границ опухоли В. Резкая неоднородность структуры опухоли Г. Зоны кальцинации в опухоли
7.	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 ротированная кпереди воротами, с нарушенными взаимоотношениями сосудов и мочеточника В. Почка уменьшенная в размерах, с резко нарушенной дифференциацией "паренхима-почечный синус" Г. Сращение почки нижним полюсом с контрлатеральной почкой
8.	Хронический гломерулонефрит в начальной стадии без признаков хронической почечной недостаточности при УЗИ чаще: А. Дает двустороннее увеличение почек, с отеком паренхимы, снижением ее эхогенности Б. Не дает ультразвуковых изменений В. Дает уменьшение размеров почек с двух сторон с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы Г. Дает одностороннее увеличение и изменение структуры почки
9.	Дивертикул мочевого пузыря это: А. Мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря Б. Мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыря наружу с образованием полости, связанной с основной полостью мочевого пузыря В. Полиповидное разрастание в области устья мочеточника Г. Мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря
10.	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
11.	Эхографической особенностью кист почечного синуса является: А. Их гипозоногенное содержимое Б. Отсутствие дорсального усиления за ними В. Их форма, напоминающая форму дилатированной чашечки, лоханки Г. Неравномерное утолщение их стенок
12.	Вы в праве ожидать появления жидкости в почечной лоханке при активном пузырно-мочеточниковом рефлюксе: А. До мочеиспускания Б. После мочеиспускания В. При проведении пробы Вальсальвы Г. При присоединении хронического пиелонефрита
13.	Поликистоз почек характеризуется: А. Увеличением размеров почек

	<p>Б. Наличием в паренхиме почек единичных или множественных разнокалиберных кист</p> <p>В. Сохранностью непораженной части паренхимы</p> <p>Г. Верно все</p>
14.	<p>Множественные простые кисты почки и поликистоз почки – синонимы?</p> <p>А. Да</p> <p>Б. Нет</p> <p>В. Да - у лиц старческого возраста</p> <p>Г. Да - у детей и подростков</p>
15.	<p>Достаточным условием адекватного наполнения мочевого пузыря для выполнения УЗИ предстательной железы является его объем:</p> <p>А. 50 мл</p> <p>Б. 100 мл</p> <p>В. 200 мл</p> <p>Г. 450 мл</p>
16.	<p>Уринома -это:</p> <p>А. Опухоль мочевыделительной системы</p> <p>Б. Киста, связанная с лоханкой или чашечкой</p> <p>В. Мочевой затек</p> <p>Г. Дивертикул лоханки</p>
17.	<p>Абсцесс почки представлен УЗ-признаками:</p> <p>А. Гипоэхогенная зона с нечеткими контурами, выбухающая за контур почки</p> <p>Б. Анэхогенная зона с толстой капсулой и взвесью</p> <p>В. Анэхогенная зона с ровными контурами и тонкой капсулой</p> <p>Г. Гиперэхогенная васкуляризированная зона</p>
18.	<p>Можно ли по результатам УЗИ определить причину нефросклероза?</p> <p>А. Можно</p> <p>Б. Нельзя</p> <p>В. Можно при расширении ЧЛС</p> <p>Г. Можно при наличии синусных кист</p>
20.	<p>Существуют ли четкие УЗ-признаки хронического цистита у взрослых?</p> <p>А. Существуют</p> <p>Б. Не существуют</p> <p>В. Существуют при наличии хронического пиелонефрита</p> <p>Г. Существуют при дивертикуле мочевого пузыря</p>
21.	<p>Первичный рак предстательной железы чаще локализуется в:</p> <p>А. Центральной зоне</p> <p>Б. Периферической зоне</p> <p>В. Переходных зонах</p> <p>Г. Верно все</p>
22.	<p>Раковый узел в предстательной железе чаще:</p> <p>А. Повышенной эхогенности, повышенной жесткости при эластографии</p> <p>Б. Сниженной эхогенности, повышенной жесткости при эластографии</p> <p>В. Смешанной эхогенности, "мягкий" при эластографии</p> <p>Г. Анэхогенный, трехслойного окрашивания при эластографии</p>
23.	<p>УЗ-признаки сформированное абсцесса предстательной железы:</p> <p>А. Гипоэхогенный участок ткани с нечеткими и неровными контурами</p> <p>Б. Кистозная анэхогенная структура с тонкой капсулой</p> <p>В. Жидкостная полость с толстой неровной капсулой и взвесью</p> <p>Г. Зона повышенной эхогенности с кальцинатами</p>
24.	<p>Жесткость ракового узла предстательной железы при эластографии:</p> <p>А. Низкая</p> <p>Б. Средняя</p> <p>В. Высокая</p> <p>Г. Возможны разные варианты</p>

25.	Нарушение целостности капсулы предстательной железы является признаком: А. Аденомы Б. Рака В. Хронического простатита Г. Верно все
26.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все Поликистоз почек характеризуется: 1. Увеличением размеров почек 2. Неровными контурами почек 3. Наличием в паренхиме почек множественных разнокалиберных кист 4. Нарушением оттока мочи
27.	Для УЗИ органов мошонки необходимо использовать датчики: А. Низкочастотные секторные Б. Низкочастотные конвексные В. Высокочастотные линейные Г. Высокочастотные векторные
28.	Новообразование, выявленное в проекции левого надпочечника следует дифференцировать: А. С опухолью левой почки Б. С опухолью хвоста поджелудочной железы В. С опухолью селезенки Г. Верно все
29.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все Новообразование, выявленное в проекции правого надпочечника может являться: 1. Опухолью правой почки 2. Опухолью поджелудочной железы 3. Опухолью правого надпочечника 4. Опухолью 12 перстной кишки
30.	При УЗИ правый надпочечник лоцируется: А. В треугольнике между правой долей печени, верхним полюсом правой почки и нижней полой веной Б. Между нижней полой веной, воротной веной и общим желчным протоком В. Между брюшной аортой, нижней полой веной и головкой поджелудочной железы Г. В проекции нижнего полюса правой почки
31.	Для определения положения левой почки чаще используют: А. Тень XII ребра Б. Хвост поджелудочной железы В. Брюшную аорту Г. Левый надпочечник
32.	УЗ-признаки простой кисты почки: А. Кистозная полость с ровными четкими контурами, анэхогенным содержимым Б. Кистозная полость с неровными нечеткими контурами В. Солидная структура неправильной формы Г. Кистозная полость с толстой гиперэхогенной капсулой и взвесью
33.	Викарная гипертрофия почки развивается при: А. Удалении контралатеральной почки Б. Аплазии контралатеральной почки

	В. Отсутствии функции контралатеральной почки Г. Верно все
34.	Нарушение оттока мочи из почки характеризуется: А. Расширением чашечек Б. Расширением лоханки В. Расширением мочеточника Г. Верно все
35.	УЗ-признаки конкремента почки: А. Анэхогенная структура с капсулой, формирующая за собой эффект дорсального усиления Б. Солидная гипervasкулярная структура, расположенная в паренхиме почки В. Гиперэхогенная структура, расположенная в чашечно-лоханочной системе, формирующая за собой акустическую тень Г. Изозоногенная структура в паренхиме почки
36.	От чего зависит качество визуализации конкремента мочеточника: А. От размера конкремента Б. От степени заполнения мочеточника жидкостью В. От уровня расположения конкремента в мочеточнике Г. Верно все
37.	Для выявления варикоцеле используют: А. Пробу Вальсальвы Б. Фармакологические нагрузочные тесты В. Ортостатическую пробу Г. Пережатие бедренной артерии
38.	«Вколоченный» камень в устье мочеточника сопровождается УЗ-проявлениями: А. Наличие в мочевом пузыре в проекции устья мочеточника пристеночного не смещающегося гиперэхогенного сигнала, дающего акустическую тень Б. Отсутствие выброса мочи из мочеточника В. Расширение мочеточника Г. Верно все
39.	Достоверный признак полного удвоения почки при ультразвуковом исследовании - это: А. Наличие паренхиматозной перемычки, разделяющей почечный синус на две части; Б. Визуализация двух сосудистых ножек и двух мочеточников в проекции ворот почки; Г. Изменение соотношения толщины паренхимы и толщины почечного синуса.
40.	К УЗ-признакам паранефрита не относятся: А. Ограничение подвижности почки Б. Нечеткость контура почки В. Неоднородность структуры паранефрия Г. Повышение эхогенности почечного синуса
41.	Каким УЗ-режимом можно улучшить визуализацию выброса мочеточника: А. В-режимом Б. Второй гармоникой В. ЦДК Г. Спектральным анализом
42.	Наличие множественных кальцинатов в ткани чаще встречается при: А. Туберкулезе Б. Лимфоме В. Метастатическом поражении

	Г. Верно все
43.	А.а. arcuate визуализируются: А. На границе коркового и мозгового слоев почки Б. Вокруг чашечек В. Вокруг лоханки Г. В воротах почки
44.	Ультразвуковыми признаками карбункула почки являются: А. Анэхогенная зона овально-вытянутой формы в почечном синусе Б. Анэхогенная зона неправильной формы с тонкой капсулой в паренхиме В. Гиперэхогенная зона с четкой границей, либо гипоэхогенная зона с нечеткой границей в паренхиме Г. Синдром "выделяющихся пирамид"
45.	Визуализация конкремента в мочеточнике зависит прежде всего: А. От степени наполнения мочеточника жидкостью и размера конкремента Б. Только от химического состава конкремента В. От уровня обструкции мочеточника конкрементом Г. Только от размера конкремента
46.	В норме резистивный индекс в почечных артериях: А. <0.7 Б. 0.7-1.0 В.=1.0 Г. >1.0
47.	В норме отношение пик-систолической скорости в почечной артерии к пик-систолической скорости в брюшной аорте составляет: А. <3.5 Б. > 3.5 В. = 3.5 Г. Может быть любой
48.	При стенозе почечной артерии >60% отношение пик-систолической скорости в почечной артерии к пик-систолической скорости в брюшной аорте составляет: А. <3.5 Б. > 3.5 В. = 3.5 Г. Может быть любой
49.	УЗ-признаки острого перекрута яичка: А. Уменьшение размеров придатка и яичка, повышение их эхогенности Б. Увеличение размеров придатка и яичка, неравномерное понижение их эхогенности В. Увеличение размеров придатка и яичка, повышение их эхогенности Г. Уменьшение размеров придатка и яичка, понижение их эхогенности
50.	Злокачественные опухоли яичка чаще: А. Аваскуляры Б. Гиповаскуляры В. Гиперваскуляры Г. Верно все
51.	Число сегментов в почке: А. 5 Б. 6 В. 7 Г. В почке нет сегментов.
52.	Линейная скорость кровотока в почечных артериях по мере уменьшения диаметра сосуда: А. Увеличивается Б. Уменьшается

	<p>В. Не меняется Г. RI=1.0</p>
53.	<p>Индекс резистивности в почечных артериях по мере уменьшения диаметра сосуда: А. Увеличивается Б. Уменьшается В. Не меняется Г. RI=1.0</p>
54.	<p>Заключение о поликистозе почек можно выставить при количестве кист в почке: А. Более 8 Б. Более 20 В. Более 8 с каждой стороны Г. Не имеет значения</p>
55.	<p>Губчатая почка обусловлена: А. Тубулярной эктазией, приводящей к повышению экзогенности медуллярного вещества почки. Б. Наличием кавернозной гемангиомы. В. Множественными мелкими, кортикальными кистами. Г. Поликистозом</p>
56.	<p>Картина гиперэхогенных колец в паренхиме почек обусловлена А. Медуллярным нефрокальцинозом Б. Хронической ишемией почки В. Длительным приемом нестероидных анальгетиков Г. Верно все</p>
57.	<p>Мелкие гиперэхогенные включения в паренхиме почки с эффектом «хвоста кометы» это: А. Коллоидные кисты Б. Кальцинированные атеросклеротические бляшки В. Кистозные образования с солевым содержанием Г. Мелкие ангиомиолипомы</p>
58.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все Какие критерии кистозного образования учитываются в классификации Босняк? 1. Наличие перегородок и пристеночных тканевых структур 2. Размеры пирамидок 3. Васкуляризация структур 4. Наличие кальцинатов</p>
59.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все Опухолевый тромбоз почечной вены обусловлен: А. Сдавлением вены опухолью Б. Расширением почечной вены В. Прорастанием опухоли в просвете вены Г. Ничем из вышеперечисленного</p>
60.	<p>Метастаз рака другого органа в почку можно отличить от первичной опухоли на основании: А. Гипоэхогенного ободка Б. Наличие полостей распада В. Гиповаскулярности Г. Ничего из вышеперечисленного</p>
61.	<p>Какая из зон предстательной железы наиболее четко дифференцируется при ТРУЗИ?</p>

	<p>А. Центральная Б. Переходная В. Периферическая Г. Верно все</p>
62.	<p>Каково число сегментов предстательной железы по рекомендациям PI-RADS. А. 16 Б. 26 В. 36 Г. 46</p>
63.	<p>Визуализация какой анатомической структуры предстательной железы является причиной ложной диагностики рака? А. Увеличенных переходных зон Б. Центральной и передней фибромускулярной зоны В. Семенного бугорка Г. Сфинктера уретры</p>
64.	<p>Треугольные поля в периферической зоне предстательной железы это: А. Признак рака Б. Признак хронического простатита. В. Признак застоя в железе Г. Имеют врожденное происхождение</p>
65.	<p>Мелкосотовый характер рисунка периферической зоны предстательной железы это: А. Признак рака Б. Признак хронического простатита. В. Признак застоя в железе Г. Имеют врожденное происхождение</p>
66.	<p>Выявляемые камни в предстательной железе больше характерны для: А. Хронического простатита Б. Рака предстательной железы В. Доброкачественной гиперплазии Г. Имеют врожденный характер</p>
67.	<p>Специфическими признаками хронического простатита являются: А. Камни Б. Кисты В. Повышение эхогенности паренхимы Г. Ничего из вышеперечисленного</p>
68.	<p>В современных условиях к мультипараметрическим характеристикам оценки предстательной железы на предмет выявления рака относятся: А. Оценка в В-режиме Б. Оценка в режиме ЦДК В. Оценка по данным эластографии Г. Верно все</p>
69.	<p>Толщина стенки мочевого пузыря в норме при достаточном его наполнении составляет: А. до 1 мм Б. до 3 мм В. до 7 мм Г. все неверно</p>
70.	<p>Специфические УЗ- признаки острого цистита: 1. утолщение слизистой мочевого пузыря 2. снижение эхогенности слизистой мочевого пузыря 3. Выявляются при адекватном наполнении мочевого пузыря 4. Выявляются при слабом наполнении мочевого пузыря</p>

Раздел 04. УЗИ поверхностных структур

№	Тестовые вопросы
1.	Как влияют процессы старения и инволюции молочных желез на результаты УЗИ? А. Повышают информативность УЗИ молочной железы Б. Снижают информативность УЗИ молочной железы В. Не изменяют информативность УЗИ молочной железы Г. Удлиняют время исследования
2.	В какие периоды менструального цикла целесообразно выполнять УЗИ молочной железы: А. 5-10 день Б. 15-20 день В. Не имеет значения Г. Непосредственно перед менструацией
3.	Инструментальное исследование молочных желез у женщин после 40 лет следует начинать с: А. УЗИ Б. Рентгеновской маммографии В. МРТ Г. КТ
4.	С какого возраста женщины УЗИ молочной железы необходимо проводить после выполнения рентгеновской маммографии? А. После 30 лет Б. После 40 лет В. После 50 лет Г. После 60 лет
5.	Какие состояния затрудняют оценку молочных желез по данным УЗИ: А. Фиброзно-кистозная мастопатия Б. Инволютивные изменения В. Силиконовые эндопротезы Г. Наличие кист
6.	Какое деление молочной железы принято для описания локализации выявленной патологии: А. На квадранты и доли Б. На доли и сегменты В. На квадранты и секторы по циферблату часов Г. На секторы и доли
7.	Сколько квадрантов условно выделяют в молочной железе: А. Два Б. Четыре В. Восемь Г. Десять
8.	УЗ-картина молочной железы не зависит от: А. От размеров железы Б. От гормонального статуса В. От возрастных особенностей Г. От формы и расположения железы
9.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Какие акустические эффекты могут формироваться за соском молочной железы? 1. Широкая акустическая тень 2. Эффект дорсального псевдоусиления 3. Латеральные тени

	4. Эффект реверберации
10.	В молочной железе нет подкожно-жировой клетчатки: А. В области верхнего наружного квадранта Б. В области верхнего внутреннего квадранта В. В области ареолы Г. В проекции кожной складки в нижних отделах молочной железы
11.	Где располагается ретромаммарное пространство при УЗИ: А. Позади передней фасции Б. Позади задней фасции В. Кпереди от задней фасции Г. Кпереди о передней фасции
12.	Для молочной железы женщин до 25 лет более характерна следующая ультразвуковая картина: А. Много железистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы Б. Много железистой ткани, определяемой в виде гиперэхогенного пласта в центре железы. Жировая ткань визуализируется в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов В. Много жировой клетчатки, железистая ткань определяется в виде небольших гиперэхогенных включений между жировой тканью Г. Много жировой ткани в виде переднего и заднего гипоэхогенного пластов, а также в виде включений между железистой тканью. Железистая ткань расположена в виде тонкой гиперэхогенной полосы в центре железы
13.	Для изображения молочной железы женщины 30-40 лет более характерна следующая ультразвуковая картина: А. Много железистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы Б. Много железистой ткани, определяемой в виде гиперэхогенного пласта в центре железы. Жировая ткань визуализируется в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов В. Много гипоэхогенной жировой клетчатки, железистая ткань определяется в виде небольших гиперэхогенных включений между жировой тканью Г. Железистый треугольник практически весь представлен жировой тканью.
14.	Для изображения молочной железы женщины 45-50 лет более характерна следующая ультразвуковая картина: А. Много железистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы Б. Много железистой ткани определяемой в виде гиперэхогенного пласта в центре железы. Жировая ткань визуализируется в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов В. Много жировой ткани в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов, а также в виде включений между единичными островками железистой ткани Г. Железистый треугольник практически весь представлен жировой тканью.
15.	Для изображения молочной железы женщины старше 60 лет наиболее характерна следующая ультразвуковая картина:

	<p>А. Много железистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы</p> <p>Б. Много железистой ткани определяемой в виде гиперэхогенного пласта в центре железы. Жировая ткань визуализируется в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов</p> <p>В. Много жировой ткани в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов, а также в виде включений между единичными островками железистой ткани</p> <p>Г. Железистый треугольник практически весь представлен жировой тканью.</p>
16.	<p>Количество жировой ткани в молочной железе с возрастом:</p> <p>А. Увеличивается</p> <p>Б. Уменьшается</p> <p>В. Остается прежним</p> <p>Г. Верно все</p>
17.	<p>Связки Купера у женщин 30-45 лет:</p> <p>А. Практически не дифференцируются</p> <p>Б. Визуализируются в виде тонких гиперэхогенных линейных структур в передних отделах молочной железы</p> <p>В. Визуализируются в виде гиперэхогенных толстых тяжей</p> <p>Г. Сливаются с изображением подкожной клетчатки</p>
18.	<p>Связки Купера у женщин старше 50 лет при УЗИ:</p> <p>А. Практически не дифференцируются</p> <p>Б. Визуализируются в виде тонких гиперэхогенных линейных структур в передних отделах молочной железы</p> <p>В. Визуализируются в виде гиперэхогенных тяжей</p> <p>Г. Сливаются с изображением подкожной клетчатки</p>
19.	<p>Наиболее ранний ультразвуковой признак фиброзно-кистозной болезни:</p> <p>А. Расширение выводных протоков</p> <p>Б. Локальное усиление сосудистого рисунка ткани молочной железы</p> <p>В. Повышение эхогенности ткани молочной железы</p> <p>Г. Увеличение подмышечных лимфоузлов</p>
20.	<p>УЗ-картина фиброзно-кистозной болезни:</p> <p>А. Усугубляется в 1 фазу менструального цикла</p> <p>Б. Усугубляется во 2 фазу менструального цикла</p> <p>В. Не изменяется в различные фазы менструального цикла</p> <p>Г. Верно все</p>
21.	<p>Простая киста молочной железы характеризуется:</p> <p>А. Овальной формой и тонкой гиперэхогенной капсулой.</p> <p>Б. Боковыми акустическими тенями и эффектом дорсального усиления</p> <p>В. Анэхогенным содержимым</p> <p>Г. Верно все</p>
22.	<p>Выявленные при УЗИ множественные простые кисты молочной железы - это проявление:</p> <p>А. Инволютивных процессов</p> <p>Б. Мастита</p> <p>В. Рака</p> <p>Г. Фиброзно-кистозной болезни</p>
23.	<p>Мастит может развиваться:</p> <p>А. Только у лактирующих женщин</p> <p>Б. У женщин любого возраста</p> <p>В. Только у женщин климактерического периода</p> <p>Г. Только у детей и подростков</p>

24.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>УЗ-картина острого мастита характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Утолщением кожи, подкожной клетчатки и расширением лимфатических протоков на границе подкожной клетчатки с железистым треугольником. 2. Смазыванием УЗ-картины ткани железы в зоне воспаления, снижением эхогенности ткани и гиперваскуляризацией. 3. Нормализацией структуры молочной железы и васкуляризации ткани на фоне проводимой противовоспалительной терапии 4. Отсутствием нормализации структуры молочной железы и сосудистого рисунка на фоне противовоспалительной терапии
25.	<p>Неполная нормализация сосудистого рисунка ткани молочной железы в процессе лечения острого мастита указывает на необходимость:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Проведения МРТ Б. Проведения КТ В. Продолжения противовоспалительной терапии Г. Выполнения биопсии
26.	<p>Для УЗ-картины абсцесса молочной железы более характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Тканевое образование низкой эхогенности с неровными и нечеткими контурами, с хаотично расположенными интранодулярными сосудами Б. Жидкостное образование с толстыми слоистыми стенками, неоднородным содержимым, аваскулярное, с гиперваскуляризацией окружающих тканей железы В. Кистозное образование овальной формы с тонкой капсулой, перегородками, анэхогенным содержимым Г. Гиперэхогенный участок ткани без четких контуров и без капсулы
27.	<p>Какие акустические эффекты формируются за типичной фибroadеномой:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Односторонняя боковая тень и акустические тени Б. Двухсторонние боковые тени и эффект дорсального псевдоусиления В. Только акустическая тень Г. Нет никаких эффектов
28.	<p>Для доброкачественного образования молочной железы при УЗИ характерны:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Неровные, нечеткие контуры Б. Ровные, четкие контуры В. Ровные, нечеткие контуры Г. Верно все
29.	<p>Фибroadенома молочной железы представляет собой при УЗИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Гипоэхогенное образование с горизонтальной пространственной ориентацией, с гиперэхогенной капсулой, однородной (мелкозернистой) структуры, с латеральными тенями Б. Гипоэхогенное образование вертикальной пространственной ориентации с нечеткими, неровными контурами, с акустической тенью В. Округлое жидкостное образование с толстой слоистой капсулой, густой взвесью, дорсальным усилением Г. Овальное жидкостное образование с тонкой гиперэхогенной капсулой, анэхогенным содержимым, дорсальным усилением, с латеральными тенями
30.	<p>Простая киста молочной железы представляет собой при УЗИ:</p>

	<p>А. Гипоэхогенное образование с горизонтальной пространственной ориентацией, с гиперэхогенной капсулой, однородной (мелкозернистой) структуры, с латеральными тенями</p> <p>Б. Гипоэхогенное образование вертикальной пространственной ориентации с нечеткими, неровными контурами, с акустической тенью</p> <p>В. Округлое жидкостное образование с толстой слоистой капсулой, густой взвесью, дорсальным усилением</p> <p>Г. Овальное жидкостное образование с тонкой гиперэхогенной капсулой, анэхогенным содержимым, дорсальным усилением, с латеральными тенями</p>
31.	<p>Рак молочной железы представляет собой при УЗИ:</p> <p>А. Гипоэхогенное образование с горизонтальной пространственной ориентацией, с гиперэхогенной капсулой, однородной (мелкозернистой) структуры, с латеральными тенями</p> <p>Б. Гипоэхогенное образование вертикальной пространственной ориентации с нечеткими, неровными контурами, с акустической тенью</p> <p>В. Округлое жидкостное образование с толстой слоистой капсулой, густой взвесью, дорсальным псевдоусилением</p> <p>Г. Овальное жидкостное образование с тонкой гиперэхогенной капсулой, анэхогенным содержимым, дорсальным псевдоусилением, с латеральными тенями</p>
32.	<p>Какой УЗ-признак не характерен для фиброаденомы молочной железы?</p> <p>А. Нечеткие, неровные контуры</p> <p>Б. Однородная структура</p> <p>В. Эффект дорсального усиления</p> <p>Г. Тонкая гиперэхогенная капсула</p>
33.	<p>Для доброкачественных образований молочной железы характерна пространственная ориентация:</p> <p>А. Вертикальная</p> <p>Б. Горизонтальная</p> <p>В. Неопределенная</p> <p>Г. Верно все</p>
34.	<p>Для злокачественных образований молочной железы характерна пространственная ориентация:</p> <p>А. Вертикальная</p> <p>Б. Горизонтальная</p> <p>В. Неопределенная</p> <p>Г. Верно все</p>
35.	<p>Для злокачественного образования молочной железы более характерны:</p> <p>А. Ровные четкие контуры</p> <p>Б. Неровные, но четкие контуры</p> <p>В. Неровные, нечеткие, размытые контуры</p> <p>Г. Верно все</p>
36.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие УЗ-признаки характерны для рака молочной железы?</p> <p>1. Нечеткие, неровные контуры</p> <p>2. Вертикальная пространственная ориентация</p> <p>3. Акустические тени за образованием</p> <p>4. Низкая эхогенность образования</p>
37.	<p>Звездчатая форма образования в молочной железе с нечеткими контурами и неоднородной эхоструктурой характерна:</p>

	<p>А. Для кисты Б. Для липомы В. Для фиброаденомы Г. Для рака молочной железы</p>
38.	<p>За раковой опухолью молочной железы чаще формируются: А. Акустические тени Б. Боковые (латеральные) тени В. Дорсальное усиление Г. Эффект реверберации</p>
39.	<p>Для УЗ-картины рака молочной железы при ЦДК более характерно: А. Авакулярное образование Б. Гиповакулярное образование с единичными периферическими сосудами В. Хаотичное расположение интранодулярных сосудов, наличие радиальных и «пенетрирующих» сосудов Г. Все неверно</p>
40.	<p>Какой УЗ-признак не характерен для простой кисты молочной железы? А. Четкие, ровные контуры Б. Пристеночный тканевой компонент В. Тонкая гиперэхогенная капсула Г. Эффект дорсального усиления</p>
41.	<p>Для УЗ-картины нагноившейся кисты молочной железы более характерно: А. Тканевое образование низкой эхогенности с неровными и нечеткими контурами, с хаотично расположенными интранодулярными сосудами Б. Кистозное образование с толстыми слоистыми стенками, неоднородным содержимым, аваскулярное. С усилением сосудистого рисунка в окружающих тканях молочной железы В. Кистозное образование овальной формы, с тонкой гиперэхогенной капсулой, с анэхогенным содержимым Г. Многокамерное кистозное образование, анэхогенное, аваскулярное</p>
42.	<p>Отечно-инфильтративную форму рака молочной железы следует дифференцировать с: А. Диффузной фиброзно-кистозной болезнью Б. Диффузной формой мастита В. Гипертрофией молочных желез Г. Верно все</p>
43.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все УЗ-картина отечно-инфильтративной формы рака молочной железы характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Утолщением кожи, подкожной клетчатки, расширением лимфатических протоков на границе подкожной клетчатки с железистым треугольником, смазыванием УЗ-картины ткани железы в зоне воспаления, снижением эхогенности ткани, гиперваскуляризацией. 2. Утолщением кожи по типу «лимонной корки», расширением лимфатических протоков на границе подкожной клетчатки и железистого треугольника, смазыванием УЗ-картины ткани железы, снижением эхогенности ткани в этой зоне, гиперваскуляризацией.

	<p>3. На фоне проводимой противовоспалительной терапии отмечается нормализация структуры молочной железы и васкуляризации ткани</p> <p>4. На фоне противовоспалительной терапии нормализации структуры молочной железы и сосудистого рисунка не происходит</p>
44.	<p>Сложную кисту молочной железы необходимо дифференцировать со следующей формой рака:</p> <p>А. Папиллярный рак Б. Слизистый рак В. Скиррозный рак Г. Верно все</p>
45.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При каких ситуациях в молочной железе можно выявить диффузное усиление сосудистого рисунка ткани:</p> <p>1. Фиброзно-кистозная болезнь 2. Лактация 3. Острый мастит 4. Беременность</p>
46.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При каких ситуациях в молочной железе можно выявить локальное усиление сосудистого рисунка ткани:</p> <p>1. Острый мастит 2. Хронический мастит 3. Рак 4. Липома</p>
47.	<p>Какие образования молочной железы подлежат морфологической оценке в процессе динамического наблюдения?</p> <p>А. Образования с увеличением линейного размера более чем на 5 мм за 6 месяцев Б. Простые кисты без увеличения размера В. Липомы Г. Верно все</p>
48.	<p>Для внутрипротокового образования молочной железы более характерно:</p> <p>А. Локальное расширение протока с наличием солидного пристеночного образования Б. Диффузное расширение протоков молочной железы В. Увеличение объема железы Г. Все верно</p>
49.	<p>С чем следует дифференцировать выявленные при УЗИ гипэхогенные отграниченные участки молочной железы, сопровождающиеся локальным усилением сосудистого рисунка ткани в этой области?</p> <p>А. С кистой Б. С фибroadеномой В. С раком Г. С липомой</p>
50.	<p>При ложной гинекомастии определяется:</p> <p>А. Увеличенная грудная железа Б. Неровный контур грудной железы В. Нормальные размеры грудной железы Г. Гиперваскуляризированная железа</p>
51.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p>

	<p>Для нормального состояния силиконового эндопротеза молочной железы не характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неправильная форма эндопротеза с неоднородным его содержимым 2. Грубые волны и складки капсулы эндопротеза 3. Неравномерное повышение эхогенности и утолщение перипротезной фиброзной капсулы 4. Нитевидная полоска жидкости вокруг имплантата
52.	<p>Для капсулярной контрактуры силиконового эндопротеза молочной железы характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Неправильная форма эндопротеза, разрыв капсулы протеза, наличие дополнительного жидкостного включения в ложе протеза или в ткани железы с гиперэхогенными включениями Б. Грубые волны и складки капсулы эндопротеза, неравномерное повышение эхогенности и утолщение перипротезной фиброзной капсулы В. Ровные, четкие, умеренно волнистые контуры, анэхогенное содержимое эндопротеза, тонкая полоска жидкости вокруг имплантата Г. Утолщение перипротезной фиброзной капсулы
53.	<p>Для разрыва силиконового эндопротеза молочной железы характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Неправильная форма эндопротеза, разрыв капсулы протеза, наличие дополнительного жидкостного включения в ложе протеза или в ткани железы с гиперэхогенными включениями Б. Грубые волны и складки капсулы эндопротеза, неравномерное повышение эхогенности и утолщение перипротезной фиброзной капсулы В. Ровные, четкие, умеренно волнистые контуры, анэхогенное содержимое эндопротеза, нитевидная полоска жидкости вокруг имплантата Г. Утолщение перипротезной фиброзной капсулы
54.	<p>Для нормального состояния силиконового эндопротеза молочной железы характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Неправильная форма эндопротеза, разрыв капсулы протеза, наличие дополнительного жидкостного включения в ложе протеза или в ткани железы с гиперэхогенными включениями Б. Грубые волны и складки капсулы эндопротеза, неравномерное повышение эхогенности и утолщение перипротезной фиброзной капсулы В. Ровные, четкие, умеренно волнистые контуры, анэхогенное содержимое эндопротеза, нитевидная полоска жидкости вокруг имплантата Г. Утолщение перипротезной фиброзной капсулы
55.	<p>Шкала BI-RADS предназначена для:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. оценки молочной железы при травме Б. интерпретации выявленных узловых образований молочной железы В. оценки формы молочной железы Г. оценки молочной железы при воспалительных процессах
56.	<p>Какие категории шкалы BI-RADS предполагают проведение пункционной биопсии выявленного образования?</p> <ol style="list-style-type: none"> А. BI-RADS 0 и BI-RADS 1 Б. BI-RADS 1 и BI-RADS 2 В. BI-RADS 2 и BI-RADS 3 Г. BI-RADS 4 и BI-RADS 5

57.	<p>Наиболее типичной формой щитовидной железы в поперечном срезе при УЗИ:</p> <p>А. Бабочка Б. Подкова В. Изогнутая гантель Г. Верно все</p>
58.	<p>Соотношение долей щитовидной железы и перешейка:</p> <p>А. Равное Б. Перешеек составляет основную массу щитовидной железы В. Доли составляют основную массу щитовидной железы Г. Все неверно</p>
59.	<p>При аплазии щитовидной железы при УЗИ отмечается:</p> <p>А. Смещение сосудистого пучка Б. Смещение мышц шеи В. Отсутствие изображения ткани железы Г. Лимфаденопатия</p>
60.	<p>Гипоплазия щитовидной железы при УЗИ характеризуется:</p> <p>А. Неровностью контуров железы Б. Уменьшением объема железы В. Снижением эхоструктуры Г. Повышением васкуляризации</p>
61.	<p>Какая частота УЗ-датчика оптимальна для проведения УЗИ щитовидной и паращитовидных желез?</p> <p>А. 5.0-6.5 МГц Б. 6.5-7.5 МГц В. 9.0-12 МГц Г. 13-15 МГц</p>
62.	<p>В каком случае необходимо использовать абдоминальный конвексный датчик частотой 3.5 МГц при проведении УЗИ щитовидной железы?</p> <p>А. Для изучения структуры ткани железы Б. Для выполнения ультразвуковой доплерографии В. Для измерения продольного размера доли при ее значительном увеличении Г. Для оценки выявленного узлового образования</p>
63.	<p>Коэффициент для расчета объема щитовидной железы следующий:</p> <p>А. 0,213 Б. 0.479 В. 0.613 Г. 0.731</p>
64.	<p>В расчет объема щитовидной железы не вносят:</p> <p>А. Объем перешейка Б. Объем правой доли В. Объем левой доли Г. Все верно</p>
65.	<p>К латеральным краям долей щитовидной железы прилежат следующие сосуды:</p> <p>А. Внутренняя сонная артерия и брахиоцефальный ствол Б. Общая сонная артерия и внутренняя яремная вена В. Яремная вена и внутренняя сонная артерия Г. Внутренняя сонная артерия и дуга аорты</p>
66.	<p>Эхогенность ткани щитовидной железы взрослого человека сопоставляют с эхогенностью ткани:</p> <p>А. Селезенки Б. Окружающих мышц шеи В. Печени</p>

	Г. Паренхимы почки
67.	Эхогенность ткани щитовидной железы в детском возрасте сопоставляют с эхогенностью ткани: А. Слюнных желез Б. Окружающих мышц шеи В. Печени Г. Селезенки
68.	Какая анатомическая структура может располагаться между левой долей щитовидной железы и трахеей, симулируя узловой зоб: А. Пищевод Б. Дуга аорты В. Пирамидальная долька Г. Пищевод, при его девиации вправо
69.	Подвижность щитовидной железы при глотании обусловлена: А. Прикреплением капсулы щитовидной железы к кольцам трахеи Б. Рыхлостью подкожной клетчатки шеи В. Прикреплением капсулы щитовидной железы к пищеводу Г. Прикреплением капсулы щитовидной железы к щитовидному хрящу
70.	Какой ультразвуковой критерий может косвенно указывать на повышение уровня тиреоидных гормонов А. Размеры щитовидной железы Б. Эхоструктура ткани щитовидной железы В. Эхогенность ткани щитовидной железы Г. Сосудистый рисунок ткани щитовидной железы
71.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все УЗ-признаками «Зоба» являются: 1. Нормальные размеры щитовидной железы, однородная структура ткани 2. У женщин увеличение объема щитовидной железы более 18 мл 3. Нормальные размеры щитовидной железы с диффузно-очаговыми изменениями ткани 4. У мужчин увеличение объема щитовидной железы более 25 мл
72.	Показана ли биопсия кистозно расширенных фолликулов? А. Показана, если размер >3 мм Б. Показана, если размер >5 мм В. Показана при множественности образований Г. Не показана.
73.	Какие впервые выявленные образования щитовидной железы подлежат динамическому наблюдению не чаще 1 раз в 1-2 года? А. Подозрительные на рак Б. Подозрительные на аденому В. Кистозно расширенные макрофолликулы Г. Верно все
74.	Эхографическими признаками гипертрофической формы хронического аутоиммунного тиреоидита являются: А. Увеличенные размеры щитовидной железы, неоднородная внутренняя структура за счет чередования участков низкой эхогенности и гиперэхогенной исчерченности Б. Бугристые контуры железы, чередование кистозных полостей с микрокальцинатами В. Уменьшенные размеры железы, равномерное повышение эхогенности ткани Г. Нормальные размеры и однородная эхоструктура

75.	<p>Основными УЗ-признаками хронического аутоиммунного тиреоидита являются:</p> <p>А. Неравномерное снижение эхогенности ткани железы, чередование участков гипоэхогенности и гиперэхогенной линейной исчерченности</p> <p>Б. Увеличение одной из долей железы с узлообразованием</p> <p>В. Наличие кистозно расширенных фолликулов и коллоидных узлов</p> <p>Г. Верно все</p>
76.	<p>Значительное диффузное равномерное усиление сосудистого рисунка ткани щитовидной железы ("пылающая" щитовидная железа, "тиреоидный ад") характерно для:</p> <p>А. Узлового зоба</p> <p>Б. Диффузного нетоксического зоба</p> <p>В. Хронического аутоиммунного тиреоидита</p> <p>Г. Диффузного токсического зоба</p>
77.	<p>При диффузном токсическом зобе сосудистый рисунок ткани щитовидной железы:</p> <p>А. Ослаблен</p> <p>Б. Не изменен</p> <p>В. Локально усилен</p> <p>Г. Значительно равномерно усилен - "Пылающая" щитовидная железа, «тиреоидный ад»</p>
78.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Для диффузного токсического зоба характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение размеров железы 2. Диффузное изменение структуры ткани 3. Усиление сосудистого рисунка при ЦДК – «пылающая железа», «ад» в щитовидной железе 4. Значительное повышение скоростных характеристик кровотока в щитовидных артериях
79.	<p>Какие включения наиболее часто можно визуализировать в папиллярной раковой опухоли щитовидной железы?</p> <p>А. Мелкие кистозные полости</p> <p>Б. Микрокальцинаты</p> <p>В. Участки фиброза</p> <p>Г. Все неверно</p>
80.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При подозрении на рак щитовидной железы оптимально сочетание следующих диагностических методов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. УЗИ и сцинтиграфия щитовидной железы 2. УЗИ и КТ 3. Определение гормонов щитовидной железы и МРТ 4. Пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с морфологической верификацией узла
81.	<p>Выбрать УЗ-признаки наиболее характерные для рака щитовидной железы:</p> <p>А. Умеренное снижение эхогенности узла, мелкие жидкостные включения, макрокальцинаты</p> <p>Б. Повышенная эхогенность узла, четкие контуры, мелкие жидкостные включения</p> <p>В. Нечеткие, неровные контуры; значительное снижение эхогенности; микрокальцинаты</p> <p>Г. Кистозно расширенные множественные макрофолликулы</p>

82.	<p>Наиболее типичное расположение паращитовидных желез?</p> <p>А. По задне-латеральной поверхности доли щитовидной железы Б. В ткани долей щитовидной железы В. В области перешейка Г. Верно все</p>
83.	<p>При вторичной гиперплазии паращитовидных желез вовлечены в процесс чаще:</p> <p>А. Единичные железы Б. Несколько желез В. Изменений в железах не происходит Г. Все неверно</p>
84.	<p>Какие группы лимфоузлов не входят в зоны лимфооттока от молочной железы?</p> <p>А. Парастернальные Б. Подключичные В. Надключичные Г. Подчелюстные</p>
85.	<p>Если в молочной железе объемные образования при проведении УЗИ не выявлены, какие группы лимфоузлов необходимо осмотреть?</p> <p>А. Никакие Б. Над- и подключичные В. Парастернальные Г. Подмышечные</p>
86.	<p>При опасности перекрестного метастазирования рака, расположенного во внутренних квадрантах молочной железы, какие группы лимфоузлов необходимо исследовать в первую очередь?</p> <p>А. Подключичные Б. Парастернальные В. Надключичные Г. Внутригрудные</p>
87.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие УЗ-признаки более характерны для злокачественного поражения лимфоузла?</p> <p>А. Округлая форма Б. Кистозные включения В. Отсутствие дифференцировки структур лимфоузла Г. Кальцинаты</p>
88.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие изменения в лимфоузлах не характерны для доброкачественных процессов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неровные контуры лимфоузла 2. Кистозные включения в лимфоузле 3. Отсутствие срединного эхо 4. Выявление кровеносных сосудов в лимфоузле по данным ЦДК
89.	<p>Аденома слюнной железы при УЗИ:</p> <p>А. Очень низкой эхогенности Б. Относительно однородной структуры В. Часто симулирует кистозное образование Г. Верно все</p>
90.	<p>Какая УЗ-методика позволяет дифференцировать аденому слюнной железы от кисты?</p> <p>А. В-режим для определения однородности структуры Б. ЦДК для выявления кровеносных сосудов</p>

	<p>В. Спектральный анализ кровотока для выявления ретроградных потоков</p> <p>Г. Вторая гармоника</p>
91.	<p>В каких режимах необходимо выполнить УЗИ при обнаружении образования поверхностных органов?</p> <p>А. Достаточно В-режима</p> <p>Б. В-режим и ЦДК</p> <p>В. В-режим и эластография</p> <p>Г. Необходимо использовать все возможные методы</p>
92.	<p>При разрыве мышцы можно выявить:</p> <p>А. Неоднородность структуры мышцы</p> <p>Б. Жидкостные включения</p> <p>В. Дефект мышечной ткани</p> <p>Г. Верно все</p>
93.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Гематома при УЗИ в процессе длительного динамического наблюдения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Изменяется по эхогенности 2. УЗ-картина остается такой же, как в момент травмы 3. Изменяется по структуре 4. Верно все
94.	<p>При УЗИ липома мягких тканей имеет следующее строение:</p> <p>А. Солидная «сетчатая» изо-, гипо-, гиперэхогенная аваскулярная структура с тонкой гиперэхогенной капсулой.</p> <p>Б. Смешанная кистозно-солидную гиповаскулярная структура.</p> <p>В. Кистозная структура с толстой васкуляризированной капсулой</p> <p>Г. Солидная гиперваскулярная структура с неровными, нечеткими контурами</p>
95.	<p>УЗ-признаки кисты Бейкера:</p> <p>А. Скопление жидкости без капсулы в подколенной области</p> <p>Б. Одно- или многокамерное жидкостное образование в области шеи</p> <p>В. Аваскулярное полостное образование в подколенной области</p> <p>Г. Верно все</p>

Раздел 05. УЗД в педиатрии

	Тестовые вопросы
1.	Эхогенность паренхимы поджелудочной железы у новорожденного ребенка: А. Выше эхогенности паренхимы печени Б. Равна эхогенности паренхимы печени В. Ниже эхогенности паренхимы печени Г. Может быть любой эхогенности
2.	Размеры поджелудочной железы у новорожденных детей при УЗИ во всех отделах составляют: А. 3 мм Б. 6 мм В. 8 мм Г. 10 мм
3.	Выявленное при УЗИ расширение протока поджелудочной железы у детей чаще всего обусловлено: А. Гепатомегалией Б. Спленомегалией В. Дискинезией двенадцатиперстной кишки Г. Расширением брюшной аорты
4.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все У детей старше 12 лет диаметр протока поджелудочной железы при УЗИ не должен превышать: 1. 4 мм 2. 3 мм 3. 2 мм 4. 1 мм
5.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Реактивные (вторичные) изменения поджелудочной железы у детей при УЗИ могут проявляться: 1. Диффузными изменениями эхогенности ткани железы 2. Увеличением размеров поджелудочной железы 3. Изменения, связанные с поражением других органов или систем, исчезающие полностью или частично при лечении основного заболевания 4. Снижением эхогенности ткани железы
6.	Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Кисты диафрагмы могут быть эхографически схожи с: 1. Кистами селезенки 2. Кистами легких 3. Кистами почек 4. Кистами печени
7.	У детей эхогенность паренхимы печени по сравнению с эхогенностью коркового слоя паренхимы почки: А. Равны Б. Выше В. Ниже Г. Может быть различной
8.	С чем сопоставляют размеры печени ребенка:

	<p>А. С возрастом Б. С весом В. С ростом Г. Верно все</p>
9.	<p>Максимальный диаметр ствола воротной вены при УЗИ в норме у детей старше 12 лет достигает: А. 8 мм Б. 10 мм В. 13 мм Г. 15 мм</p>
10.	<p>Выявленная при УЗИ кавернозная трансформация воротной вены у детей раннего возраста практически всегда является: А. Результатом цирроза печени Б. Результатом склерозирующего холангита В. Врожденным состоянием Г. Результатом портальной гипертензии</p>
11.	<p>Диаметр ствола воротной вены у новорожденных детей при УЗИ колеблется между: А. 2-3 мм Б. 4-5 мм В. 6-7 мм Г. 7-8 мм</p>
12.	<p>При мононуклеозе не происходит: А. Увеличение размера почек Б. Увеличение печени В. Увеличение селезенки Г. Увеличение лимфоузлов</p>
13.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все При портальной гипертензии типичны следующие изменения со стороны селезенки: 1. увеличение размеров 2. расширение диаметра селезеночной вены 3. повышение периферического сопротивления в селезеночной артерии 4. появление пропульсивного типа кровотока в селезеночной вене</p>
14.	<p>Максимальная толщина правой доли печени у доношенных новорожденных при УЗИ колеблется между: А. 3-4 см Б. 4-5 см В. 5-6 см Г. 6-7 см</p>
15.	<p>Массивная кальцификация базальных ганглиев при слабой выраженности изменений в перивентрикулярной области наиболее характерна для воспалительного процесса, вызванного: А. ОРВИ Б. Краснухой В. Гепатитом Г. Пиелонефритом</p>
16.	<p>Нефрокальциноз выражается при УЗИ следующими признаками: А. Выраженным повышением эхогенности всех пирамид Б. Выраженным снижением эхогенности всех пирамид В. Пирамиды выглядят анэхогенным Г. Пирамиды имеют разную эхогенность</p>
17.	<p>Основное заболевание, с которым необходимо дифференцировать мультикистоз почек при УЗИ, это:</p>

	<p>А. Пиелонефрит Б. Гломерулонефрит В. Гидронефроз Г. Опухоль почки</p>
18.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Выявление при УЗИ децентрации головки бедра с развитием подвывиха характерно для сустава: 1. 2 типа 2. 3 А типа 3. 4 типа 4. 3 Б типа</p>
19	<p>Для угловой оценки тазобедренного сустава при УЗИ по методике Graf R. ацетабулярная линия проводится: А. Через наружный край вертлужной впадины и Y-образный хрящ Б. По основанию малой ягодичной мышцы и костного края подвздошной кости В. По основанию медиальной части лимбуса Г. Через центральные отделы головки бедра параллельно костному краю подвздошной кости</p>
20.	<p>Для угловой оценки тазобедренного сустава при УЗИ по методике Graf R. базовая линия проводится: А. Через наружный край вертлужной впадины и Y-образный хрящ Б. По основанию малой ягодичной мышцы и костного края подвздошной кости В. По основанию медиальной части лимбуса Г. Через центральные отделы головки бедра параллельно костному краю подвздошной кости</p>
21.	<p>Для угловой оценки тазобедренного сустава при УЗИ по методике Graf R. инклинационная линия проводится: А. Через наружный край вертлужной впадины и Y-образный хрящ Б. По основанию малой ягодичной мышцы и костного края подвздошной кости В. По основанию медиальной части лимбуса Г. Через центральные отделы головки бедра параллельно костному краю подвздошной кости</p>
22.	<p>Для угловой оценки тазобедренного сустава при УЗИ по методике Graf R. конвекситальная линия проводится: А. Через наружный край вертлужной впадины и Y-образный хрящ Б. По основанию малой ягодичной мышцы и костного края подвздошной кости В. По основанию медиальной части лимбуса Г. Через центральные отделы головки бедра параллельно костному краю подвздошной кости</p>
23.	<p>Увеличение экзогенности крыши вертлужной впадины в сочетании с угловыми характеристиками сустава: угол альфа менее 43, угол бета более 77, угол дельта — 44-55 при УЗИ характерно для сустава: А. 2 типа Б. 3 Б типа В. 4 типа Г. 3 А типа</p>
24.	<p>Симптом "пустой ацебулярной ямки" при ультразвуковом сканировании типичен для сустава: А. 2 типа Б. 3 Б типа</p>

	В. 4 типа Г. 3 А типа
25.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 4 типа 2. 3 А типа 3. 2 типа 4. 3 Б типа
26.	<p>УЗИ тазобедренных суставов у детей по методике Graf R. производится в положении ребенка:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. На спине Б. На боку со сгибанием в тазобедренном суставе на 20-30° В. На боку со сгибанием в тазобедренном суставе на 90 ° Г. На боку с вытянутой ногой
27.	<p>Угол альфа у детей раннего возраста при УЗИ в норме составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Менее 37 ° Б. Менее 43 ° В. Менее 48 ° Г. 60 ° и более
28.	<p>Угол бета у детей раннего возраста при УЗИ в норме составляет не менее:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. 30° Б. 40 ° В. 55° Г. 70°
29.	<p>Угол дельта у детей раннего возраста при УЗИ в норме составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. < 43° Б. 44-65° В. 78° Г. 90 °
30.	<p>Выявленное при УЗИ замедление моторной функции желчного пузыря у детей чаще всего связано с:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Патологией печени Б. Патологией желудка и двенадцатиперстной кишки В. Патологией поджелудочной железы Г. Патологией селезенки
31.	<p>Толщина стенки желчного пузыря у здоровых детей при УЗИ составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. 4 мм Б. 3 мм В. 2 мм Г. 1 мм
32.	<p>Гипердиагностика взвеси в просвете желчного пузыря связана чаще с:</p> <ol style="list-style-type: none"> А – низким классом используемой УЗ-техники Б – зеркальным артефактом В – невыполнением полипозиционного сканирования Г – со всеми перечисленными факторами
33.	<p>Дуоденит эхографически характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> А – содержимым в просвете 12-перстной кишки натошак Б – дилатацией 12-перстной кишки до 2-3 см и более В – утолщением стенки 12-перстной кишки Г – совокупностью перечисленных проявлений

34.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Дуодено-гастральный рефлюкс на УЗИ:</p> <p>1 – визуализируется всегда</p> <p>2 – не визуализируется никогда</p> <p>3 – визуализируется только в подростковом возрасте</p> <p>4 – визуализируется далеко не всегда, надеяться на метод УЗИ в диагностике ДГР неправомерно</p>
35.	<p>Условием корректного проведения УЗИ при подозрении на острый аппендицит является:</p> <p>А – наполненный желудок пациента</p> <p>Б – наполненный мочевой пузырь пациента</p> <p>В – заполненный титульный лист истории болезни пациента</p> <p>Г – сочетание всего перечисленного</p>
36.	<p>Непременным условием визуализации тазового расположения аппендицита является:</p> <p>А – состояние ребенка строго натощак</p> <p>Б – наполненный мочевой пузырь пациента</p> <p>В – артериальное давление пациента не менее 120/80</p> <p>Г – возраст ребенка не менее 10 лет</p>
37.	<p>Газ в полости аппендикулярного абсцесса:</p> <p>А – затрудняет его эхографическую визуализацию</p> <p>Б – улучшает его эхографическую визуализацию</p> <p>В – является акустическим окном</p> <p>Г – возможен любой из перечисленных вариантов</p>
38.	<p>При кишечной непроходимости (например, после аппендэктомии):</p> <p>А – типична умеренная дилатация кишечных петель</p> <p>Б – «мятниковообразные» перемещения химуса в просвете кишечных петель</p> <p>В – немного выпота в брюшной полости</p> <p>Г – совокупность всех перечисленных изменений</p>
39.	<p>Спайки после аппендэктомии эхографически:</p> <p>А – не визуализируются</p> <p>Б – определяются, как эхоплотные линейные структуры</p> <p>В – определяются как мелкоочечные включения</p> <p>Г – определяются как анэхогенные включения</p>
40.	<p>Эхографически дифференцируемой причиной кишечной непроходимости может быть:</p> <p>А – аппендицит и его осложненные формы</p> <p>Б – заворот кишечной петли разного генеза</p> <p>В – кишечная инвагинация</p> <p>Г – все перечисленные причины</p>
41.	<p>Инородные тела ЖКТ при УЗИ:</p> <p>А – визуализируются редко</p> <p>Б – визуализируются всегда</p> <p>В – не визуализируются никогда</p> <p>Г – справедливы все перечисленные варианты</p>
42.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Стенка энтерокисты по эхоструктуре сходна:</p> <p>1 – с передней брюшной стенкой</p> <p>2 – со стенкой желчного пузыря</p> <p>3 – со стенкой мочевого пузыря</p> <p>4 – со стенкой кишки</p>
43.	<p>При гипертрофическом пилоростенозе:</p> <p>А – длина привратника более 20мм</p>

	<p>Б – просвет привратника все время сомкнут</p> <p>В – толщина мышечной слоя стенки привратника более 3-х мм (чаще – 4-5мм)</p> <p>Г – сочетание всех перечисленных признаков</p>
44.	<p>При гипертрофическом пилоростенозе:</p> <p>А – длина привратника более 20 мм</p> <p>Б – просвет привратника все время сомкнут</p> <p>В – толщина мышечной слоя стенки привратника более 3 мм</p> <p>Г – сочетание всех перечисленных признаков</p>
45.	<p>Максимальные размеры надпочечника у здорового новорожденного ребенка (по ширине и высоте) при УЗИ может достигать:</p> <p>А. 35 мм</p> <p>Б. 45 мм</p> <p>В. 55 мм</p> <p>Г. 65 мм</p>
46.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Надпочечники у новорожденных при УЗИ имеют следующую форму:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Типичная треугольная 2. В виде «трилистника» 3. В виде овала 4. Неправильная
47.	<p>Опухоль надпочечника новорожденного эхографически представлена:</p> <p>А. Солидным компонентом</p> <p>Б. Кистозным компонентом</p> <p>В. Сочетанием солидного и кистозного компонентов</p> <p>Г. Верно все</p>
48.	<p>Медуллярная губчатая почка на УЗИ характеризуется:</p> <p>А. Часто увеличением размеров почек</p> <p>Б. Наличием конгломератов мелких кист в медуллярном слое паренхимы почек</p> <p>В. Сохранностью кортикального слоя паренхимы</p> <p>Г. Верно все</p>
49.	<p>При ЦДК сосудистый рисунок в паренхиме почки при мультикистозе</p> <p>А. Не определяется</p> <p>Б. Имеет «хаотичный» вид</p> <p>В. Интерлобарные сосуды огибают кистозно измененные увеличенные пирамиды</p> <p>Г. Не изменен</p>
50.	<p>Соотношение коркового и мозгового слоев паренхимы почки у новорожденного ребенка при УЗИ составляет:</p> <p>А. 1:1</p> <p>Б. 1:2</p> <p>В. 1:3</p> <p>Г. 1:4</p>
51.	<p>Соотношение коркового и мозгового слоев паренхимы почки у детей старше 12 лет при УЗИ составляет:</p> <p>А. 1:1</p> <p>Б. 1:2</p> <p>В. 1:3</p> <p>Г. 1:4</p>

52.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>В динамике кровоизлияние в надпочечник:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рассасывается в сроки 2-8 недель 2. Не меняется в течение года 3. Кальцифицируется 4. Остается на всю жизнь
53.	<p>Гематома надпочечника новорожденного эхографически:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Неоднородная, возможно - с жидкостными включениями Б. Неправильной овальной формы В. Аvascularная Г. Верно все
54.	<p>Поликистоз инфантильного типа на УЗИ характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Увеличением размеров почек Б. Наличием в паренхиме почек множественных («без счета») мелких кист размерами 1-4 мм В. Поражением и кортикального, и медуллярного слоев паренхимы почек Г. Верно все
55.	<p>При УЗИ пиелоектазия - это изолированная дилатация:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Чашечек Б. Лоханки В. Мочеточника Г. Уретры
56.	<p>Сосудистый рисунок в паренхиме почки при инфантильном поликистозе:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Не определяется Б. Имеет «хаотичный» вид В. Интерлобарные сосуды огибают кистозно измененные увеличенные пирамиды Г. Не изменен
57.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При мультикистозе почка эхографически выглядит как:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. «мишень» 2. «слоеный пирог» 3. «голова акулы» 4. «гроздь винограда»
58.	<p>Сосудистый рисунок в паренхиме почки при медуллярной губчатой почке:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Не определяется Б. Имеет «хаотичный» вид В. Интерлобарные сосуды огибают кистозно измененные увеличенные пирамиды Г. Не изменен
59.	<p>Толщина просвета экстраренально расположенной лоханки у детей в возрасте 13-15 лет при УЗИ не должна превышать:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. 7 мм Б. 10 мм В. 12 мм Г. 15 мм
60.	<p>При мультикистозе почки при УЗИ характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Отсутствие нормальной паренхимы почки

	<p>Б. Вся почка представлена совокупностью кистозных полостей</p> <p>В. Размер и количество кист различно</p> <p>Г. Верно все</p>
61.	<p>Визуализация гипозоженных пирамид в паренхиме почки у ребенка при УЗИ свидетельствует о:</p> <p>А. О пиелонефрите</p> <p>Б. О гломерулонефрите</p> <p>В. О опухоли почки</p> <p>Г. О неизменной почки</p>
62.	<p>Значительное утолщение слизистой лоханки при рефлюкс-нефропатии:</p> <p>А – типично для присоединения мочекаменной болезни</p> <p>Б – свидетельствует об исчезновении функции почки</p> <p>В – является маркером малигнизации процесса</p> <p>Г – может быть маркером обострения хронического пиелонефрита</p>
63.	<p>Для корректной оценки нарушений интратрениального сосудистого рисунка при разрыве почки необходимо выполнить:</p> <p>А – микционную пробу</p> <p>Б – ортостатическую пробу</p> <p>В – лазиксную проб</p> <p>Г – полипозиционное сканирование в режиме ЦДК или энергетическое доплеровское исследование</p>
64.	<p>После глубоких разрывов почки эхографически типично:</p> <p>А – формирование конкрементов в почке</p> <p>Б – формирование мегауретера</p> <p>В – формирование поликистоза</p> <p>Г – формирование грубого рубца и фрагментарное обеднение сосудистого рисунка</p>
65.	<p>При наличии конкремента в дистальном отделе мочеточника мочеточниковый выброс:</p> <p>А – меняет свою интенсивность</p> <p>Б – меняет направление</p> <p>В – меняет продолжительность и ритмичность</p> <p>Г – характерна совокупность перечисленных эхопризнаков</p>
66.	<p>При болезнях накопления:</p> <p>А – размеры печени значительно увеличены (часто – и селезенки)</p> <p>Б – эхогенность печени диффузно (или – диффузно-неоднородно) повышена</p> <p>В – часто: выраженные диффузные изменения почек</p> <p>Г – справедливо все перечисленное</p>
67.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Чаще всего добавочная селезенка локализуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В области верхнего полюса 2. В области ворот 3. По наружному краю 4. В проекции гастродуоденальной связки (ближе к нижнему полюсу)
68.	<p>При нейросонографии к синдрому Арнольда-Киари 1 типа относят:</p> <p>А. Увеличение миндалин мозжечка и смещение их с нижним червем в позвоночный канал</p> <p>Б. Выраженное смещение миндалин мозжечка и нижнего червя с каудальной дислокацией продолговатого мозга в большое затылочное отверстие</p> <p>В. Широкое расположение передних рогов боковых желудочков в сочетании с их латерализацией и параллельным расположением</p> <p>Г. Все неверно</p>

69.	Свободные тромбы в боковых желудочках при нейросонографии наиболее часто выявляются в области: А. Антральной части и нижнего рога Б. Боковых желудочков В. Мозжечка Г. Большой цистерны
70.	В корональном сечении при нейросонографии на уровне отверстий Монро и третьего желудочка величина последнего не превышает: А. 3 мм Б. 5 мм В. 6 мм Г. 7 мм
71.	В сагиттальной плоскости сканирования при нейросонографии поперечный размер большой цистерны мозга у новорожденных детей не превышает: А. 2-3 мм Б. 3-4 мм В. 4.5-5.5 мм Г. Более 6 мм
72.	УЗ-признаки септо-хиазмальной дисплазии: А. Слияние передних рогов боковых желудочков между собой Б. Уплотнение передних рогов боковых желудочков В. Увеличение оптического кармана третьего желудочка Г. Верно все
73.	Выявленная при нейросонографии окклюзионная гидроцефалия при объемных образованиях задней черепной ямки обычно обусловлена: А. Стенозом Сильвиева водопровода Б. Агенезией мозолистого тела В. Септо-хиазмальной дисплазией Г. Верно все
74.	Выявленное при нейросонографии локальное расширение задних рогов боковых желудочков (колпоцефалия) наиболее характерно для: А. Стеноза Сильвиева водопровода Б. Агенезии мозолистого тела В. Септо-хиазмальной дисплазии Г. Все неверно
75.	Герминативный матрикс у недоношенных новорожденных локализуется преимущественно в области: А. В субэпендимальных отделах передних рогов Б. Головок хвостатых ядер В. Каудоталамических борозд Г. Верно все
76.	Минимальное количество сечений стандартной нейросонографии новорожденных детей составляет: А. 7 Б. 9 В. 11 Г. 15
77.	При нейросонографии увеличение большой цистерны мозга при отсутствии изменений со стороны остальных отделов ликворной системы наиболее характерно для: А. Гипоплазии мозжечка Б. Увеличения миндалин мозжечка В. Агенезии мозолистого тела Г. Все неверно

78.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Для синдрома Арнольда-Киари 2 типа при нейросонографии характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение миндалин мозжечка 2. Выраженное смещение миндалин мозжечка и нижнего червя 3. Кровоизлияние в вещество мозга 4. Каудальная дислокация продолговатого мозга в большое затылочное отверстие
79.	<p>При нейросонографии симптом веерообразного отхождения борозд от крыши третьего желудочка наиболее характерен для:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Агенезии мозолистого тела Б. Синдрома Арнольда-Киари 2 типа В. Гипоплазии мозжечка Г. Внутримозжечкового кровоизлияния
80.	<p>При нейросонографии не характерно для агенезии мозолистого тела:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Симптом широкого расположения передних рогов боковых желудочков в сочетании с их латерализацией и параллельным расположением Б. Симптом веерообразного отхождения борозд от крыши третьего желудочка В. Увеличение миндалин мозжечка Г. Каудальная дислокация продолговатого мозга в большое затылочное отверстие
81.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Изолированное расширение одного из боковых желудочков указывает на стеноз:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сильвиева водопровода 2. Отверстий IV желудочка 3. Подбололочных отделов полушарий головного мозга 4. Отверстия Монро
82.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Определение при НСГ гиперэхогенной структуры в верхних отделах каудоталамической борозды указывает на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутривентрикулярное кровоизлияние II степени 2. Внутримозжечковое кровоизлияние 3. Кровоизлияние в вещество мозга 4. Внутривентрикулярное кровоизлияние I степени
83.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При каком типе кровоизлияний отмечается феномен гиперэхогенных борозд :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Интравентрикулярных кровоизлияниях 2. Субдуральных кровоизлияниях 3. Субарахноидальных кровоизлияниях 4. Кровоизлияниях в вещество головного мозга
84.	<p>Полость Верге представляет собой расширенные отделы:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Передних рогов боковых желудочков Б. Нижних отделов боковых желудочков В. III желудочка Г. Задней области полости прозрачной перегородки

85.	<p>Постпункционная интравенальная артериовенозная фистула при ЦДК выглядит как:</p> <p>А. Округлое образование красного цвета</p> <p>Б. Округлое образование синего цвета</p> <p>В. Разноцветное яркое пятно</p> <p>Г. При ЦДК не окрашивается</p>
86.	<p>Индекс I сегмента печени в норме должен быть:</p> <p>А. Равен или менее 30%</p> <p>Б. Равен 45%</p> <p>В. Более 60%</p> <p>Г. Справедливо все перечисленное в зависимости от конституциональных особенностей пациента</p>
87.	<p>В норме диаметр общего желчного протока должен быть:</p> <p>А. Равен 1/3 ствола воротной вены</p> <p>Б. Равен или меньше 1/2 диаметра ствола воротной вены</p> <p>В. Равен диаметру ствола воротной вены</p> <p>Г. Равен диаметру ствола общей печеночной артерии</p>
88.	<p>Эхографический признак пневмобилия может встречаться:</p> <p>А. в норме</p> <p>Б. после перенесенных операции на желчных протоках</p> <p>В. при метеоризме</p> <p>Г. при некротическом энтероколите</p>
89.	<p>Цилиндрическая форма матки соответствует:</p> <p>А. Нейтральному периоду</p> <p>Б. Пубертатному периоду</p> <p>В. Препубертатному периоду</p> <p>Г. Репродуктивному периоду</p>
90.	<p>Локализация яичников в норме в пубертатном периоде:</p> <p>А. Высоко в полости малого таза</p> <p>Б. У ребер матки</p> <p>В. У трубных углов матки</p> <p>Г. Все перечисленное верно</p>
91.	<p>Гематокольпос формируется при:</p> <p>А. Атрезии девственной плевы или влагалища в нижней и средней трети</p> <p>Б. Атрезии цервикального канала</p> <p>В. Атрезии матки</p> <p>Г. Справедливо все перечисленное</p>
92.	<p>Гематометра формируется при:</p> <p>А. Атрезии девственной плевы</p> <p>Б. Атрезии влагалища в нижней и средней трети</p> <p>В. Атрезии цервикального канала или средней и верхней трети влагалища</p> <p>Г. Справедливо все перечисленное</p>
93.	<p>Эхо-признаки фолликулярной кисты:</p> <p>А. Размеры более 30 мм в диаметре</p> <p>Б. Тонкая стенка с единичными сосудами, анэхогенное содержимое</p> <p>В. По периферии ткань яичника с фолликулами</p> <p>Г. Справедливо все перечисленное</p>
94.	<p>Из доступа через заднебоковой родничок в задней черепной ямке прослеживаются фрагменты:</p> <p>А – Верхнего и нижнего сагиттальных синусов</p> <p>Б – Кавернозных синусов</p> <p>В – Поперечного и сигмовидных синусов</p> <p>Г – Всех перечисленных синусов</p>

95.	<p>В задней черепной ямке при нейросонографии могут быть визуализированы:</p> <p>А – Оболочечные скопления различного генеза</p> <p>Б – Кровоизлияния в мозжечок</p> <p>В – Тромбозы синусов</p> <p>Г – Возможен любой их перечисленных вариантов и их сочетания</p>
96.	<p>Феномен «эхогенных борозд» при менингите обусловлен:</p> <p>А – акустическим феноменом реверберации от микробных тел в менингеальных оболочках</p> <p>Б – наличием тонкого слоя содержимого повышенной эхогенности в бороздах</p> <p>В – кальцификацией менингеальных оболочек</p> <p>Г – справедливо все перечисленное</p>
97.	<p>Вентрикуломегалия после перенесенных ПИВК II-III степеней встречается:</p> <p>А – часто</p> <p>Б – очень редко</p> <p>В – не встречаются</p> <p>Г – встречаются в первые 6 часов от начала заболевания</p>
98.	<p>Регистрация потоков ликвора в доплеровских режимах свидетельствует о:</p> <p>А – изменении температуры тела ребенка</p> <p>Б – изменении реологических свойств ликвора</p> <p>В – изменении кислотно-щелочного равновесия</p> <p>Г – изменении СОЭ крови</p>
99.	<p>При атрофических изменениях вещества головного мозга вследствие ПВЛ:</p> <p>А – подчеркнутый рельеф поверхности мозга</p> <p>Б – истончение извилин и углубление борозд</p> <p>В – вентрикуломегалия и/или дилатация оболочечных пространства заместительного типа</p> <p>Г – сочетание перечисленных изменений</p>
100.	<p>Лизирующий тромб при ПИВК II степени выглядит так:</p> <p>А – контур гиперэхогенный, срединная часть - гиперэхогенная</p> <p>Б – контур гиперэхогенный, срединная часть - гипозэхогенная</p> <p>В – контур гипозэхогенный, срединная часть - гиперэхогенная</p> <p>Г – контур гипозэхогенный, срединная часть - гипозэхогенная</p>
101.	<p>Возможно сочетание ПИВК:</p> <p>А – с кровоизлияниями в подкорковые ганглии</p> <p>Б – с оболочечными кровоизлияниями</p> <p>В – с кровоизлияниями в паренхиму больших полушарий</p> <p>Г – возможны все перечисленные варианты</p>
102.	<p>Мозжечок оптимально визуализируется:</p> <p>А – через большой и задний роднички</p> <p>Б – через заднебоковые роднички и большое затылочное отверстие</p> <p>В – через височные окна</p> <p>Г – через атипичные поверхностные доступы</p>
103.	<p>Феномен «ликворного факела» у младенца с вентрикулитом можно наблюдать при:</p> <p>А – лазерной пробе</p> <p>Б – компрессионной пробе</p> <p>В – микционной пробе</p> <p>Г – желчегонной пробе</p>
104.	<p>Традиционно из височного доступа получают:</p> <p>А – фронтальный скан</p> <p>Б – сагиттальный скан</p>

	В – аксиальный скан Г – подковообразный скан
105.	Тяжелые постгипоксические изменения головного мозга в острый период характеризуются: А – нечеткостью дифференцировки структур головного мозга Б – диффузным повышением эхогенности головного мозга В – сомкнутостью ликворных путей и пространств Г – сочетанием всех перечисленных факторов
106.	Полипозиционная нейросонография выполняется: А – через большой родничок Б – через заднебоковые роднички и атипичные поверхностные доступы В – транстемпорально, через задний родничок и большое затылочное отверстие Г – с использованием всех перечисленных доступов
107.	Противопоказаниями к проведению НСГ являются: А – вес ребенка менее 1 кг Б – возраст ребенка менее 1 недели В – гестационный возраст ребенка менее 24 недель Г – противопоказаний нет
108.	Кратность выполнения НСГ ограничена: А – возрастом младенца (не чаще 1 раза в неделю на первом месяце жизни) Б – весом младенца (не чаще 1 раза за период прибавки в весе 100 граммов) В – уровнем Hb (не чаще 1 раза в неделю при Hb менее 100г/л) Г – ограничений по кратности нет
109.	Традиционная НСГ выполняется: А – через большой родничок Б – через заднебоковой родничок В – транстемпорально Г – транспальпебрально
110.	Глубина переднего рога бокового желудочка в норме не превышает: А. 1 мм Б. 4 мм В. 9 мм Г. 20 мм
111.	Ширина III желудочка в норме не превышает: А. 1 мм Б. 3 мм В. 10 мм Г. 20 мм
112.	Головки хвостатых ядер формируют: А. нижне-наружный контур передних рогов Б. верхне-внутренний контур передних рогов В. наружный контур III желудочка Г. внутренний контур III желудочка
113.	Подкорковые ганглии: А. дифференцируются друг от друга толстой эхогенной капсулой Б. дифференцируются друг от друга жидкостной прослойкой В. нечетко дифференцируются друг от друга Г. не дифференцируются при НСГ
114.	Наружные ликворные пространства: А. эхографически не дифференцируются; Б. эхографически четко дифференцируются только при их расширении В. эхографически дифференцируются только после 1 года Г. эхографической оценке не подлежат

115.	Перивентрикулярная область оптимально визуализируется: А . в сагиттальном скане Б . в парасагиттальном скане В . в скане через островок Г . во всех перечисленных сканах
116.	Тело бокового желудочка измеряют: А . в области каудо-таламической вырезки Б . в зоне сосудистого сплетения В . на уровне отверстия Монро Г . между ножками мозга
117.	Инфундибулярный карман III желудочка: А . является вариантом нормы Б . является компонентом с-ма Арнольда-Хиари В . является компонентом с-ма Денди-Уокера Г . является компонентом с-ма Дауна
118.	Затылочный рог бокового желудочка измеряется:: А . с захватом сосудистого сплетения Б . с захватом отверстия Монро В . с захватом хвостатого ядра Г . с захватом таламуса
119.	Височные рога в норме: А . сомкнуты Б . 10 мм В . 12 мм Г . 16 мм
120.	Каудоталамическая вырезка эхографически расположена между : А . хвостатым ядром и таламусом Б . таламусом и сосудистым сплетением В . сосудистым сплетением и височным рогом Г . височным рогом и хвостатым ядром
121.	Через заднебоковые роднички оценивают: А . структуры передней черепной ямки Б . структуры средней черепной ямки В . структуры задней черепной ямки Г . все перечисленные структуры
122.	Через височное окно выполняются: А . аксиальные сканы Б . фронтальные сканы В . сагиттальные сканы Г . все перечисленные сканы
123.	Через большое затылочное отверстие оценивают: А . структуры передней черепной ямки Б . структуры средней черепной ямки В . структуры задней черепной ямки Г . все перечисленные структуры
124.	Контралатеральную конвекситальную поверхность головного мозга оценивают из доступа: А . через большой родничок Б . через заднебоковые роднички В . через височные окна Г . через большое затылочное отверстие
125.	Наиболее информативным параметром для оценки размеров тимуса является: А - тимический индекс Б - объем железы В - масса железы

	Г - отношение массы железа к массе тела ребенка
126.	Спинальный мозг новорожденного на УЗИ: А . не виден Б. может быть визуализирован только в состоянии младенца натошак с наполненным мочевым пузырем В . виден и может быть исследован Г . виден только после 10 суток жизни
127.	Допплеровские технологии при нейросонографии позволяют исследовать: А . церебральный кровоток Б . ликвородинамику В . кровоток в мягких тканях головы Г . все перечисленные аспекты
128.	В типичном случае наиболее технически удобно и достаточно исследование артериального церебрального кровотока: А . в ПМА и перикаллезной артерии Б. в ЗМА и основной артерии В . в СМА и задних церебеллярных артериях Г . в ВСА и передней коммуникантной артерии
129.	В норме паттерн кровотока в вене Галена: А . монофазный Б . пропульсивный В . маятникообразный Г . разнонаправленный
130.	Липома мозолистого тела часто сочетается с: А. Агенезией мозолистого тела Б. Синдромом Денди-Уокера В . Синдромом Арнольда-Хиари Г. Синдромом Видемана-Бэквита
131.	Любая структура мозга должна быть достоверно визуализирована: А . в одном скане Б . хотя бы в 2-х сканах В . в 3-х сканах Г . в 4-х сканах
132.	Сканирование через заднебоковые роднички ограничено: А . возрастом младенца Б . полом младенца В . температурой младенца Г . национальностью младенца
133.	Оболочные скопления у новорожденных требуют сканирования из доступов: А. через большой родничок Б . через височные окна В . через заднебоковые роднички Г . через все перечисленные и другие возможные
134.	Контур внутрочерепной гематомы в месте перелома черепа: А - «раздваивается» Б - «ломается» В - «ветвится» Г - сохраняется
135.	Неосложненная лимфангиома при УЗИ имеет вид: А – однокамерного тонкостенного образования Б – многокамерного тонкостенного образования В – однокамерного толстостенного образования Г – многокамерного толстостенного образования
136.	Воздух в просвете боковой кисты шеи:

	<p>А – не встречается Б – свидетельствует о гангренозном воспалении В – свидетельствует о перфорации гортани Г – свидетельствует о сообщении полости кисты с полостью глотки</p>
137.	<p>Сосудистый рисунок в пневмоническом очаге: А – не визуализируется вообще Б – визуализируется достоверно, за исключением очагов деструкции В – визуализируется только при фонационной пробе Г – визуализируется только при ортостатической пробе</p>
138.	<p>Для незрелости структур головного мозга типично: А . повышение RI артериального церебрального кровотока Б . понижение RI артериального церебрального кровотока В . монофазный артериальный церебральный кровоток Г . реверсный артериальный церебральный кровоток</p>
139.	<p>Для незрелости структур головного мозга типично: А . обеднение рисунка борозд и извилин, округление контуров передних рогов боковых желудочков Б. невыраженное расширение ликворных пространств и путей, незамкнутость Сильвиевых борозд, обнажение и сглаженность поверхности островковых долек В .повышение эхогенности перивентрикулярных тканей, массивный герминолизис Г . типичны все перечисленные признаки</p>
140.	<p>Повышение эхогенности перивентрикулярной области считается значимым, если оно по интенсивности: А . равно эхогенности височной доли Б . равно эхогенности мозолистого тела В . равно эхогенности сосудистого сплетения Г . равно эхогенности содержимого III желудочка</p>
141.	<p>При выраженном перивентрикулярном отеке: А . ликворная часть боковых желудочков расширена Б . ликворная часть боковых желудочков не прослеживается В . ликворная часть боковых желудочков заполнена взвесью Г . справедливо все перечисленное</p>
142.	<p>Герминальный матрикс во фронтальном скане визуализируется: А . медиальнее хвостатого ядра Б . латеральнее хвостатого ядра В . каудальнее хвостатого ядра Г . окципитальнее хвостатого ядра</p>
143.	<p>Гиперэхогенный герминальный матрикс часто ошибочно принимают за: А . ишемическое или геморрагическое поражение таламусов Б . ишемическое или геморрагическое поражение хвостатых ядер В . ишемическое или геморрагическое поражение височной доли Г . ишемическое или геморрагическое поражение мозолистого тела</p>
144.	<p>Перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ) может быть: А . одно- или двухсторонней Б . право- и/или левосторонней В . крупно- или мелкокистозной Г . возможны все перечисленные варианты</p>
145.	<p>Эхографическая картина ПВЛ развивается: А . сразу после рождения Б . на 3-4 сутки жизни В . на 3-4 недели жизни Г . на 3-4 месяце жизни</p>
146.	<p>Эхографическая картина ПВЛ: А . неизменная во времени</p>

	<p>Б . меняется с течением времени</p> <p>В . меняется с течением времени только у девочек</p> <p>Г . меняется с течением времени только у мальчиков</p>
147	<p>Кистозная дегенерация вещества головного мозга развивается:</p> <p>А . вследствие перенесенной гипоксии</p> <p>Б . вследствие перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний</p> <p>В . вследствие кровоизлияния</p> <p>Г . справедливо все перечисленные варианты</p>
148	<p>Через 10-20 суток после перенесенного паренхиматозного кровоизлияния в вещество больших полушарий формируется:</p> <p>А . очаг повышения эхогенности</p> <p>Б . порэнцефалическая киста</p> <p>В . кальцификат</p> <p>Г . феномен «ликворного факела»</p>
149	<p>Внутричерепные кровоизлияния у младенцев бывают:</p> <p>А . периинтравентрикулярные</p> <p>Б . оболочечные</p> <p>В . паренхиматозные</p> <p>Г . все перечисленные варианты</p>
150	<p>Тампонада бокового желудочка при ПИВК, это:</p> <p>А . заполнение просвета желудочка тромбом</p> <p>Б . заполнение просвета желудочка взвесью</p> <p>В . заполнение просвета желудочка воздухом</p> <p>Г . заполнение просвета желудочка ликвором</p>
151	<p>Тромб в просвете бокового желудочка типичен для:</p> <p>А . оболочечного кровоизлияния</p> <p>Б . паренхиматозного кровоизлияния</p> <p>В . ПИВК I степени</p> <p>Г . ПИВК II-III степени</p>
152	<p>Воздушная бронхограмма имеет вид:</p> <p>А – точечных включений и/или тонких гиперэхогенных полосок линейной формы, иногда формирующих узор типа «веточек»</p> <p>Б – точечных включений и/или тонких анэхогенных полосок линейной формы, иногда формирующих узор типа «веточек»</p> <p>В – имеет вид точечных включений и/или тонких эхогенных полосок линейной формы, генерирующих элайзинг-эффект</p> <p>Г – имеет вид точечных включений и/или тонких эхогенных полосок линейной формы, генерирующих зеркальный артефакт</p>
153	<p>В динамике ПИВК II степени тромбы в просвете боковых желудочков:</p> <p>А . кальцифицируются</p> <p>Б . фрагментируются и лизируются</p> <p>В . дилатируются</p> <p>Г . спадаются</p>
154	<p>215. «Свежий» тромб в просвете бокового желудочка:</p> <p>А . имеет повышенную эхогенность</p> <p>Б . имеет пониженную эхогенность</p> <p>В . имеет гиперэхогенный контур</p> <p>Г . имеет кальцификаты в средней части</p>
155	<p>«Старый» тромб в просвете бокового желудочка:</p> <p>А . имеет невысокую эхогенность</p> <p>Б . часто имеет контур повышенной эхогенности</p> <p>В . может быть фрагментирован, свободно лежать в затылочном роге</p> <p>Г . справедливо все перечисленное</p>
156	<p>После ПИВК блок ликворных путей может развиваться:</p> <p>А . на уровне отверстий Монро</p> <p>Б . на уровне Сильвиева водопровода</p>

	В . на уровне выхода из полости черепа Г . во всех перечисленных местах
157	Феномен "воздушной бронхограммы" прослеживается при: А - УЗИ легких при пневмонии Б - УЗИ органов малого таза В - УЗИ кишечных петель Г - УЗИ желчевыводящих путей
158	При блоке на уровне Сильвиева водопровода при НСГ определяется: А. дилатация боковых желудочков Б . дилатация III желудочка В . отсутствие дилатации нижерасположенных фрагментов ликворных путей Г . сочетание перечисленных изменений
159	При блоке на уровне выхода из полости черепа при НСГ определяется: А . дилатация боковых и III желудочка Б . изолированная дилатация IV желудочка или слияние его с Большой цистерной в единую полость В . девиация продолговатого мозга (не всегда) Г – сочетание перечисленных изменений
160	При наличии конкременты в устье мочеточника можно зафиксировать: А - Whirlpool-sign (симптом водоворота) Б - twinkling-artifact (артефакт мерцания) В – aliasing-artifact (элайзинг - эффект) Г – mirror-artifact (зеркальный артефакт)
161	При НСГ младенцу с кефалогематомой можно зафиксировать: А - Whirlpool-sign (симптом водоворота) Б - twinkling-artifact (артефакт мерцания) В – aliasing-artifact (элайзинг - эффект) Г – mirror-artifact (зеркальный артефакт)
162	Для синдрома Ледда характерен: А - Whirlpool-sign (симптом водоворота) Б - twinkling-artifact (артефакт мерцания) В – aliasing-artifact (элайзинг - эффект) Г – mirror-artifact (зеркальный артефакт)
163	Для постгеморрагического вентрикулита типичное: А . дилатация ликворных путей Б . взвесь (и сгустки) в просвете ликворных путей В . уплотнение стенок желудочков Г . сочетание перечисленных признаков
164	При ПИВК высоких степеней параметры церебрального кровотока: А . могут оставаться в пределах нормы Б . возможно повышение RI артериального кровотока и появление пропульсивного паттерна венозного кровотока В . возможны модуляции амплитуды артериального и венозного кровотока в зависимости от акта дыхания Г . возможны все перечисленные варианты
165	Если при цветовом доплеровском исследовании ПМА окрашивается попеременно в красные и синие тона, это свидетельствует о том, что: А . RI менее 0,5 Б . RI от 0,5 до 0,99 В . RI = 1,0 Г . RI > 1,0
166	При ПИВК высоких степеней доплеровский феномен «ликворного факела» встречается: А . весьма часто Б . изредка

	<p>В . не встречаются Г . встречаются в первые 6 часов от начала заболевания</p>
167	<p>Для дилатированного субарахноидального пространства при НСГ в В-режиме характерно: А . неровный контур поверхности мозга за счет рисунка борозд и извилин Б . параллельные края межполушарной щели В . мелкие включения в просвете (сосуды субарахноидального пространства) Г . сочетание всего перечисленного</p>
168	<p>Для дилатированного субдурального пространства при НСГ в В-режиме характерно: А . ровный контур поверхности мозга за счет находящейся на нем арахноидальной оболочки Б . конусовидно сходящиеся на глубине края межполушарной щели В . чисто анэхогенное (жидкостное) содержимое Г . сочетание перечисленных признаков</p>
169	<p>Эхографический симптом водоворота (Whyrlpool-sign) типичен для: А - кистозных дисплазий почек Б - миелодисплазии В - заворотов и перекрутов Г - тромботических поражений периферических сосудов</p>
170	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Исключить САК при НСГ: 1. можно только у детей до 10-суточного возраста 2. можно при выполнении полипозиционного сканирования 3. можно при выполнении компрессионной пробы 4. невозможно</p>
171	<p>Эхографический симптом "гроздь винограда" характерен для: А - мультикистоза Б - гидронефроза В - поликистоза Г- всех перечисленных заболеваний</p>
172	<p>При массивных САК типично: А . компрессия бокового желудочка на стороне поражения Б . наличие содержимого средней или повышенной эхогенности вокруг полушария на стороне поражения В . параметры церебрального кровотока могут оставаться нормальными или – с некоторым повышением RI Г . характерно сочетание перечисленных признаков</p>
173	<p>При критических САК типично: А . компрессия бокового желудочка на стороне поражения Б . скопление содержимого повышенной эхогенности вокруг всего полушария на стороне поражения В . смещение срединных структур в сторону, противоположную стороне поражения и резкие нарушения церебрального кровотока Г . сочетание перечисленных признаков</p>
174	<p>Кровь в субарахноидальном пространстве: А . формирует ограниченное скопление в виде линзы Б . формирует ограниченное скопление в форме полумесяца В . четко отграниченных скоплений не формирует, «затекает» в борозды, подчеркивая неровный контур поверхности мозга Г . возможен любой их перечисленных вариантов</p>
175	<p>Эпидуральная гематома при НСГ имеет форму:</p>

	<p>А . полумесяца Б . двояковыпуклой линзы В . двояковогнутой линзы Г . «головы быка»</p>
176	<p>При тяжелом течении острого гломерулонефрита эхографически типично: А - увеличение размеров почек Б - повышение эхогенности почечной паренхимы В - обеднение интратанального сосудистого рисунка (не всегда) и полиморфные изменения параметров ренального кровотока Г - совокупность перечисленных изменений</p>
177	<p>Кефалогематома генерирует: А . мерцающий артефакт Б . зеркальный артефакт В . акустическую тень Г . эффект дистального усиления</p>
178	<p>При НСГ через большой родничок конвекситальная поверхность мозга в теменных областях: А . практически не визуализируется, особенно у детей старше 4-6 месяцев Б . визуализируется достоверно в любом возрасте В . визуализируется только у мальчиков Г . визуализируется только у девочек</p>
179	<p>Очаг свежего кровоизлияния в ткани полушария: А . пониженной эхогенности Б . повышенной эхогенности В . анэхогенный Г . гиперэхогенный с акустической тенью</p>
180	<p>После кровоизлияния в ткань большого полушария обычно: А . формируется порэнцефалическая киста Б . формируется кальцификат В . формируется лиссэнцефалия Г . формируется шизэнцефалия</p>
181	<p>Лентикулостриарная минерализирующая ангиопатия при НСГ выглядит как: А . линейной формы эхогенные включения в проекции подкорковых ганглиев Б . кистозного вида включения субэпендимально в проекции каудоталамических вырезок В . мелкие эхоплотные включения перивентрикулярно Г . справедливо все перечисленное</p>
182	<p>СЭК при НСГ выглядит как: А . линейной формы эхогенные включения в проекции подкорковых ганглиев Б . кистозного вида включения субэпендимально в проекции каудоталамических вырезок В . мелкие эхоплотные включения перивентрикулярно Г . справедливо все перечисленное</p>
183	<p>Менингит по данным НСГ исключить: А . можно после 2-кратного обследования Б . можно после 2-х недели жизни пациента В . можно у детей более 2-х кг весом Г . нельзя</p>
184	<p>При гнойном менингите в межполушарной щели и по поверхности головного мозга определяется: А . мелкие кистозные включения</p>

	<p>Б . мелкоочечные экзогенные включения В . содержимое повышенной экзогенности Г . мелкие кальцификаты</p>
185	<p>При гнойном менингите определяется феномен: А. «экзогенных борозд» Б. «головы быка» В. «тюльпана» Г. сочетание всего перечисленного</p>
186	<p>Острый гломерулонефрит по данным УЗИ: А - можно диагностировать со 100%-ной точностью Б - можно исключить со 100%-ной точностью В - можно заподозрить при тяжелом течении заболевания Г - УЗИ в острой фазе гломерулонефрита детям противопоказано</p>
187	<p>Эхографическая картина при гнойном менингите сходна с: А . субарахноидальным кровоизлиянием Б . субдуральным кровоизлиянием В . эпидуральным кровоизлиянием Г . субпапоневротическим кровоизлиянием</p>
188	<p>В исходе энцефалита часто формируется: А . лентикюлостриарная минерализирующая ангиопатия Б . субэпендимальные кисты В . очаговая, суб- или тотальная энцефаломалиция Г . кисты в сосудистых сплетениях</p>
189	<p>Пневматоз кишечной стенки на УЗИ определяется как: А – включения газа в просвете кишки Б – включения газа в толще кишечной стенки В – включения газа в свободной брюшной полости Г – включения газа в толще передней брюшной стенки</p>
190	<p>Для венитрикулита типично: А . повышение экзогенности и утолщение стенок желудочков Б . взвесь в просвете ликворных путей В дилатация ликворных путей Г . сочетание перечисленных признаков</p>
191	<p>Газ портальной системы при энтероколите у младенцев визуализируется в виде: А – мелкоочечных включений в паренхиме обеих долей печени Б – мелкоочечных включений в паренхиме правой доли печени В – мелкоочечных включений в паренхиме левой доли печени Г – мелкоочечных включений в паренхиме хвостатой доли печени</p>
192	<p>Субэпендимальные кисты бывают: А . одно- или двухсторонними Б . одно- или многокамерными В . крупными или мелкими Г . справедливо все перечисленное</p>
193	<p>В задней черепной ямке при нейросонографии могут быть визуализированы: А – оболочечные скопления различного генеза Б – кровоизлияния в мозжечок В – тромбозы синусов Г – возможен любой их перечисленных вариантов и их сочетания</p>
194	<p>Компонентами синдрома Денди-Уокера являются: А. киста задней черепной ямки Б . гипоплазия червя мозжечка В . венитрикуломегалия Г . все перечисленные компоненты</p>

195	<p>При атрофических изменениях вещества головного мозга вследствие ПВЛ:</p> <p>А – подчеркнутый рельеф поверхности мозга</p> <p>Б – истончение извилин и углубление борозд</p> <p>В – венрикуломегалия и/или дилатация оболочечных пространства заместительного типа</p> <p>Г – сочетание перечисленных изменений</p>
196	<p>При агенезии стенок полости прозрачной перегородки соединяются в единую полость:</p> <p>А – фрагменты передних рогов и тел боковых желудочков</p> <p>Б – фрагменты затылочных рогов боковых желудочков</p> <p>В – фрагменты височных рогов боковых желудочков</p> <p>Г – все перечисленные компоненты</p>
197	<p>При агенезии мозолистого тела наблюдается:</p> <p>А – ротация передних рогов выпуклостью кнаружи</p> <p>Б – веерообразное отхождение борозд от крыши III желудочка</p> <p>В – колпоцефалия</p> <p>Г – совокупность перечисленных признаков</p>
198	<p>Киста задней черепной ямки характерна для:</p> <p>А – агенезии мозолистого тела</p> <p>Б – агенезии стенок полости прозрачной перегородки</p> <p>В – синдрома Денди-Уокера</p> <p>Г – синдрома Арнольда-Хиари</p>
199	<p>Ротация передних рогов боковых желудочков выпуклыми контурами кнаружи и веерообразное расхождение борозд от крыши III желудочка типичная для:</p> <p>А – агенезии мозолистого тела</p> <p>Б – агенезии стенок полости прозрачной перегородки</p> <p>В – синдрома Денди-Уокера</p> <p>Г – синдрома Арнольда-Хиари</p>
200	<p>Тяжелые постгипоксические изменения головного мозга в острый период характеризуются:</p> <p>А – нечеткостью дифференцировки структур головного мозга</p> <p>Б – диффузным повышением эхогенности головного мозга</p> <p>В – сомкнутостью ликворных путей и пространств</p> <p>Г – сочетанием всех перечисленных факторов</p>
201	<p>Гнойный выпот при плевритах эхографически выглядит:</p> <p>А – анэхогенным</p> <p>Б – гиперэхогенным</p> <p>В – гетерогенным (или – со взвесью)</p> <p>Г – не визуализируется</p>
202	<p>Нормальный пилорический отдел желудка новорожденного при УЗИ:</p> <p>А – имеет протяженность около 8-12мм</p> <p>Б – периодически просвет привратника раскрывается</p> <p>В – толщина мышечного слоя стенки привратника составляет менее 2-х мм (чаще – 0,9 – 1,3мм)</p> <p>Г – сочетание всех перечисленных признаков</p>
203	<p>Неосложненная лимфангиома при УЗИ имеет вид:</p> <p>А – однокамерного тонкостенного образования</p> <p>Б – многокамерного тонкостенного образования</p> <p>В – однокамерного толстостенного образования</p> <p>Г – многокамерного толстостенного образования</p>
204	<p>При воспалении лимфангиома:</p> <p>А – увеличивается в размерах</p>

	<p>Б – содержимое ее полостей приобретает характер мелкодисперсной взвеси</p> <p>В – возможно утолщение стенок лимфангиоматозных полостей</p> <p>Г – характерна совокупность всех перечисленных изменений</p>
205	<p>Допплеровское окрашивание выпота в плевральной полости при дыхательных движениях свидетельствует о том, что:</p> <p>А – в выпоте имеется примесь крови</p> <p>Б – в выпоте имеется примесь гноя</p> <p>В – в выпоте имеется примесь фибрина</p> <p>Г – выпот нефиксированный</p>
206	<p>Мышечная кривошея эхографически:</p> <p>А – дифференцируется быстро и точно</p> <p>Б – дифференцируется только у мальчиков</p> <p>В – дифференцируется только в условиях краниоцеребральной гипотермии</p> <p>Г – не дифференцируется</p>
207	<p>Срединные кисты шеи при УЗИ имеют вид:</p> <p>А – практически всегда - однокамерных кист с ровными контурами</p> <p>Б – однокамерных кист с фестончатыми контурами</p> <p>В – многокамерных кист</p> <p>Г – возможен любой из перечисленных вариантов</p>
208	<p>При нагноении кисты шеи:</p> <p>А – увеличивается в размерах</p> <p>Б – стенка ее утолщается</p> <p>В – содержимое приобретает характер мелкодисперсной взвеси</p> <p>Г – типично сочетание всех перечисленных признаков</p>
209	<p>Узлы щитовидной железы при УЗИ:</p> <p>А – имеют малые размеры и высокую эхогенность</p> <p>Б – имеют крупные размер и низкую эхогенность</p> <p>В – всегда единичные, гипоэхогенные</p> <p>Г – могут иметь любую локализацию, численность, размеры и эхографическую консистенцию</p>
210	<p>При ультразвуковой оценке размера щитовидной железы максимальное значение имеет</p> <p>А – длина долей</p> <p>Б – ширина долей</p> <p>В – толщина долей</p> <p>Г – суммарный тиреоидный объем</p>
211	<p>К диффузным поражениям щитовидной железы не относится:</p> <p>А. Эндемический зоб</p> <p>Б. Аутоиммунный тиреоидит</p> <p>В. Диффузный токсический зоб</p> <p>Г. Узловой зоб</p>
212	<p>Для орхита эхографически типично:</p> <p>А – увеличение размеров яичка (больше – в толщину)</p> <p>Б – выпот в оболочках и их утолщение</p> <p>В – усиление интратестикулярного сосудистого рисунка</p> <p>Г – сочетание всех перечисленных признаков</p>
213	<p>При воспалении лимфоузла:</p> <p>А – увеличивается в размерах</p> <p>Б – эхогенность его понижается</p> <p>В – сосудистый рисунок в нем усиливается</p> <p>Г – характерно сочетание всех перечисленных признаков</p>
214	<p>Сиалоаденит при УЗИ проявляется:</p> <p>А – увеличением размеров железы, диффузным или диффузно-очаговым понижением эхогенности железы</p>

	<p>Б – округлением ее контуров</p> <p>В – усилением интраорганного сосудистого рисунка</p> <p>Г – совокупностью всех перечисленных признаков</p>
215	<p>Слюннокаменная болезнь при УЗИ проявляется:</p> <p>А – увеличением размеров железы, округлением ее контуров, понижением эхогенности паренхимы</p> <p>Б – дилатацией слюнного протока</p> <p>В – наличием в просвете слюнного протока эхоплотного включения</p> <p>Г – типична совокупность всего перечисленного</p>
216	<p>Ткань легкого в пневмическом очаге выглядит:</p> <p>А – анэхогенной с эффектом «дистального усиления»</p> <p>Б – средней эхогенности, немного эхогеннее паренхимы печени</p> <p>В – высокоэхогенной с эффектом «затухания»</p> <p>Г – резко гиперэхогенной с акустической тенью</p>
217	<p>Неизменная легочная ткань:</p> <p>А – доступна эхографической оценке только у новорожденных</p> <p>Б – доступна эхографической оценке только у девочек</p> <p>В – доступна эхографической оценке только у детей старше 7 лет</p> <p>Г – эхографической оценке не доступна</p>
218	<p>Количество выпота в плевральной полости при УЗИ можно определить:</p> <p>А – с точностью до 1 мл</p> <p>Б – приблизительно по формуле: $62 + 3 \times (n - 1)$, где n – возраст в годах</p> <p>В – приблизительно по формуле трехосного эллипсоида</p> <p>Г – приблизительно по формуле: $n - 100$, где n – вес в кг</p>
219	<p>Выпот в плевральных полостях визуализируется:</p> <p>А – из эпигастрального и подреберных доступов</p> <p>Б – из межреберных доступов</p> <p>В – из паравертебральных доступов</p> <p>Г – из всех перечисленных доступов</p>
220	<p>При стандартном УЗИ органов живота выпот в плевральных синусах:</p> <p>А – визуализируется достоверно</p> <p>Б – визуализируется только натошак</p> <p>В – визуализируется только при постпрандиальной пробе</p> <p>Г – визуализируется только после микции</p>
221	<p>Выпот в плевральной полости на УЗИ:</p> <p>А – не визуализируется</p> <p>Б – визуализируется только на вдохе</p> <p>В – визуализируется только на выдохе</p> <p>Г – визуализируется достоверно во всех случаях</p>
222	<p>Толстые стенки кисты легкого, взвесь и включения в ее просвете должны насторожить относительно:</p> <p>А – озлокачествления кисты</p> <p>Б – паразитарного характера кисты</p> <p>В – кровоизлияния в кисту</p> <p>Г – склерозирования кисты</p>
223	<p>При УЗИ ателектазированный участок легочной ткани от выпота в плевральной полости:</p> <p>А – отличить невозможно</p> <p>Б – отличим только у детей старше 3-х лет</p> <p>В – отличим во всех случаях</p> <p>Г – отличим только при проведении ортостатической пробы</p>
224	<p>Ателектазированный участок легкого выглядит:</p> <p>А – кистоподобно</p> <p>Б – как неотграниченное жидкостное скопление</p> <p>В – как участок ткани средней эхогенности</p> <p>Г – как конгломерат мелкоочечных кальцификатов</p>

225	<p>Гидроперикард может быть диагностирован:</p> <p>А – только при ЭКГ</p> <p>Б – только при ЭЭГ</p> <p>В – только при ЭхоКГ</p> <p>Г – при банальном УЗИ в «общих» режимах</p>
226	<p>Объем тимуса определяется по формуле:</p> <p>А – $62 + 3 \times (n-1)$</p> <p>Б – $0,479 \times ((A1 \times B1 \times C1) + (A2 \times B2 \times C2))$</p> <p>В – $0,5 \times ((A1 \times B1 \times C1) + (A2 \times B2 \times C2))$</p> <p>Г – $0,78 \times (A \times B \times C)$</p>
227	<p>При акцидентальной инволюции тимуса:</p> <p>А – размеры его значительно уменьшаются</p> <p>Б – эхогенность часто повышается</p> <p>В – структура становится тяжистой или зернистой</p> <p>Г – типично все перечисленное</p>
228	<p>Суммарный тиреоидный объем вычисляется по формуле:</p> <p>А – $[(A1 \times B1 \times C1) + (A2 \times B2 \times C2)] \times 0,479$</p> <p>Б – $62 + 3 \times (n - 1)$</p> <p>В – $(V_{max} - V_{min}) : V_{max}$</p> <p>Г – $[(A1 \times B1 \times C1) + (A2 \times B2 \times C2)] \times 0,713$</p>
229	<p>Опухоли средостения:</p> <p>А – могут длительное время существовать бессимптомно</p> <p>Б – часто достигают больших (гигантских) размеров</p> <p>В – могут иметь любую локализацию, размеры, эхографическую консистенцию</p> <p>Г – типично все перечисленное</p>
230	<p>При типичной для новорожденных задней левосторонней ложной диафрагмальной грыже:</p> <p>А – средостение смещено вправо</p> <p>Б – в левом гемитораксе – кишечные петли, иногда - селезенка</p> <p>В – воздушной легочной ткани слева нет или – совсем немного в верхних отделах</p> <p>Г – типично все перечисленное</p>
231	<p>Эхографическая консистенция гноя:</p> <p>А – всегда анэхогенная</p> <p>Б – всегда гиперэхогенная</p> <p>В – гетерогенная, различная в разных случаях</p> <p>Г – справедливо все перечисленное</p>
232	<p>Косвенными признаками острого остеомиелита на УЗИ являются:</p> <p>А – утолщение и нарушение структурности мягких тканей</p> <p>Б – утолщение надкостницы и нарушение ее структурности</p> <p>В – поднадкостничные скопления</p> <p>Г – все перечисленные признаки</p>
233	<p>Патологический процесс в костномозговом канале при остром остеомиелите на УЗИ:</p> <p>А – не виден</p> <p>Б – представлен в виде утолщения диафиза кости</p> <p>В – имеет вид жидкостного включения в диафизе</p> <p>Г – придает диафизу поперечную исчерченность</p>
234	<p>Исключить остеомиелит при УЗИ:</p> <p>А – невозможно</p> <p>Б – можно только у девочек</p> <p>В – можно только у мальчиков</p> <p>Г – можно по данным ортостатической пробы</p>
235	<p>Для острого коксита и гонита у детей характерно:</p> <p>А – утолщение синовиальной оболочки сустава и, часто, наличие выпота</p>

	<p>Б – кальцификация синовиальной оболочки В – дистрофия суставного хряща Г – краевые узурации метафизов</p>
236	<p>Хрящевой надколенник у младенца можно спутать: А – с выпотом в верхнем завороте Б – с эктопией головки бедра В – с липомой Г – с кокситом</p>
237	<p>Надколенник у младенца: А – анэхогенный Б – гиперэхогенный В – генерирует акустическую тень Г – генерирует феномен «хвоста кометы»</p>
238	<p>При гоните выпот в первую очередь скапливается: А – в верхнем завороте Б – в области мозжечкового намета В – в латеральных каналах Г – в синусах</p>
239	<p>При коксите наиболее информативен скан: А – продольный по передней поверхности сустава Б – продольный по задней поверхности сустава В – латеральный в провокационном положении Г – аксиальный через заднебоковой доступ</p>
240	<p>При коксите целесообразно: А – сравнение с контралатеральным суставом Б – сравнение с эхогенностью щитовидной железы В – сравнение с эхогенностью паренхимы печени Г – ортостатическая проба</p>
241	<p>При коксите измеряется: А – шеечно-капсульный промежуток Б – толщина диафиза бедра В – угол «альфа» Г – ширина полости прозрачной перегородки</p>
242	<p>Продолжительность индифферентной стадии формирования половой системы составляет: А. 2нед. Б. 4нед. В. 6нед. Г. 8нед.</p>
243	<p>Ориентирами для поиска пахового канала служат: А. Лонная кость, семенной канатик Б. Бедренные, наружные подвздошные и нижние надчревные сосуды В. Мошоночная часть семенного канатика Г. Верно все перечисленное</p>
245	<p>При эхографии передняя стенка пахового канала видна как: А. Линейная непрерывная гиперэхогенная структура Б. Гипоэхогенная линейная структура В. Гиперэхогенная прерывистая структура Г. Гиперэхогенная волнистая структура</p>
246	<p>Ориентирами для поиска внутреннего пахового кольца служат: А. Мошоночная часть семенного канатика Б. Лонная кость В. Нижние надчревные сосуды и наружные подвздошные сосуды Г. Бедренные сосуды</p>
247	<p>Паховая грыжа при эхографии характеризуется: А. Расширение паховых колец</p>

	<p>Б. Грыжевое содержимое (петли кишечника, сальник, яичник) В. Отграниченное жидкостное образование по ходу пахового канала Г. Жидкость в полости мошонки</p>
248	<p>К какому гестационному возрасту яички опускаются в мошонку: А. 20-24 неделям Б. 26-30 неделям В. 30-34 неделям Г. 36-40 неделям</p>
	<p>Трансформированная гидатида: А – увеличивается в размерах Б – структура ее становится «ноздреватой» В – кровоток в ней не прослеживается Г – типично сочетание всех перечисленных признаков</p>
249	<p>При эпидидимите: А – придаток яичка увеличен в размерах, гетерогенный Б – придаток яичка резко гиперемирован В – сопровождается выпотом в оболочках яичка и их отеком Г – типично сочетание всего перечисленного</p>
250	<p>Киста семенного канатика имеет вид: А – эхоплотного включения Б – конгломерата мелких кист В – тонкостенного овальной формы кистозного образования Г – гетерогенного образования с точечными кальцификатами</p>
251	<p>Тестикулярный микролитиаз эхографически характеризуется наличием в паренхиме яичек: А – типичных кальцификатов с акустическими тенями Б – мелких кист с пристеночными кальцификатами В – единичных или множественных мелкоочечных экзогенных включений без акустической тени Г – возможен любой их перечисленных вариантов</p>
252	<p>При варикоцеле и подозрении на него выполняется: А – проба Перке Б – проба Кауфманна В – проба Вальсальвы Г – проба Манту</p>
253	<p>При варикоцеле и подозрении на него выполняется: А – ортостатическая проба Б – микционная проба В – желчегонная проба Г – лазиксная проба</p>
254	<p>При орхопатии на фоне варикоцеле яичко: А – уменьшено в размерах Б – увеличено в размерах В – имеет полициклические контуры Г – имеет повышенную экзогенность</p>
255	<p>При одностороннем блоке отверстия Монро при НСГ определяется: А . дилатация бокового желудочка на стороне поражения Б . отсутствие дилатации контралатерального бокового желудочка В . отсутствие дилатации нижерасположенных фрагментов ликворных путей Г . сочетание перечисленных изменений</p>
256	<p>Крипторхированное яичко обычно: А – меньше нормально сформированного Б – крупнее нормально сформированного В – имеет в своей структуре кальцификаты Г – имеет полициклические контуры</p>

257	<p>При крипторхизме отсутствующее в мошонке яичко следует искать:</p> <p>А – по ходу пахового канала</p> <p>Б – у внутреннего пахового кольца</p> <p>В – по внутренней поверхности бедра и на контралатеральной стороне</p> <p>Г – во всех перечисленных местах</p>
258	<p>Для объективизации оценки паренхимы яичка при водянке оболочек целесообразно:</p> <p>А – провести цветное доплеровское исследование</p> <p>Б – выполнить сканирование из другого доступа (с тыльной стороны мошонки)</p> <p>В – использовать конвексный датчик</p> <p>Г – выбрать наибольшие частоты сканирования</p>
259	<p>При водянке оболочек яичка мнимое повышение его эхогенности связано с:</p> <p>А – реверберационным артефактом</p> <p>Б – эффектом дистального усиления</p> <p>В – зеркальным артефактом</p> <p>Г – элайзинг-эффектом</p>
260	<p>Аntenатальный перекрут яичка может быть:</p> <p>А – одно- и двухсторонним</p> <p>Б – право- и левосторонним</p> <p>В – гомо- и гетерохронным (при двухстороннем варианте)</p> <p>Г – справедливо все перечисленное</p>
261	<p>Аntenатальный перекрут яичка:</p> <p>А – прогностически благоприятный вариант</p> <p>Б – прогностически неблагоприятный вариант</p> <p>В – не встречается</p> <p>Г – справедливо все перечисленное</p>
262	<p>Выраженные структурные изменения паренхимы яичка через 2 суток после деторсии при восстановлении сосудистого рисунка в паренхиме яичка:</p> <p>А – прогностически благоприятны</p> <p>Б – прогностически очень серьезны</p> <p>В – прогностически абсолютно неблагоприятны</p> <p>Г – возможен любой из перечисленных вариантов</p>
263	<p>Яичко в поздние сроки при перекруте:</p> <p>А – «шаровидной» формы,</p> <p>Б – паренхима структурно изменена в различной степени</p> <p>В – интратестикулярный сосудистый рисунок не прослеживается</p> <p>Г – характерны все перечисленные изменения</p>
264	<p>Яичко в ранние сроки при перекруте:</p> <p>А – увеличено в толщину, приобретает «шаровидную» форму</p> <p>Б – паренхима яичка структурно сохранена или изменена незначительно</p> <p>В – интратестикулярный сосудистый рисунок не прослеживается или резко обеднен, возможна визуализация собственно перекрута</p> <p>Г – характерно сочетание всех перечисленных признаков</p>
265	<p>Перекрут яичка встречается у детей в возрасте:</p> <p>А – от 0 до 1 года жизни</p> <p>Б – от 1 до 5 лет</p> <p>В – от 5 до 15 лет</p> <p>Г – во всех возрастных группах, включая антенатальный период</p>
266	<p>УЗИ органов мошонки детям может быть выполнено:</p> <p>А – только после 10 лет</p> <p>Б – только под прикрытием препаратами йода</p> <p>В – только под наркозом</p>

	Г – в любое время, в любом возрасте, без ограничений
267	При перфорации полого органа определяется: А – свободный газ и неорганизованное гетерогенное содержимое в брюшной полости Б – утолщение малого сальника В – гепатоспленомегалия Г – дилатация мочевыводящих путей
268	Основное положение датчика при исследовании надпочечника: А. По среднеключичным линиям Б. В эпигастрии В. Сзади на уровне XII ребра Г. Передне- и среднеподмышечные линии
269	Характер паренхимы надпочечника у новорожденного: А. Четко дифференцирован на мозговое и корковое вещество Б. Однородная, гипэхогенная В. Однородная, гиперэхогенная Г. Гипэхогенное мозговое вещество и гиперэхогенное корковое вещество
270	Исход кровоизлияния в надпочечник у детей: А. Формирование кальцината Б. Формирование ложной кисты В. Кровоизлияние рассасывается без всяких последствий Г. Возможно все перечисленное
271	Самая распространенная опухоль, исходящая из мозгового вещества надпочечника: А. Нейробластома Б. Симпатогониома В. Ганглионейробластома Г. Феохромоцитомы
272	Кисты в паренхиме селезенки: А – чаще - единичные Б – имеют тонкую стенку, округлую или фестончатую форму В – содержимое анэхогенное или мелкодисперсное Г – справедливо все перечисленное
273	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Множественные гипэхогенные включения в селезенке до 1 мм, обусловленные гиперплазией белой пульпы, встречаются при: 1. ОРВИ и специфических инфекциях 2. Остром аппендиците 3. При онкогематологических заболеваниях 4. При иммунодефицитных состояниях
274	При реактивных изменениях селезенки, на фоне активации процессов иммуногенеза, в ее паренхиме определяются: А – множественные (без счета) мелкие до 1 мм гипэхогенные включения Б – кальцификаты В – кистозные включения Г – крупные (по 5-8 мм в диаметре) гипэхогенные включения
275	Дополнительное гипэхогенное многокамерное образование в паренхиме селезенки, неоднородное, с четким неровным контуром, аваскулярное характерно для: А. Кисты Б. Лимфангиомы В. Абсцесса Г. Лимфомы

276	Наличие изоэхогенного округлого с четкими контурами образования, локализованного преимущественно в воротах селезенки, представляет собой: А. Лимфатический узел Б. Метастическое поражение В. Добавочную дольку селезенки Г. Внеорганный кисту
277	Визуализация мелких гиперэхогенных однородных включений с четким контуром и наличием дистальной акустической тени в паренхиме селезенки характерна для: А. Постинфекционных кальцинатов Б. Лимфангиомы В. Лимфопролиферативных заболеваний Г. Реактивных изменений на фоне гиперплазии белой пульпы
278	Визуализация гипозоногенных участков размером до 1 мм по всему ультразвуковому срезу на фоне изоэхогенной паренхимы селезенки, характерна для: А. Постинфекционных кальцинатов Б. Лимфангиомы В. Лимфопролиферативных заболеваний Г. Реактивных изменений на фоне гиперплазии белой пульпы
279	Дополнительные дольки селезенки, это: А – вариант развития Б – порок развития В – маркер онкопатологии Г – маркер септического состояния
280	Кавернома располагается: А – в воротах печени, иногда «захватывая» головку поджелудочной железы Б – вокруг правой почки В – в проекции серповидной связки Г – возможен любой из перечисленных изменений
281	При остром панкреатите (отечной форме) характерно: А – значительное увеличение размеров органа Б – отек параорганных тканей В – отсутствие визуализации Вирсунгова протока Г – совокупность перечисленных изменений
282	Реактивные изменения поджелудочной железы: А – являются маркером панкреатита Б – являются маркером сахарного диабета В – являются маркером паразитарной инвазии Г – являются неспецифическими изменениями
283	Постпрандиальная проба, это: А – повторный осмотр после микции Б – повторный осмотр после еды В – повторный осмотр после дефекации Г – повторный осмотр после физической нагрузки
284	Измеряют следующие фрагменты поджелудочной железы: А – передний рог, тело, задний рог Б – правую долю, левую долю, перешеек В – головку, тело, хвост Г – переднюю камеру, заднюю камеру
285	Для паразитарной кисты печени характерно: А – толстая стенка Б – гетерогенное содержимое В – чаще – округлая форма

	Г – все перечисленные эхопризнаки
286	Для кист печени характерен: А – мерцающий артефакт Б – эффект дистального усиления В – акустическая тень Г – артефакт «хвоста кометы»
287	При остром гепатите А определяется: А – повышение эхогенности паренхимы печени Б – отек стенок желчного пузыря и увеличение лимфоузлов в воротах печени В – понижение эхогенности паренхимы печени и ее мелкозернистая эхоструктура Г – волнистость контуров печени на фоне уменьшения размеров органа
288	Реактивные изменения печени могут наблюдаться при: А – ОРВИ Б – кишечной инфекции В – любых заболеваниях с токсокозом Г – во всех перечисленных случаях
289	При фетальном гепатите: А – размеры печени увеличены (часто – и селезенки) Б – эхогенность паренхимы диффузно повышена В – часто: уменьшение размеров и деформация желчного пузыря Г – справедливо все перечисленное
290	При жировом гепатозе: А – размеры печени несколько увеличены Б – эхогенность паренхимы диффузно повышена В – очаговых изменений не выявляется Г – справедливо все перечисленное
291	Повышение эхогенности паренхимы печени встречается при: А – жировом гепатозе Б – обменных заболеваниях В – фетальном гепатите Г – во всех перечисленных случаях
292	VI сегмент лоцируется: А – между круглой связкой и желчным пузырем Б – между нижней полой веной и венозной связкой В – между диафрагмой и желчным пузырем Г – около правой почки
293	Атипичная левая доля печени, огибающая селезенку, эхографически симулирует: А – септический очаг Б – конкремент В – подкапсульную гематому Г – нодулярную гиперплазию
294	Нижняя полая вена в эпигастрии: А – лоцируется справа от брюшной аорты Б – лоцируется слева от брюшной аорты В – лоцируется поперек брюшной аорты Г – не лоцируется
295	В норме при сканировании из правого подреберья основные ветви портальной вены при цветовом доплеровском исследовании окрашиваются: А – правая – в синий цвет, левая – в красный Б – правая – в красный цвет, левая – в синий В – обе ветви – в синий цвет

	Г – обе ветви – в красный цвет
296	В типичном случае поток крови в печеночных венах: А – окрашен в красный цвет Б – окрашен в синий цвет В – меняет окраску по фазам сердечного цикла Г – меняет окраску в зависимости от времени суток
297	Паттерн кровотока в печеночных венах обычно: А – монофазный Б – W-образный В – в виде «стенотической стены» Г – маятникообразный
298	Паттерн кровотока в портальной вене обычно: А – монофазный Б – W-образный В – в виде «стенотической стены» Г – маятникообразный
299	Хронические запоры при УЗИ: А – не имеют эхографического представительства Б – проявляются дилатацией всех отделов кишечника и метеоризмом В – проявляются дилатацией дистальных отделов кишечника, часто – с наличием в них каловых камней Г – проявляются сочетанием симптома мишени с симптомом пораженного полого органа
300	Типичными эхографическими признаками кишечной непроходимости являются: А – дилатация кишечных петель и жидкий (пенистый) химус Б – отсутствие направленной перистальтики и маятникообразные перемещения химуса в просвете кишечных петель В – выпот между кишечными петлями Г – совокупность перечисленных признаков
301	На поздних сроках кишечной инвагинации могут присоединяться эхопроявления: А – пиелонефрита Б – кишечной непроходимости В – диафрагмальной грыжи Г – острого аппендицита
302	Увеличение мезентериальных лимфоузлов: А – патогномонично для вирусной инфекции Б – патогномонично для глистной инвазии В – патогномонично для иерсиниоза Г – является неспецифической реакцией организма
303	При мезаденита лимфоузлы визуализируются: А – в правой подвздошной области Б – парааортально В – паракавально Г – возможен любой из перечисленных вариантов или их сочетание
304	В структуре инвагината часто дифференцируются: А – почки Б – мезентериальные лимфоузлы В – мочевого пузыря Г – желчный пузырь
305	Продольный скан инвагината называется: А – «голова акулы» Б – «ласточкин хвост» В – «слоеный пирог» Г – «мишень»

306	<p>Поперечный срез инвагината называется:</p> <p>А – «голова акулы»</p> <p>Б – «ласточкин хвост»</p> <p>В – «мишень»</p> <p>Г – «слоеный пирог»</p>
307	<p>Кишечная инвагинация при УЗИ:</p> <p>А – не визуализируется</p> <p>Б – визуализируется только у детей старше 1 года</p> <p>В – визуализируется только у девочек</p> <p>Г – диагностируется достоверно</p>
308	<p>Симптом пораженного полого органа:</p> <p>А – возникает при поражении желудка</p> <p>Б – возникает при поражении тонкой кишки</p> <p>В – возникает при поражении толстой кишки</p> <p>Г – возможен любой из перечисленных вариантов</p>
309	<p>Симптом пораженного полого органа:</p> <p>А – типичен для сальмонеллеза и иерсиниоза</p> <p>Б – типичен для дизентерии Зонне и болезни Крона</p> <p>В – типичен для системного васкулита, ГУСа, лимфомы</p> <p>Г – является неспецифическим</p>
310	<p>Гастро-эзофагеальный рефлюкс на УЗИ:</p> <p>А – визуализируется всегда</p> <p>Б – визуализируется далеко не всегда, надеяться на метод УЗИ в диагностике ГЭР неправомерно</p> <p>В – не визуализируется никогда</p> <p>Г – визуализируется только у младенцев до 6 месяцев</p>
311	<p>Кисту общего желчного протока при УЗИ иногда эхографически принимают за:</p> <p>А – кисту печени</p> <p>Б – кисту правой почки</p> <p>В – кисту диафрагмы</p> <p>Г – кисту надпочечника</p>
312	<p>Киста общего желчного протока визуализируется:</p> <p>А – в проекции ворот печени, «над» портальной веной</p> <p>Б – в проекции ворот печени, «под» портальной веной</p> <p>В – в проекции VIII сегмента печени</p> <p>Г – в проекции желчного пузыря</p>
313	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Для желчного пузыря, полностью заполненного конкрементами, эхографически характерно:</p> <p>1 - отсутствие жидкостного содержимого в просвете пузыря</p> <p>2 - гиперэхогенный сигнал (-ы), заполняющие весь просвет пузыря</p> <p>3 - широкая акустическая тень от гиперэхогенного содержимого пузыря</p> <p>4 - отсутствие визуализации задней стенки пузыря</p>
314	<p>У девочек индифферентного возраста:</p> <p>А – шеечно-маточный угол не выражен</p> <p>Б – длина тела матки равна длине шейки</p> <p>В – яичники расположены высоко</p> <p>Г – справедливо сочетание перечисленных признаков</p>
315	<p>При гидро(гемато)кольпос жидкостное содержимое на УЗИ определяется:</p> <p>А – в полости матки</p> <p>Б – в полости влагалища</p> <p>В – в полости прямой кишки</p>

	Г – в плевральной полости
316	Фолликулярные кисты обычно: А – до 5-6 см в диаметре Б – тонкостенные В – содержимое анэхогенное Г – характерно сочетание перечисленных признаков
317	Гиперстимулированные яичники новорожденной на УЗИ: А – увеличены в размерах до 20 мм в диаметре и более Б – содержат в своей структуре много (десятки) тонкостенных фолликулов до 10мм в диаметре каждый В – часто – высоко расположены Г – справедливо сочетание перечисленных особенностей
318	Гиперстимулированные яичники новорожденной, это: А – вариант нормы Б – предвестник поликистоза яичников В – предвестник поликистоза почек Г – предвестник кистофиброза
319	Обязательным условием выполнения трансабдоминального УЗИ внутренних гениталий является: А – наполненный желудок пациентки Б – наполненный мочевого пузырь пациентки В – заполненная жидкостью толстая кишка пациентки Г – достаточен любой из перечисленных вариантов
320	УЗИ внутренних гениталий девочкам проводится, в подавляющем большинстве случаев: А – трансабдоминально Б – трансректально В – трансвагинально Г – трансумбиликально
321	Сложности эхографической диагностики острого аппендицита связаны с тем, что: А – отросток может располагаться где угодно и выглядеть как угодно, в том числе может быть расположен под петлями кишечника Б – дети плохо переносят компрессию на переднюю брюшную стенку В – детям сложно наполнить мочевого пузырь Г – справедливо все перечисленное
322	Эхографическими критериями воспалительной трансформации червеобразного отростка являются: А – диаметр 8мм и более Б – отсутствие эластичности (отросток не компримируется датчиком) В – гетерогенное, чаще – гипозоногенное содержимое Г – сочетание всех перечисленных факторов
323	Исключить острый аппендицит на УЗИ: А – невозможно Б – можно только у новорожденных В – можно только у детей старше 10 лет Г – можно только у девочек
324	Конкремент в дистальном отделе мочеточника генерирует: А – «воздушную бронхограмму» Б – симптом «головы быка» В – «мерцающий» артефакт Г – симптом «головы акулы»
325	При обструкции МВП на уровне дистального отдела мочеточника эхографически характерно А – дилатация МВП на всем протяжении Б – эхоплотное включение (включения) в дистальной части мочеточника

	В – некоторое повышение эхогенности паренхимы почки Г – сочетание всех перечисленных признаков
326	Кисты в паренхиме почек: А – встречаются как изолированное заболевание Б – встречаются при урологических заболеваниях В – встречаются при синдромальной патологии Г – возможны все перечисленные варианты
327	Какое из представленных выражений истинно: А – при мультикистозе поражение двухстороннее Б – при поликистозе поражение двухстороннее В – при поликистозе поражение одностороннее Г – возможен любой из перечисленных вариантов
328	Эхографическая картина мультикистозной почки в В-режиме имеет собственное название: А – «голова быка» Б – «голова акулы» В – «гроздь винограда» Г – «мишень»
329	Для мультикистоза при исследовании в В-режиме характерно: А – моностеральность поражения Б – отсутствие нормальной почечной паренхимы В – вся почка представлена совокупностью кист разных размеров Г – характерны все перечисленные признаки
330	Для поликистоза взрослого типа при исследовании в В-режиме эхографически характерно: А – увеличение размеров почек Б – билатеральность поражения В – сохранение почечной паренхимы между кистами Г – сочетание всех перечисленных признаков
331	Для солитарных кист почек эхографически характерно: А – округлая форма Б – различные размеры В – чисто жидкостное содержимое Г – сочетание всех перечисленных признаков
332	Изменения почки в В-режиме при рефлюкс-нефропатии: А – уменьшение размеров почки Б – неравномерное истончение и диффузные изменения паренхимы В – минимальная дилатация фрагментов ЧЛС с деформацией чашечек Г – характерна совокупность всех перечисленных изменений
333	Косвенный признак ПМР на УЗИ: А – пиелэктазия, особенно – в сочетании с дилатацией дистального отдела мочеточника Б – поясничная дистопия почки В – повышенная подвижность почки Г – сочетание всех перечисленных признаков
334	ПМР на УЗИ исключить: А – нельзя Б – можно у детей старше 10 лет В – можно при лазерной пробе Г – можно при использовании трехмерного УЗИ
335	ПМР на УЗИ: А – дифференцируется в 100% случаев Б – дифференцируется только у детей старше 10 лет В – можно только заподозрить, достоверно зафиксировать удается редко Г – дифференцируется при лазерной пробе

336	<p>При выраженных уретерогидронефротических изменениях при УЗИ в В-режиме определяется:</p> <p>А – значительная дилатация МВП</p> <p>Б – извитость мочеточника</p> <p>В – истончение паренхимы</p> <p>Г – сочетание всех перечисленных признаков</p>
337	<p>Лоханку от дилатированной почечной вены можно дифференцировать:</p> <p>А – при цветовом доплеровском исследовании</p> <p>Б – при ортостатической пробе</p> <p>В – при постпрандиальной пробе</p> <p>Г – по результатам анализов мочи</p>
338	<p>При дистопии почки в отличие от нефроптоза:</p> <p>А – положение почки атипично в любом положении пациента</p> <p>Б – положение почки атипично только в ортостазе</p> <p>В – положение почки атипично только в клиностазе</p> <p>Г – положение почки нормальное</p>
339	<p>Дистопией почки называют:</p> <p>А – смещение почки в каудальном направлении в ортостазе</p> <p>Б – смещение почки в краниальном направлении в ортостазе</p> <p>В – атипичное расположение почки в любом положении пациента</p> <p>Г – атипичную форму и размеры почки</p>
340	<p>Удвоением почки обычно называют:</p> <p>А – удвоение ЧЛС</p> <p>Б – удвоение сосудистой ножки</p> <p>В – две отдельно лежащие почки с одной стороны тела</p> <p>Г – два конкремента в почке</p>
341	<p>Для विकарной гипертрофии почки наиболее значимы:</p> <p>А – увеличение размеров почки</p> <p>Б – дилатация ЧЛС</p> <p>В – повышение эхогенности почечных сосочков</p> <p>Г – сочетание всех перечисленных изменений</p>
342	<p>Исключить острый гломерулонефрит на УЗИ:</p> <p>А – можно у детей старше 10 лет</p> <p>Б – можно по результатам микционной пробы</p> <p>В – можно при проведении доплеровского исследования ренального кровотока</p> <p>Г – нельзя</p>
343	<p>Острый гломерулонефрит:</p> <p>А – всегда имеет четкое эхографическое представление</p> <p>Б – имеет характерное эхографическое представление только у детей старше 10 лет</p> <p>В – имеет характерное эхографическое представление только при длительности заболевания более 1 месяца</p> <p>Г – имеет характерное эхографическое представление только при тяжелом течении</p>
344	<p>10. При цистите на УЗИ следует прицельно искать:</p> <p>А – дилатацию дистальных отделов мочеточников, проявления дистального уретрита</p> <p>Б – конкременты в лоханках</p> <p>В – параренальные гематомы</p> <p>Г – перегибы желчного пузыря</p>
345	<p>Пиелит эхографически выглядит, как:</p> <p>А – дилатация лоханки</p> <p>Б – отек (утолщение) стенки лоханки</p> <p>В – фрагментация лоханки</p> <p>Г – атипичное расположение лоханки</p>

346	Бертиниева колонна, это: А – фрагмент вещества кортикального слоя паренхимы, смещенный в медулярный слой (вариант нормы) Б – воспалительный инфильтрат В – опухолевый узел Г – возможен любой из перечисленных вариантов
347	Интраренальный сосудистый рисунок в норме: А – прослеживается на протяжении всего сердечного цикла Б – прослеживается только в систолу В – прослеживается только у новорожденных Г – прослеживается только в условиях сознательного апноэ
348	Длина почки здорового новорожденного составляет: А – 25-30мм Б – 30-40мм В – 45-50мм Г – 62 мм
349	Визуализация пирамидок в почках у детей, это: А – возрастная норма Б – признак пиелонефрита В – признак гломерулонефрита Г – признак обструкции мочевыводящих путей
350	Дольчатость почки у новорожденных это: А – проявление пиелонефрита Б – проявление гломерулонефрита В – возрастная особенность Г – признак дисплазии почки
351	Феномен "газа портальной системы" прослеживается при: А - УЗИ печени, например при энтероколитах у младенцев Б - УЗИ легких, например, при пневмониях В - УЗИ почек, например, при пиелонефрите Г - УЗИ яичек, например при варикоцеле
352	Феномен "воздушной бронхограммы" прослеживается при: А - УЗИ легких при пневмонии Б - УЗИ органов малого таза В - УЗИ кишечных петель Г - УЗИ желчевыводящих путей
353	Эхографический симптом "мишени" при кишечной инвагинации можно перевести в симптом А - "головы быка" Б - "тюльпана" В - "слоеного пирога" Г - "грозди винограда"
354	Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Для визуализации ателектазированного участка легочной ткани выполняется сканирование: 1 – из эпигастрального доступа 2 – из межреберных доступов 3 – из парастеральных доступов 4 – из паравертебральных доступов
355	При тромбозе вены в ее просвете определяется: А – жидкостное содержимое Б – кальцификат В – гетерогенное, средней или пониженной эхогенности содержимое Г – справедливо все перечисленное
356	Абсцесс мягких тканей на УЗИ выглядит как:

	<p>А – скопление жидкостного содержимого Б – скопление гетерогенного содержимого В – скопление мелких кальцификатов Г – включение с акустической тенью</p>
357	<p>При ушибе яичка: А – в его паренхиме определяется участок повышения эхогенности Б – определяется отек оболочек яичка В – может быть немного выпота или крови в оболочках яичка Г – типична совокупность всех перечисленных признаков</p>
358	<p>Трансформация гидатиды часто сопровождается: А – реактивным эпидидимитом Б – отеком оболочек яичка В – выпотом в оболочках яичка Г – всеми перечисленными изменениями</p>
359	<p>При перекруте яичка собственно перекрут семенного канатика: А – визуализируется всегда и является основополагающей составляющей эхографического заключения Б – визуализируется нечасто и обычно соответствует нетугому перекруту В – визуализируется только у новорожденных Г – справедливо все перечисленное</p>
360	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3;Б – верно 1,3;В – верно 2,4;Г – верно только 4; Д – верно все К диффузным поражениям щитовидной железы не относится: 1. Эндемический зоб 2. Аутоиммунный тиреоидит 3. Диффузный токсический зоб 4. Узловой зоб</p>
361	<p>В ранние сроки после разрыва печени характерен: А – «гиперэхогенный паттерн» разрыва Б – симптом «головы быка» В – симптом «тюльпана» Г – симптом «головы акулы»</p>
362	<p>В ранние сроки после разрыва селезенки характерно: А – гиперэхогенный паттерн разрыва органа с отсутствием четкой визуализации дефекта паренхимы Б – наличие дефекта органа неправильной формы В – наличие дефекта органа правильной линейной формы Г – наличие кальцификатов в месте перенесенного разрыва</p>
363	<p>Аранциев проток эхографически перестает функционировать: А – сразу после рождения ребенка; Б – в течение первой недели жизни ребенка В – к возрасту ребенка 1 месяц Г – к возрасту ребенка 1 год</p>
364	<p>Пупочная вена эхографически перестает функционировать: А – сразу после рождения ребенка; Б – в течение первой недели жизни ребенка В – к возрасту ребенка 1 месяц Г – к возрасту ребенка 1 год</p>
365	<p>Визуализация гипозоногенных участков размером до 1мм по всему ультразвуковому срезу на фоне изоэхогенной паренхимы селезенки, характерна для: А. Постинфекционных кальцинатов Б. Лимфангиомы В. Лимфопролиферативных заболеваний Г. Реактивных изменений на фоне гиперплазии белой пульпы</p>

366	<p>Визуализация мелких гиперэхогенных однородных включений с четким контуром и наличием дистальной акустической тени в паренхиме селезенки характерна для:</p> <p>А. Постинфекционных кальцинатов Б. Лимфангиомы В. Лимфопролиферативных заболеваний Г. Реактивных изменений на фоне гиперплазии белой пульпы</p>
367	<p>При выявлении в печени множественных очагов с усиленным сосудистым рисунком:</p> <p>А – должна быть проявлена онкологическая настороженность Б – необходимо дообследование на токсоплазмоз В – необходимо дообследование на СПИД Г – необходимо дообследование на эхинококкоз</p>
368	<p>Типичные кисты диафрагмы локализуются:</p> <p>А – в реберно-диафрагмальном углу в проекции VIII сегмента печени Б – в воротах печени В – в крае печени, около дна желчного пузыря Г – в любом отделе печени</p>
369	<p>Показания к проведению УЗИ ТБС:</p> <p>А. Особенности течения беременности (аномальные предлежания, многоплодная беременность) Б. Как скрининговый метод В. Наличие клинической симптоматики (нарушение отведения бёдер, симптом соскальзывания и т.д.) Г. Все перечисленное верно</p>
370	<p>Какой вид датчика используется при проведении УЗИ ТБС:</p> <p>А. Конвексный Б. Микроконвексный В. Линейный Г. Исследование можно проводить любым датчиком</p>
371	<p>В большинстве случаев ядра окостенения (ТБС) появляются в возрасте:</p> <p>А. 1-3 месяца Б. 3-6 месяца В. 6-9 месяца Г. 9-12 месяца</p>
372	<p>Функциональные ротационные пробы при УЗИ тазобедренного сустава проводятся в положении ребенка:</p> <p>А. Лежа на боку Б. Лежа на спине В. Лежа на животе Г. В любом из перечисленных положений</p>
373	<p>Какой необходимый и достаточный объем лучевых методов исследования у детей с гидронефрозом и мегауретером:</p> <p>А. Достаточно УЗИ Б. УЗИ + экскреторная урография В. Экскреторная урография + цистография Г. УЗИ + экскреторная урография + цистография</p>
374	<p>Какой из лучевых методов исследования целесообразно применить у ребенка с пиелонефритом:</p> <p>А. Обзорную рентгенографию органов живота Б. УЗИ В. Цистографию Г. Экскреторную урографию</p>
375	<p>Какова тактика ведения ребенка при I степени гидронефротической трансформации: паренхима почки сохранена, дилатация чашечно-лоханочной системы умеренная (лоханка до 12-15 мм, чашечки до 5-7</p>

	<p>мм):</p> <p>А. Выжидательная под контролем динамического УЗИ (не реже 1 раза в месяц)</p> <p>Б. Выполнение экскреторной урографии</p> <p>В. Хирургическое вмешательство</p> <p>Г. Динамическое наблюдение 1 раз в год</p>
376	<p>Базисная линия при оценке сустава по методике R. Graf проводится:</p> <p>А. Через верхний костный край вертлужной впадины и середину лимбуса</p> <p>Б. По наружному краю подвздошной кости</p> <p>В. Через верхний костный край вертлужной впадины и нижний край подвздошной кости</p> <p>Г. По наружным отделам лимбуса</p>
377	<p>При оценке сустава по методике R. Graf величина угла альфа в норме:</p> <p>А. ≥ 50</p> <p>Б. ≤ 55</p> <p>В. ≤ 60</p> <p>Г. ≥ 60</p>
378	<p>При оценке сустава по методике R. Graf величина угла бета в норме:</p> <p>А. ≥ 50</p> <p>Б. ≥ 55</p> <p>В. ≤ 55</p> <p>Г. ≥ 60</p>
379	<p>Угловые характеристики предвывиха:</p> <p>А. альфа 43-49, бета 70-77</p> <p>Б. альфа 50-59, бета 55-70</p> <p>В. альфа <43, бета >77</p> <p>Г. альфа =60, бета =44</p>
380	<p>Угловые характеристики подвывиха:</p> <p>А. Альфа <43, бета > 77</p> <p>Б. Альфа 43-49, бета 70-77</p> <p>В. Альфа 50-59, бета 55-70</p> <p>Г. Альфа =60, бета =44</p>
381	<p>Угол α при исследовании тазобедренного сустава определяет:</p> <p>А. Степень развития вертлужной впадины</p> <p>Б. Степень развития головки бедренной кости</p> <p>В. Степень центрации головки бедра</p> <p>Г. Степень развития Y-образного хряща</p>
382	<p>Угол β при исследовании тазобедренного сустава определяет:</p> <p>А. Степень развития вертлужной впадины</p> <p>Б. Степень развития головки бедренной кости</p> <p>В. Степень центрации головки бедра</p> <p>Г. Степень развития Y-образного хряща</p>
383	<p>Инклинационная линия при оценке сустава по методике R. Graf проводится через:</p> <p>А. Медиальные отделы лимбуса</p> <p>Б. Наружный костный выступ вертлужной впадины и Y-образного хрящ</p> <p>В. Наружные отделы крыла подвздошной кости</p> <p>Г. Ядро окостенения головки бедра</p>
384	<p>При гидронефротической трансформации почки тактика дальнейшего ведения ребенка определяется:</p> <p>А. Степенью расширения чашечно-лоханочной системы почки</p> <p>Б. Состоянием почечного кровотока</p> <p>В. Толщиной паренхимы почки</p> <p>Г. Состоянием мочевого пузыря</p>
385	<p>Мерцающий артефакт при УЗИ почек генерируется:</p>

	<p>А – стенками ЧЛС Б – конкрементами В – сгустками слизи Г – жидкость в просвете ЧЛС</p>
386	<p>Острый пиелонефрит на фоне обструктивных уропатий эхографически характеризуется: А – отсутствием типичного пиелита, нарастанием дилатации моче-выделительных путей на протяжении Б – прогрессирующим истончением и повышением эхогенности паренхимы В – большим количеством взвеси в просвете моче-выделительных путей Г – совокупностью всех перечисленных признаков</p>
387	<p>Наиболее значимыми критериями при эхографической оценке нефропатии после перенесенной острой почечной недостаточности являются: А – размеры почек и эхогенность паренхимы Б – наличие и степень дилатации ЧЛС В – наличие включений в паренхиме почек и в просвете ЧЛС Г – характерно сочетание всех перечисленных признаков</p>
388	<p>При end-stage почечных заболеваний эхографически установить причину почечного поражения: А – уже практически невозможно Б – возможно только у детей старше 10 лет В – УЗИ не проводится Г – справедливо все перечисленное</p>
389	<p>При end-stage почечных заболеваний характерно: А – уменьшение размеров и повышение эхогенности паренхимы Б – наличие акцидентальных кист при длительном течении заболевания В – дилатация ЧЛС при наличии урологической патологии Г – характерно сочетание перечисленных признаков</p>
390	<p>Допплеровское исследование при end-stage почечных заболеваний выявляет: А – резкое обеднение сосудистого рисунка почек Б – значительное снижение TAMX, возможно - Vmax В – RI может быть весьма вариабельным Г – характерно сочетание перечисленных признаков</p>
391	<p>Изменения количественных характеристик артериального ренального кровотока при гидронефрозе: А – никогда не встречаются Б – отмечаются уже при минимальной дилатации ЧЛС В – возникают только при выраженной степени гидронефроза Г – возможен любой из перечисленных вариантов</p>
392	<p>После пиелопластики дилатация ЧЛС: А – исчезает сразу после операции; Б – обычно сохраняется в течение ближайших 3 месяцев В – уменьшается постоянно Г – постепенно нарастает в течение полугода</p>
393	<p>Эхографически лигатурный камень после пиелопластики: А – имеет малые размеры Б – фиксирован в проекции пельвиоуретерального сочленения В – иногда генерирует мерцающий артефакт Г – характерно сочетание всех перечисленных признаков</p>
394	<p>При тяжелых проявлениях галактоземии: А – печень увеличена в размерах, повышенной эхогенности Б – желчный пузырь часто уменьшен в размерах, стенки уплотнены и значительно утолщены, в просвете пузыря могут быть сгустки</p>

	<p>В – имеется выпот в брюшной полости Г – справедливо все перечисленное</p>
395	<p>Детские грудные железы мальчиков и девочек: А. Различны при УЗИ Б. Схожи по УЗ-характеристикам В. Различны только после рождения Г. Не визуализируются при УЗИ</p>
396	<p>Могут ли выявляться кисты в молочной железе у девочек: А. Да Б. Нет В. Только при остром мастите Г. Только при асимметрии желез</p>
397	<p>С чем сопоставляют размеры селезенки ребенка: А. С возрастом Б. С весом В. С ростом Г. Верно все</p>
398	<p>Соотношение длины тела матки к длине шейки в возрасте 10-11 лет при УЗИ составляет: А. 1:1 Б. 1.5:1 В. 2:1 Г. 2.5:1</p>
399	<p>При УЗИ яичники определяются выше входа в малый таз в возрасте: А. до 3 лет Б. до 6 лет В. до 9 лет Г. до 12 лет</p>
400	<p>Реверберационный артефакт в месте перелома теменной кости: А – «раздваивается» Б – «ломается» В – «ветвится» Г – не определяется</p>

Раздел 06. УЗД в акушерстве

	Тесты
1.	При трансвагинальном УЗИ обязательна визуализация эмбриона с: А. С 4 недель Б. С 5- недель В. С 6- недель Г. С 7 недель
2.	Неблагоприятным критерием развития эмбриона в I триместре считают частоту сердечных сокращений: А. > 150 уд./ мин. Б. < 140 уд/мин В. < 120 уд/мин Г. < 100 уд/мин
3.	УЗ-признаком угрозы прерывания беременности в I триместре является: А. Отсутствие сердечной деятельности эмбриона Б. Локальное утолщение миометрия В. Изменение формы плодного яйца Г. Локализация плодного яйца в средней трети полости матки
4.	В норме сердце эмбриона в 12 недель: А. Двухкамерное Б. Трехкамерное В. Четырехкамерное Г. Не визуализируется
5.	В состав нормальной пуповины входят: А. Одна артерия и одна вена Б. Две артерии и одна вена В. Две артерии и две вены Г. Одна артерия и две вены
6.	При отсутствии патологии при трансвагинальном УЗИ в 12 недель беременности проведение во II триместре повторного скринингового УЗИ: А. Не проводится Б. Проводится по желанию пациентки В. Обязательно проводится Г. Заменяется на обследование в 32 недели
7.	Наиболее ранняя диагностика истмикоцервикальной недостаточности при ультразвуковом исследовании возможна: А. до 8 недель Б. После 10 недель В. После 20 недель Г. После 24 недель
8.	Оптимальными сроками для проведения первого ультразвукового исследования с целью выявления врожденных пороков развития плода являются: А. 10-12 недель Б. 15-17 недель В. 19-22 недели Г. 28-30 недель
9.	Визуализация мочевого пузыря эмбриона при трансвагинальном УЗИ обязательна: А. С 6 недель Б. С 10 недель В. С 12 недель Г. С 16 недель

10.	<p>Визуализация почек плода при трансабдоминальной эхографии обязательна:</p> <p>А. С 24 недель</p> <p>Б. С 16 недель</p> <p>В. С 12 недель</p> <p>Г. С 10 недель</p>
11.	<p>Желточный мешок при трансвагинальном ультразвуковом исследовании визуализируется:</p> <p>А. С 5-6 недель</p> <p>Б. С 8-9 недель</p> <p>В. С 11-12 недель</p> <p>Г. С 14-15 недель</p>
12.	<p>Желудочково-полушарный индекс представляет собой:</p> <p>А. Отношение ширины тела бокового желудочка к половине бипариетального размера</p> <p>Б. Отношение ширины тела бокового желудочка к бипариетальному размеру</p> <p>В. Отношение бипариетального размера к ширине тела бокового желудочка</p> <p>Г. Отношение половины бипариетального размера к ширине тела бокового желудочка</p>
13.	<p>Измерение бипариетального размера головки плода при ультразвуковом исследовании производится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На уровне четверохолмия и полости прозрачной перегородки 2. На уровне визуализации мозжечка 3. От наружного контура ближней теменной кости до внутреннего контура дальней теменной кости 4. Верно все
14.	<p>Кисты пуповины чаще имеют следующее строение:</p> <p>А. Солидное</p> <p>Б. Смешанное</p> <p>В. Кистозное</p> <p>Г. Кистозное с неоднородным содержимым</p>
15.	<p>Мочевой пузырь плода следует обязательно визуализировать при трансабдоминальной эхографии начиная с:</p> <p>А. С 10 недель</p> <p>Б. С 14 недель</p> <p>В. С 18 недель</p> <p>Г. С 20 недель</p>
16.	<p>Наиболее достоверным эхографическим критерием микроцефалии является:</p> <p>А. Увеличение численных значений отношения длины бедренной кости к окружности головки</p> <p>Б. Уменьшение численных значений отношения длины бедренной кости к окружности головки</p> <p>В. Увеличение отношения ширины тела бокового желудочка к половине бипариетального размера</p> <p>Г. Уменьшение отношения ширины тела бокового желудочка к половине бипариетального размера</p>
17.	<p>Выявление наличия двух артерий пуповины с помощью ЦДК возможно:</p> <p>А. С 6 недель</p> <p>Б. С 11 недель</p> <p>В. С 18 недель</p> <p>Г. С 20 недель</p>
18.	<p>Наиболее точным параметром биометрии при определении срока беременности в I триместре является:</p> <p>А. Бипариетальный размер головки</p>

	<p>Б. Копчико-теменной размер эмбриона В. Длина бедренной кости Г. Окружность головки</p>
19.	<p>Наиболее часто встречающаяся опухоль сердца плода — это: А. Рабдомиома Б. Фиброма В. Миксома Г. Саркома</p>
20.	<p>Нормальная эхоструктура ворсинчатого хориона характеризуется: А. с анэхогенными включениями, нечетким базальным контуром Б. эхогенностью ниже миометрия, четким базальным контуром В. однородной эхоструктурой, с эхогенностью выше миометрия и нечетким базальным контуром Г. однородной эхоструктурой, с эхогенностью выше миометрия и четким базальным контуром</p>
21.	<p>Оптимальными сроками для проведения первого УЗИ с целью выявления врожденных пороков развития плода являются: А. 10-12 недель Б. 14-15 недель В. 18-22 недели Г. 28-30 недель</p>
22.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Неизмененные мочеточники плода визуализируются в виде:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Визуализируются с 12 недель 2. Визуализируются с 22 недель 3. Визуализируются с 32 недель 4. Не визуализируются
23.	<p>Нормативные значения отношения длины бедренной кости к окружности живота составляют: А. 20-24% Б. 30-34% В. 40-44% Г. 50-54%</p>
24.	<p>Нормативные значения цефалического индекса находятся в пределах: А. 40-46% Б. 50-66% В. 70-86% Г. >90%</p>
25.	<p>Нормативными значениями отношения длины бедренной кости к бипариетальному размеру головки считаются: А. <45% Б. 50-65% В. 71-87% Г. >90%</p>
26.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Обнаружение увеличения толщины воротникового пространства в конце I триместра беременности свидетельствует:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О возможном наличии хромосомных aberrаций 2. О нормальном состоянии эмбриона 3. О возможном наличии порока сердца 4. Верно все

27.	<p>Воротниковое пространство эмбриона считают патологическим при его передне-заднем размере:</p> <p>А. > 10 мм Б. > 7 мм В. > 5 мм Г. > 3 мм</p>
28.	<p>Обнаружение гиперэхогенного кишечника плода во II триместре беременности риск неблагоприятного перинатального исхода:</p> <p>А. Не влияет на прогноз Б. Снижает В. Повышает Г. Оценить эхогенность кишечника в эти сроки не представляется возможным</p>
29.	<p>Обнаружение гиперэхогенных увеличенных почек чаще характерно для:</p> <p>А. Пиелонефрита Б. Нефросклероза В. Поликистозной болезни почек инфантильного типа Г. Поликистозной болезни почек взрослого типа</p>
30.	<p>Обязательным срезом сердца плода, который изучается при скрининговом ультразвуковом исследовании является:</p> <p>А. Четырехкамерный срез Б. Срез через легочный ствол В. Срез через дугу аорты Г. Срез через артериальный проток</p>
31.	<p>Основным ориентиром при измерении среднего диаметра и окружности живота являются:</p> <p>А. Печень Б. Срез через пупочную вену В. Мочевой пузырь Г. Желчный пузырь</p>
32.	<p>Состоянием акрании называется:</p> <p>А. Отсутствие больших полушарий головного мозга Б. Отсутствие костей свода черепа В. Отсутствие сосудистых сплетений в боковых желудочках мозга Г. Отсутствие полости прозрачной перегородки</p>
33.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Состоянием гидроцефалии называется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие больших полушарий головного мозга 2. Отсутствие желудочков головного мозга 3. Расширение субарахноидального пространства 4. Выраженное расширение желудочков головного мозга
34.	<p>Основным эхографическим критерием наружной гидроцефалии является:</p> <p>А. Отсутствие больших полушарий головного мозга Б. Отсутствие желудочков головного мозга В. Расширение субарахноидального пространства Г. Отсутствие полости прозрачной перегородки</p>
35.	<p>Какой размер преддверий боковых желудочков соответствует умеренной вентрикуломегалии</p> <p>А. 6-10 мм Б. 11-15 мм В. 16-20 мм Г. 21-25 мм</p>
36.	<p>Основным эхографическим критерием стеноза водопровода мозга является:</p> <p>А. Расширение боковых и третьего желудочков</p>

	<p>Б. Кистозное образование в задней черепной ямке В. Спинно-мозговая грыжа Г. Данная патология не диагностируется антенатально</p>
37.	<p>Параметрами обязательной фетометрии является: А. Бипариетальный размер головки Б. Средний диаметр или окружность живота В. Длина бедренной кости Г. Верно все</p>
38.	<p>Перикардиальным выпотом считается гипозохогенная зона между перикардом и миокардом толщиной свыше: А. 2 мм Б. 4 мм В. 5 мм Г. 6 мм</p>
39.	<p>Преждевременное "старение" плаценты регистрируется при обнаружении II степени зрелости: А. До 28 недель Б. До 32 недель В. До 36 недель Г. До 38 недель</p>
40.	<p>Преждевременное "старение" плаценты регистрируется при обнаружении III степени зрелости: А. До 28 недель Б. До 32 недель В. До 36 недель Г. До 38 недель</p>
41.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какой пренатальный УЗ-критерий не относится к аномалии Эбштейна: 1. Смещение створок трикуспидального клапана вглубь правого желудочка 2. Большое правое предсердие 3. Уменьшение объема правого желудочка 4. Коарктация аорты</p>
42.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Ариния – это: 1. Отсутствие языка 2. Отсутствие ушных раковин 3. Отсутствие глазных яблок 4. Отсутствие носа</p>
43.	<p>5. Нормальное положение оси сердца составляет: А. 15° Б. 45° В. 75° Г. 105°</p>
44.	<p>При каком типе висцерального situs наблюдается полиспления: А. Situs solitus Б. Situs inversus В. Situs ambiguous: левый изомеризм Г. Situs ambiguous: правый изомеризм</p>
45.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Укажите основные эхографические критерии анэнцефалии:</p>

	<p>1. Отсутствие полушарий мозга</p> <p>2. Отсутствие костей лицевого отдела черепа</p> <p>3. Отсутствие костей свода черепа</p> <p>4. Верно все</p>
46.	<p>Эхографические признаки "лимона" и "банана" характерны для:</p> <p>А. Наружной гидроцефалии</p> <p>Б. Расщелины позвоночника (spina bifida)</p> <p>В. Черепно-мозговой грыжи</p> <p>Г. Агенезии мозжечка</p>
47.	<p>При каком пороке сердца визуализируется неизменный четырехкамерный срез:</p> <p>А. Атрезия легочной артерии с интактной межжелудочковой перегородкой</p> <p>Б. Аномалия Эбштейна</p> <p>В. Транспозиция магистральных сосудов</p> <p>Г. Общий открытый атриовентрикулярный канал</p>
48.	<p>Какое из перечисленных состояний не приводит к маловодию:</p> <p>А. Агенезия почек</p> <p>Б. Односторонняя суправезикальная обструкция</p> <p>В. Двухсторонняя суправезикальная обструкция</p> <p>Г. Ифравезикальная обструкция</p>
49.	<p>Для какого типа хромосомных aberrаций наиболее характерна полидактилия:</p> <p>А. Трисомия 13</p> <p>Б. Трисомия 16</p> <p>В. Трисомия 18</p> <p>Г. Трисомия 21</p>
50.	<p>Эхоструктура крестцово-копчиковой тератомы:</p> <p>А. Кистозная</p> <p>Б. Кистозно-солидная</p> <p>В. Солидная</p> <p>Г. Верно все</p>
51.	<p>Отличительной особенностью нормальных кривых скоростей кровотока в маточных артериях после 20 недель беременности являются:</p> <p>А. Низкие значения диастолического компонента кровотока</p> <p>Б. Отсутствие диастолического компонента кровотока</p> <p>В. Высокие значения диастолического компонента кровотока</p> <p>Г. Наличие дикротической выемки в начале диастолы</p>
52.	<p>Оптимальными сроками для проведения первого доплерометрического исследования кровотока в маточных артериях и в артерии пуповины у беременных высокого перинатального риска являются:</p> <p>А. 16-18 недель</p> <p>Б. 20-24 недели</p> <p>В. 26-28 недель</p> <p>Г. 32-34 недели</p>
53.	<p>Нормативные значения отношения длины бедренной кости к окружности живота составляют:</p> <p>А. 20-24%</p> <p>Б. 30-34%</p>

	В. 40-44% Г. 50-54%
54.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Допплеровское исследование какой артерии обладает высокой диагностической ценностью для прогнозирования и оценки степени тяжести преэклампсии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Средняя мозговая артерия плода 2. Аорта плода 3. Артерия пуповины Г. Маточные артерии беременной
55.	<p>Откуда предпочтительно получать кровь плода для пренатального кариотипирования?</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Из вены пуповины Б. Из артерии пуповины В. Из аорты плода Г. Из камер сердца плода
56.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Акушерский срок беременности рассчитывается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. от дня зачатия 2. от начала шевелений плода 3. от дня овуляции 4. от первого дня последней менструации
57.	<p>Акушерские программы ультразвуковых приборов построены с учетом эталонного менструального цикла продолжительностью:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. 21 день Б. 30 дней В. 28 дней Г. 35 дней
58.	<p>Первое ультразвуковое исследование всем здоровым беременным проводится в:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. 5-6 недель Б. 7-8 недель В. 11-13 недель Г. 20-22 недели
59.	<p>Исследование всех внутренних органов плода с целью диагностики врожденных пороков развития проводится в:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. 10-14 недель Б. 15-18 недель В. 20-24 недель Г. 32-34 недель
60	<p>Исследование с целью диагностики внутриутробных заболеваний с поздним проявлением оценки функционального состояния плода всем беременным проводится в:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. 20-24 недель Б. 26-28 недель В. 30-34 недель Г. 36-38 недель
61	<p>Нормальная анатомия четырехкамерного среза плода характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. размеры левых отделов сердца превышают правые, атриовентрикулярные клапаны располагаются на одном уровне

	<p>Б. размеры правых отделов сердца превышают левые, атриовентрикулярные клапаны располагаются на одном уровне</p> <p>В. приблизительно одинаковые размеры правых и левых отделов сердца, трикуспидальный клапан располагается несколько апикальнее митрального</p> <p>Г. размеры правых отделов сердца превышают левые, трикуспидальный клапан располагается апикальнее митрального</p>
62	<p>Для атрезии дистального отдела двенадцатиперстной кишки плода характерно:</p> <p>А. расширение петель толстой кишки</p> <p>Б. наличие асцита</p> <p>В. наличие двух анэхогенных образований на уровне верхнего этажа брюшной полости</p> <p>Г. расширение петель тонкого кишечника</p>
63	<p>Эхографическим признаком омфалоцеле является наличие:</p> <p>А. объемного образования в грыжевом мешке в области пупочного кольца</p> <p>Б. свободно плавающих петель кишечника в околоплодных водах</p> <p>В. объемного образования в области пояснично-крестцового отдела</p> <p>Д. объемного образования свободной петли пуповины</p>
64	<p>Эхографическим признаком гастрошизиса является наличие:</p> <p>А. объемного образования в грыжевом мешке в области пупочного кольца</p> <p>Б. свободно плавающих петель кишечника в околоплодных водах</p> <p>В. объемного образования в области пояснично-крестцового отдела</p> <p>Д. объемного образования свободной петли пуповины</p>
65	<p>Лазерная коагуляция анастомозов плаценты является методом лечения осложнений какого типа двойни:</p> <p>А. Дихориальной, диамниотической</p> <p>Б. Монохориальной, диамниотической</p> <p>В. Монохориальной, моноамниотической</p> <p>Г. Неразделившейся двойни</p>
66	<p>Основным отличием выраженной гидроцефалии от гидроанэнцефалии является:</p> <p>А. Отсутствие больших полушарий головного мозга</p> <p>Б. Присутствие минимальных участков коры больших полушарий головного мозга</p> <p>В. Расширение субарахноидального пространства</p> <p>Г. Все неверно</p>
67	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какая длина шейки матки в 20 недель беременности сопряжена с наибольшим риском преждевременных родов:</p> <p>1. 35 мм</p> <p>2. 30 мм</p> <p>3. 25 мм</p> <p>4. 20 мм и менее</p>
68	<p>В состав синдрома Меккеля не входит одна из позиций:</p> <p>А. Черепно-мозговая грыжа</p> <p>Б. Поликистозные почки</p> <p>В. Киста печени</p> <p>Г. Ни одна позиция не входит</p>
69	<p>Спленомегалия плода чаще обусловлена:</p> <p>А. Кардиоспленическим синдромом</p> <p>Б. Тромбоцитопенией</p> <p>В. Травмой плода</p> <p>Г. Верно все</p>

70	<p>Какие эмбриопатии характерны при использовании Thalidomide?</p> <ul style="list-style-type: none">А. МикроцефалияБ. Редукционные аномалии конечностейВ. Врожденные потоки сердцаГ. Задержка внутриутробного роста плода
----	---

Раздел 07. УЗД в гинекологии

1.	Какое УЗИ предпочтительнее для изучения органов женского малого таза: А. Трансабдоминальное Б. Трансректальное В. Трансвагинальное Г. Трансперинеальное
2.	Что является наиболее важным в подготовке к трансвагинальному УЗИ? А. Адекватное наполнение мочевого пузыря Б. Опорожнение мочевого пузыря В. Положение пациентки Г. Подготовка кишечника
3.	Нормативными эхографическими значениями длины тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются: А. 20-41 мм; Б. 30-59 мм; В. 40-60 мм; Г. 50-80 мм;
4.	У женщин репродуктивного возраста передне-задний размер тела матки составляет: А. 15-32 мм Б. 20-35 мм В. 30-42 мм Г. 45-55 мм
5.	Нормативными эхографическими значениями ширины тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются: А. 30-42 мм; Б. 35-50 мм; В. 40-75 мм; Г. 45-62 мм;
6.	Вариантами физиологической нормы считают следующие положения матки: А. Anteversio-Anteflexio Б. Retroversio-Retroflexio В. Отклонение вправо или влево Г. Верно А и Б
7.	Толщина неизменного М-эхо в раннюю пролиферативную фазу составляет: А. 2 мм Б. 6 мм В. 8 мм Г. 10 мм
8.	В нормальном постменопаузальном периоде размеры матки: А. Увеличиваются Б. Остаются неизменными В. Уменьшаются Г. Характер изменения будет зависеть от вида имевшейся патологии
9.	Толщина неизменного М-эхо перед менструацией может достигать: А. 20 мм Б. 15 мм В. 10 мм Г. 8 мм
10.	Где в норме не располагаются яичники? А. Позади матки Б. В области дна матки

	В. Кпереди от матки Г. У стенок таза
11.	Продольный размер яичника у женщин репродуктивного возраста не превышает: А. 2 см Б. 3 см В. 4 см Г. 5 см
12.	Значения М-эхо в норме у пациенток в постменопаузальном периоде не превышают: А. 20 мм Б. 15 мм В. 10 мм Г. 5 мм
13.	Для эндометриоидных кист яичника наиболее характерная эхоструктура: А. Анэхогенная Б. Гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью средней эхогенности В. Кистозно-солидная Г. Анэхогенная с пристеночными тканевыми разрастаниями
14.	Одним из эхографических признаков наступившей овуляции считается: А. Увеличение размеров матки Б. Увеличение размеров яичников В. Визуализация свободной жидкости в позадиматочном пространстве Г. Увеличение толщины М-эхо
15.	Эпителиальные опухоли яичников при УЗИ чаще всего определяются как: А. Кистозные структуры Б. Солидные образования В. Образования, содержащие мелкодисперсную взвесь Г. Не диагностируются при УЗИ
16.	Диагностическими находками по данным УЗИ при рецидиве злокачественной опухоли в малом тазу после операции экстирпации матки с придатками является: А. Обнаружение в малом тазу дополнительного объемного образования Б. Выявление асцита В. Богатая васкуляризация новообразования Г. Верно все
17.	Наиболее типичные УЗ-признаки серозной опухоли яичника это: А. Однокамерное образование с практически анэхогенным содержимым Б. Тонкие стенки В. Наличие перегородок в полости кисты Г. Верно все
18.	При трансабдоминальном УЗИ неизменные маточные трубы визуализируются в случае: А. Опухоли в малом тазу Б. Кисты в малом тазу В. Значительного количества асцитической жидкости в брюшной полости Г. Проведения специальной подготовки кишечника к исследованию
20.	Средние значения диаметра зрелого фолликула при УЗИ составляют: А. Менее 10 мм Б. 10-15 мм В. 18-23 мм Г. 25-45 мм
21.	Характерным эхографическим признаком функциональных кист яичников являются: А. Анэхогенное содержимое Б. Исчезновение при динамическом наблюдении

	<p>В. Мелкосетчатое строение</p> <p>Г. Верно все</p>
22.	<p>К характерным УЗ- признакам хронического эндометрита не относятся:</p> <p>А. Расширение полости матки</p> <p>Б. Гипоэхогенного содержимого полости матки с гиперэхогенными включениями</p> <p>В. Неровный бугристый контур матки</p> <p>Г. Гиперэхогенные включения в базальном слое эндометрия</p>
23.	<p>К УЗ признакам внутреннего эндометриоза не относятся:</p> <p>А. Увеличение передне-заднего размера тела матки</p> <p>Б. Асимметрия толщины передней и задней стенок матки</p> <p>В. Эхонегативные кистозные включения в миометрии, окруженные гиперэхогенной тканью</p> <p>Г. Утолщение М-эхо</p>
24.	<p>При трансабдоминальном УЗИ неизменные маточные трубы визуализируются:</p> <p>А. В виде тонких гиперэхогенных трубчатых структур</p> <p>Б. В виде толстых гиперэхогенных трубчатых образований</p> <p>В. В виде анэхогенных трубчатых структур</p> <p>Г. Не визуализируются</p>
25.	<p>Миоматозные узлы матки не имеют УЗ-признаки:</p> <p>А. Нечеткие контуры</p> <p>Б. Сниженная эхогенность</p> <p>В. Четкие контуры</p> <p>Г. Кровоток по периферии при ЦДК</p>
26.	<p>К УЗ-признакам некроза миоматозного узла относятся:</p> <p>А. Наличие ан- и гипоэхогенных включений в узле</p> <p>Б. Повышение эхогенности и наличие гиперэхогенных включений в узле</p> <p>В. Появление гиперэхогенного контура узла</p> <p>Г. Появление анэхогенного контура узла</p>
27.	<p>В норме у женщин репродуктивного возраста соотношение длины шейки к длине тела матки составляет:</p> <p>А. 1:1</p> <p>Б. 1:2</p> <p>В. 1:4</p> <p>Г. 1:5</p>
28.	<p>Повышение эхогенности эндометрия может происходить:</p> <p>А. В секреторную фазу</p> <p>Б. При хроническом эндометрите</p> <p>В. В первые 5 лет менопаузы</p> <p>Г. Верно все</p>
29.	<p>Что не характерно для гиперплазии эндометрия:</p> <p>А. Утолщение М-эхо</p> <p>Б. Появление кистозных включений в эндометрии</p> <p>В. Неоднородная структура М-эхо</p> <p>Г. Экцентричное расположение М-эхо</p>
30.	<p>Для nabothian kyst шейки матки характерно:</p> <p>А. Расположение ближе к наружной влажной поверхности шейки матки</p> <p>Б. Расположение вдоль стенок цервикального канала</p> <p>В. Расположение ближе к внутреннему зеву</p> <p>Г. Верно все</p>
31.	<p>Какой тип образования не характерен для муцинозной кистомы?</p> <p>А. Однокамерное образование с анэхогенным содержимым</p> <p>Б. Многокамерное образование</p> <p>В. Многокамерное образование с гипоэхогенным содержимым</p>

	Г. Верно все
32.	Рак яичника при УЗИ может иметь: А. Кистозную структуру Б. Кистозно-солидную структуру В. Папиллярные структуры по поверхности капсулы Г. Верно все
33.	Достоверным УЗ-признаком внематочной беременности является: А. Плодное яйцо с эмбрионом вне полости матки Б. Утолщение М-эхо В. Жидкость в Дугласовом пространстве Г. Увеличение одного из яичников с кистозной полостью
34.	Какой УЗ-признак не является характерным для поликистоза яичников? А. Увеличение размеров яичников Б. Наличие анэхогенных включений по периферии яичников в виде «четок» В. Ассиметричное утолщение стенок матки Г. Повышение эхогенности стромы яичников
35.	Пограничные опухоли яичников могут иметь следующие УЗ-признаки: А. Однокамерное образование с ровным четкими контурами, тонкой капсулой, анэхогенным содержимым и гладким внутренним контуром Б. Кистозно-солидная структура с нечеткими контурами В. Множественные перегородки неравномерной толщины Г. Верно все
36.	Какие УЗ-признаки могут соответствовать гематометре? А. Расширение полости матки с анэхогенным содержимым Б. Расширение полости матки гипозхогенным содержимым В. Увеличение размеров матки Г. Верно все
37.	Субмукозная миома вызывает: А. Деформацию и смещение М-эхо Б. Увеличение яичников В. Возникновение свободной жидкости в позадиматочном пространстве Г. Смещение матки кпереди
38.	Симптом «снежной бури» характерен для: А. Некроза миоматозного узла Б. Отека миоматозного узла В. Пузырного заноса Г. Саркомы матки
39.	Наполнение мочевого пузыря необходимо для исследования малого таза при: А. Трансабдоминальном УЗИ Б. Трансвагинальном УЗИ В. Трансректальном УЗИ Г. Трансперинеальном УЗИ
40.	Ранняя диагностика маточной беременности при трансабдоминальном УЗИ возможна: А. С 4-5 недель Б. С 5 недель В. С 5-6 недель Г. С 6 недель
41.	Ранняя диагностика маточной беременности при трансвагинальном УЗИ возможна: А. С 4-5 недель Б. С 5 недель В. С 5-6 недель Г. С 6 недель

42.	УЗ-признак, характерный для неразвивающейся беременности при возможности визуализации эмбриона: А. Локальное утолщение миометрия Б. Изменение формы плодного яйца В. Отсутствие сердечной деятельности Г. Изменение формы и размера желточного мешка
43.	Ультразвуковая диагностика неполного аборта основывается на выявлении: А. Расширенной полости матки с наличием в ней неоднородных эхоструктур с кровотоками Б. Расширенной полости матки с наличием в ней неоднородных эхоструктур без кровотоков В. Увеличения матки Г. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве
44.	Эхографическим признаком гипертонуса миометрия в I триместре является: А. Локальное утолщение миометрия Б. Наличие округлых узловых образований в толще миометрия В. Диффузное утолщение миометрия Г. Верно все
45.	При обнаружении ложного плодного яйца в полости матки необходимо заподозрить: А. Анэмбрионию Б. Внематочную беременность В. Ретрохориальную гематому Г. Неполный аборт
46.	Для гиперплазии эндометрия при УЗИ не характерно: А. Неоднородная структура М-эхо Б. Кистозные включения в эндометрии В. Утолщение М-эхо Г. Гипоэхогенное образование миометрия
47.	Быстрый рост миоматозного узла является одним из признаков: А. дегенеративных изменений узла; Б. активной пролиферации ткани узла; В. сочетания с внутренним эндометриозом Г. множественной миомы
48.	Эксцентричное расположение М-эхо матки может определяться: А. при гиперплазии эндометрия; Б. при эндометрите; В. при внутреннем эндометриозе; Г. при наличии в полости матки ВМК
49.	Наиболее показательным изменением размеров матки при внутреннем эндометриозе является: А. длина тела; Б. передне-задний размер тела; В. ширина тела; Г. длина шейки
50.	Анэхогенные включения в миометрии являются признаком: А. внутреннего эндометриоза; Б. ретроцервикального эндометриоза; В. миомы; Г. липомы.
51.	Для кисты эндоцервикса шейки матки характерно: А. Расположение ближе к наружной влагалищной поверхности шейки матки Б. Расположение вдоль стенок цервикального канала

	В. Расположение ближе к внутреннему зеву Г. Верно все
52.	Наиболее характерная эхоструктура эндометриоидных кист яичник - это: А. анэхогенная; Б. анэхогенная с тонкими перегородками В. средней эхогенности с мелкодисперсной взвесью; Г. с пристеночными папиллярными разрастаниями; Д. кистозно-солидная.
53.	Отличительным эхографическим признаком поликистозных яичников является: А. наличие доминантного фолликула; Б. наличие желтого тела; В. более 10-12 фолликулов однообразного диаметра в одном срезе; Г. Верно все
54.	Наличие увеличения объема яичников более 8-10 см ³ встречается при: А. синдроме Шихена; Б. синдроме резистентных яичников; В. синдроме Штейна-Левенталя; Г. синдроме истощенных яичников;
55.	Поликистозные яичники чаще всего сочетаются с: А. гиперплазией эндометрия; Б. эндометритом; В. внутренним эндометриозом; Г. миомой матки;
56.	Гиперплазия стромы характерна для: А. истощенных яичников; Б. поликистозных яичников; В. гиперстимулированных яичников; Г. синдрома резистентных яичников.
57.	Наиболее распространенным положением матки в малом тазу является: А. anteflexio; Б. retroflexio; В. смещено вправо; Г. смещено влево
58.	Максимальные численные значения толщины неизмененного М-эхо матки перед менструацией у пациенток репродуктивного возраста не превышают: А. 7 мм; Б. 10 мм; В. 15 мм; Г. 20 мм;
59.	Максимальные численные значения толщины неизмененного М-эхо матки у пациенток в постменопаузе более 5 лет не превышают: А. 2 мм; Б. 3 мм; В. 5 мм; Г. 7 мм;
60.	Эхогенность неизмененного эндометрия в раннюю пролиферативную фазу цикла: А. гиперэхогенный; Б. гипозэхогенный; В. средней эхогенности; Г. гиперэхогенный с мелкими анэхогенными включениями
61.	Эхогенность неизмененного эндометрия в позднюю секреторную фазу цикла: А. гиперэхогенный;

	<p>Б. гипозоногенный; Г. гиперзоногенный с анзоногенными включениями; Д. гипозоногенный с гиперзоногенными включениями.</p>
62.	<p>Зоногенность неизмененного эндометрия у женщин в постменопаузе более 5 лет:</p> <p>А. гиперзоногенный; Б. гипозоногенный; Г. гиперзоногенный с мелкими анзоногенными включениями Д. гипозоногенный с гиперзоногенными включениями.</p>
63.	<p>Ретроцервикальный эндометриоз определяется при ультразвуковом исследовании как:</p> <p>А. образование средней зоногенности; Б. образование солидной структуры; В. образование кистозной структуры; Г. Верно А и Б</p>
64.	<p>Для серозометры у женщин в постменопаузе характерно:</p> <p>А. Наличие овальной формы образования в полости матки Б. Утолщение М-зоно более 5 мм; В. Наличие анзоногенной жидкости в полости матки; Г. Наличие эндометрия с кистозными включениями</p>
65.	<p>Наличие гиперплазии эндометрия наиболее часто сочетается с:</p> <p>А. персистирующей фолликулярной кистой; Б. поликистозными яичниками; В. кистой желтого тела; Г. Верно А и Б</p>
66.	<p>Желточный мешок визуализируется с:</p> <p>А. с 4-5 недель Б. с 5 недель В. с 5-6 недель Г. с 6 недель</p>
67.	<p>Абсолютным УЗ-признаком неразвивающейся беременности при наличии эмбриона является:</p> <p>А. Отсутствие сердечной деятельности и двигательной активности эмбриона Б. Локальное утолщение матки В. Изменение формы плодного яйца Г. Локализация плодного яйца в средней трети полости матки</p>
68.	<p>К зонографическим признакам пузырьного заноса не относятся:</p> <p>А. анзоногенные включения в ворсинчатом хорионе, его нечеткий базальный контур Б. однородная зоноструктура ворсинчатого хориона, его четкий базальный контур В. элементы взвеси в околоплодных водах Г. Верно Б и В</p>
69.	<p>Полип эндометрия характеризуется:</p> <p>А. Наличием образования овальной формы в полости матки Б. Наличием «хало»; В. Наличием питающей сосудистой ножки по данным ЦДК; Г. Верно все</p>
70.	<p>Контур полипа эндометрия:</p> <p>А. четкий, ровный; Б. нечеткий, неровный; В. четкий, неровный;</p>

Раздел 08. Эхокардиография

№	Тестовые вопросы
1.	Где наиболее часто визуализируются тромбы при митральном пороке сердца: А. левый желудочек Б. левое предсердие В. правый желудочек Г. правое предсердие
2.	При дилатационной кардиопатии отмечается А. диффузное снижение сократительной способности миокарда Б. Локальное снижение сократимости миокарда В. Увеличение сократительной способности миокарда Г. гиперфункция межжелудочковой перегородки
3.	При гипертрофической кардиомиопатии чаще всего поражается А. левый желудочек Б. левое предсердие В. правый желудочек Г. межпредсердная перегородка
4.	Просвет корня аорты принято измерять: А. В систолу Б. В диастолу В. Не имеет значения Г. На выдохе
5.	При ревматизме наиболее часто поражаются: А. Митральный и аортальный клапаны Б. Митральный и трикуспидальный клапаны В. Клапан легочной артерии Г. Верно все
6.	Время раскрытия клапана аорты соответствует периоду: А. Быстрого наполнения левого желудочка Б. Медленного наполнения левого желудочка В. Сistolы левого предсердия Г. Сistolы левого желудочка
7.	При застойной сердечной недостаточности необходимо: А. Определить увеличение диаметра нижней полой вены и печеночных вен Б. Выявить пролапс митрального клапана В. Увидеть аномально расположенные хорды Г. Верно все
8.	Наличие регургитации на клапанах сердца определяется в: А. М-режиме Б. В-режиме В. Д-режиме Г. Верно все
9.	Для определения степени аортального стеноза методом доплер ЭхоКГ рассчитывается: А. Трансмитральный градиент Б. Градиент давления между левым желудочком и аортой В. Градиент давления между правым желудочком и легочной артерией Г. Верно все

10.	<p>Какой эхографический признак не является проявлением синдрома соединительнотканной дисплазии?</p> <p>А. Проплапс митрального клапана Б. Проплапс трехстворчатого клапана В. Аневризма межпредсердной перегородки Г. Гипертрофия межжелудочковой перегородки</p>
11.	<p>Раннесистолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана является признаком:</p> <p>А. Субаортального стеноза Б. Надклапанного аортального стеноза В. Коарктации аорты Г. Все неверно</p>
12.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Перечислите основные эхографические признаки тетрады Фалло:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дефект межжелудочковой перегородки; 2. Декстрапозиция аорты 3. Стеноз выводного отдела правого желудочка 4. Гипертрофия миокарда правого желудочка
13.	<p>Укажите основной эхографический диагностический критерий для дифференцировки тромбоза протеза и парапротезной фистулы:</p> <p>А. Повышение транспротезного градиента Б. Снижение эффективной площади протеза В. Снижение амплитуды открытия запирающего элемента протеза Г. Верно все</p>
14.	<p>Полезная площадь митрального отверстия определяется:</p> <p>А. Планиметрически и по времени полуспада градиента давления на митральном клапане Б. Планиметрически и по скорости трансмитрального кровотока В. По соотношению пиков Е и А трансмитрального потока Г. Нет верного варианта</p>
15.	<p>Что такое синдром Лютембаше?</p> <p>А. Сочетание трикуспидального стеноза и дефекта межпредсердной перегородки Б. Сочетание митрального стеноза и дефекта межпредсердной перегородки В. Сочетание дефекта межпредсердной перегородки и дефекта межжелудочковой перегородки Г. Гипоплазия правого желудочка</p>
16.	<p>При исследовании какого кровотока оценивается диастолическая функция левого желудочка?</p> <p>А. При исследовании трансмитрального кровотока Б. При исследовании аортального кровотока В. При исследовании транстрикуспидального кровотока Г. Верно все</p>
17.	<p>Какой из врожденных пороков сердца чаще всего может быть гемодинамически незначимым и не требовать хирургического лечения?</p> <p>А. Дефект межжелудочковой перегородки по типу Толочинова-Роже Б. Значимый стеноз легочной артерии В. Тетрада Фалло Г. Аномальный дренаж легочных вен</p>

18.	<p>Выберите не существующий тип диастолической дисфункции левого желудочка?</p> <p>А. Нарушение релаксации Б. Реверсивный В. Рестриктивный Г. Псевдонормальный</p>
19.	<p>Эффект спонтанного эхоконтрастирования появляется в результате:</p> <p>А. Значительного снижения сократительной способности левого желудочка Б. Изменения реологических свойств крови В. Мерцания/трепетания предсердий Г. Верно все</p>
20.	<p>Межжелудочковая перегородка видна на всем протяжении:</p> <p>А. в коротком левом парастернальном срезе Б. в длинном левом парастернальном срезе В. в срезе "4-х камерное сердце" Г. Во всех перечисленных срезах</p>
21.	<p>Левый желудочек виден при эхокардиографии как круглая структура:</p> <p>А. В коротком левом парастернальном срезе Б. В длинном левом парастернальном срезе В. В срезе "4-х камерное сердце" Г. Во всех перечисленных срезах</p>
22.	<p>Основной признак аортальной регургитации в М-режиме</p> <p>А. Передне-систолический сдвиг митральных створок Б. Систолическое дрожание клапана аорты В. Диастолическое дрожание передней створки митрального клапана Г. Задне-систолическое движение митральных створок</p>
23.	<p>Главный признак стеноза митрального клапана в М-режиме</p> <p>А. Однофазное платообразное движение митральных створок Б. Передне-систолический сдвиг митральных створок В. Задне-систолическое движение митральных створок Г. Диастолическое дрожание передней створки митрального клапана</p>
24.	<p>Какой вид доплеровского исследования не используют для расчета скоростных характеристик потоков крови:</p> <p>А. Непрерывно-волновой доплер Б. Импульсный доплер В. Цветное доплеровское картирование Г. Энергетический доплер</p>
25.	<p>Для трикуспидального стеноза характерно:</p> <p>А. Провисание створок трикуспидального клапана в систолу Б. Платообразное однофазное движение створок трикуспидального клапана при расширенном правом предсердии В. Увеличение трансмитрального градиента давления Г. Верно все</p>
26.	<p>Второй пик в М-режиме створок митрального клапана обусловлен</p> <p>А. Периодом быстрого наполнения Б. Периодом медленного наполнения В. Систолой левого желудочка Г. Систолой левого предсердия</p>
27.	<p>Структурные изменения сердца, обычно выявляющиеся у пожилых людей при эхокардиографии, это:</p> <p>А. Кальцинаты на клапанах Б. Пропалс митрального клапана В. Аномально расположенные хорды</p>

	Г. Верно все
28.	<p>Признаки констриктивного перикардита</p> <p>А. Сепарация листков перикарда</p> <p>Б. Утолщение листков перикарда и парадоксальное движение межжелудочковой перегородки и коллабирование нижней полой вены менее, чем на 50%</p> <p>В. Симптом “плавающего” сердца</p> <p>Г. Верны все признаки</p>
29.	<p>Коарктация аорты лучше всего визуализируется из:</p> <p>А. Левого парастернового доступа</p> <p>Б. Верхушечного доступа</p> <p>В. Супрастернового доступа</p> <p>Г. Субкостального доступа</p>
30.	<p>Визуализировать устье коронарных артерий возможно при исследовании их в левой парастерновой позиции:</p> <p>А. По короткой оси на уровне сосочковых мышц</p> <p>Б. По короткой оси на уровне основания аорты</p> <p>В. По длинной оси в парастерновой проекции</p> <p>Г. По короткой оси на уровне верхушки сердца</p>
31.	<p>Межпредсердная перегородка не визуализируется из:</p> <p>А. Левого парастернового доступа по короткой оси</p> <p>Б. Верхушечного доступа</p> <p>В. Субксифоидного доступа</p> <p>Г. Супрастернового доступа</p>
32.	<p>Структура сердца, являющаяся самой плотной (соответствует крайнему белому спектру серой шкалы):</p> <p>А. Миокард</p> <p>Б. Эндокард</p> <p>В. Перикард</p> <p>Г. Сосочковые мышцы</p>
33.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Для двойного отхождения магистральных артерий от правого желудочка характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> обе магистральные артерии отходят полностью или большей частью от правого желудочка наличие дефекта межжелудочковой перегородки отсутствие митрально-полулунного контакта обязательно транспозиционное расположение магистральных артерий
34.	<p>Лучше всего исследовать аневризму верхушки левого желудочка из:</p> <p>А. Левого парастернового доступа по длинной оси</p> <p>Б. Верхушечного доступа</p> <p>В. Субксифоидного доступа</p> <p>Г. Супрастернового доступа</p>
35.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Атрезия трикуспидального клапана диагностируется при обнаружении указанных признаков:</p> <ol style="list-style-type: none"> отсутствие предсердно-желудочковой связи между правым предсердием и правым желудочком дефект межпредсердной перегородки гипоплазия правого желудочка дефект межжелудочковой перегородки
36.	<p>В норме у взрослых диаметр аорты на уровне корня аорты составляет:</p> <p>А. не >4.0 см</p>

	<p>Б. не >5.0 см В. не >6.0 см Г. не >8.0 см</p>
37.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все В норме между эпикардом и перикардом в диастолу: 1. Сепарация = 1 см 2. Нет сепарации 3. Сепарация = 2 см 4. Не более 3 мм</p>
38.	<p>Дуга аорты исследуется из: А. Левого парастерального доступа Б. Верхушечного доступа В. Супрастерального доступа Г. Субксифоидного доступа</p>
39.	<p>Что не является признаком синдрома Лютембаше? А. Митральный стеноз Б. Митральная недостаточность В. Дефект межпредсердной перегородки Г. Верно все</p>
40.	<p>В каком срезе визуализируются все 3 полулуния аорты? А. В левом парастеральном срезе по длинной оси Б. В левом парастеральном срезе по короткой оси В. В верхушечном Г. В любом срезе из перечисленных</p>
41.	<p>В каком доступе лучше всего визуализируется стеноз легочного ствола А. Верхушечная позиция Б. Супрастеральная позиция В. Левая парастеральная позиция, короткая ось на уровне корня аорты Г. В любом доступе из перечисленных</p>
42.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Какие доступы используют для выявления дефекта межжелудочковой и межпредсердной перегородок методом доплер-ЭхоКГ: 1. Левый парастеральный 2. Верхушечный 3. Субксифоидный 4. Супрастеральный</p>
43.	<p>Для точного расчета скоростных характеристик методом доплер-ЭхоКГ следует соблюдать условие: А. Поток крови должен быть перпендикулярен ультразвуковому лучу Б. Параллелизм потока крови ультразвуковому лучу В. Угол составляет 10-30° Г. Не имеет значения</p>
44.	<p>Наиболее точный способ определения объемов левого желудочка: А. Формула Тейхольца Б. Формула Гибсона В. Метод Симпсона Г. Все неверно</p>
45.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Главный признак стеноза левого атриовентрикулярного отверстия в М-режиме:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Задне-систолическое движение митральных створок 2. Передне-систолический сдвиг митральных створок 3. М-образное противофазное движение створок митрального клапана 4. Однофазное платообразное движение митральных створок
46.	<p>Выраженность фиброзного поражения митрального клапана оценивается по:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Подвижности створок Б. Гипертрофии стенок левого желудочка В. Дилатации полости левого желудочка Г. Верно все
47.	<p>Сердечная недостаточность с нормальной фракцией выброса может быть при всех из перечисленных болезнях кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Амилоидоз сердца Б. Гипертрофическая кардиомиопатия В. Дилатационная кардиомиопатия Г. Ревматический митральный порок сердца
48.	<p>Коарктация дуги аорты лучше всего визуализируется из:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Левого парастерального доступа Б. Верхушечного парастерального доступа В. Супрастерального доступа Г. Субксифоидного доступа
49.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Классические УЗ-признаки тетрады Фалло:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подаортальный дефект межжелудочковой перегородки и декстропозиция аорты 2. Стеноз выходного тракта правого желудочка и, возможно, клапана легочной артерии 3. Гипертрофия правого желудочка 4. Дефект межпредсердной перегородки и гипертензия малого круга кровообращения
50.	<p>Основной эхокардиографический признак миксомы левого предсердия:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Опухоль на ножке пролабирует в левый желудочек через митральный клапан Б. Неподвижное образование на стенке левого предсердия В. Платообразное однофазное движение митральных створок Г. Опухоль левого предсердия, прорастающая в перикард
51.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какой вид нарушения сократимости не возникает в зоне аневризмы стенки левого желудочка?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дискинезия истонченной и гиперэхогенной стенки левого желудочка 2. Нормокинезия стенки левого желудочка 3. Акинезия истонченной и гиперэхогенной стенки левого желудочка 4. Гипокинезия стенки левого желудочка
52.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие УЗ-признаки можно отнести к основным признакам дилатационной кардиомиопатии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дилатация всех камер сердца 2. Гипертрофия стенок левого желудочка 3. Диффузное снижение сократительной способности всех камер сердца 4. Локальное нарушение сократимости левого желудочка
53.	<p>Признаки синдрома Дресслера?</p>

	<p>А. Дилатация камер сердца Б. Жидкость в полости перикарда и плевральных полостях В. Легочная гипертензия Г. Спайки в полости перикарда</p>
54.	<p>Стресс-эхокардиография – это А. Инвазивное электрофизиологическое исследование сердца Б. Вид дозированного нагрузочного исследования В. Интраоперационная эхокардиография Г. Стандартное трансторакальное УЗИ сердца</p>
55.	<p>Стресс-эхокардиографическое исследование проводится А. Врачом ультразвуковой диагностики Б. Кардиологом В. Терапевтом Г. Кардиохирургом</p>
56.	<p>Стресс-эхокардиография –это комбинация: А. Эхокардиографии и ЭКГ в ходе дозированной физической или медикаментозной нагрузки Б. Эхокардиографии и абдоминального УЗИ В. Эхокардиографии и ЭКГ в покое Г. Все неверно</p>
57.	<p>Пределы нормальных значений диаметра нисходящей аорты взрослого человека А. 1.0-1.7 см Б. 1.7-2.8 см В. 3.0-3.8 см Г. более 4.0 см</p>
58.	<p>Какой из перечисленных признаков не встречается при атрезии легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки: А. отсутствие прямого кровотока в легочной артерии Б. наличие альтернативного источника легочного кровотока – открытый артериальный проток или аорто-легочные коллатерали В. наличие легочной регургитации Г. аорта верхом сидит над межжелудочковой перегородкой</p>
59.	<p>Дисфункция клапанных протезов не связана с: А. Парапротезной регургитацией Б. Разрастанием соединительной ткани (паннусом) В. Тромбозом Г. Наличие жидкости в перикарде</p>
60.	<p>Что такое «жизнеспособный» миокард? А. Миокард, который не подвергался ишемии Б. Миокард, который не подвергался некрозу В. Миокард, который подвергался глубокой кратковременной ишемии или находится в состоянии длительной хронической ишемии и продолжает нормально сокращаться Г. Миокард, который подвергался глубокой кратковременной ишемии или находится в состоянии длительной хронической ишемии, причем в настоящий момент кровоснабжается так, что остается живым, но не может нормально сокращаться</p>
61.	<p>С помощью какого нагрузочного исследования можно выявить «жизнеспособный» миокард? А. Стресс- эхокардиографии на малых дозах добутамина Б. Стресс- эхокардиографии на больших дозах добутамина В. Достаточно обычной велоэргометрической пробы без эхокардиографии Г. Достаточно тредмил-теста</p>

62.	<p>Какой показатель не определяют при оценке диастолической функции:</p> <p>А. АТ – время ускорения потока раннего наполнения Б. DT – время замедления потока раннего наполнения В. IVRT – время изоволюметрического расслабления левого желудочка Г. V_E/V_A – отношение максимальных скоростей потока</p>
63.	<p>Веgetации клапанов сердца можно выявить при:</p> <p>А. Ишемической болезни сердца Б. Эндокардите В. Синдроме Марфана Г. ИБС</p>
64.	<p>Какова тактика у пациентов при значительном затруднении эхолокации из основных и дополнительных ультразвуковых «окон», что не позволяет произвести расчеты важных параметров и с уверенностью высказаться о какой-либо конкретной патологии сердца?</p> <p>А. Направление на рентгеновское исследование органов грудной клетки. Б. Направление на чреспищеводную эхокардиографию. В. Необходима тесная интердисциплинарная диагностическая кооперация (холтеровское мониторирование ЭКГ, ЧпЭхоКГ, КТ, МСКТ, оценка внешнего дыхания). Г. Верно все</p>
65.	<p>Какие функции миокарда можно оценить с помощью эхокардиографии:</p> <p>А. Автоматизм Б. Возбудимость В. Проводимость Г. Сократимость</p>
66.	<p>Для нормального давления в правом предсердии характерны следующие показатели дыхательной экскурсии НПВ:</p> <p>А. Изменение диаметра просвета НПВ более чем на 50% Б. Изменение диаметра просвета НПВ менее чем на 50% В. Изменение диаметра просвета НПВ менее чем на 25% Г. Отсутствие дыхательной экскурсии</p>
67.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Левый парастернальный доступ по длинной оси с большой глубиной сканирования используется для оценки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличия перикардального выпота 2. Размеров полости левого желудочка 3. Наличия плеврального выпота 4. Размеров диаметра восходящей аорты
68.	<p>Наиболее оптимальный доступ для диагностики сердечной тампонады:</p> <p>А. Левый парастернальный Б. Супрастернальный В. Субкостальный Г. Правый парастернальный</p>
69.	<p>Какой из пороков сердца наиболее часто сочетается с коарктацией аорты:</p> <p>А. Двустворчатый клапан аорты Б. ДМЖП. В. Артериальный проток Г. ДМПП</p>
70.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Наиболее информативные методики определения нарушений диастолической функции сердца:</p>

	<p>1. Постоянно-волновая доплерография 2. Импульсно-волновая доплерография 3. Тканевая доплерография 4. Режим ЦДК</p>
71.	<p>Какой из перечисленных признаков не свидетельствует о нарушении систолической функции сердца: А. Увеличение конечно-систолического размера полости Б. Снижение ФУ В. Снижение ФВ Г. Увеличение ФВ</p>
72.	<p>Какие отделы сердца не используются для оценки диастолической функции сердца: А. Атриовентрикулярные клапаны и прилежащий к ним миокард Б. Легочные вены В. Полые вены Г. Клапан аорты</p>
73.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все Диагноз общего артериального ствола на эхокардиографии ставится при наличии следующей картины: 1. от основания сердца отходит единственная магистральная артерия, имеющая единственное фиброзное кольцо 2. всегда имеется дефект межжелудочковой перегородки 3. отхождение легочных артерий от восходящей части аорты 4. отсутствует дефект межжелудочковой перегородки</p>
74.	<p>Какая частота датчика не применяется для обследовании сердца новорожденного ребенка: А. 2-4 МГц Б. 5-7 МГц В. 8-10 МГц Г. Все вышеперечисленные</p>
75.	<p>Какой вид доплеровского исследования предпочтительно использовать для расчета высокоскоростных характеристик потоков крови в эхокардиографии: А. Непрерывно-волновой доплер Б. Импульсный доплер В. Цветное доплеровское картирование Г. Энергетическое картирование</p>
76.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все При острой тромбоэмболии легочной артерии какие изменения можно выявить при эхокардиографическом исследовании? 1. Расширение правых отделов сердца 2. Парадоксальное движение МЖП 3. Недостаточность трикуспидального клапана с признаками выраженной легочной гипертензии 4. Резкое снижение кинетики свободной стенки правого желудочка и расширение ствола легочной артерии.</p>
77.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Какие эхокардиографические признаки характерны для тампонады сердца? 1. Выявление свободной жидкости по периметру сердца с маятникообразным движением сердца 2. Диастолическая компрессия правого желудочка</p>

	<p>3. Сдавление правого предсердия</p> <p>4. Расширение нижней полой вены с уменьшением амплитуды колебаний ее диаметра при дыхательных движениях.</p>
78.	<p>Чреспищеводная эхокардиография имеет преимущества в сравнении с трансторакальной эхокардиографией при визуализации:</p> <p>А. Старых организованных вегетаций</p> <p>Б. «Свежих» низкоэхогенных вегетаций</p> <p>В. Не имеет преимуществ</p> <p>Г. Все неверно</p>
79.	<p>Почему ультразвуковое исследование сердца доступом через пищевод имеет более высокую разрешающую способность, чем трансторакальное исследование?</p> <p>А. Пищевод и сердце непосредственно прилегают друг к другу.</p> <p>Б. Между пищеводом и сердцем много промежуточных структур.</p> <p>В. Проводится натошак</p> <p>Г. Все неверно</p>
80.	<p>Чреспищеводное эхокардиографическое исследование выполняется</p> <p>А. Сразу после еды</p> <p>Б. Натошак</p> <p>В. Через 2 часа после приема пищи</p> <p>Г. После приема 500 мл воды</p>
81.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Показаниями к проведению чреспищеводной эхокардиографии являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подозрение на инфекционный эндокардит 2. Планируемая кардиоверсия 3. Тромбоэмболический синдром 4. Подозрение на тромбоэмболию легочной артерии
82.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Противопоказаниями к проведению чреспищеводной эхокардиографии являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стриктуры пищевода 2. Сахарный диабет 3. Синдром Меллори-Вейса 4. Искусственная вентиляция легких
83	<p>Прямой признак гипертрофической кардиомиопатии, определяемый в В- и М-режимах:</p> <p>А. Утолщение стенки левого желудочка ≥ 15 мм одного или более сегмента миокарда в конечно-диастолическую фазу</p> <p>Б. Утолщение стенки левого желудочка ≥ 18 мм одного или более сегмента миокарда в конечно-диастолическую фазу</p> <p>В. Утолщение стенки левого желудочка ≥ 15 мм одного или более сегмента миокарда в конечно-систолическую фазу</p> <p>Г. Утолщение стенки левого желудочка ≥ 18 мм одного или более сегмента миокарда в конечно-систолическую фазу</p>
84.	<p>Какой признак не характерен для гипертрофической кардиомиопатии:</p> <p>А. дилатация левого предсердия</p> <p>Б. переднее движение передней створки митрального клапана</p> <p>В. гипокинезия межжелудочковой перегородки</p> <p>Г. истончение одной из стенок левого желудочка</p>
85.	<p>Наиболее информативным признаком рестриктивной кардиомиопатии является:</p>

	<p>А. дилатация левого желудочка Б. нарушение диастолической функции В. нарушение систолической функции Г. утолщение перикарда</p>
86.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Основными признаками аритмогенной дисплазии правого желудочка являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. локальные аневризмы правого желудочка и истончение стенки правого желудочка 2. расширение правого желудочка при соотношении диаметров правого и левого желудочков $> 0,3$ 3. расширение правого желудочка при соотношении диаметров правого и левого желудочков $> 0,5$ 4. наличие модераторного пучка
87.	<p>Какой признак эндокардита выявляют при доплеровском исследовании:</p> <p>А. вегетации на створках клапанов Б. клапанная деструкция В. клапанная регургитация Г. ограничение подвижности створок</p>
88.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Признаками определенного ревматического порока являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дилатация полостей сердца 2. патологическая митральная регургитация 3. мелковолновое дрожание створок 4. сращение створок по комиссурам
89.	<p>Какой признак не входит в число критериев патологической митральной регургитации:</p> <p>А. скорость струи ≥ 3 м/с в одном полном цикле Б. как минимум в одной проекции длина струи ≥ 2 см В. пансистолическая струя как минимум в одном цикле Г. глубина проникновения потока регургитации в левое предсердие не более 20 мм</p>
90.	<p>Верхняя граница нормального градиента давления на митральном клапане:</p> <p>А. 5 мм рт.ст. Б. 10 мм рт.ст. В. 15 мм рт.ст. Г. 20 мм рт.ст.</p>
91.	<p>Для тяжелого аортального стеноза у взрослого с нормальной фракцией выброса характерно:</p> <p>А. средний трансортальный градиент давления >20 мм рт.ст. и площадь аортального отверстия $\leq 2,0$ см² Б. средний трансортальный градиент давления >30 мм рт.ст. и площадь аортального отверстия $\leq 1,5$ см² В. средний трансортальный градиент давления >40 мм рт.ст. и площадь аортального отверстия ≤ 1 см² Г. средний трансортальный градиент давления >35 мм рт.ст. и площадь аортального отверстия $\leq 1,3$ см²</p>
92.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все При оценке тяжести аортальной регургитации следует определять:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ширину vena contracta

	<p>2. Время полуспада градиента давления</p> <p>3. Ширину струи регургитации в режиме цветового доплера</p> <p>4. Эффективную площадь отверстия регургитации</p>
93.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Смещение точки коаптации створок при пролапсе митрального клапана определяют:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в левом парастернальном срезе по короткой оси 2. в левом парастернальном срезе по длинной оси 3. по короткой оси на уровне митрального клапана 4. в срезе "4-х камерное сердце"
94.	<p>Для пролапса митрального клапана характерно:</p> <p>А. митральная регургитация в начале систолы с высокоскоростным, эксцентрично направленным потоком</p> <p>Б. голосистолическая митральная регургитация с центрально направленным потоком</p> <p>В. митральная регургитация в конце систолы с высокоскоростным, эксцентрично направленным потоком</p> <p>Г. турбулентный трансмитральный диастолический поток</p>
95.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Для диагностики легочной гипертензии следует определять:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Систолическое давление в легочной артерии 2. Градиент давления на трикуспидальном клапане 3. Скорость потока трикуспидальной регургитации 4. Пиковый систолический градиент на клапане легочной артерии
96.	<p>Псевдонормальный трансмитральный кровоток диагностируют при показателях:</p> <p>А. $V_e/V_a < 1,0$ $DT > 240$ мс $IVRT < 70$ мс</p> <p>Б. $V_e/V_a 0,8-1,5$, $DT 160-200$ мс, $IVRT < 90$ мс</p> <p>В. $V_e/V_a > 1,5$ $DT < 160$ мс $IVRT < 70$ мс</p> <p>Г. Показатели все неверны</p>
97.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Необходимая подготовка к чреспищеводной эхокардиографии включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. выполнение эзофагогастроуденоскопии 2. информирование пациента о цели и характере предстоящей процедуры накануне исследования 3. пациент не должен принимать пищу в течение 4–6 часов перед исследованием 4. поверхностная анестезия ротоглотки
98.	<p>Эффективная площадь отверстия регургитации (ERO), равная $0,5 \text{ см}^2$ указывает на:</p> <p>А. легкую митральную регургитацию</p> <p>Б. умеренную митральную регургитацию</p> <p>В. тяжелую митральную регургитацию</p> <p>Г. тяжесть регургитации не оценивают по этому показателю</p>
99.	<p>Какова наиболее вероятная причина аортального стеноза у 30-летнего мужчины:</p> <p>А. Дегенеративный кальциноз</p> <p>Б. Бикуспидальный аортальный клапан</p> <p>В. Узелковый периартериит</p> <p>Г. Инфекционный эндокардит</p>

100.	<p>Как по времени соотносятся пик Е трансмитрального потока и миокардиальный пик е' кольца митрального клапана:</p> <p>А. е' раньше Е</p> <p>Б. е' позже Е</p> <p>В. одновременно</p> <p>Г. не связаны друг с другом по времени</p>
101.	<p>Какое значение септальной скорости митрального кольца е' исключает диастолическую дисфункцию:</p> <p>А. ≥ 8</p> <p>Б. ≤ 8</p> <p>В. показатель не используют для оценки диастолической функции</p> <p>Г. Все неверно</p>
102.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Чем отличается ЭХО-КГ доступ от сечения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. количество сечений превышает количество доступов 2. количество доступов превышает количество сечений 3. сечения возможны в длинной и короткой осях объекта исследования 4. доступы возможны в длинной и короткой осях объекта исследования
103.	<p>Оптимальным сечением и доступом для доплеровского исследования кровотока в выносящем тракте ЛЖ является:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) парастернальный доступ по длинной оси ЛЖ б) парастернальный доступ по короткой оси на уровне корня аорты в) четырехкамерное из верхушечного доступа г) пятикамерное из верхушечного доступа
104.	<p>Абсолютный признак недостаточности клапана легочной артерии:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) эксцентрическая гипертрофия ПЖ б) эксцентрическая гипертрофия ЛЖ в) регистрация потока под створками клапана ЛА в диастолу при цветовом картировании кровотоков г) регистрация потока над створками клапана ЛА в систолу при цветовом картировании кровотоков
105.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Допплер ЭХО-КГ признаки легочной гипертензии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пиковый систолический градиент ПЖ – правое предсердие по регургитации на ТК (при отсутствии стеноза ЛА) > 50 мм рт. ст. 2. пиковый диастолический градиент легочная артерия – ПЖ по регургитации на ЛК > 20 мм рт. ст. 3. пиковый систолический градиент ЛЖ – ПЖ у пациента с ДМЖП (при отсутствии стеноза ЛА) < 50 мм рт. ст. 4. пиковый систолический градиент ПЖ – легочная артерия > 100 мм.рт. ст.
106.	<p>При единственном желудочке сердца на эхокардиографии выявляются все признаки кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) отсутствует межжелудочковая перегородка б) оба предсердия или общее предсердие соединены с одним желудочком сердца в) дискордантные предсердно-желудочковые связи г) бульбовентрикулярное отверстие соединяет единственный желудочек сердца с выпускником от которого могут отходить магистральные артерии
107.	<p>Визуализировать устья коронарных артерий возможно при исследовании из левого парастернального доступа:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) по короткой оси на уровне папиллярных мышц б) по короткой оси на уровне створок аортального клапана

	<p>в) по короткой оси на уровне синусов Вальсальвы</p> <p>г) по длинной оси аорты и ЛЖ</p>
108.	<p>Для выявления митральной регургитации в импульсном доплеровском режиме опрашиваемый объём помещается:</p> <p>а) под митральным клапаном в ЛЖ</p> <p>б) над митральным клапаном в ЛП</p> <p>в) в правом предсердии</p> <p>г) в восходящей аорте</p>
109.	<p>Диастолический турбулентный кровоток под створками трикуспидального клапана во всех доплеровских режимах возникает при:</p> <p>а) недостаточности легочной артерии</p> <p>б) недостаточности трикуспидального клапана</p> <p>в) стенозе трикуспидального клапана</p> <p>г) легочной гипертензии</p>
110.	<p>Степень аортального стеноза по Допплер ЭХО-КГ определяется:</p> <p>а) систолическим градиентом между ЛЖ и аортой</p> <p>б) систолическим градиентом между ЛЖ и ПЖ</p> <p>в) систолическим градиентом между ЛЖ и ЛП</p> <p>г) диастолическим градиентом между аортой и ЛЖ</p>
111.	<p>Укажите диаметр восходящей аорты при аневризме у взрослого:</p> <p>а) > 3 см</p> <p>б) > 4 см</p> <p>в) > 5 см</p> <p>г) < 2 см</p>
112.	<p>При каком заболевании выявляются вегетации на створках клапанов:</p> <p>а) миксоме</p> <p>б) миксоматозной дегенерации створок клапана</p> <p>в) сепсисе</p> <p>г) амилоидозе</p>
113.	<p>Сепарация листков перикарда при скоплении в нем жидкости измеряется:</p> <p>а) в систолу</p> <p>б) в диастолу</p> <p>в) на вдохе</p> <p>г) при натуживании</p>
114.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Допплеровское исследование трансмитрального кровотока при митральном стенозе выявляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. значительное возрастание скорости потока в диастолу 2. значительное уменьшение скорости потока в диастолу 3. спектральное расширение (турбулентность) потока в диастолу 4. уменьшение скорости потока в фазу ранней диастолы и увеличение в систолу левого предсердия
115.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Характерные признаки обструктивной гипертрофической кардиомиопатии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. симметричная концентрическая гипертрофия ЛЖ 2. асимметричная концентрическая гипертрофия ЛЖ 3. увеличение КДР ЛЖ 4. передне-систолическое движение передней створки митрального клапана
116.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p>

	<p>При большом, гемодинамически значимом перимембранозном ДМЖП без высокой легочной гипертензии на ЭХОКГ обнаруживают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. перерыв эхо-сигнала вблизи аорты или под ней при исследовании из парастерального доступа по длинной оси и короткой оси на уровне аорты 2. эксцентрическая гипертрофия ЛЖ 3. систолический градиент давления между ЛЖ и ПЖ 4. эксцентрическая гипертрофия ПЖ
117.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Косвенными признаками крупного открытого артериального протока со значимым объемом сброса крови являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эксцентрическая гипертрофия ЛЖ 2. расширение ЛП 3. расширение легочного ствола 4. расширение восходящей аорты
118.	<p>Мелкоамплитудное, высокочастотное диастолическое дрожание передней створки митрального клапана - это результат:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) митрального стеноза б) обструкции выносящего тракта ЛЖ в) легочной гипертензии г) аортальной недостаточности
119.	<p>К какой геометрической фигуре необходимо аппроксимировать ЛЖ для измерения его объёмов (при исследовании в М режиме):</p> <ol style="list-style-type: none"> а) овоиду б) эллипсоиду в) параболоиду г) шару
120.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Дилатационная кардиомиопатия характеризуется следующими признаками:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диффузным снижением амплитуды движения миокарда 2. эксцентрической гипертрофией миокарда желудочков 3. недостаточностью митрального и трикуспидального клапанов 4. локальными гиперкинезами миокарда
121.	<p>Сечение, в котором может быть планиметрически измерена площадь митрального отверстия:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) парастеральный доступ по длинной оси ЛЖ б) парастеральный доступ по короткой оси на уровне створок митрального клапана в) четырехкамерное сечение из верхушечного доступа г) пятикамерное сечение из верхушечного доступа
122.	<p>Какое заключение по данным доплер-ЭхоКГ является верным, если из парастерального доступа по короткой оси на уровне папиллярных мышц в центральной части МЖП выявлен систолический поток к датчику со скоростью 450 см/сек:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) митральный стеноз б) аортальный стеноз в) мышечный ДМЖП г) недостаточность трикуспидального клапана
123.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Какие измеренные и вычисленные параметры используются для оценки степени тяжести стеноза аортального клапана:</p>

	<p>1. амплитуда движения (ограничение подвижности) створок аортального клапана</p> <p>2. масса миокарда ЛЖ</p> <p>3. систолический пиковый и средний градиенты давления между ЛЖ и аортой</p> <p>4. площадь эффективного отверстия аортального клапана</p>
124.	<p>Признаки пролабирования митрального клапана:</p> <p>а) утолщение створок митрального клапана и ограничение их подвижности</p> <p>б) передне-систолическое движение створок и хорд митрального клапана</p> <p>в) систолический прогиб одной или обеих створок митрального клапана в сторону левого предсердия выше фиброзного кольца на 3 мм и более</p> <p>г) высокочастотное диастолическое дрожание передней створки митрального клапана</p>
125.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Признаками расслаивающей аневризмы аорты являются:</p> <p>1. наличие жидкости в полости перикарда</p> <p>2. двойной контур (просвет) аортальной стенки</p> <p>3. диаметр восходящей аорты > 5 см</p> <p>4. аортальная недостаточность</p>
126.	<p>Как определяется фракция регургитации при митральной недостаточности:</p> <p>а) по соотношению ударного объема ЛЖ к КДО ЛЖ</p> <p>б) по соотношению КСО ЛЖ к разности КСО ЛЖ и КДО ЛЖ</p> <p>в) по соотношению разности объема крови притекшего в ЛЖ в диастолу через митральный клапан и ударного объема ЛЖ в аорту к объему крови притекшей в ЛЖ в диастолу через митральный клапан</p> <p>г) по соотношению разности объема крови притекшего в ПЖ в диастолу через трикуспидальный клапан и ударного объема ЛЖ в аорту к объему крови притекшей в ПЖ в диастолу через трикуспидальный клапан</p>
127.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>При каких пороках важно знать соотношение Q_p/Q_s:</p> <p>1. ДМПП</p> <p>2. ОАП</p> <p>3. ДМЖП</p> <p>4. аортальной недостаточности</p>
128.	<p>Что является ложной аневризмой ЛЖ:</p> <p>а) состояние при котором стенка ЛЖ движется от центра желудочка в диастолу</p> <p>б) состояние при котором стенка ЛЖ движется от центра желудочка в систолу</p> <p>в) состояние при котором стенкой ЛЖ является перикард</p> <p>г) состояние при котором в области верхушки ЛЖ лоцируется тромб</p>
129.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Какой УЗ-признак не относится к основным признакам дилатационной кардиомиопатии:</p> <p>1. дилатация камер сердца</p> <p>2. асимметричная гипертрофия стенок левого желудочка</p> <p>3. диффузное снижение сократительной способности миокарда</p> <p>4. локальное нарушение сократимости левого желудочка</p>
130.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p>

	<p>Признаки тяжелого изолированного аортального стеноза с нормальной фракции выброса левого желудочка, при котором показано оперативное лечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. площадь открытия аортального клапана менее 0,8-1,0 см² 2. толщина МЖП более 12 мм 3. средне-систолический градиент давления на АК более 40 мм.рт.ст. 4. пиковый систолический градиент давления 40 мм.рт.ст.
131.	<p>Наиболее частая причина выраженной недостаточности трикуспидального клапана:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) острый инфаркт миокарда б) легочная гипертензия в) узелковый периартериит г) аномалия Эбштейна
132.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Признаки аномалии Эбштейна:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. смещение вниз от фиброзного кольца к верхушке правого желудочка септальной и/или задней створки трикуспидального клапана 2. атриализация правого желудочка 3. уменьшение неатриализованной части правого желудочка 4. смещение вниз от фиброзного кольца к верхушке правого желудочка передней створки трикуспидального клапана
133.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Оперативное лечение митрального стеноза показано при выявлении:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. площадь открытия клапана 4 см² 2. площадь открытия клапана менее 1,5 см² 3. признаки кальциноза фиброзного кольца митрального клапана 4. средне-диастолический градиент давления на клапане более 8 мм.рт.ст.
134.	<p>Оперативное лечение большого изолированного дефекта межжелудочковой перегородки не показано:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) при наличии синдрома Эйзенменгера б) при отсутствии синдрома Эйзенменгера в) в обоих случаях такое лечение нецелесообразно г) до возникновения синдрома Эйзенменгера
135.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Эхокардиографические признаки изолированного вторичного дефекта межпредсердной перегородки с выраженным сбросом крови слева направо:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. перерыв эхо-сигнала от межпредсердной перегородки в В-режиме 2. признаки объемно-диастолической перегрузки правых отделов сердца – увеличение правого предсердия и правого желудочка 3. увеличение соотношении легочного и системного кровотоков (Qp/Qs) более 2,5-3 4. уменьшение размера и объема левого предсердия и левого желудочка
136.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Характерными признаками синдрома Лютембаше при ультразвуковом исследовании сердца являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дефект межпредсердной перегородки 2. увеличение размера и объема левого предсердия 3. признаки стеноза митрального клапана 4. дефект межжелудочковой перегородки

137.	<p>Какой из перечисленных признаков частичного аномального дренажа легочных вен с выраженным лево-правым сбросом крови не является обязательным для данного порока:</p> <p>а) расширение структуры сердца (верхней полой вены, нижней полой вены, правого предсердия, коронарного синуса), в которую аномально впадают легочные вены</p> <p>б) объемно-диастолическая перегрузка правых отделов сердца</p> <p>в) дефект межпредсердной перегородки</p> <p>г) увеличение соотношения легочного и системного кровотоков (Qp/Qs)</p>
138.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>При тотальном аномальном дренаже легочных вен на эхокардиографии выявляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гипертрофия правого предсердия и правого желудочка 2. высокая легочная гипертензия 3. коллектор легочных вен 4. дефект межпредсердной перегородки со сбросом крови справа налево
139.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Эхокардиографические признаки коарктации аорты при отсутствии открытого артериального протока и дуктус-зависимого кровотока в нисходящей аорте:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сужение перешейка аорты при исследовании из супрастернального и высокого парастернального доступов 2. гипертрофия левого желудочка 3. высокий градиент давления на перешейке аорты между дугой и нисходящей аортой 4. магистральный кровоток в нисходящей грудной и брюшной аорте
140.	<p>Какой из перечисленных признаков не обнаруживается при коарктации аорты в сочетании с крупным открытым артериальным протоком и наличием дуктус-зависимого кровотока в нисходящей аорте: в</p> <p>а) сужение перешейка аорты при исследовании из супрастернального и высокого парастернального доступов</p> <p>б) гипертрофия левого желудочка</p> <p>в) высокий градиент давления на перешейке аорты между дугой и нисходящей аортой</p> <p>г) магистральный кровоток в нисходящей грудной и брюшной аорте</p>
141.	<p>Как рассчитывается соотношения легочного и системного кровотоков (Qp/Qs) при открытом артериальном протоке:</p> <p>а) по соотношению ударного объема на легочном клапане к ударному объему на аортальном или митральном клапане</p> <p>б) по соотношению ударного объема на легочном или митральном клапане к ударному объему на аортальном клапане</p> <p>в) по соотношению ударного объема на легочном клапане к ударному объему на трикуспидальном клапане</p> <p>г) по соотношению эффективного ударного объема на легочном клапане к ударному объему на аортальном клапане</p>
142.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Какие из перечисленных пунктов являются верными при определении индекса Tei для оценки глобальной систолической и диастолической функции левого желудочка:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. контрольный объем PW-доплера размещают в выносящем тракте левого желудочка 2. частота сердечных сокращений не влияет на время изоволюметрического сокращения и расслабления левого желудочка

	<p>3. индекс Te_i рассчитывается как соотношение суммы времени изоволюметрического сокращения и расслабления левого желудочка к времени изгнания левого желудочка</p> <p>4. чувствительность индекса Te_i не изменяется при наличии клапанных пороков сердца</p>
143.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Укажите характерные признаки открытого атриовентрикулярного канала:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. первичный дефект межпредсердной перегородки 2. оба атриовентрикулярных компонента находятся на одном уровне 3. увеличение правых отделов сердца 4. верхушечный мышечный дефект межжелудочковой перегородки
144.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>При простой транспозиции магистральных артерий на эхокардиографии не выявляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) дискордантные желудочково-артериальные связи б) открытое овальное окно или вторичный дефект межпредсердной перегородки в) перекрестный ход аорты и легочной артерии г) открытый артериальный проток
145.	<p>Ответьте по коду: а - верно 1, 2, 3; б – верно 1, 3; в – верно 2, 4; г – верно только 4; д – верно все</p> <p>Укажите характерные признаки корригированной транспозиции магистральных артерий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дискордантные предсердно-желудочковые и желудочково-артериальные связи 2. часто определяется недостаточность левого (артериального) атриовентрикулярного клапана 3. параллельный ход магистральных артерий (аорты и легочной артерии) 4. всегда выявляется высокая легочная гипертензия

Раздел 09. УЗИ сосудистой системы

1.	<p>Исследование магистральных артерий верхних конечностей проводится в положении пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Лежа на животе Б. Лежа на боку В. Стоя. Г. Лежа на спине
2.	<p>Позвоночная артерия отходит от</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Нижней полуокружности подключичной артерии Б. Верхней полуокружности подключичной артерии В. Брахиоцефального ствола Г. Нет верного ответа
3.	<p>Лодыжечно-плечевой индекс в норме</p> <ol style="list-style-type: none"> А. > 1 Б. < 1 В. ≥ 1 Г. > 2
4.	<p>В норме при исследовании магистральных артерий нижних конечностей на всех уровнях локация лоцируется:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Коллатеральный тип кровотока

	<p>Б. Магистральный измененный тип кровотока</p> <p>В. Магистральный тип кровотока</p> <p>Г. Любой тип кровотока</p>
5.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При измерении лодыжечно-плечевого индекса датчик располагается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выше манжеты; 2. На уровне манжеты 3. Выше и ниже манжеты 4. Ниже манжеты
6.	<p>Поверхностная бедренная артерия является продолжением</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Наружной подвздошной артерии Б. Глубокой артерии бедра В. Общей бедренной артерии Г. Все неверно
7.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Укажите ветви бедренной артерии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поверхностная надчревная артерия; 2. Поверхностная артерия, огибающая подвздошную кость 3. Наружные половые артерии 4. Глубокая артерия бедра
8.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Конечными ветвями подколенной артерии являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нисходящая коленная артерия; 2. Передняя большеберцовая артерия; 3. Глубокая артерия бедра; 4. Задняя большеберцовая артерия.
9.	<p>Непосредственным продолжением наружной подвздошной артерии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Общая бедренная артерия Б. Внутренняя подвздошная артерия В. Глубокая артерия бедра Г. Все неверно
10.	<p>Поверхностная бедренная артерия в нижней трети бедра проходит в:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Дупликатуре фасций Б. Подкожно В. Гунтеровом канале Г. Внутримышечно
11.	<p>Внутренняя сонная артерия участвует в формировании:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Переднего отдела Виллизиева круга Б. Заднего отдела Виллизиева круга В. Всего Виллизиева круга Г. Не участвует в формировании Виллизиева круга

12.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Получаемые количественные показатели кровотока у практически здоровых лиц зависят от:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Показателей системного АД на момент исследования 2. Времени суток 3. Эмоционального фона 4. Фазы менструального цикла у женщин репродуктивного возраста
13.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>К артериям мышечно-эластического типа относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подключичная артерия 2. Общая сонная артерия 3. Внутренняя сонная артерия 4. Позвоночная артерия
14.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При лодыжечно-плечевом индексе = 0,35 дистанция безболевого ходьбы составляет примерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Более 1 км; 2. 1 км 3. 750 метров 4. Менее 200 метров
15.	<p>При лодыжечно-плечевом индексе = 0,85 дистанция безболевого ходьбы составляет примерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Более 1 км; Б. 1 км В. Менее 200 метров Г. 750 метров
16.	<p>При атеросклеротическом поражении магистральных артерий нижних конечностей изменения начинаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Одновременно во всех отделах Б. С дистального отдела В. Со среднего отдела Г. С проксимального отдела;
17.	<p>Стенка интракраниальных сосудов имеет следующие слои:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Адвентиция Б. Медиа В. Интима Г. Верно все
18.	<p>При компрессии общей сонной артерии кровоток по гомолатеральной средней мозговой артерии:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Не меняется Б. Снижается В. Повышается Г. Проба не проводится
19.	<p>Положительной считается реакция кровотока в ответ на проводимые функциональные нагрузочные тесты, если индекс реактивности составляет:</p>

	<p>А. Менее 0,9 Б. 0,9-1,1 В. Более 1,1 Г. Более 2,1</p>
20.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При сужении просвета сосуда более 70% за зоной турбуленции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Линейная и объемная скорости кровотока снижаются 2. Индексы периферического сопротивления снижаются 3. Увеличено значение времени ускорения 4. Сглаживается огибающая доплеровского спектра
21.	<p>В норме величина комплекса «интима-медиа» не превышает :</p> <p>А. 0,3 мм Б. 0,5 мм В. 0,9 мм Г. 1,1 мм</p>
22.	<p>Стандартизованное исследование толщины комплекса «интима-медиа» осуществляется:</p> <p>А. На уровне 1.5 см проксимальнее бифуркации общей сонной артерии по передней (по отношению к положению датчика) стенке сосуда Б. На уровне 1.5 см проксимальнее бифуркации общей сонной артерии по задней стенке сосуда В. На уровне 2,0 см проксимальнее бифуркации общей сонной артерии по задней стенке сосуда Г. На уровне 2.0 см проксимальнее бифуркации общей сонной артерии по передней (по отношению к положению датчика) стенке сосуда</p>
23.	<p>Локальными (относительно продольного сечения сосуда) являются атеросклеротические бляшки протяженностью :</p> <p>А. Менее 0,5 см Б. Менее 1,0 см В. Менее 1,5 см Г. Менее 2,0 см</p>
24.	<p>Поверхностная ладонная дуга образуется преимущественно конечным отделом</p> <p>А. Лучевой артерии Б. Локтевой артерии В. Глубокой артерии плеча Г. Нет верного ответа</p>
25.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Что относится к ветвям подключичной артерии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Щитошейный ствол 2. Позвоночная артерия 3. Внутренняя грудная артерия 4. Реберно-шейный ствол
26.	<p>Глубокая ладонная дуга образуется преимущественно конечным отделом</p> <p>А. Лучевой артерии Б. Локтевой артерии В. Глубокой артерии плеча Г. Нет верного ответа</p>
27.	<p>Условно подключичная артерия подразделяется на</p>

	<p>А. 4 отдела</p> <p>Б. 3 отдела</p> <p>В. 2 отдела</p> <p>Г. не делится</p>
28.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Конечные ветви плечевой артерии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Локтевая артерия 2. Глубокая артерия плеча 3. Лучевая артерия 4. Мышечные ветви
29.	<p>Кровоток в норме по магистральным артериям верхних конечностей:</p> <p>А. Магистральный с высоким периферическим сопротивлением</p> <p>Б. Магистральный с низким периферическим сопротивлением</p> <p>В. Коллатеральный</p> <p>Г. Паренхиматозный</p>
30.	<p>При окклюзии лучевой артерии в плечевой артерии лоцируется:</p> <p>А. Коллатеральный тип кровотока</p> <p>Б. Магистральный измененный тип кровотока</p> <p>В. Любой вариант кровотока в зависимости от степени поражения проксимального русла</p> <p>Г. Кровоток не регистрируется</p>
31.	<p>В плечевой артерии при окклюзии подключичной артерии индекс периферического сопротивления:</p> <p>А. > 1</p> <p>Б. < 1</p> <p>В. ≥ 1</p> <p>Г. >2</p>
32.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При исследовании пациента с аномалией развития сосудов с патологическим артерио-венозным сбросом выявляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие патологического шунта между артерией и веной в виде свища или сосудистой опухоли 2. Патологическое увеличение диаметра приводящего артериального ствола и диаметра отводящей вены проксимальней артерио-венозного шунта 3. Увеличение пиковой систолической скорости и признаки турбулентности потока в зоне шунтирования 4. Снижение пульсаторного и резистивного индексов
33.	<p>Для выявления синдрома сдавления сосудистого пучка при выходе из грудной клетки проводится:</p> <p>А. Сканирование магистральных артерий в покое</p> <p>Б. Нагрузочные тесты</p> <p>В. Различные ротационные пробы</p> <p>Г. Верно все</p>
34.	<p>При окклюзии подключичной артерии в плечевой артерии лоцируется:</p>

	<p>А. Коллатеральный тип кровотока</p> <p>Б. Магистральный измененный тип кровотока</p> <p>В. Магистральный тип кровотока</p> <p>Г. Любой вариант кровотока в зависимости от степени поражения проксимального русла</p>
35.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>У пациентов с невровазкулярным синдромом отмечается снижение скоростных параметров в:</p> <p>А. Подключичной артерии</p> <p>Б. Артериях кисти</p> <p>В. Плечевой артерии</p> <p>Г. Артериях пальцев</p>
36.	<p>Допплерографическая кривая кровотока в поверхностной ладонной дуге содержит в норме:</p> <p>А. Отрицательную диастолическую составляющую</p> <p>Б. Положительную диастолическую составляющую</p> <p>В. Не содержит диастолической составляющей</p> <p>Г. Нет систолической составляющей</p>
37.	<p>Лодыжечно-плечевой индекс при окклюзии наружной подвздошной артерии:</p> <p>А. > 1</p> <p>Б. < 1</p> <p>В. ≥ 1</p> <p>Г. > 2</p>
38.	<p>При окклюзии поверхностной бедренной артерии в подколенной артерии лоцируется (при отсутствии признаков ишемии стопы в покое):</p> <p>А. Коллатеральный тип кровотока</p> <p>Б. Магистральный измененный тип кровотока</p> <p>В. Магистральный тип кровотока</p> <p>Г. Кровоток не определяется</p>
39.	<p>При окклюзии поверхностной бедренной артерии в наружной подвздошной артерии лоцируется:</p> <p>А. Коллатеральный тип кровотока</p> <p>Б. Магистральный измененный тип кровотока</p> <p>В. Любой вариант кровотока в зависимости от степени поражения проксимального русла</p> <p>Г. Все неверно</p>
40.	<p>Брюшной отдел аорты обычно расположен:</p> <p>А. Правее позвоночника</p> <p>Б. Левее позвоночника</p> <p>В. Над позвоночником</p> <p>Г. Все неверно</p>
41.	<p>Перечислите порядок отхождения основных висцеральных ветвей брюшной аорты:</p> <p>А. Чревный ствол, верхняя брыжеечная артерия, левая почечная артерия, правая почечная артерия, нижняя брыжеечная артерия</p> <p>Б. Верхняя брыжеечная артерия, чревный ствол, нижняя брыжеечная артерия, левая почечная артерия, правая почечная артерия</p> <p>В. Правая почечная артерия, чревный ствол, нижняя брыжеечная артерия, верхняя брыжеечная артерия, левая почечная артерия</p>

	Г. Левая почечная артерия, чревный ствол, верхняя брыжеечная, правая почечная артерия, нижняя брыжеечная артерия
42.	Диаметр брюшного отдела аорты на протяжении от купола диафрагмы до бифуркации: А. Не изменяется Б. Уменьшается В. Увеличивается Г. Зависит от веса пациента
43.	К вариантам развития брюшной аорты не относится: А. Девиация Б. Расположение справа от позвоночника В. Расслоение на всем протяжении Г. Расположение слева от позвоночник
44.	Длина чревного ствола в норме составляет: А. < 1.0 см Б. 1.5 – 2.5 см В. 3.0 – 5.0 см Г. 5.0 – 6.0 см
45.	Для атеросклеротического поражения брюшного отдела аорты характерно поражение еще и: А. Проксимального отдела аорты преимущественно лиц женского пола молодого возраста Б. Дистального отдела аорты преимущественно лиц мужского пола молодого возраста В. Дистального отдела аорты преимущественно лиц мужского пола в возрасте старше 40 лет Г. Дистального отдела аорты преимущественно лиц женского пола в возрасте старше 40 лет
46.	Для неспецифического аорто-артериита характерно поражение: А. Проксимального отдела аорты преимущественно лиц женского пола молодого возраста Б. Дистального отдела аорты преимущественно лиц мужского пола молодого возраста В. Дистального отдела аорты преимущественно лиц мужского пола в возрасте старше 40 лет Г. Дистального отдела аорты преимущественно лиц женского пола в возрасте старше 40 лет
47.	Истоками системы нижней полой вены являются: А. Вены голени Б. Перфорантные вены голени В. Межмышечные синусы Г. Вены стопы
48.	Большая подкожная вена впадает в: А. Глубокую вену бедра Б. Поверхностную вену бедра В. Общую бедренную вену Г. Все ответы не верны
49.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Система глубоких вен нижних конечностей включает в себя: 1. Берцовые вены; 2. Подколенную вену

	3. Бедренные вены 4. Подвздошные вены
50.	В норме кровотоков по перфорантным венам направлен: А. В систему поверхностных вен Б. В систему глубоких вен В. Двунправленный кровоток Г. Кровоток не определяется
51.	Перфорантными венами бедра являются: А. Вены Додда Б. Вены Кокетта В. Вены Бойда Г. Любые варианты
52.	Длина створок интактного клапана: А. Превышает диаметр вены Б. Менше диаметра вены В. Равна диаметру вены Г. Возможны любые варианты
53.	Количество клапанов в системе поверхностных вен максимально: А. В проксимальном отделе Б. В дистальном отделе В. Равномерное распределение Г. Все неверно
54.	Количество клапанов в системе глубоких вен максимально: А. В проксимальном отделе Б. В дистальном отделе В. Равномерное распределение Г. Все неверно
55.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Какие пути коллатерального оттока включаются при тромбозе общей подвздошной вены:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутритазовые пути 2. Система внутренней подвздошной вены 3. Притоки наружной подвздошной вены 4. Прямые и перекрестные анастомозы притоков большой подкожной вены
56.	Ширина просвета большой подкожной вены на голени в норме: А. 0,5 – 0,9 мм Б. 0,3 – 0,5 мм В. 0,5 – 0,9 см Г. 0,2 – 0,4 см
57.	Ширина просвета малой подкожной вены на уровне средней трети голени в норме: А. 0,5 – 0,9 мм Б. 0,3 – 0,5 мм В. 0,5 – 0,9 см Г. 0,2 – 0,4 см
58.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При отсутствии патологических изменений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Просвет вены гипо- или анэхогенный 2. Эхогенность стенки сопоставима с эхогенностью окружающих тканей 3. При компрессии просвет вены сжимается

	4. В просвете вены лоцируются клапаны
59.	В норме кровоток по коммуникантным венам направлен: А. От глубоких вен к поверхностным Б. От поверхностных вен к глубоким В. Кровоток в просвете не определяется Г. Возможен любой вариант
60.	Первичный венозный тромбоз чаще всего возникает в просвете: А. Нижней поллой вены Б. Подвздошных вен В. Бедренных вен Г. Вен голени
61.	В исходе острого тромбоза в просвете вены возможны: А. Полный лизис тромботических масс с разрушением клапанного аппарата Б. Отсутствие реканализации тромба в вене с оттоком крови через систему коллатеральных вен В. Частичная реканализация просвета с сохранением тромботических масс в просвете Г. Верно все
62.	На стадии посттромбофлебитической болезни при исследовании реканализованной бедренной вены: А. Проба Вальсальвы положительная Б. Проба Вальсальвы отрицательная В. Не результативна Г. Проба не проводится
63.	Варикозное расширение вен характеризуется: А. Необратимым расширением просвета Б. Удлинением вены В. Несостоятельностью клапанного аппарата Г. Верно все
64.	Если при проведении фонового исследования ретроградный кровоток в просвете вены отсутствует, а амплитуда ретроградного кровотока на пробе Вальсальвы превышает амплитуду базового кровотока, говорят о наличии: А. Начальной степени клапанной недостаточности Б. Умеренно выраженной степени клапанной недостаточности В. Тяжелой степени клапанной недостаточности Г. Верно все
65.	Наличие постоянного ретроградного кровотока через перфорантные вены является: А. Признаком посттромбофлебитической болезни с коллатерализацией кровотока через систему подкожных вен Б. Вариантом физиологической нормы В. Признаком выраженной венозной недостаточности при варикозной болезни Г. Острого тромбоза
66.	Стенка варикозно трансформированной вены: А. Диффузно утолщена Б. Неравномерно утолщена и сочетается со значительным истончением стенки на отдельных участках В. Диффузно истончена Г. Верно все
67.	При окклюзии подколенной артерии в артериях голени лоцируется: А. Коллатеральный тип кровотока Б. Магистральный измененный тип кровотока

	<p>В. Магистральный тип кровотока Г. Коллатеральный кровоток или отсутствие кровотока (в зависимости от поражения дистального русла)</p>
68.	<p>При хронической окклюзии артерий голени в подколенной артерии лоцируется: А. Коллатеральный тип кровотока Б. Магистральный измененный тип кровотока В. Любой вариант кровотока в зависимости от степени поражения проксимального русла (за исключением магистрального) Г. Паренхиматозный тип кровотока</p>
69.	<p>При окклюзии наружной подвздошной артерии на всех дистальных уровнях локация лоцируется: А. Коллатеральный тип кровотока Б. Магистральный измененный тип кровотока В. Магистральный тип кровотока Г. Паренхиматозный тип кровотока</p>
70	<p>Лодыжечно-плечевой индекс считается неинформативным у пациентов с: А. Сахарным диабетом; Б. Двухсторонним гемодинамически значимым стенозом подключичных артерий В. Системным артериальным давлением более 200 мм рт.ст. Г. Верно все</p>
71.	<p>Достоверно при транскраниальном дуплексном сканировании могут быть диагностированы только препятствия, вызывающие сужение просвета сосуда: А. Более 30 % Б. Более 50 % В. Более 70 % Г. Более 90%</p>
72.	<p>Правильность локации и интерпретации получаемых при транскраниальном исследовании показателей уточняют проведением: А. Поворотных проб Б. Дыхательных нагрузочных проб В. Ортостатических проб Г. Компрессионных проб</p>
73.	<p>Различия скоростных показателей кровотока в парных интракраниальных артериях не должны превышать: А. 10% Б. 20% В. 30% Г. 40%</p>
74.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Патогномоничными доплерографическими признаками артериовенозных мальформаций являются: 1. Повышение скоростных показателей кровотока (линейных, объемных) в питающей артерии 2. Снижение индекса периферического сопротивления в питающей артерии 3. Повышение скорости кровотока (линейной, объемной) в дренирующей вене 4. «Псевдопульсация» кровотока в дренирующей вене</p>

75.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Признаками наличия системного дефицита кровотока при наличии стеноокклюзирующей патологии являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Патологическое снижение линейной (средней, объемной) скорости кровотока в дистальном отделе пораженного сосуда 2. Патологическое повышение линейной (средней, объемной) скорости кровотока в дистальном отделе пораженного сосуда 3. Отрицательная или парадоксальная реакция кровотока на функциональные нагрузочные тесты вазодилаторной направленности 4. Положительная реакция кровотока на функциональные нагрузочные тесты вазодилаторной направленности
76.	<p>Положительной считается реакция кровотока в ответ на проводимые функциональные нагрузочные тесты, если индекс реактивности составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Менее 0,9 Б. 0,9 В. 1,0 Г. Более 1,1
77.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При сужении просвета сосуда более 70% за зоной турбуленции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снижаются линейная, объемная скорости кровотока и индексы периферического сопротивления 2. Увеличено значение времени ускорения 3. Огибающая доплеровского спектра сглажена 4. Повышаются линейная, объемная скорости кровотока и индексы периферического сопротивления
78.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов включает в себя исследование:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дистального отдела плечеголового ствола 2. Общей, внутренней и наружной сонных артерий 3. Позвоночной и подключичной артерии 4. Глазной артерии
79.	<p>Диффузное утолщение сосудистой стенки в крупных ветвях аорты с полной утратой ее дифференцировки на слои наиболее характерно для:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Неспецифического аорто-артериита (болезнь Такаясу) Б. Облитерирующего тромбангиита (болезнь Винивартера-Бюргера) В. Системной красной волчанки Г. Встречается при всех перечисленных заболеваниях
80.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Осложненными считаются атеросклеротические бляшки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С кровоизлиянием 2. Гиподенсные с неровностью контура 3. С изъязвлением 4. Верно все

81.	<p>Синдром подключично-позвоночного обкрадывания (стил-синдром) развивается вследствие стеноза (> 50%) или окклюзии:</p> <p>А. Подключичной артерии проксимальнее отхождения гомолатеральной позвоночной артерии</p> <p>Б. Подключичной артерии дистальнее отхождения гомолатеральной позвоночной артерии</p> <p>В. Устья позвоночной артерии</p> <p>Г. Сонной артерии</p>
82.	<p>Различают следующие формы стил-синдрома:</p> <p>А. Латентный</p> <p>Б. Постоянный</p> <p>В. Переходный</p> <p>Г. Верно все</p>
83.	<p>Гипоплазия позвоночной артерии характеризуется уменьшением диаметра артерии до:</p> <p>А. 1,0 мм и менее</p> <p>Б. 2,0 мм и менее</p> <p>В. 3,0 мм и менее</p> <p>Г. 4,0 мм и менее</p>
84.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Основными причинами приобретенных деформаций экстракраниальных сосудов являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Артериальная гипертензия 2. Артериальная гипотензия 3. Остеохондроз шейного отдела позвоночника 4. Воспалительные и онкологические заболевания окружающих сосуд тканей
85.	<p>Транскраниальное дуплексное сканирование проводится датчиком частотой:</p> <p>А. 2 МГц</p> <p>Б. 3 МГц</p> <p>В. 5 МГц</p> <p>Г. 10 МГц</p>
86.	<p>При ортостатической нагрузке происходит:</p> <p>А. Снижение кровотока в средней мозговой артерии не более, чем на 10%</p> <p>Б. Снижение кровотока в средней мозговой артерии более, чем на 20%</p> <p>В. Повышение кровотока в средней мозговой артерии не более, чем на 10%</p> <p>Г. Кровоток не меняется</p>
87.	<p>Выявление ретроградного кровотока по правой позвоночной артерии соответствует:</p> <p>А. Артериальному тромбозу.</p> <p>Б. Синдрому позвоночно-подключичного “обкрадывания”.</p> <p>В. Стенозу позвоночной артерии.</p> <p>Г. Верно все</p>
88.	<p>К ультразвуковым признакам неспецифического аорто-артериита не относится:</p> <p>А. Наличие четкого ровного внутреннего контура стенки</p> <p>Б. Значительное утолщение стенки (возможны варианты до 5 – 7 мм.) и уплотнение паравазальной клетчатки</p> <p>В. Наличие атеросклеротических бляшек</p> <p>Г. Наличие пристеночных тромботических масс</p>

89.	<p>Допплерографическими признаками гемодинамически значимого стеноза является:</p> <p>А. Турбулентный поток, повышение линейной скорости кровотока, снижение резистивного индекса</p> <p>Б. Ламинарный поток, снижение линейной скорости кровотока, повышение резистивного индекса</p> <p>В. Скорость кровотока и показатели индекса резистентности не меняются</p> <p>Г. Повышение резистивного и пульсативного индексов</p>
90.	<p>Проба с проксимальной компрессией позволяет оценить:</p> <p>А. Проходимость венозного ствола</p> <p>Б. Состояние клапанного аппарата на участке вены дистальнее компрессии</p> <p>В. Оба варианта верны</p> <p>Г. Оба варианта не верны</p>
91.	<p>Наиболее грозными осложнениями острого тромбоза системы нижней полой вены являются:</p> <p>А. Наличие флотирующего тромба в просвете вены и развитие синей флегмазии</p> <p>Б. Возникновение трофических язв</p> <p>В. Разрушение клапанов в просвете вены</p> <p>Г. Застой по большому кругу кровообращения</p>
92.	<p>Для стадии посттромбофлебитической болезни характерны:</p> <p>А. Гипоэхогенная структура тромба</p> <p>Б. Анэхогенная структура тромба</p> <p>В. Гетерогенная структура тромба</p> <p>Г. Все верно</p>
93.	<p>В просвете частично rekanализованной вены кровотоки:</p> <p>А. Фазный, синхронизированный с дыханием</p> <p>Б. Сниженной амплитуды и фазности</p> <p>В. Кровоток регистрируется лишь в венах, осуществляющих функцию коллатералей</p> <p>Г. Все верно</p>
94.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>При тромбозе нижней полой вены:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Компрессия ее просвета датчиком приводит к полному спаданию стенок и исчезновению просвета 2. Пристеночно или выполняя весь просвет, определяются гиперэхогенные массы 3. Просвет анэхогенный 4. При компрессии сосуда датчиков размер просвета не меняется
95.	<p>Что не является признаком окклюзивного тромбоза глубоких вен нижних конечностей являются:</p> <p>А. Невозможность полной компрессии просвета вены датчиком</p> <p>Б. Положительная проба Вальсальвы</p> <p>В. Отрицательная проба дистальной компрессии</p> <p>Г. Артериализация венозного кровотока</p>
96.	<p>Кровоток в правой позвоночной артерии при ЦДК не определяется:</p> <p>А. При окклюзии позвоночной артерии в устье</p> <p>Б. При окклюзии подключичной артерии в устье</p> <p>В. При окклюзии плечеголового ствола</p> <p>Г. При аневризме</p>
97.	<p>Гипоплазия общей сонной артерии выявляется:</p> <p>А. При окклюзии плечеголового ствола</p> <p>Б. При окклюзии внутренней сонной артерии</p>

	В. При стенозе подключичной артерии в устье Г. Все неверно
98.	Артериализация венозного кровотока является признаком: А. Артериальной аневризмы Б. Варикоза вен В. Артериовенозного шунтирования Г. Тромбоза
99.	О наличии аневризмы брюшной аорты говорит увеличение ее диаметра свыше: А. 2.0 см Б. 2.5 см В. 3.0 см Г. 3.5 см
100.	В верхней брыжеечной артерии в норме кровотоки определяются: А. С высоким периферическим сопротивлением Б. С низким периферическим сопротивлением В. Монофазный Г. Вообще не определяется
101.	При гипоканнической нагрузке происходит: А. Расширение резистивных сосудов Б. Сужение резистивных сосудов В. Вазоспазм магистральных сосудов Г. Снижение тонуса магистральных сосудов
102.	При гиперканнической нагрузке происходит: А. Расширение резистивных сосудов Б. Сужение резистивных сосудов В. Вазоспазм магистральных сосудов Г. Снижение тонуса магистральных сосудов
103.	При выявлении флотирующей верхушки тромба в просвете вены необходимо: А. Проведение форсированных проб с дистальной компрессией для уточнения уровня расположения верхушки тромба Б. Проведение форсированных дыхательных проб с целью уточнения наличия флотации верхушки В. Экстренная госпитализация пациента Г. Наблюдение
104.	Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все Деформация артерий чаще локализуется: 1. В дистальном отделе артерии 2. Над устьями артерий 3. На всем протяжении артерии 4. В месте бифуркации артерий
105.	У детей W-образный кровоток встречается: А. В артериях периферического (мышечного) типа Б. В артериях паренхиматозного типа В. В нижней полой, печеночных и легочных венах (не всегда) Г. В венах нижних и верхних конечностей
106.	Транзиторная дилатация яремной вены у детей при повышении внутригрудного давления в цветовом доплеровском режиме сопровождается: А. Ослаблением окрашивания ее просвета Б. Усилением окрашивания ее просвета В. Инверсией мигрирующего артефакта в просвете Г. Появлением мерцающего артефакта в просвете

107.	<p>При стандартном виде и расположении доплеровской кривой RI имеет значение $< 1,0$, если V_{min}:</p> <p>А. > 0 Б. $= 0$ В. < 0 Г. во всех перечисленных случаях</p>
108.	<p>При стандартном виде и расположении доплеровской кривой RI имеет значение $> 1,0$, если V_{min}:</p> <p>А. > 0 Б. $= 0$ В. < 0 Г. Во всех перечисленных случаях</p>
109.	<p>При стандартном виде и расположении доплеровской кривой RI имеет значение $= 1,0$, если V_{min}:</p> <p>А. > 0 Б. $= 0$ В. < 0 Г. Во всех перечисленных случаях</p>
110.	<p>Разнонаправленный поток обычно встречается:</p> <p>А. В артериях периферического (мышечного) типа Б. В артериях паренхиматозного типа В. В вено-венозных шунтах Г. В венах нижних конечностей</p>
111.	<p>Артериальный кровоток периферического (мышечного типа) обычно:</p> <p>А. Низкорезистивный Б. Высокореистивный В. Разнонаправленный Г. W-образный</p>
112.	<p>Паренхиматозный артериальный кровоток в норме:</p> <p>А. Низкорезистивный Б. Высокореистивный В. Разнонаправленный Г. W-образный</p>
113.	<p>В большинстве случаев в паренхиматозных органах венозный кровоток имеет характер:</p> <p>А. Монофазный; Б. Пульсирующий низкорезистивный; В. Пульсирующий высокорезистивный Г. Разнонаправленный</p>
114.	<p>Если кровь в некотором объеме (гематома, кровоизлияние) не движется, то при цветовом доплеровском режиме она:</p> <p>А. Окрашена в красный цвет Б. Окрашена в синий цвет В. Не окрашивается Г. Выглядит как зона мерцания</p>
115.	<p>Окрашивание потока при цветовом доплеровском сканировании зависит от:</p> <p>А. Температуры и плотности потока Б. Скорости и направления потока В. Уровня гемоглобина (кол-ва эритроцитов) крови Г. Артериального давления пациента</p>
116.	<p>Ответьте по коду: А- верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – верно 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>В спектре кровотока паренхиматозных артерий в норме можно выделить:</p> <p>1. Базальный кровоток</p>

	<p>2. Ретроградный пик</p> <p>3. Систолический пик</p> <p>4. Отсутствие позднего диастолического потока</p>
117.	<p>Для определения скорости потока в конкретном объеме используется разновидность доплеровского исследования</p> <p>А. Непрерывно-волновой доплер</p> <p>Б. Импульсный доплер</p> <p>В. Оба</p> <p>Г. Ни тот, ни другой</p>
118.	<p>Чем ограничено измерение скорости кровотока в режиме импульсно-волновой доплерографии</p> <p>А. Частотой повторения импульсов</p> <p>Б. Ультразвуковым датчиком</p> <p>В. Классом ультразвукового прибора</p> <p>Г. Все неверно</p>
119.	<p>Что такое эффект Допплера</p> <p>А. Отражение ультразвука от биологических структур организма</p> <p>Б. Возникающий сдвиг частот от движущихся объектов</p> <p>В. Преломление ультразвука от тканей разной плотности</p> <p>Г. Верно все</p>
120.	<p>Если поток направлен параллельно плоскости поверхности датчика, то в цветовом доплеровском режиме он:</p> <p>А. Окрашен в синий цвет</p> <p>Б. Окрашен в красный цвет</p> <p>В. Не окрашивается</p> <p>Г. Выглядит как область мерцания</p>
121.	<p>W-образный кровоток встречается в :</p> <p>А. Артериях периферического (мышечного) типа</p> <p>Б. Артериях паренхиматозного типа</p> <p>В. Нижней полой и печеночных венах</p> <p>Г. Венах нижних и верхних конечностей</p>
122.	<p>Сосуды - шунты обеспечивают сброс крови из:</p> <p>А. Артерий в вены минуя капилляры</p> <p>Б. Артериол в венулы минуя капилляры</p> <p>В. Артерий в артериолы</p> <p>Г. Венул в вены</p>
123.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Каковы причины ложного снижения или исчезновения потока крови при некорректном доплеровском исследовании:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Использование датчика слишком высокой частоты; 2. Высокие настройки фильтров при низкой скорости кровотока в сосуде 3. Допплеровский угол 90 градусов 4. Некорректно выставленный пробный объем
124.	<p>Чем определяется погрешность измерения скорости кровотока в режиме спектральной доплерографии:</p> <p>А. Скоростью распространения ультразвуковой волны</p> <p>Б. Углом направления ультразвукового луча</p> <p>В. Длиной ультразвуковой волны</p> <p>Г. Верно все</p>
125.	<p>Ответьте по коду: А – верно 1,2,3; Б – верно 1,3; В – 2,4; Г – верно только 4; Д – верно все</p> <p>Методика исследования венозной системы нижних конечностей более трудоемка, чем исследование артерий нижних конечностей, из-за:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличия клапанов в просвете венозных стволов

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">2. Легкой компрессируемости просветов периферических вен3. Из-за расположения рядом артериальных сосудов, затрудняющих локацию.4. Из-за частой variability строения и состояния гемодинамики |
|--|