

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.11 «УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА»**

1	Акушерство
1	Сколько сосудов в пуповине в норме
	два сосуда, 1 вена, 1 артерия
	три сосуда, 1 вена, 2 артерии
	четыре сосуда, 2 вены, 2 артерии
2	Толщина воротникового пространства в норме
	3,5 мм
	2,4 мм
	4,5 мм
3	Какие ультразвуковые признаки характерны для диафрагмальной грыжи?
	отсутствие эхотени желудка в брюшной полости
	смещение сердца вправо
	эхонегативные структуры в грудной клетке слева
4	Во втором и третьем триместре беременности размеры большой цистерны не более
	10 мм
	15 мм
	12 мм
5	Для синдрома Дауна в 12-14 недель беременности характерно
	укорочение носовой кости
	увеличение толщины воротникового пространства
	обратный реверсный кровоток в венозном протоке
	регургитация через трикуспидальный клапан

6	Нормальный размеры лоханки почки плода в 18-20 недель беременности
	6 мм
	10 мм
	4 мм
7	Какая кровь находится в вене пуповины?
	артериальная
	венозная
	смешанная (артериальная и венозная)
8	Нормальные размеры перикарда в 18-20 недель беременности
	5 мм
	2 мм
	4 мм
9	Отсутствие экотени желудка в брюшной полости и грудной клетке в 18-20 недель беременности характерно для
	атрезии ануса
	атрезии двенадцатиперстной кишки
	артрезии пищевода
10	Критические значения кровотока в артерии пуповины при доплерометрии
	отсутствие диастолического компонента во всех сердечных циклах
	обратный реверсный кровоток
	отсутствие диастолического компонента в отдельных сердечных циклах
11	Для алобарного типа голопроэнцефалии характерно
	единственный желудочек головного мозга
	отсутствие нормального изображения полости прозрачной перегородки
	отсутствие межполушарной борозды

	неразделенные зрительные бугры
12	Для полной формы синдрома Денди-Уокера характерно
	увеличение размеров большой цистерны
	агенезия червя мозжечка
	вентрикуломегалия
13	Для гипопластического синдрома левых отделов сердца (ГСЛОС) характерно
	недоразвитие левого желудочка
	выраженная гипоплазия митрального и/или аортального клапана
	увеличение правого предсердия
14	Для аномалии Эбштейна характерно
	смещение трикуспидального клапана более чем на 3 мм в глубь правого желудочка
	уменьшение размеров правого желудочка
	увеличение размеров правого предсердия
15	Где расположен эмбрион
	в хориональной полости
	в полости желточного мешка
	в амниотической полости
16	Для обструктивного поражения верхних дыхательных путей характерно
	резкое увеличение легких
	повышение эхогенности легочной ткани
	расширение трахеи над пораженным участком
	двухсторонний характер поражения
17	Для КАПРЛ (кистозно – аденоматозный порок развития легких) III типа характерно
	чаще односторонне поражение

	увеличение легкого
	повышение эхогенности легкого
	смещение сердца
18	Для бронхогенной кисты характерно
	визуализация анэхогенного образования в толще паренхимы легкого
	нормальная эхогенность легочной ткани
	отсутствие позитивных перегородок в полости кисты
19	Удвоенный пузырь «double-buble» характерен для
	атрезии толстой кишки
	атрезии двенадцатиперстной кишки
	атрезии пищевода
20	Для полной агенезии почек характерно
	маловодие
	отсутствие эхотени мочевого пузыря
	отсутствие изображения почек
21	Двухсторонняя мультикистозная дисплазия почек характерная для
	девочек
	мальчиков
	девочек и мальчиков 1:1
22	Для аутосомно – рецессивной поликистозной болезни почек характерно
	двухсторонний характер поражения
	увеличение размеров почек
	повышение эхогенности паренхимы почек
	маловодие

23	Для синдрома задних уретральных клапанов характерно
	увеличение мочевого пузыря
	утолщение стенок мочевого пузыря более 2 мм
	расширение проксимального отдела уретры
	маловодие
24	Для экстрофии мочевого пузыря (ЭМП) характерно
	отсутствие визуализации мочевого пузыря при неизмененных почках
	нормальное количество околоплодных вод
	низкое прикрепление пуповины
	расширение подвздошных гребней
25	Для ахондроплазии характерно
	укорочение конечностей
	поясничный лордоз
	короткие пальцы
	макроцефалия с выступающим лбом и запавшей переносицей
26	Минимальный диаметр желточного мешка на 8-12 неделях беременности
	5 мм
	2 мм
	3 мм
27	Для кистозной гигромы шеи в первом триместре характерно
	двухкамерное кистозное образование в области мягких тканей шеи плода
	множественные кистозные образования в области мягких тканей шеи плода
	однокамерное кистозное образование в области мягких тканей шеи и плода
28	Пороговое значение фронто-максиллярного угла в 11-14 недель беременности

	65 °
	75°
	85 °
29	Физиологическое омфалоцеле в норме исчезает к
	10 неделе беременности
	12 неделе беременности
	14 неделе беременности
30	Аномалия стебля тела представлена
	обширным дефектом передней брюшной стенки с эвентрацией внутренних органов
	выраженным кифосколиозом
	рудиментарной пуповиной
31	Мегацистик в 11-14 недель беременности выявляется при увеличении мочевого пузыря
	свыше 6 мм в диаметре
	свыше 10 мм в диаметре
	свыше 8 мм в диаметре
32	Алобарная форма голопроэнцефалии наиболее часто сочетается
	с микрофтальмией
	с циклопией
	с врождённой катарактой
33	Голова плода в форме «клубники» - признак
	трисомии 21
	трисомии 13
	трисомии 18
34	Для синдрома Патау характерно

	уменьшение размеров головы
	ассиметрия полушарий головного мозга
	расщелина губы и нёба
	уменьшение размеров носовой кости
	полидактилия
35	Какой тип мекониевого перитонита встречается наиболее часто?
	генерализованный
	фиброадгезивный
	кистозный
36	При выявлении расширенных петель толстой кишки дифференциальный диагноз следует проводить с
	аноректальной атрезией
	мегацистик - микроколон, интенсивным гипостатическим синдромом
	мекониевым перитонитом
37	Для персистирующего кармана Блейка наиболее типично
	нормальная анатомия и размеры мозжечка
	умеренная ротация червя мозжечка против часовой стрелки
	нормальные размеры большой цистерны
38	При синдроме Зеллвегера на ультразвуковом исследовании могут быть обнаружены
	гепатомегалия
	аномалии конечностей («стопа-качалка», косолапость)
	колоколообразная грудная клетка
	вентрикуломегалия
	кисты почек
39	Церебро-плацентарный индекс в норме

	меньше 1,0
	больше 1,0
	равен 1,0
40	Для двусторонней агенезии почек характерно
	маловодие
	отсутствие визуализации мочевого пузыря
	отсутствие визуализации почек
1	Суставы
1	Шаровидным суставом является
	коленный сустав
	локтевой сустав
	лучезапястный сустав
	плечевого сустава
2	Коленный сустав относится к
	простым суставам
	сложным суставам
	комплексным суставам
	комбинированным суставам
3	Мениски находятся в
	плечевом суставе
	локтевом суставе
	коленном суставе
	голеностопном суставе
4	Киста Бейкера характерна для
	плечевого сустава

	локтевого сустава
	коленного сустава
	голеностопного сустава
5	Тело Гоффа находится в
	плечевом суставе
	локтевом суставе
	коленном суставе
	голеностопном суставе
6	Малая круглая мышца прикрепляется к
	плечевой кости
	большеберцовой кости
	малоберцовой кости
	таранной кости
7	При УЗИ сухожилие в норме
	гипоэхогенное
	гиперэхогенное
	средней эхогенности
	смешанной эхогенности
8	При УЗИ структура сухожилия в продольном срезе
	однородная
	фибриллярная
	мелкоточечная
	перистая
9	Отек, утолщение и снижение эхогенности сухожилия характерны для

	частичного разрыва сухожилия
	тендинита
	теносиновита
	дегенеративных изменений сухожилия
10	Увеличение расстояния между суставными поверхностями ключицы и акромиального отростка – это признак
	артроза акромиально-ключичного сочленения
	артрита акромиально-ключичного сочленения
	разрыва акромиально-ключичного сочленения
11	Краевые остеофиты - это признак
	артроза
	артрита
	синовита
	бурсита
12	Костные эрозии в сочетании с пролиферацией синовиальной оболочки являются признаком
	артроза
	артрита
	синовита
	бурсита
13	Большое количество заворотов характерно для
	плечевого сустава
	локтевого сустава
	коленного сустава
	голеностопного сустава
14	Для болезни Осгуда-Шлаттера характерны патологические изменения

	проксимального отдела медиальной боковой связки
	проксимального отдела собственной связки надколенника
	дистального отдела медиальной боковой связки
	дистального отдела собственной связки надколенника
15	Форма мениска при УЗИ в продольной боковой проекции
	эллипсоидная
	треугольная, вершиной обращенная внутрь сустава
	прямоугольная
	треугольная, вершиной обращенная кнаружи
16	Собственная связка надколенника представляет собой продолжение
	сухожилия двуглавой мышцы бедра
	сухожилия четырехглавой мышцы бедра
	подвздошно-большеберцового тракта
	«гусиной лапки»
17	Собственная связка надколенника прикрепляется к
	медиальному мыщелку большеберцовой кости
	латеральному мыщелку большеберцовой кости
	головке малоберцовой кости
	бугристости большеберцовой кости
18	Медиальным эпикондилитом называются воспалительные изменения в сухожилиях
	мышц, отводящих большой палец кисти
	разгибателей запястья
	мышц, приводящих большой палец кисти
	сгибателей запястья

19	С полостью коленного сустава сообщается
	препателлярная сумка
	подкожная инфрапателлярная сумка
	супрапателлярная сумка
	сумка «гусиной лапки»
20	Тело Гоффа расположено
	под собственной связкой надколенника
	под латеральной боковой связкой
	под медиальной боковой связкой
	под ахилловым сухожилием
21	Анизотропия возникает при
	изменении частоты датчика
	изменении угла наклона датчика
	уменьшении глубины сканирования
	увеличении глубины сканирования
22	К верхней поверхности блока таранной кости прилежит
	большеберцовая кость
	малоберцовая кость
	латеральная лодыжка
	медиальная лодыжка
23	Среди сухожилий мышц голени передней группы медиальное положение занимает
	сухожилие длинного разгибателя первого пальца стопы
	сухожилие длинного разгибателя пальцев стопы
	сухожилие передней большеберцовой мышцы
	сухожилие короткой малоберцовой мышцы

24	Сухожилие короткой малоберцовой мышцы прикрепляется к
	бугристости четвертой плюсневой кости
	основанию четвертой плюсневой кости
	бугристости пятой плюсневой кости
	основанию пятой плюсневой кости
25	Сумка ахиллова сухожилия находится
	между волокнами ахиллова сухожилия
	между ахилловым сухожилием и кожей
	между ахилловым сухожилием и пяточной костью
	между ахилловым и малоберцовыми сухожилиями
26	При УЗИ голеностопного сустава оценивается хрящ
	большеберцовой кости
	малоберцовой кости
	блока таранной кости
	пяточной кости
27	Надостная мышца прикрепляется к
	малому бугорку плечевой кости
	большому бугорку плечевой кости
	акромиальному отростку лопатки
	клювовидному отростку лопатки
28	При УЗИ гиалиновый хрящ в норме
	гипоэхогенный
	гиперэхогенный
	средней эхогенности

	смешанной экзогенности
29	Подлопаточная мышца прикрепляется к
	малому бугорку плечевой кости
	большому бугорку плечевой кости
	акромиальному отростку лопатки
	клювовидному отростку лопатки
30	Подостная мышца прикрепляется к
	малому бугорку плечевой кости
	большому бугорку плечевой кости
	акромиальному отростку лопатки
	клювовидному отростку лопатки
31	Длинная головка двуглавой мышцы плеча начинается от
	акромиального отростка лопатки
	клювовидного отростка лопатки
	надсуставного бугорка лопатки
	ости лопатки
32	Короткая головка двуглавой мышцы плеча начинается от
	акромиального отростка лопатки
	клювовидного отростка лопатки
	надсуставного бугорка лопатки
	ости лопатки
33	Дистальное сухожилие двуглавой мышцы плеча прикрепляется к
	медиальному надмышелку плечевой кости
	латеральному надмышелку плечевой кости

	бугристости лучевой кости
	бугристости локтевой кости
34	Гипоэхогенный ободок вокруг эхогенного неизмененного сухожилия является признаком
	тендинита
	тендовагинита
	подсухожильного бурсита
	частичного разрыва сухожилия
35	Сухожилие полусухожильной мышцы прикрепляется к
	латеральному мыщелку большеберцовой кости
	медиальному мыщелку большеберцовой кости
	переднему межмыщелковому полю большеберцовой кости
	бугристости большеберцовой кости
36	Локтевой нерв на уровне локтевого сустава проходит между
	медиальным надмыщелком и локтевым отростком
	медиальным надмыщелком и сухожилие двуглавой мышцы плеча
	латеральным надмыщелком и локтевым отростком
37	Болезнь Хаглунда – Шинца – это патологическое костное разрастание в области
	латеральной лодыжки
	медиальной лодыжки
	бугра пяточной кости
	бугристости пятой плюсневой кости
38	Болезнь Пеллегрини – Штида представляет собой
	оссификацию проксимального отдела медиальной боковой связки
	оссификацию проксимального отдела латеральной боковой связки

	оссификацию дистального отдела медиальной боковой связки
	оссификацию дистального отдела латеральной боковой связки
39	Среди сухожилий мышц голени передней группы латеральное положение занимает
	сухожилие длинного разгибателя первого пальца стопы
	сухожилие длинного разгибателя пальцев стопы
	сухожилие передней большеберцовой мышцы
	сухожилие короткой малоберцовой мышцы
40	Сухожилие двуглавой мышцы бедра прикрепляется к
	бугристости большеберцовой кости
	головке малоберцовой кости
	заднему межмышцелковому полю большеберцовой кости
	переднему межмышцелковому полю большеберцовой кости
41	Передняя крестообразная связка начинается от
	внутренней поверхности латерального мыщелка бедра
	внутренней поверхности медиального мыщелка бедра
	задней поверхности латерального мыщелка бедра
	задней поверхности латерального мыщелка бедра
42	Задняя крестообразная связка начинается от
	внутренней поверхности латерального мыщелка бедра
	внутренней поверхности медиального мыщелка бедра
	задней поверхности латерального мыщелка бедра
	задней поверхности латерального мыщелка бедра
43	Эхогенность неизменного мениск
	гипоэхогенная

	гиперэхогенная
	средняя
	смешанная
44	Структура неизмененного мениска
	крупнозернистая
	мелкозернистая
	фибрилярная
	гомогенная
45	Сухожилие портняжной мышцы прикрепляется к
	латеральному мыщелку большеберцовой кости
	медиальному мыщелку большеберцовой кости
	переднему межмыщелковому полю большеберцовой кости
	бугристости большеберцовой кости
46	Сухожилие тонкой мышцы прикрепляется к
	латеральному мыщелку большеберцовой кости
	медиальному мыщелку большеберцовой кости
	переднему межмыщелковому полю большеберцовой кости
	бугристости большеберцовой кости
47	Удерживатели надколенника образованы
	сухожилием двуглавой мышцы бедра
	сухожилием четырехглавой мышцы бедра
	сухожилием полуперепончатой мышцы
	подвздошно-большеберцовым трактом
48	К бугорку Жерди прикрепляется

	сухожилие двуглавой мышцы
	сухожилие полусухожильной мышцы
	сухожилие подколенной мышцы
	подвздошно-большеберцовый тракт
49	Сухожилия полусухожильной, портняжной и тонкой мышц образуют
	подвздошно-большеберцовый тракт
	«гусинную лапку»
	ротаторную манжету
	Сухожилия полусухожильной, портняжной и тонкой мышц образуют
50	Типичная локализация сесамовидной кости коленного сустава – это толща сухожилий в проекции
	задней поверхности латерального мыщелка
	задней поверхности медиального мыщелка
	боковой поверхности латерального мыщелка
	боковой поверхности медиального мыщелка
51	Кости, образующие голеностопный сустав
	таранная кость
	пяточная кость
	большеберцовая кость
	малоберцовая кость
52	Сухожилие передней большеберцовой мышцы прикрепляется к
	латеральной клиновидной кости
	медиальной клиновидной кости
	основанию первой плюсневой кости
	основанию второй плюсневой кости

53	Сухожилие длинного разгибателя первого пальца стопы расположено между сухожилиями
	передней большеберцовой мышцы
	задней большеберцовой мышцы
	длинного разгибателя пальцев стопы
	короткого разгибателя пальцев стопы
54	Сухожилие задней большеберцовой мышцы прикрепляется к
	бугристости ладьевидной кости
	бугристости кубовидной кости
	медиальной клиновидной кости
	промежуточной клиновидной кости
	латеральной клиновидной кости
55	Сухожилие длинной малоберцовой мышцы прикрепляется к
	бугристости первой плюсневой кости
	бугристости второй плюсневой кости
	основанию первой плюсневой кости
	основанию второй плюсневой кости
56	Суставная капсула голеностопного сустава наиболее тонкая
	в передней области
	в латеральной области
	в медиальной области
	в задней области
57	Части дельтовидной связки:
	большеберцово-ладьевидная
	большеберцово-клиновидная
	передняя большеберцово-таранная

	большеберцово-пяточная
	задняя большеберцово-таранная
58	УЗИ голеностопного сустава проводят в положении пациента
	стоя
	сидя
	лежа на спине
	лежа на правом и левом боках
	лежа на животе
59	Гипоэхогенный ободок вокруг сухожилия представляет собой
	жировую ткань
	рыхлую соединительную ткань
	синовиальную жидкость
	лимфу
60	В норме в переднем завороте голеностопного сустава может определяться жидкость
	до 2 мм
	до 3мм
	до 4 мм
	до 5мм
61	Толщина подошвенного апоневроза
	3,0-3,5
	3,0-4,5
	4,0-4,5
	5,0-5,5
62	Толщина ахиллова сухожилия в «норме»

	3-4 мм
	4-5 мм
	5-6 мм
	5-7 мм
63	Нерв при ультразвуковом исследовании в продольном сечении выглядит как
	гомогенный гипоэхогенный тяж
	гомогенный гиперэхогенный тяж
	тяж с четко чередующимися непрерывными гипоэхогенными и гиперэхогенными полосками
	тяж с хаотично расположенными гипоэхогенными и гиперэхогенными полосками
64	Мениски-это
	костные структуры
	хрящевые структуры
	фиброзные структуры
	мышечные структуры
65	Кости, образующие коленный сустав:
	бедренная кость
	большеберцовая кость
	малоберцовая кость
	надколенник
1	Слюнные железы
1	Сколько пар крупных слюнных желез имеется у человека
	4
	1
	5
	3

2	Задней границей расположения около-ушной железы является
	сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца
	шиловидный отросток височной кости
	затылочная кость
	длинная мышца спины
3	Подъязычная железа
	окружена толстой капсулой
	окружена тонкой капсулой
	капсулы железы нет
4	Какие артерии проходят через толщу околоушной железы?
	наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями)
	внутренняя и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями)
	лицевая артерия и внутренняя сонная артерия
	лицевая артерия и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями)
5	Выводной проток околоушной железы обычно в норме отходит
	от верхней трети железы
	на границе верхней и средней трети железы
	от средней трети железы
	на границе средней и нижней трети железы
6	Ширина (диаметр) выводного протока околоушной железы взрослого человека составляет в норме
	от 1 до 2 мм
	от 2 до 3 мм

	от 3 до 4 мм
	от 4 до 5 мм
7	Подъязычная железа имеет
	только малые подъязычные протоки
	только общий подъязычный проток
	малые и общий подъязычные протоки
8	В норме паренхима больших слюнных желез имеет
	повышенную эхогенность
	пониженную эхогенность
	среднюю эхогенность
9	Ультразвуковое исследование слюнных желез проводится
	при вертикальном положении пациента
	при горизонтальном положении пациента на спине
	при положении пациента на боку
10	В норме большие слюнные железы
	пальпируются
	не пальпируются
	определяются визуально
	определяются при запрокидывании головы
11	При подозрении на наличие камня в поднижнечелюстной слюнной железе в первую очередь проводят
	компьютерную томографию
	магнитно-резонансную томографию
	рентгенологическое исследование в 2-х проекциях
	цитологическое исследование секрета

12	Из какого доступа визуализируются обе подъязычные слюнные железы?
	поднижнечелюстной треугольник
	подподбородочный доступ
	околоушножевательная область тотчас ниже мочки уха
13	Эхографически при остром сиалоадените определяется
	увеличение размеров железы, преимущественно в толщину
	появление мелкоочагового снижения эхогенности
	усиление сосудистого рисунка в паренхиме железы
	совокупность перечисленных эхопризнаков
14	Дифференцировать сиалоаденит от воспаления интраорганных лимфоузлов можно
	пальпаторно
	визуально
	на УЗИ
15	При слюннно-каменной болезни на УЗИ определяется
	увеличение размеров и понижение эхогенности ткани железы
	дилатация слюнного протока
	эхоплотное включение в просвете протока
16	На УЗИ околоушная железа увеличена, паренхима гипоэхогенная, неоднородная за счет небольших анэхогенных зон, точечных и линейных гиперэхогенных включений. УЗ признаки какой патологии слюнных желез описаны выше
	сиалоз
	острый сиалоаденит
	синдром Шегрена
	хронический сиалоаденит
17	УЗ признаки сиалоза

	эхогенность паренхимы железы повышена
	размеры железы уменьшены
	размеры железы увеличены
18	Как выглядит сложная киста слюнных желез на УЗИ?
	анэхогенное округлое образование с четкими контурами с гиперэхогенными перегородками внутри
	образование округлой формы с пониженной эхогенностью
	анэхогенное округлое образование со взвесью средней эхогенности
	гиперэхогенное округлое образование
19	Какие УЗ признаки характерны для злокачественных новообразований слюнных желез?
	ЦДК определяет дезорганизованное сосудистое дерево
	имеют неровные нечеткие контуры
	имеют кистозные и обызвествленные участки
20	УЗИ участок пониженной эхогенности неопределенной формы с неровными и нечеткими контурами. При выполнении пробы Вальсальвы характеристики зоны изменений разительно меняются: ее эхогенность понижается, контуры становятся более четкими, а форма — более округлой. Для какой патологии слюнных желез характерно описанное выше?
	венозная дисплазия
	кистозная лимфангиома
	сложная киста
21	Проток околоушной слюнной железы открывается около
	первого верхнего моляра
	первого нижнего моляра
	второго верхнего моляра
	второго нижнего моляра
22	Проток околоушной слюнной железы огибает

	передний край жевательной мышцы
	задний край жевательной мышцы
	задний край щечной мышцы
23	Через толщу околоушной слюнной железы проходит
	внутренняя яремная вена
	наружная яремная вена
	лицевая вена
	позадичелюстная вена
	Через толщу поднижнечелюстной слюнной железы проходит
24	лицевая артерия
	щечная артерия
	подбородочная артерия
	язычная артерия
25	Околоушная железа сверху ограничена
	верхним краем скуловой дуги
	нижним краем скуловой дуги
	верхним краем жевательной мышцы
	верхним краем щечной мышцы
26	Околоушная железа спереди ограничена
	задним краем жевательной мышцы
	задним краем щечной мышцы
	передним краем жевательной мышцы
	передним краем щечной мышцы
27	Какой нерв проходит через толщу околоушной слюнной железы?

	тройничный нерв
	лицевой нерв
	языкоглоточный нерв
	добавочный нерв
28	Лимфатические узлы чаще встречаются в
	околоушной слюнной железе
	поднижнечелюстной слюнной железе
	подъязычной слюнной железе
	малых слюнных железах
29	Околоушная железа изнутри ограничена
	шиловидным отростком
	сосцевидным отростком
	слуховым каналом
	ветвью нижней челюсти
	ветвью нижней челюсти
30	Между околоушной и поднижнечелюстной слюнными железами находится
	угол нижней челюсти
	заднее брюшко двубрюшной мышцы
	лимфатический узел
	лицевая вена
31	Выводной проток поднижнечелюстной железы открывается
	на уздечке языка
	сбоку от уздечки языка
	у второго нижнего маляра
	у второго верхнего маляра

32	Поднижнечелюстная слюнная железа снаружи ограничена
	внутренней поверхностью угла нижней челюсти
	внутренней поверхностью тела нижней челюсти
	внутренней поверхностью жевательной мышцы
	внутренней поверхностью щечной мышцы
33	Поднижнечелюстная слюнная железа снизу ограничена
	двубрюшной мышцей
	диафрагмой дна полости рта
	подъязычно-язычной мышцей
	подбородочно-язычной мышцей
	челюстно-подъязычной мышцей
34	Структура слюнной железы при сиалозе
	однородная
	неоднородная за счет точечных и линейных гиперэхогенных включений
	неоднородная за счет точечных и линейных гиперэхогенных включений и гипоэхогенных зон неправильной формы
	неоднородная за счет гипоэхогенных зон неправильной формы
35	Для сиалолитиаза характерно
	расширение выводного протока слюнной железы на всем протяжении
	расширение выводного протока слюнной железы проксимальнее конкремента
	расширение выводного протока слюнной железы дистальнее конкремента
1	Щитовидная железа
1	Типичное расположение щитовидной железы
	в верхнем отделе шеи
	в среднем отделе шеи

	в нижнем отделе шеи
2	Щитовидная железа анатомически представлена
	правой долей и левой долей
	правой долей, левой долей и пирамидной долей
	правой долей, левой долей, пирамидной долей, перешейком
	правой, левой и средней долями, пирамидной долей
3	Классическим вариантом формы щитовидной железы является
	форма бабочки
	асимметричная форма
	подковообразная форма
4	К характерным УЗ-признакам хронического аутоиммунного тиреоидита относится
	неправильная форма щитовидной железы, ровные контуры, неоднородная эхоструктура
	правильна форма, ровные контуры, повышенная эхогенность
	неправильная форма, неровные контуры, чередование гипо- и гиперэхогенных участков
5	Для гипертрофической формы хронического аутоиммунного тиреоидита характерны УЗ-признаки
	уменьшение размера щитовидной железы, неоднородная эхоструктура, неровные контуры
	увеличение размеров щитовидной железы, однородная структура, ровные контуры
	увеличение размеров щитовидной железы, однородная структура, ровные контуры
6	Тиреоидита подразделяются на
	острый, хронический, подострый
	острый и хронический
	острый и подострый
7	Подострый тиреоидит это заболевание

	бактериальной этиологии
	вирусной этиологии
	аутоиммунной этиологии
8	Для подострого тиреоидита характерны УЗ-признаки
	увеличение размеров щитовидной железы, чередование гипо- и гиперэхогенных участков, неровные контуры, незначительно увеличенная васкуляризация
	уменьшение размеров, однородная структура, васкуляризация не изменена
	размеры нормальны, контуры ровные, в структуре железы наличие отдельных зон/зоны пониженной эхогенности в одной или обеих долях, расположенных преимущественно подкапсульно
9	При диффузно-токсическом зобе выявляются характерные УЗ-признаки
	увеличение размеров, снижение эхогенности, неровный контур, значительное увеличение васкуляризации паренхимы
	уменьшение размеров, снижение эхогенности, неровный контур, значительное увеличение васкуляризации паренхимы
	увеличение размеров, снижение эхогенности, неровные контуры
10	К УЗ-признакам злокачественного образования щитовидной железы относится
	четкие контуры, правильная форма, наличие множественных узловых образований, повышенная эхогенность, перинодулярный тип кровотока
	четкие контуры, правильная форма, одиночное образование, гетерогенной структуры, перинодулярный тип кровотока
	нечеткие контуры, неправильной формы, наличие кальцинатов, пониженная эхогенность, преобладание интранодулярного типа кровотока
	неровные контуры, неправильной формы, повышенная эхогенность, смешанный тип кровотока
11	К диффузным заболеваниям щитовидной железы относится
	Аденома
	Тиреоидит
	Узловой зоб

12	Острый гнойный тиреоидит это заболевание
	Бактериальной этиологии
	Вирусной этиологии
	Аутоиммунной этиологии
13	Хронический тиреоидит это заболевание
	Бактериальной этиологии
	Вирусной этиологии
	Аутоиммунной этиологии
1	Желчный пузырь
1	К типичной правильной форме желчного пузыря относится
	вытянутая форма
	грушевидная форма
	шаровидная форма
2	Анатомические отделы желчного пузыря представлены
	головкой и телом
	шейкой и телом
	шейкой, телом и дном
3	Основной функцией желчного пузыря является
	пищеварительная
	накопительная
	гормональная
4	УЗ-признаками острого холецистита являются
	увеличение размеров желчного пузыря
	уменьшение размеров желчного пузыря
	утолщение стенки

	стенка не изменена
	изменение структуры стенки
5	К доброкачественным холецистопатиям относится
	холестероз
	полипоз
	аденоматоз
	липома
	аденома
6	При каком варианте доброкачественной холецистопатии выявляется наиболее выраженное утолщение стенки?
	аденоматоз
	полипоз
	холестероз
7	При хроническом холецистите толщина стенки может достигать
	3 мм
	5мм
	7 мм
8	Наличие перегородок в желчном пузыре может регистрироваться при
	остром холецистите
	хроническом холецистите
	доброкачественной холецистопатии
9	Осложнения острого холецистита
	водянка ЖП
	эмпиема ЖП
	перивезикулярный инфильтрат, абсцесс

	перфорация ЖП, перитонит
	механическая желтуха
	гепатит
	спленит
10	Пристеночные образования ЖП малых размеров нужно дифференцировать между
	конкремент малых размеров
	складки слизистой
	перегородки ЖП
	полиповидное образование
11	Изменение стенки желчного пузыря при остром холецистите включает
	Утолщение стенки
	Слоистый / двойной контур стенки
	Равномерно повышение эхогенности
	Неоднородную структуру по эхогенности
	Истончение стенки
12	Основная причина водянки желчного пузыря
	Множественные конкременты в желчном пузыре
	Конкременты в гепатикохоledoхе
	Конкремент, ущемленный в шейке желчного пузыря
13	Основная причина механической желтухи
	Множественные конкременты в желчном пузыре
	Конкременты в гепатихохоledoхе
	Конкремент, ущемленный в шейке желчного пузыря
1	Печень
1	Типичное расположение печени в проекции

	в правом подреберье
	в левом подреберье
	в эпигастрии
2	Анатомически в печени выделяют
	правая, левая доли
	правая, левая, пром доли
	правая, левая и хвостатая доли
	правая, левая, квадратная и хвостатая доли
3	Самая крупная доля
	левая доля
	квадратная доля
	хвостатая доля
	правая доля
4	Формы портальной гипертензии
	подпеченочная
	внутрипеченочная
	надпеченочная
	смешанная
5	К УЗ-признакам декомпенсированного цирроза относятся
	изменение размеров печени
	однородная структура печени
	неоднородная структура печени
	ровные контуры
	неровные контуры
	признаки портальной гипертензии

	спленомегалия
	асцит
6	Для сформированного абсцесса печени в режиме ЦДК характерно
	повышенная васкуляризации по периферии
	смешанный тип васкуляризации
	отсутствие кровотока
7	УЗ-признаки острого гепатита определяются как
	высокоспецифические
	малоспецифические
	неспецифические
8	Характер васкуляризации печени нодулярной формы гепатоцеллюлярного рака
	васкуляризация неизменена
	усиление васкуляризации
	образование аваскулярно
9	Формы жировой инфильтрации печени
	смешанная
	диффузная
	локальная
	очаговая
	узловая
10	К доброкачественным образованиям печени относятся
	аденома
	гемангиома
	гепатома

	липома
11	При декомпенсированном циррозе размеры печени
	не изменены
	увеличены
	уменьшены
12	При циррозе наиболее достоверным признаком портальной гипертензии рассматривается
	асцит
	спленомегалия
	изменение размеров печени
	наличие коллатералей
13	Асцит проявляется
	скоплением жидкости в брюшной полости
	скоплением жидкости в брюшной полости и плевральных полостях
	скоплением жидкости в плевральных полостях
1	Поджелудочная железа
1	Типичное расположение поджелудочной железы
	в правом подреберье
	в левом подреберье
	в эпигастрии
2	Анатомически в ПЖ выделяют
	головку, шейку, хвост
	шейку, тело, хвост
	головку, тело, хвост
3	В топографическом и функциональном, ультразвуковом аспекте наиболее значимым отдел ПЖ

	тело
	головка
	хвост
4	УЗ-признаки характерные для отечной формы острого панкреатита
	увеличение размеров органа
	понижение эхогенности паренхимы
	повышение эхогенности паренхимы
	наличие свободной жидкости
5	УЗ-признаки характерные для деструктивной формы острого панкреатита
	увеличение размеров органа
	понижение эхогенности паренхимы
	повышение эхогенности паренхимы
	наличие свободной жидкости
6	Для хронического панкреатита характерны основные УЗ-признаки
	понижение эхогенности
	повышение эхогенности
	неровные, нечеткие контуры
	ровные, четкие контуры
	изменение со стороны протоковой системы
7	На какие две основные группы подразделяются кисты ПЖ
	врожденные
	приобретенные
	ретенционные
	дегенерационные
	паразитарные

8	УЗ-признаки, характерные для ложной кисты
	наличие эпителиальной выстилки
	отсутствие эпителиальной выстилки
	капсула тонкая четкая
	капсула неравномерна по толщине
	содержимое однородно
	содержимое неоднородно
9	Классификация рака ПЖ по локализации
	рак с поражением головки
	рак с поражением тела
	рак с поражением хвоста
	диффузная форма
10	УЗ-признаки, характерные для злокачественного поражение ПЖ
	наличие гипоэхогенного образования
	наличие гиперэхогенного образования
	неровные, нечеткие контуры образования
	ровные, четкие контуры образования
11	Изменение со стороны протоковой системы включают
	равномерное расширение главного панкреатического протока
	фрагментарное расширение главного панкреатического протока
	наличие кист в поджелудочной железе
	кистозное расширение протоков
12	УЗ-признаки, характерные для врожденной кисты
	наличие эпителиальной выстилки

	отсутствие эпителиальной выстилки
	капсула тонкая четкая
	капсула неравномерна по толщине
	содержимое однородное
	содержимое неоднородное
13	Наиболее ранний клинически значимый признак, свойственный раку поджелудочной железы с поражением головки
	асцит
	боли
	желтуха
	метеоризм
1	Селезенка
1	Типичное расположение селезенки в проекции
	в правом подреберье
	в левом подреберье
	в эпигастрии
2	Классическим вариантом формы селезенки является
	бобовидная
	серповидная
	округлая
3	К УЗ-признакам неизменной селезенки относят
	контуры ровные, четкие, эхогенность сопоставима с эхогенностью неизменной печени
	контуры ровные, четкие, эхогенность выше эхогенности печени
	неровные контуры, эхогенность ниже эхогенности печени
4	Площадь селезенки не превышает в норме

	20 см <sup>2</sup>
	40 см <sup>2</sup>
	60 см <sup>2</sup>
5	Спленомегалия — это увеличение площади более
	20 см <sup>2</sup>
	40 см <sup>2</sup>
	60 см <sup>2</sup>
6	Наиболее выраженная спленомегалия характерна при
	цирроз
	сердечной недостаточности
	лимфопролиферативные заболевания
	воспалительные заболевания
7	Кальцинаты в селезенке являются УЗ-признаком
	острого спленита
	хронического спленита
	спленомегалии
8	Эхогенность при остром сплените:
	повышена
	понижена
	не изменена
9	К наиболее часто встречаемым доброкачественным образованиям селезенки относятся
	капиллярная гемангиома
	аденома
	кавернозная гемангиома

10	Характерные УЗ-признаки, свойственные лимфоме с поражением селезенки
	увеличение размеров, контуры ровные-неровные, структура не изменена
	увеличение размеров, контуры ровные-неровные, наличие зон пониженной эхогенности
	увеличение размеров, контуры ровные, снижение эхогенности
11	Контуры селезенки при остром сплените:
	ровные
	неровные
	фестончатые
12	УЗ-признаки, характерные для врожденной кисты селезенки
	наличие эпителиальной выстилки
	отсутствие эпителиальной выстилки
	капсула тонкая четкая
	содержимое однородное
	капсула неравномерна по толщине
	содержимое неоднородное
13	УЗ-признаки, характерные для вторичной кисты селезенки
	отсутствие эпителиальной выстилки
	капсула тонкая четкая
	капсула неравномерна по толщине
	содержимое однородное
	содержимое чаще неоднородное
	кальцинированные включения в стенке
1	Лимфатические узлы
1	Место локализации поднижнечелюстных лимфатических узлов
	сонный треугольник шеи

	поднижнечелюстной треугольник шеи
	латеральный треугольник шеи
	задний треугольник шеи
2	От околоушной железы лимфу принимают
	поднижнечелюстные лимфоузлы
	околоушные лимфоузлы
	подбородочные лимфоузлы
	заглоточные лимфоузлы
3	Лимфатическую систему составляют
	региональные лимфоузлы, лимфатические сосуды
	региональные лимфоузлы, лимфатические сосуды, селезенка миндалина, скопление лимфоидной ткани в жировой клетчатке
	региональные лимфоузлы, лимфатические сосуды, селезенка
4	Размеры лимфатических узлов у здорового человека зависят от возраста
	да
	нет
5	При ультразвуковом исследовании наиболее типичны для группы поверхностных лимфатических узлов шеи размеры
	до 10 мм
	10-15 мм
	15-20 мм
6	Наиболее типичны для группы глубоких лимфатических узлов размеры
	до 10 мм
	10-15 мм
	15-20 мм

7	Для ультразвукового исследования поверхностных групп лимфатических узлов используют датчики частотой
	3,5 МГц- 5,0 МГц
	5,0 МГц- 7,5 МГц
	7,5 МГц- 13,0 МГц
8	При ультразвуковом исследовании необходимо производить следующие измерения лимфатических узлов
	ширину, длину, передне-задний размер
	достаточно измерение двух размеров
	достаточно измерение одного размера
9	При ультразвуковом исследовании анатомическим маркером поиска лимфатических узлов служат
	сосуды
	внутренние и поверхностные органы
	свой определенный маркер в каждом конкретном случае
10	Показанием для ультразвукового исследования лимфатической системы является
	пальпаторное выявление лимфатических узлов
	пальпаторное выявление лимфатических узлов и подозрение на злокачественный процесс
	любые заболевания
11	При ультразвуковом исследовании о патологических изменениях лимфатических узлов свидетельствует
	обязательное увеличение размеров лимфатических узлов
	только изменение общей эхогенности лимфатических узлов
	изменение формы лимфатических узлов
	возможность дифференциации узлов
12	При ультразвуковом исследовании появление анэхогенного ободка по периферии лимфатических узлов свидетельствует

	об опухолевой инвазии
	о явлениях реактивного лимфаденита
	о специфической лимфаденопатии
13	При ультразвуковом исследовании наряду с другими признаками для опухолевого поражения лимфатических узлов характерно
	увеличение размеров лимфатических узлов
	уплощение его формы
	приобретение лимфатическими узлами формы шара
	понижение общей эхогенности
14	При ультразвуковом исследовании неоднородное строение лимфатических узлов свидетельствует в большинстве случаев
	об опухолевой инфильтрации
	о явлениях прогрессирования острого лимфаденита
	об обратном развитии воспалительного процесса
15	При ультразвуковом исследовании осмотр поверхностных лимфатических узлов включает в себя
	осмотр боковых поверхностей шеи, надключичных, подключичных групп лимфатических узлов
	осмотр надключичных, подключичных, подмышечных групп лимфатических узлов
	осмотр боковых поверхностей шеи, надключичных, подключичных подмышечных и паховых групп лимфатических узлов
	осмотр надключичных, подключичных групп лимфатических узлов, подмышечного и пахового региона
16	При ультразвуковом исследовании о поражении, увеличении забрюшинных лимфатических узлов могут свидетельствовать следующие косвенные признаки
	тромбоз магистральных сосудов
	картина гидронефроза
	спленомегалия

	явления застоя по большому кругу кровообращения
17	К возможностям ультразвукового исследования при определении изменений состояния лимфатических узлов относится
	количественные характеристики неизменного лимфатического коллектора
	выявление всех измененных лимфатических узлов
	дифференциальная оценка доброкачественного и злокачественного процессов
18	Использовать ультразвуковое исследование для оценки проводимой противоопухолевой терапии
	Возможно
	Невозможно
19	При использовании ультразвукового исследования судить об эффективности противовоспалительной терапии при остром лимфадените
	Возможно
	Невозможно
20	Ультразвуковым критерием в дифференциальном диагнозе доброкачественного и злокачественного поражения лимфатических узлов является
	уменьшение их размеров
	изменение их формы
	увеличение размеров
1	Почки, мочевой пузырь
1	Собственная капсула почки
	определяется в виде анэхогенного ободка по периметру почки
	определяется в виде гиперэхогенного ободка по периметру почки толщиной около 0,5 см
	определяется в виде четкого гиперэхогенного контура толщиной около 1,5мм
	не визуализируется
2	Достоверным различием размера почек по длине считается

	0,5 - 1,0 см
	1,0 - 1,5 см
	1,5 - 2,0 см
	более 2,0 см
3	В качестве ориентира для оценки положения почки при УЗИ используется
	тень поясничных позвонков
	тень xii ребра
	край правой доли печени
	бифуркацию аорты
4	Использование датчиков какой частоты следует считать оптимальным при нефросонографии
	3,5 – 5,0 мГц
	5,0 мГц
	5,0 – 7,5 мГц
	7,5 мГц
5	Оптимальным следует считать ультразвуковое исследование почек, проводимое
	со стороны спины
	со стороны живота
	из косо-боковой проекции
	полипозиционно
6	Наиболее адекватно отражает размеры органа
	длина почки
	ширина почки
	передне-задний размер
	объем почки

7	Лоханочно-паренхимальный индекс, представляет собой
	отношение объема лоханки к ширине паренхимального слоя почки
	отношение ширины почечного синуса к ширине паренхимы
	отношение ширины паренхимы к ширине чашечно-лоханочной системы
	отношение объема почки к объему чашечно-лоханочной системы
8	В норме ЧЛС определяется в виде
	анэхогенного образования в центральной части почки
	гиперэхогенного образования с акустической тенью в центральной части почки
	эхоплотного образования с четкими неровными контурами без акустической тени в центральной части почки
	гипоэхогенного неоднородного образования в центральной части почки
9	В норме диаметр почечной чашечки составляет
	до 0,7 см
	до 0,9 см
	до 1,2 см
	до 1,5 см
10	В норме лоханочно - паренхиматозный индекс составляет
	0,5-1,0
	1,1-2,0
	2,1-2,5
	2,6-3,0
11	Нормальные значения лоханочно-паренхиматозного индекса имеют колебания, обусловленные
	возрастом пациента
	индивидуальными особенностями анатомического строения почек
	использованием различных типов ультразвуковых приборов

	использованием датчиков с различной частотой ультразвука
12	В возрастной группе старше 60 лет лоханочно-паренхиматозный индекс в норме в среднем составляет
	2,0
	1,8
	1,6
	1,1
13	В норме у молодых пациентов лоханочно-паренхиматозный индекс составляет
	1,1-1,4
	1,5-1,7
	1,8-2,0
	2,0-2,5
14	Колебания нормальных значений лоханочно-паренхиматозного индекса в различных возрастных группах обусловлены
	степенью гидратации паренхимы
	степенью склеротических изменений в паренхиме
	степенью склеротических изменений в чашечно-лоханочной системе
	степенью дилатации чашечно-лоханочной системы
15	Для вычисления объема почки применяется следующая формула
	$V = A * B * C$ , где А - длина, В - ширина, С - толщина почки
	$V = 0.523 * A * B * C$ , где А - длина, В - ширина, С - толщина почки
	$V = 4/3 \Pi * (A+B+C)$ , А - длина, В - ширина, С - толщина почки
	$V = 3/4 \Pi * (A+B+C)/3$ , А - длина, В - ширина, С - толщина почки
16	Какие анатомические структуры почки невозможно оценить при УЗИ
	мозговое вещество (medullarenis)

	кортикальный слой (cortexrenis)
	радиальные лучи (parsradiata)
	колонны бертини (columnaerenalis)
17	В качестве эталона при оценке эхогенности кортикального слоя почек служит
	паренхима селезенки
	паренхима печени
	ткань поджелудочной железы
	паранефральная клетчатка
18	В норме эхогенность кортикального слоя почек
	равна эхогенности печени
	равна эхогенности поджелудочной железы
	ниже эхогенности печени
	изоэхогенна чашечно-лоханочному комплексу
19	Пирамидки в норме определяются в виде
	округлых эхоплотных образований в проекции паренхимы
	округлых анэхогенных образований в проекции члс
	округлых гипоэхогенных образований по периферии члс
	округлых гипоэхогенных структур под капсулой почки
20	В норме значение медулло-паренхиматозного индекса
	не превышает 40 %
	не превышает 50 %
	не превышает 60 %
	составляет более 60 %
21	У пациента при УЗИ были выявлены почки размерами 14*7см, имеющие четкие, неровные контуры. Паренхима и элементы ЧЛС не дифференцируются. В зоне проекции почек лоцируются множественные, разнокалиберные округлые с ровным четким контуром,

	анэхогенные с эффектом дистального усиления образования. Наиболее вероятно это
	двусторонний гидронефроз
	поликистоз почек
	мультикистоз почек
	билатеральная опухоль вильмса
22	Множественные кисты кортикального слоя почки, выявляемые в раннем возрасте, формируются, как правило
	вследствие кровоизлияния в паренхиму почек
	вследствие некротического расплавления паренхимы почек
	вследствие аномалии формирования нефрона
	вследствие аномалии развития сосудов кортикального слоя
23	Для каких нозологических форм характерно формирование кист вследствие аномалии развития нефрона
	мультикистоз
	медулярный кистоз
	"губчатая " почка
24	При УЗИ в проекции левой почки обнаружено гиперэхогенное одиночное образование размером около 1 см с ровными, четкими контурами, однородной структуры, без акустической тени. Вероятнее всего это
	конкремент почки
	ангиомиолипома
	опухоль почки
	осумкованный абсцесс почки
25	"Губчатая" почка характеризуется следующими нефросонографическими признаками
	жидкостные округлые включения до 0,5 см в проекции кортикального слоя
	жидкостные округлые включения до 1,0 см в проекции мозгового с
	эхоплотные включения до 0,5 см в проекции пирамид

	эхоплотные включения до 0,5 см в проекции кортикального слоя
26	Солидарная киста кортикального слоя имеет следующие признаки
	ровные, нечеткие контуры, анэхогенная структура, отсутствие дистального усиления
	нечеткость, неровность контуров, гомогенная гипоэхогенная структура, отсутствие дистального усиления
	четкие контуры, свободная от эхосигналов анэхогенная внутренняя структура, дистальное усиление
	ровные, четкие контуры, гомогенная гиперэхогенная структура, акустическая тень
27	Для проведения дифференциальной диагностики кист почечного синуса и нарушений уродинамики с явлениями гидрокаликоза рекомендовано
	экскреторной урографии
	КТ
	фармакологические пробы с фуросемидом
	сцинтиграфию почек
	ренографию
28	Укажите УЗ-признаки интерстициального отека почечной паренхимы
	увеличение объема почек
	снижение эхогенности кортикального слоя
	расширение элементов чашечно-лоханочного комплекса
	ухудшение визуализации пирамид
29	При проведении ультразвукового исследования выявлено отсутствие левой почки в месте анатомической проекции. Контралатеральная почка без особенностей. Рекомендовано
	направите больного на экскреторную урографию
	направите больного на КТ
	направите больного на сцинтиграфию почек
	выполните ультразвуковое исследование малого таза

30	Диабетический гломерулосклероз будет характеризоваться
	увеличением объема почек и снижением эхогенности кортикального слоя
	уменьшением объема почек и повышением эхогенности кортикального слоя
	увеличением объема почек и повышением эхогенности кортикального слоя
	уменьшением объема почек и снижением эхогенности кортикального слоя
31	Объективным УЗ-признаком нефролитиаза является выявление в проекции ЧЛС образования
	0.2 - 0.3 см
	0.4 - 0.5 см
	более 0.5 см
	образование с акустической тенью
32	УЗ-признаками гидронефроза следует считать
	увеличение почек в объеме, расширение лоханки более 3,0 см, локация прилоханочного отдела мочеточника
	расширение элементов полостной системы в сочетании с истончением паренхимы
	расширение чашечек до 1,5 см и более при неизменных размерах лоханки
	расширение лоханки более 1,5 см при сохраненной паренхиме
33	Рекомендации при выявлении анэхогенного образования, расположенного в корковом слое, с четкими, ровными контурами (солитарная киста почки)
	КТ
	направить на экскреторную урографию
	направить на сцинтиграфию почек
	анализ мочи
	назначить УЗИ в динамике
34	Амилоидоз почек характеризуется следующими УЗ- признаками
	уплотнение кортикального слоя умеренно уменьшенных в размерах почек

	уплотнение кортикального слоя умеренно увеличенных в размерах почек
	наличием эхоплотных без тени включений в паренхиме увеличенных почек
	снижением подвижности почек при дыхании, уплотнением капсулы почек
35	В какой области мочевыделительной системы чаще всего фиксируется конкремент при почечной колике?
	в просвете устья мочеточника
	в просвете лоханки
	в просвете средней трети мочеточника
	в просвете уретры
	в просвете верхней трети мочеточника
36	Ориентиры для определения расположения почки
	акустическая тень от 12 ребра
	купол диафрагмы (диафрагмальная поверхность печени)
	ворота селезенки
	мочеточники
37	Почечный синус содержит
	почечная лоханка
	почечные чашечки
	ветви почечных сосудов
	лимфатические узлы
	жировая клетчатка
	пирамидки
38	Типы почечных лоханок
	интратенальная
	экстратенальная

	смешанная
	мочеточниковая
	древовидная
39	Почечные столбы – это
	часть мозгового вещества
	часть коркового вещества
	часть почечного синуса
	строма почки
40	При УЗИ в норме визуализируются
	артерии ворот
	сегментарные артерии
	междольковые артерии
	дуговые артерии
	междольковые артерии
41	Эхогенность почечной паренхимы в норме (выбрать верные утверждения)
	правая почка <input type="checkbox"/> печени
	правая почка > печени
	корковый слой <input type="checkbox"/> пирамидки
	корковый слой < пирамидки
	левая почка > селезёнки
42	Ренально-кортикальный индекс
	площадь всей паренхимы почки к площади центрального эхокомплекса
	площадь центрального эхокомплекса к площади всей почки
	площадь всей почки к площади паренхимы почки
	площадь центрального эхокомплекса к площади паренхимы почки

43	Варианты нормы строения почки
	«горбатая» почка
	фетальная дольчатость
	парапельвикальная киста
	удвоение почки
44	Нефроптоз – это:
	смещение почки при глубоком вдохе на 2см
	смещение почки при глубоком вдохе на одно тело позвонка
	смещение почки на 1 см в вертикальном положении
	смещение почки более, чем на 2 см в вертикальном положении
45	При гипоплазии почки наблюдается
	уменьшение в размерах всей почки
	изменения структуры почки
	деформация почечного синуса
	отсутствие кортико-медулярной дифференцировки
46	УЗ-признаки медулярной почки
	повышение эхогенности паренхимы почки
	повышение эхогенности мозгового вещества почки
	повышение эхогенности коркового вещества почки
	акустические тени от уплотненных элементов почки
47	Парапельвикальная киста
	расположена в воротах почки
	имеет связь с ЧЛС почки
	не имеет связи ЧЛС почки

	расположена в паренхиме почки
	может имитировать гидронефроз
48	Возможные осложнения кист
	нагноение
	малигнизация
	диссеминация
	внутреннее кровотечение
	увеличение в размерах
49	Кисты, требующие наблюдения (по классификации Bosniak)
	I категория
	II категория
	III категория
	IV категория
1	Эхо-кардиография
1	Митральный клапан имеет
	три створки (передняя, задняя, латеральная)
	две створки (передняя, задняя)
	две створки (верхняя и нижняя)
	четыре створки (передняя правая, передняя левая, задняя правая, задняя левая)
2	Аортальный клапан имеет
	две створки (правая коронарная, левая коронарная)
	три створки (правая коронарная, левая коронарная, некоронарная)
	три створки (латеральная, медиальная, правая коронарная)
	две створки (правая коронарная, некоронарная)
3	Трикуспидальный клапан имеет

	три створки (передняя, задняя, септальная)
	три створки (передняя, задняя, медиальная)
	три створки (передняя, медиальная, латеральная)
	три створки (медиальная, латеральная, передняя)
4	Клапан легочной артерии имеет
	три створки (передняя, задняя, правая)
	три створки (правая, левая, задняя)
	две створки (правая и левая)
	две створки (передняя, задняя)
5	Кровоток через атриовентрикулярные клапаны имеет
	два пика (систолический, диастолический)
	три пика (систолический, диастолический, ретроградный)
	два пика (ранний диастолический, систола предсердий)
	четыре пика (ранний диастолический, поздний диастолический, ранний систолический, поздний систолический)
6	Кровоток через клапаны выносящих трактов левого и правого желудочков имеет
	один пик
	два пика
	двухфазный тип
	трехфазный тип
7	Ударный объем (УО)
	левого желудочка больше, чем правого
	правого желудочка больше, чем левого
	правого желудочка равен уо левого желудочка
8	Время изоволюмического сокращения

	составная часть систолы желудочков
	составная часть систолы предсердий
	составная часть диастолы желудочков
	составная часть диастолы предсердий
9	Время изоволюмического расслабления
	составная часть систолы желудочков
	составная часть систолы предсердий
	составная часть диастолы желудочков
	составная часть диастолы предсердий
10	Короткая ось на уровне митрального клапана определяется
	в парастеральной позиции
	в супрастеральной позиции
	в апикальной позиции
	в абдоминальной позиции
11	Длинная ось левого желудочка лоцируется
	в парастеральной позиции
	в супрастеральной позиции
	в правой парастеральной позиции
	в абдоминальной позиции
12	Четырёхкамерная позиция определяется
	в парастеральной позиции
	в супрастеральной позиции
	в апикальной позиции
	в абдоминальной позиции

13	Пятикамерная позиция определяется
	в парастернальной позиции
	в супрастернальной позиции
	в апикальной позиции
	в абдоминальной позиции
14	Длинная ось нижней полой вены лоцируется
	в парастернальной позиции
	в супрастернальной позиции
	в апикальной позиции
	в субкостальной позиции
15	Супрастернальный доступ позволяет оценить
	строение аортального клапана
	строение клапана легочной артерии
	состояние дуги аорты
	состояние правого предсердия
16	Трансторакальная эхокардиография проводится в положении пациента
	стоя
	лежа
	сидя
17	Модераторный пучок критерий принадлежности к
	левому желудочку
	правому желудочку
	левому предсердию
	правому предсердию

18	Поток на митральном клапане оптимально лоцируется из доступа
	парастернального длинная ось левого желудочка
	парастернальная короткая ось на уровне аортального клапана
	апикального четырёхкамерного доступа
	супрастернального
19	Поток на аортальном клапане оптимально лоцируется из доступа
	парастернального длинная ось левого желудочка
	парастернальная короткая ось на уровне аортального клапана
	апикального пятикамерного доступа
	супрастернального
20	Поток на клапане лёгочной артерии оптимально лоцируется из доступа
	парастернального длинная ось левого желудочка
	парастернальная короткая ось на уровне аортального клапана
	апикального пятикамерного
	супрастернального
21	Оценка колабирования нижней полой вены проводится из доступа
	парастернального длинная ось левого желудочка
	парастернальная короткая ось на уровне аортального клапана
	апикального пятикамерного
	субкостального
22	Дискинезия стенки сердца это выпячивание
	кнаружи в систолу
	кнаружи в систолу и в диастолу
	кнаружи в диастолу
	внутри в систолу

	внутри в диастолу
23	Для оценки систолической функции левого желудочка в М-режиме используется
	расчет объема желудочка по формуле Teichgolz
	формула площадь-длина (формула Бьюлита)
	формула площадь-длина (уравнение Simpson)
	формула дисков
24	Для оценки систолической функции левого желудочка в В-режиме используется
	расчет объема левого желудочка
	расчет ударного объема ЛЖ
	расчет скорости нарастания давления в ЛЖ в начале систолы (dP/dt)
	расчет по скорости систолического смещения левого фиброзного кольца
25	Для оценки диастолической функции ЛЖ проводится исследование
	транстрикуспидальный диастолический поток
	трансмитральный диастолический поток
	трансаортальный систолический поток
	систолический поток через клапан легочной артерии
26	Для оценки диастолической функции ПЖ проводится исследование
	транстрикуспидальный диастолический поток
	трансмитральный диастолический поток
	трансаортальный систолический поток
	систолический поток через клапан легочной артерии
27	Для незначительного пролапса митрального клапана характерно
	провисание одной или двух створок мк в одной из проекций на 3-6 мм
	провисание одной или двух створок мк в двух перпендикулярных проекциях на 1- 2 мм

	провисание одной или двух створок мк в двух перпендикулярных проекциях на 3-6 мм
	провисание одной или двух створок мк в одной из проекций на 1-2 мм
28	Для умеренного пролапса митрального клапана характерно
	провисание одной или двух створок мк в одной из проекций на 3-6 мм
	провисание одной или двух створок мк в двух перпендикулярных проекциях на 6-9 мм
	провисание одной или двух створок мк в двух перпендикулярных проекциях на 3-6 мм
	провисание одной или двух створок мк в одной из проекций на 6-9мм
29	Для умеренной степени митральной недостаточности по процентному соотношению площади струи и площади левого предсердия характерно
	<20%
	20-40%
	40-80%
	>80%
30	Для митрального стеноза характерно
	истончение створок мк
	движение створок мк в противофазе
	однонаправленное движение створок мк
	увеличение площади митрального клапана
31	Эхо-признаки стеноза митрального клапана при исследовании в импульсно-волновом доплеровском режиме
	увеличение скорости трансмитрального диастолического потока
	движение створок мк в противофазе
	однонаправленное движение створок мк
	увеличение скорости трансмитрального систолического потока
32	Наилучшая позиция для выявления аортальной регургитации

	апикальная двухкамерная
	парастернальная длинная ось левого желудочка
	парастернальная, короткая ось на уровне аортального клапана
	апикальная пятикамерная позиция
33	При стенозе аортального клапана, какой из методов часто сложно выполним
	цветовой доплеровский режим
	планиметрический расчет площади аортального отверстия
	расчет площади аортального отверстия с помощью уравнения горлина
	расчет площади аортального отверстия с использованием уравнения непрерывности потока
34	Для легочной гипертензии характерно
	дилатация правых отделов сердца
	истончение стенки правого желудочка
	систолический поток в выносящем тракте правого желудочка становится равнобедренным
	НПВ не расширена
35	Вариант сократимости, при котором все участки миокарда в систолу равномерно сокращаются
	дискинез
	акинез
	гипокинез
	нормокинез
36	Вариант сократимости, при котором один или несколько сегментов имеет меньшее утолщение в систолу
	дискинез
	акинез
	гипокинез
	нормокинез

37	Вариант сократимости, при котором имеется парадоксальное движение участка миокарда в систолу
	дискинез
	акинез
	гипокинез
	нормокинез
38	Диастолическую функцию правого и левого желудочка оценивают в
	парастернальной позиции
	субкостальной позиции
	супрастернальной позиции
	апикальной позиции
39	УЗ-признаки ИБС без предшествующего инфаркта
	нарушение диастолической функции по рестриктивному типу
	зон нарушений локальной сократимости отсутствуют
	наличие дискинеза
	резкое снижение систолической функции миокарда лж
40	Патогномоничным признаком аортальной недостаточности в М-режиме является
	двунаправленное движение створок мк
	диастолическое дрожание передней створки мк
	снижение скорости раннего диастолического прикрытия передней створки мк
	ретроградный кровоток в нисходящей аорте
41	Для аортального стеноза важно оценить
	нижнюю полую вену
	кровоток на клапане легочной артерии
	максимальный и средний градиент между левым желудочком и аортой

	полость левого предсердия
42	Для оценки степени митрального стеноза важно
	площадь митрального отверстия
	состояние систолической функции левого желудочка
	состояние диастолической функции левого желудочка
43	При снижении общей сократительной способности характерно
	расширение правых отделов сердца
	снижение фракции выброса левого желудочка
	диастолическая дисфункция по ii типу
	недостаточность митрального клапана
44	Оценка сократительной способности левого желудочка в М-режиме проводится с помощью
	формулы Тейхольца
	паланиметрическим методом
	методом Симпсона
45	Исследование кровотока в легочной артерии проводится из
	апикального 4-х камерного сечения
	парастерального продольного сечения
	парастерального поперечного сечения на уровне аорты
46	Расслаивающая аневризма восходящего отдела аорты может быть заподозрена на основании
	митральной регургитации
	участка отслойки интимы аорты
	кальциноза стенок аорты
47	Измерения правого предсердия проводят в
	апикальном 4-х камерном доступе

	парастернальном продольном доступе
	парастернальном поперечном доступе на уровне папиллярных мышц
	супрастернальном доступе
48	Клапан легочной артерии определяется в
	апикальной четырехкамерной позиции
	парастернальной поперечной позиции на уровне папиллярных мышц
	парастернальной поперечной позиции на уровне аорты
	апикальной двухкамерной позиции
49	В парастернальном продольном сечении ближе всего к датчику располагается
	верхушка сердца
	передняя стенка правого желудочка
	створки митрального клапана
	корень аорты
50	Исследование сердца у взрослого пациента обычно начинают
	из правой парастернальной области
	из левой парастернальной области
	из верхушечной области
	из надгрудинной области
51	Дискинезия стенки сердца это выпячивание
	кнаружи в систолу
	кнаружи в систолу и в диастолу
	кнаружи в диастолу
	внутри в систолу
	внутри в диастолу

52	Ультразвуковой луч при ЧП ЭХОКГ перпендикулярен проекции
	митрального клапана
	аортального клапана
	трикуспидального клапана
	клапана легочной артерии
53	ЧП ЭХОКГ имеет преимущества в сравнении с трансторакальной ЭХОКГ при визуализации следующих отделов грудной аорты
	проксимального отдела восходящей аорты
	дуги аорты
	нисходящей аорты
54	У пациентов после коронарной ангиопластики
	систолическая деформация снижена, а постсистолическая –повышена
	систолическая деформация повышена, а постсистолическая –снижена
	систолическая деформация и постсистолическая снижена
	систолическая и постсистолическая деформация повышены
55	Можно ли использовать локальную деформацию миокарда и её скорость как маркёр острой ишемии:
	да
	нет
	не во всех случаях
56	Одним из характерных признаков синдрома Дресслера является
	утолщение листков перикарда
	ДМЖП
	незначительная митральная недостаточность
	перегрузка правых камер

57	Что можно ожидать увидеть при ИМ с подъёмом сегмента ST при эхокардиографии?
	акинезию миокарда
	дискинезию миокарда
	отсутствие нарушения сократимости миокарда
58	Что можно заподозрить, если при эхокардиографии выявлена куполообразная верхушка?
	ОИМ МЖП
	ОИМ ПСЛЖ
	ОИМ верхушки
	ОИМ БСЛЖ
59	Где наиболее часто локализуется разрыв межжелудочковой перегородки при переднем инфаркте?
	в области передней папиллярной мышцы
	в области задней папиллярной мышцы
	в области верхушки
	в области среднего сегмента МЖП
60	Где наиболее часто локализуется разрыв межжелудочковой перегородки при заднем инфаркте миокарда?
	в области апикального сегмента МЖП
	в области задней папиллярной мышцы
	в области передней папиллярной мышцы
	в области верхушки
61	Через какое время после реперфузии следует провести повторную эхокардиографию, чтобы судить о стойкой систолической дисфункции левого желудочка?
	спустя неделю после ОИМ,
	спустя 12 часов после ОИМ
	спустя 3 дня после ОИМ

	спустя 2 недели после ОИМ
62	Что целесообразно сделать при подозрении на развитие тампонады сердца?
	уменьшить скорость записи при регистрации трансмитрального доплеровского потока,
	уменьшить скорость записи при регистрации транстрикуспидального доплеровского потока,
63	Наиболее частой причиной тяжёлой митральной недостаточности, как осложнение ОИМ, является повреждение
	переднелатеральной папиллярной мышцы
	заднемедиальной папиллярной мышцы
	папиллярные мышцы не повреждены
	переднелатеральной и заднемедиальной папиллярных мышц
64	Куда направлена струя митральной регургитации при поражении задней створки митрального клапана
	в сторону заднелатеральной стенки левого предсердия,
	в сторону свода левого предсердия
	в сторону межпредсердной перегородки
	под створками митрального клапана
65	При выявлении признаков динамической обструкции выходного тракта ЛЖ (как редкое осложнение ОИМ), ОИМ какой локализации следует предполагать
	задний ОИМ
	передний ОИМ
	нижний ОИМ
	ОИМ правого желудочка
66	Выберите правила выведения парастернальной позиции по короткой оси
	полость ЛЖ округлой формы
	хорошо видны створки МК

	отсутствие на изображении папиллярных мышц
	датчик над верхушкой ЛЖ
	максимальный просвет полости ЛЖ
67	Площадь ПП в норме не превышает, см <sup>2</sup>
	28
	24
	36
	16
	52
68	Двухмерное серошкальное изображение в ультразвуковом приборе представлено в
	В-режиме
	3D-режиме
	ЦДК
	М-режиме
	тканевом миокардиальном доплере
69	Какой тип ремоделирования левого желудочка при индексе массы миокарда левого желудочка равном $\leq 115$ г/м <sup>2</sup> и индексе относительной толщины стенок равном $\leq 0.42$ у мужчин?
	норма
	концентрическая гипертрофия
	эксцентрическая гипертрофия
	концентрическое ремоделирование
	апикальная гипертрофия
70	Какой тип ремоделирования левого желудочка при индексе массы миокарда левого желудочка равном $>115$ г/м <sup>2</sup> и индексе относительной толщины стенок равном $\leq 0.42$ у мужчин
	норма

	концентрическая гипертрофия
	эксцентрическая гипертрофия
	концентрическое ремоделирование
	апикальная гипертрофия
71	Необходимые условия для подтверждения качества работы ЭхоКГ лаборатории
	необходимое число исследований
	чтение рекомендаций
	соблюдение времени проведения исследования
	проведение аттестации
	наличие современного оборудования
72	Время проведения стандартной трансторакальной ЭхоКГ с записью на носитель, дополнительной обработкой, заполнением протокола опубликованные в European Journal of Echocardiography в 2008 г, мин
	20
	40
	60
	50
	30
73	Нормальные значения фракции выброса для мужчин, измеряемые в В –режиме, в %
	50-70
	52-72
	50-60
	54-82
	55-65
74	При каком нарушении диастолической функции ЛЖ происходит укорочение времени расслабления желудочка и расширение предсердия

	легком
	незначительном
	выраженном
	значительном
	критическом
75	Какой ультразвуковой доступ традиционно используется для оценки сердца из позиции длинная ось левого желудочка?
	супрастернальный
	левый парастернальный
	правый парастернальный
	апикальный
	субкостальный
76	Тип кровотока при $E < A$
	норма
	замедленная релаксация
	обструкция
	рестрикция
	псевдонормализация
77	Методы, используемые для количественной оценки ЛЖ
	биплановый метод Симпсона
	«площадь-длина»
	линейные показатели в М-режиме
	метод усеченной пирамиды
	метод усеченного эллипсоида
78	Нормальная толщина передней стенки ПЖ, см

	до 1 см
	до 0,5 см
	более 0,5 см
	менее 1,5 см
	более 0,3 см
79	Методика измерения диаметров камер сердца
	измерения только в м-режиме в парастернальной позиции по короткой оси
	измерения только в м-режиме в парастернальной позиции по длинной оси
	измерения только в 2d-режиме
	измерения только в м-режиме в парастернальной позиции по короткой и по длинной оси
	измерения в м-режиме в парастернальной позиции по короткой и/или длинной оси. 2d-режим используется при невозможности проведения измерения в м-режиме
80	Объём ЛП в норме не превышает у женщин, мл
	62
	52
	42
	48
	58
81	Объём ЛП в норме не превышает у мужчин, мл
	65
	75
	55
	58
	68
1	Ангиология
1	На чем основан Эффект Доплера?

	изменении скорости движения частиц
	изменении глубины сканирования движущихся частиц
	изменении частоты ультразвуковой волны при отражении от движущегося объекта
	изменении скорости движения частиц
	изменении направления движения частиц
2	В норме в сосудах при доплерографии регистрируется течение потока
	ламинарное
	турбулентное
	ламинарное и турбулентное
3	Каким спектром доплеровского сдвига частот характеризуется ламинарное течение ?
	большой шириной, что соответствует большому разбросу скоростей в опрашиваемом объеме
	малой шириной, что соответствует небольшому разбросу скоростей в опрашиваемом объеме
	наличием высоких скоростей
	закрытым спектральным окном
4	Каким спектром доплеровского сдвига частот характеризуется турбулентное течение?
	большой шириной, что соответствует большому разбросу скоростей в опрашиваемом объеме
	малой шириной, что соответствует небольшому разбросу скоростей в опрашиваемом объеме
	наличием высоких скоростей
	закрытым спектральным окном
5	Что определяет угол «альфа»?
	угол между стенкой сосуда и сканирующей плоскостью датчика
	угол между вектором ультразвукового луча передней стенкой сосуда
	угол между вектором ультразвукового луча и вектором скорости движущихся частиц

	угол между вектором ультразвукового луча и задней стенкой сосуда
	угол между вектором ультразвукового луча произвольно выбранной стенкой сосуда
6	Допустимый интервал величины угла альфа
	10-30°
	45-90°
	0-60°
	0-30°
	0-90°
7	Какую часть внутреннего просвета сосуда должен занимать контрольный объем?
	1/3
	1/2
	1/4
	2/3
	1/5
8	Что отражает режим цветового доплеровского картирования (ЦДК)?
	факт движения крови в сосуде
	направление движения частиц
	скорость движения частиц
	направление и скорость движения частиц
	энергию движущихся частиц
9	Что отражает режим «Энергетического» доплеровского картирования (ЭДК)?
	факт движения крови в сосуде
	направление движения частиц
	скорость движения частиц
	направление и скорость движения частиц

	энергию движущихся частиц
10	Дуплексное сканирование это сочетание каких режимов
	ЭДК-режима и В-режима
	В-режима и ЦДК
	М-режима и ЦДК
	В-режима и УЗ доплерографии
	УЗ-доплерографии и ЦДК
11	Триплексное сканирование - это сочетание каких режимов
	М-режима, В-режима и ЦДК
	УЗ доплерографии, В-режима и ЦДК
	УЗ доплерографии, М-режима и ЦДК
	М-режима, В-режима и УЗ доплерографии
	ЭДК-режима, УЗ-доплерографии и ЦДК
12	Турбулентный поток регистрируется в участке сосуда с
	сужением более 30% просвета
	сужением более 40% просвета
	сужением более 50% просвета
	сужением более 60% просвета
13	Аорта и магистральные артерии обладают
	самой большой растяжимостью и низкой эластичностью
	способностью преобразовывать пульсирующий кровоток в более равномерный и плавный
	способностью влиять на общее периферическое сопротивление
	способностью увеличивать объемную скорость кровотока
14	Сосуды сопротивления обладают

	способностью преобразовывать пульсирующий кровоток в более равномерный и плавный
	самой большой растяжимостью и низкой эластичностью
	способностью влиять на общее периферическое сопротивление
	способностью увеличивать объемную скорость кровотока
15	Сосуды шунты обеспечивают
	сброс крови из вен в артерии минуя капилляры
	сброс крови из артерии в вены минуя капилляры
	сброс крови из артерии в вены через капилляры
	сброс крови из вен в артерии через капилляры
16	Пиковая систолическая скорость кровотока
	количество крови, протекающее через поперечное сечение сосуда за единицу времени
	максимальная скорость кровотока в систолу
	максимальная скорость кровотока в конце диастолы
	результат усреднения скоростных составляющих огибающей доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов
	результат усреднения всех составляющих доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов
17	Конечная диастолическая скорость кровотока
	количество крови, протекающее через поперечное сечение сосуда за единицу времени
	максимальная скорость кровотока в систолу
	максимальная скорость кровотока в конце диастолы
	результат усреднения скоростных составляющих огибающей доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов
	результат усреднения всех составляющих доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов
18	Усредненная по времени максимальная скорость кровотока
	количество крови, протекающее через поперечное сечение сосуда за единицу времени

	максимальная скорость кровотока в систолу
	максимальная скорость кровотока в конце диастолы
	результат усреднения скоростных составляющих огибающей доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов
	результат усреднения всех составляющих доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов
19	Усредненная по времени средняя скорость кровотока
	количество крови, протекающее через поперечное сечение сосуда за единицу времени
	максимальная скорость кровотока в систолу
	максимальная скорость кровотока в конце диастолы
	результат усреднения скоростных составляющих огибающей доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов
	результат усреднения всех составляющих доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов
20	Объемная скорость кровотока
	количество крови, протекающее через поперечное сечение сосуда за единицу времени
	максимальная скорость кровотока в систолу
	максимальная скорость кровотока в конце диастолы
	результат усреднения скоростных составляющих огибающей доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов
	результат усреднения всех составляющих доплеровского спектра за один или несколько сердечных циклов
21	Первая ветвь внутренней сонной артерии на интракраниальном уровне - это
	передняя соединительная артерия
	глазничная артерия
	поверхностная височная артерия
	передняя мозговая артерия
	средняя мозговая артерия

22	Правая и левая позвоночные артерии сливаются в основную артерию
	верхнюю мозжечковую артерию
	нижнюю мозжечковую артерию
23	Позвоночная артерия в норме отходит от подключичной артерии
	плечевого ствола
	дуги аорты
	общей сонной артерии
24	Классическое строение артерий Виллизиева круга
	2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 2 передние соединительные артерии, 1 задняя соединительная артерия
	2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 1 передняя соединительная артерия, 2 задние соединительные артерии
	2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 2 передние соединительные артерии, 2 задние соединительные артерии
	1 передняя мозговая артерия, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 1 передняя соединительная артерия, 2 задние соединительные артерии
25	В норме внутренняя сонная артерия участвует в кровоснабжении
	кожи лица и шеи
	головного мозга
	внутреннего уха
	глаза
26	В норме в кровоснабжении артерий нижней конечности принимает участие
	общая подвздошная артерия
	внутренняя подвздошная артерия
	наружная подвздошная артерия

27	Подколенная артерия является продолжением
	общей артерии бедра
	глубокой бедренной артерии
	поверхностной бедренной артерии
	малоберцовой артерии
28	Большая подкожная вена впадает в
	общую бедренную вену
	глубокую бедренную вену
	бедренную вену
	подколенную вену
29	В большинстве случаев источником тромбоэмболии легочных артерий является
	заболевания сердца
	система верхней полой вены
	система нижней полой вены
	система воротной вены
30	При атеросклерозе чаще поражается
	наружная сонная артерия
	общая сонная артерия
	внутренняя сонная артерия
	позвоночная артерия
	подключичная артерия
31	В норме данным транскраниального исследования направление кровотока к датчику
	в средней мозговой артерии
	в передней мозговой артерии

	задней мозговой артерии сегменте p1
	задней мозговой артерии сегменте p2
	глазничной артерии
32	В норме данным транскраниального исследования направление кровотока от датчика
	в средней мозговой артерии
	в передней мозговой артерии
	задней мозговой артерии сегменте p1
	задней мозговой артерии сегменте p2
	глазничной артерии
33	Величина гидродинамического сопротивления кровеносной системы зависит от
	вязкости крови
	силы трения
	диаметра сосуда
	длины сосуда
34	Гемодинамическая значимость стеноза артерии определяется
	степенью развития коллатералей
	степенью стеноза
	величиной дистального перфузионного давления
	величиной сердечного выброса
35	В норме устье правой почечной артерии расположено
	выше места отхождения левой почечной артерии
	ниже места отхождения левой почечной артерии
	на одном уровне
	расположение варьиабильно
36	При ангиодисплазии (макрофистулезная форма) конечная диастолическая скорость

	кровотока
	остаётся в пределах нормы
	увеличивается
	уменьшается
37	Определите артерии с низким периферическим сопротивлением
	подключичная артерия
	общая сонная артерия
	внутренняя сонная артерия
	позвоночная артерия
	аорта
38	Определите артерии с высоким периферическим сопротивлением
	подключичная артерия
	общая сонная артерия
	внутренняя сонная артерия
	позвоночная артерия
	аорта
39	Стандартный участок для измерения толщины комплекса интима-медиа сонных артерий?
	задняя стенка внутренней сонной артерии, на протяжении 1,0-1.5 см от устья
	передняя стенка общей сонной артерии, на протяжении 0,5-1.0 см от бифуркации
	задняя стенка общей сонной артерии, на протяжении 1,5-1.0 см от бифуркации
	передняя стенка внутренней сонной артерии, на протяжении 1,0-1.5 см от устья
40	Толщина комплекса интима-медиа в норме не должна превышать
	0,8 мм
	0.9 мм
	1.0 мм

	1.1 мм
	1.2 мм
41	Какая асимметрия Пиковой систолической скорости кровотока в сонных артериях является патологической?
	более 10%
	более 20%
	более 30%
	более 40%
42	Какая степень стеноза сонных артерий вызывает изменения локальных параметров кровотока
	более 30%
	более 40%
	более 50%
	более 60%
	более 70%
43	Как меняется пиковая систолическая скорость кровотока ( $V_{ps}$ ) в зоне максимально выраженных стенотических изменений при стенозах высокой степени?
	не изменяется
	снижается
	повышается
44	Как меняется пиковая систолическая скорость кровотока ( $V_{ps}$ ) в постстенотической зоне при стенозах артерии высокой степени?
	не изменяется
	снижается
	повышается
45	Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания («стил-синдром») развивается вследствие каких изменений

	стеноза брахиоцефального ствола стеноза более 80% по диаметру или окклюзии
	стеноза подключичной артерии более 50% по диаметру или окклюзии
	стеноза общей сонной артерии более 60% по диаметру или окклюзии
	стеноза позвоночной артерии более 70% по диаметру или окклюзии
46	Полный (постоянный) стил-синдром определяется при какой степени стеноза подключичной артерии проксимальнее места отхождения позвоночной артерии
	50-60%
	60-90%
	90%-95%
47	Переходный (непостоянный) стил-синдром определяется при степени стеноза подключичной артерии проксимальнее места отхождения позвоночной артерии
	50-60%
	60-90%
	90%-95%
	окклюзии
48	Направление кровотока в позвоночной артерии при полном позвоночно-подключичном синдроме обкрадывания
	антеградное
	ретроградное
	не меняется
49	Патологический вазоспазм характеризуется какими изменениями параметров мозгового кровотока в артериях Виллизиева круга
	повышением пиковой систолической скорости и повышением индексов периферического сосудистого сопротивления
	снижением пиковой систолической скорости и повышением индексов периферического сосудистого сопротивления
	повышением пиковой систолической скорости и снижением индексов сосудистого периферического сопротивления
	снижением пиковой систолической скорости и снижением индексов сосудистого

	периферического сопротивления
50	Какие венозные структуры относятся к глубокой системе вен мозга
	позвоночная вена
	вена галена
	верхний сагиттальный синус
	прямой синус
51	На какие основные ветви интракраниально делится Внутренняя сонная артерия?
	средняя мозговая артерия и задняя мозговая артерия
	средняя мозговая артерия и передняя мозговая артерия
	передняя мозговая артерию и задняя мозговая артерия
	передняя мозговая артерия и глазничная артерия
52	Какие атеросклеротические бляшки являются клинически наиболее неблагоприятными?
	гиперэхогенные с ровным контуром
	гипоэхогенные с неровным контуром
	гетерогенные с ровным контуром
	гиперэхогенные с неровным контуром
53	Основными причинами приобретенных деформаций экстракраниальных сосудов являются
	артериальная гипертензия
	артериальная гипотензия
	остеохондроз шейного отдела позвоночника
	атеросклероз
	стил- синдром
54	При определении степени стеноза по площади поперечного сечения сосуда, какой процентный интервал должен быть указан при формировании УЗ заключения
	1-2%

	1-3%
	1-5%
	1-10%
55	Какие изменения Доплеровской кривой характерны для гемодинамически значимого стеноза интракраниальных артерий?
	повышение пиковой систолической скорости (vps) проксимальнее зоны стеноза
	повышение vps дистальнее зоны стеноза
	снижение vps в зоне максимального стеноза
	снижение vps дистальнее зоны стеноза
	повышение пиковой систолической скорости (vps) в зоне стеноза
56	Вазоспазм легкой степени в средней мозговой артерии характеризуется повышением пиковой систолической скорости более
	более 100 см/сек
	более 120 см/сек
	более 130 см/сек
	более 140 см/сек
57	Задняя соединительная артерия является ветвью какого сосуда
	задней мозговой артерии
	средней мозговой артерии
	внутренней сонной артерии
	передней мозговой артерии
58	Какая артерия относится к каротидному бассейну?
	передняя мозговая артерия
	задняя соединительная артерия
	задняя мозговая артерия
	основная артерия

59	Какие отличительные признаки имеют Внутренняя и Наружная сонные артерии?
	диаметр ВСА больше диаметра НСА, ВСА имеет ветви
	диаметр НСА больше диаметра ВСА, ВСА имеет ветви
	диаметр ВСА больше диаметра НСА, НСА имеет ветви
	диаметр НСА больше диаметра ВСА, НСА имеет ветви
60	Направление кровотока в позвоночной артерии при переходном синдроме позвоночно-подключичного обкрадывания
	антеградное
	ретроградное
	анте-ретроградное
	не меняется
61	Гипоплазия позвоночной артерии определяется при ее диаметре
	менее 2,7 мм
	менее 2,5 мм
	менее 2,0 мм
	менее 1,8 мм
62	Гипоплазия внутренней сонной артерии определяется при ее диаметре
	менее 4,0 мм
	менее 3,5 мм
	менее 3,0 мм
	менее 2,5 мм
63	Какие венозные структуры относятся к поверхностной системе вен мозга?
	вена Галена
	верхний сагиттальный синус
	прямой синус

	вена Розенталя
64	Признаками патологической извитости являются?
	наличие локального ускорения в месте максимальной деформации
	отсутствие локального ускорения в месте максимальной деформации
	наличие перфузионного дефицита дистальнее места максимальной деформации
	снижение скорости кровотока в месте максимальной деформации
65	На каком уровне позвоночная артерия входит в канал поперечных отростков в норме?
	на уровне С3
	на уровне С4
	на уровне С5
	на уровне С6
66	Скорость во внутренней яремной и позвоночных венах как измеряется?
	по максимальному пику, средняя за несколько циклов
	по минимальному пику, средняя за несколько циклов
	по максимальному пику, на выдохе
	по максимальному пику, на выдохе
67	Наиболее низкий индекс резистентности имеет какая из перечисленных артерий?
	общая сонная артерия
	наружная сонная артерия
	внутренняя сонная артерия
	общая и внутренняя сонная артерия
68	Индекс периферического сопротивления (RI- resistive index) характеризует
	сопротивление в сосуде в месте его измерения
	сопротивление в сосуде дистальнее места его измерения

	сопротивление в сосуде на всем его протяжении
	сопротивление в сосуде проксимальнее места его измерения
69	Индекс пульсации (PI- pulsatility index) характеризует
	сопротивление в сосуде в месте его измерения
	сопротивление в сосуде дистальнее места его измерения
	сопротивление в сосуде на всем его протяжении
	сопротивление в сосуде проксимальнее места его измерения
70	Вазоспазм – осложнение какой из перечисленных патологических ситуаций?
	ишемического инсульта
	геморрагического инсульта
	разрыва аневризмы интракраниальной артерии
	атеросклероза интракраниальной артерии
1	Молочная железа
1	В какой период менструального цикла рекомендуется проводить УЗИ?
	5-10 день менструального цикла
	10-20 день менструального цикла
	в середине цикла
	перед менструацией
	в любой период
2	Как изменяются результаты ультразвуковой диагностики при возрастной инволюции молочных желез?
	улучшаются
	ухудшаются
	не изменяются
3	Какие методы исследования используются в диагностике заболеваний молочных желез?

	УЗИ
	рентгеновская маммография
	ПЭТ
	РКТ
	МРТ
4	В каких ситуациях отмечается расширение протоков молочных желез
	в первую фазу менструального цикла
	во вторую фазу менструального цикла
	при инволюции
	при лактации
	при внутрипротоковых папилломах
5	При каких состояниях может отмечаться утолщение кожи молочной железы?
	при беременности
	при отечно-инфильтративном раке молочной железы
	при мастите
	никогда не отмечается
6	У женщин с 40 лет исследование молочных желез следует начинать
	с УЗИ
	с рентгеновской маммографии
	с ПЭТ
	с РКТ
	с МРТ
7	Какие группы лимфатических узлов чаще всего поражаются при раке молочных желез?
	подчелюстные
	шейные

	надключичные
	паратрахеальные
	подмышечные
8	Количество жировой ткани в молочной железе с возрастом
	увеличивается
	уменьшается
	остаётся прежним
9	Молочная железа осматривается при ультразвуковом исследовании
	от соска к периферии по квадрантам
	вдоль и поперек желез
	круговыми движениями
10	В молочных железах определяются множественные мелкие кисты. Это характерно для
	злокачественного процесса
	фиброзно-кистозной мастопатии
	иволютивных изменений
	мастита
11	Классификация BI-RADS предназначена для
	оценки молочной железы при мастите
	оценки молочной железы при травме
	оценки выявленных образований в молочных железах
	оценки молочной железы при лактации
12	Какой признак не характерен для простой кисты?
	четкие, ровные контуры
	гиперваскулярный внутрикистозный компонент

	однородное содержимое
	боковые тени
13	Какие зоны лимфооттока молочной железы плохо доступны при УЗИ?
	надключичные
	подключичные
	подмышечные
	парастернальные
14	Для доброкачественных образований молочных желез более всего характерны
	неровные, нечеткие контуры
	неровные, четкие контуры
	ровные, четкие контуры
	ровные, нечеткие контуры
15	При ультразвуковом исследовании липома имеет следующее строение
	образование гипоехогенной структуры
	образование гиперэхогенной структуры
	образование смешанной структуры
	образование кистозно-солидной структуры
16	При каких состояниях отмечается диффузное усиление сосудистого рисунка ткани молочной железы?
	фиброзно-кистозная мастопатия
	беременность
	возрастная инволюция
	лактация
	первая фаза цикла
17	Звездчатая форма образования в молочной железе с нечеткими контурами и неоднородной

	эхоструктурой характерна для
	фиброзно-кистозной мастопатии
	фиброаденомы
	рака молочной железы
	кисты
18	Для какой категории BI-RADS необходима пункционная биопсия?
	BI-RADS -1
	BI-RADS -2
	BI-RADS -3
	BI-RADS -4
	BI-RADS -5
19	Солидные пристеночные разрастания в кисте могут соответствовать
	кровоизлиянию в кисте
	папиллярному раку
	воспалительным сгусткам
1	Педиатрия
1	Наиболее частой причиной развития врожденной гидроцефалии служит:
	стеноз на уровне Сильвиева водопровода
	субарахноидальные кровоизлияния
	внутрижелудочковые кровоизлияния
	внутриутробная инфекция
2	Выявление гиперэхогенной структуры в верхних отделах каудоталамической борозды указывает на
	субэпендимальное кровоизлияние
	внутрижелудочковое кровоизлияние
	субарахноидальное кровоизлияние

	кровоизлияние в вещество мозга
3	Во фронтальной плоскости сканирования хвостатые ядра представляют гипоэхогенные структуры, образующие
	нижне-латеральный контур передних рогов боковых желудочков
	боковые стенки третьего желудочка;
	верхне-медиальный контур передних рогов боковых желудочков
	боковые стенки полости прозрачной перегородки
4	В аксиальной плоскости величина третьего желудочка мозга составляет
	3-4 мм
	4-5 мм
	5-6 мм
	6-7 мм
5	Наиболее частым видом внутримозговых кровоизлияний у доношенных новорожденных являются
	субарахноидальные кровоизлияния
	внутрижелудочковые кровоизлияния
	внутримозговые кровоизлияния
	субэпендимальные кровоизлияния
6	При каком внутричерепном кровоизлиянии наиболее часто отмечается усиление эхогенности борозд и извилин мозга?
	субарахноидальном кровоизлиянии
	интравентрикулярном кровоизлиянии
	субэпендимальном кровоизлиянии
	субдуральном кровоизлиянии
7	Наиболее частой локализацией перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенных новорожденных является

	белое вещество вокруг боковых желудочков
	серое вещество вокруг боковых желудочков
	область третьего желудочка
	перивентрикулярные отделы четвертого желудочка
8	Стандартная частота датчика для проведения нейросонографии у оворужденных составляет
	5-7.5 МГц
	2.4-3.5МГц
	7.5-10 МГц;
	10-16 МГц;
9	Проведение стандартной нейросонографии начинается с области
	переднего родничка
	заднего родничка
	передне-бокового родничка
	задне-бокового родничка
10	Дилатация желудочковой системы после внутрижелудочкового кровоизлияния наиболее часто развивается на
	5-7 день
	первый день
	первый месяц
	2-3 месяц
11	При развитии гидроцефалии первым в области бокового желудочка обычно расширяется
	задний рог
	тело желудочка
	передний рог;
	нижний рог

12	В сагиттальной плоскости сканирования вертикальный размер большой цистерны мозга у доношенных новорожденных составляет
	4-5 мм
	5-6 мм
	6-7 мм
	7-8 мм
13	Для получения аксиальной плоскости сканирования используется
	передне-боковой родничок
	передний родничок
	задний родничок
	задне-боковой родничок
14	У недоношенных детей из гипоксических повреждений наиболее часто встречается
	перивентрикулярная лейкомаляция
	субкортикальная лейкомаляция
	парасагиттальный ишемический некроз
	ишемия базальных ядер
15	Полость Верге представляет собой расширенные отделы
	задней области полости прозрачной перегородки
	передних рогов боковых желудочков
	нижних рогов боковых желудочков
	третьего желудочка
16	Гломусная часть сосудистого сплетения определяется в области
	антральной части бокового желудочка
	переднего рога боковых желудочков
	нижнего рога бокового желудочка

	тела бокового желудочка
17	Симптом веерообразного отхождения борозд от крыши третьего желудочка наиболее характерен для
	лобарной голопроэнцефалии
	агенезии мозолистого тела
	синдрома Денди-Уокера
	синдрома Арнольда-Киари 2 типа
18	У недоношенных новорожденных субэпендимальные кровоизлияния наиболее часто локализируются на уровне
	нижних рогов боковых желудочков
	сосудистых сплетений боковых желудочков
	головок хвостатых ядер
	тел боковых желудочков
19	Во фронтальной плоскости линейные размеры боковых желудочков не превышают
	2 мм
	3 мм
	4 мм
	5 мм
20	Постгеморрагическая киста, связанная с боковым желудочком носит название
	голопроэнцефалии
	порэнцефалии
	гидроцефалии
	гидроанэнцефалии
21	Нейросонография проводится детям в возрасте
	от 1 дня до 12 мес жизни

	от 1 дня до закрытия родничков
	от 1 дня до месяца жизни
	от 1 дня до 3х месяцев жизни
22	Кефалогематома за счет зеркального артефакта может эхографически симулировать
	эпидуральную гематому
	вентрикуломегалию
	менингит
	субэпендимальную гематому
23	Нейросонография при подозрении на травму головы выполняется
	обязательно через большой родничок и височную кость
	в положении ребенка стоя
	не ранее чем через 3 суток после травмы
	не проводится детям до 6 месяцев жизни
1	Тазобедренный сустав у детей
1	Ультразвуковое сканирование тазобедренных суставов у детей по методике Graf R. проводится в положении ребенка
	на животе с отведенными нижними конечностями
	на спине с приведенными нижними конечностями
	на спине с отведенными нижними конечностями
	на боку со сгибанием в тазобедренном суставе на 20-30°
	на животе с приведенными нижними конечностями
2	Угол альфа у детей раннего возраста при ультразвуковом сканировании в норме составляет
	20°
	30°
	40°
	50°

	60° и более
3	По классификации Graf R. угловые величины, угол альфа более 60°, угол бета менее 55° при ультразвуковом сканировании характерны для строения сустава
	нормального типа (1, А)
	транзиторного типа (1, Б);
	второго типа А
	второго типа Б
	третьего типа
4	Симптом “пустой ацетабулярной ямки” при ультразвуковом сканировании типичен для сустава
	нормального типа (1,А);
	транзисторного типа (1,Б);
	2 А ,Б типа
	3 А, Б типа
	4 типа
5	С целью угловой оценки тазобедренного сустава при ультразвуковом сканировании по методике Graf R. базовая линия проводится
	по основанию малой ягодичной мышцы и верхнего костного края подвздошной кости
	через наружный край вертлужной впадины и Y-образный хрящ;
	по основанию медиальной части лимбуса
	через наружные отделы костной части крыши вертлужной впадины
	через центральные отделы головки бедра параллельно костному краю подвздошной кости
6	Выявление при ультразвуковом сканировании децентрации головки бедра с развитием подвывиха характерно для сустава
	1 А,Б типа
	2 А типа
	2 Б типа

	3 А, Б типа
	4 типа
7	Эхографическим признаками мышечной кривошеи является
	веретенообразное утолщение кивательной мышцы
	отсутствие кивательной мышцы в типичном месте
	истончение кивательной мышцы
	УЗИ кивательной мышцы не информативно
1	УЗИ внутренних органов у детей
1	Индекс первого сегмента печени при ультразвуковом сканировании определяется соотношением
	толщины 1 сегмента и правой доли печени
	толщины 1 сегмента и левой доли печени
	ширины 1 сегмента и правой доли печени
	толщины 1 сегмента и суммарной толщины 1 сегмента и левой доли печени
	ширины 1 сегмента и левой доли печени
2	В норме индекс 1 сегмента печени составляет
	до 15%
	до 20%
	до 30%
	до 35%
	до 40%
3	Максимальный диаметр ствола воротной вены при ультразвуковом исследовании в норме у детей старше 12 лет достигает
	8 мм
	9 мм
	10 мм

	12 мм
	13 мм
4	Эхогенность паренхимы поджелудочной железы у новорожденного ребенка
	снижена
	повышена
	одинакова по эхогенности с паренхимой печени
	выше эхогенности паренхимы печени
	невозможно оценить
5	Выявленное при ультразвуковом исследовании расширение протока поджелудочной железы у детей чаще всего обусловлено
	патологией большого дуоденального сосочка
	патологией поджелудочной железы
	патологией общего желчного протока
	дискинезией двенадцатиперстной кишки
	патологией желудка
6	Реактивные (вторичные) изменения при ультразвуковом исследовании поджелудочной железы у детей — это
	изменения паренхимы при гастродуодените
	изменения паренхимы при дисбактериозе
	неспецифические изменения паренхимы, размеров поджелудочной железы, связанные с поражением других органов и систем и исчезающие полностью или частично при лечении основного заболевания
	изменения паренхимы при инфекционных заболеваниях
	изменения паренхимы при аллергических состояниях
7	Самая частая опухоль почки у детей — это
	метастазы при злокачественных лимфомах
	метастазы при нейробластомах

	опухоль Вильмса
	гипернефроидный рак
	самостоятельная опухоль встречается крайне редко
8	Длина почки у здорового ребенка в возрасте 1 года при ультразвуковом исследовании составляет в среднем
	40 мм
	45 мм
	48 мм
	55 мм
	62 мм
9	Визуализация пирамид в паренхиме почки у ребенка при ультразвуковом исследовании свидетельствует о
	врожденной аномалии развития
	метаболической нефропатии
	неизмененной почке
	гломерулонефрите
	системном заболевании
10	Высокоэхогенная, неоднородная щитовидная железа небольших размеров с неровными контурами у ребенка с умственной и физической отсталостью характерна для
	диффузного токсического зоба
	аутоиммунного тиреоидита
	врожденного гипотиреоза
	злокачественного поражения щитовидной железы
11	Дифференцировка надпочечника у новорожденного ребенка на мозговой и корковый слои исчезает при ультразвуковом исследовании в возрасте
	3 недель
	1 месяца

	2-6 месяцев
	1 года
	2 лет
12	Причиной исчезновения дифференцировки паренхимы надпочечника на корковый и мозговой слои является
	кровоизлияния
	системное заболевание
	гормональная неустойчивость ребенка
	частые вирусные инфекции
	естественное отложение липидов в паренхиме железы
13	Этапы нормального (физиологического) полового созревания девочки включают
	телархе – пубархе – менархе
	пубархе – менархе - телархе
	телархе- менархе – пубархе
	Последовательность проявления признаков полового созревания не имеет клинического значения
14	Аномалии развития половых органов у девочек лучше всего выявляются при ультразвуковом исследовании
	в первую фазу менструального цикла
	середине менструального цикла
	во вторую фазу менструального цикла
	вне зависимости от менструального цикла
15	Угол (разница по толщине) между телом и шейкой матки при ультразвуковом исследовании впервые появляется в возрасте
	2-7 лет
	8-9 лет
	10-11 лет

	12-13 лет
	14-15 лет
16	Соотношение длины тела матки к длине шейки в возрасте 10-11 лет при ультразвуковом исследовании составляет
	1:1
	1,5 : 1
	2 : 1
	1 : 1,5
	1 : 2
17	Первый скачок роста матки при ультразвуковом исследовании отмечается в возрасте
	8-9 лет
	10-11 лет
	12-14 лет
	15-16 лет
	16-18 лет
18	Цилиндрическая форма матки в детском возрасте соответствует
	нейтральному периоду
	пубертатному периоду
	препубертатному периоду
	проявление гипоплазии органа
19	Максимальной степенью проявления задержки полового развития при эхографии является
	рудиментарная матка
	гипоплазированная матка
	инфантильная матка
	двурогая матка

20	Синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера включает
	гипоэхогенный тяж в проекции матки и нормальные по структуре яичники
	уменьшенную по размерам матку и отсутствие изображения яичников
	нормальную по строению и форме матку и отсутствие изображения яичников
	«пустой» малый таз и отсутствие изображения яичников
21	При диффузной гиперплазии эндометрия целесообразно проводить УЗИ
	динамическое наблюдение в обе фазы цикла
	в I фазу менструального цикла
	во II фазу менструального цикла
	фаза цикла не имеет значения
22	При очаговой гиперплазии (полипе) эндометрия целесообразно проводить УЗИ
	в I фазу менструального цикла
	во II фазу менструального цикла
	динамическое наблюдение в обе фазы цикла
	фаза цикла не имеет значения
23	Яичники определяются при ультразвуковом исследовании в полости малого таза у девочек в возрасте
	2-7 лет
	8-9 лет
	10-11 лет
	12-13 лет
	14-15 лет
24	Локализация яичников в пубертатном периоде считается нормальной
	в положении у ребер матки
	высоко вне полости малого таза

	в положении у трубных углов матки
	расположение не имеет значения
25	Измерение объема яичников у девочек пубертатного возраста целесообразно проводить
	в первую фазу цикла на 5-7 день
	во вторую фазу цикла на 24-27 день
	в середине цикла
	фаза цикла не имеет значения
26	Пороки развития половых органов наиболее часто сочетаются с пороками развития
	сердечно-сосудистой системы
	центральной нервной системы
	мочевыделительной системы
	органов пищеварения
	костно-мышечной системы
27	При ультразвуковом исследовании срединное М-эхо во вторую фазу менструального цикла у подростков в среднем составляет
	5-6 мм
	7-8 мм
	8-9 мм
	10-12 мм
28	У детей из опухолей яичников наиболее часто встречаются
	гормонопродуцирующие
	фибромы
	цистаденомы
	тератобластомы
	гемангиомы

29	Муцинозная цистоаденома имеет следующие эхопризнаки
	многокамерная опухоль с кровотоком в перегородках, анэхогенным и гипоэхогенным содержимым
	образование с четкими ровными контурами, неравномерно утолщенной стенкой, гетерогенным аваскулярным содержимым мелкосетчатого строения
	опухоль преимущественно солидного строения однородной структуры средней эхогенности с признаками кровотока
	данный вид опухоли не имеет патогмоничных эхографических маркеров
30	Серозную гладкостенную цистоаденому необходимо дифференцировать прежде всего с
	фолликулярной кистой
	эндометриоидной кистой
	кистой желтого тела
	зрелой тератомой
31	К эстрогенпродуцирующим опухолям встречающимся в детском возрасте относятся
	текома
	зрелая тератома
	папиллярная цистаденома
	незрелая тератома
32	Толщина стенки желчного пузыря у здоровых детей старше 7 лет при ультразвуковом исследовании составляет:
	0 мм
	1мм
	1-2мм
	2-3 мм
33	У детей старше 12 лет диаметр протока поджелудочной железы при ультразвуковом исследовании должен быть менее
	0,5 мм

	1 мм
	2 мм
	3 мм
	4 мм
34	Появление при ультразвуковом исследовании гипэхогенных включений тканевого характера в паренхиме печени и селезенки на фоне высокой температуры и ускоренной СОЭ у ребенка не позволяет предположить
	иерсениоз
	хламидиоз
	злокачественную лимфому
	мононуклеоз
	сепсис
35	У детей наиболее часто встречается следующие кисты яичников
	параовариальные
	ретенционные
	дермоидные
	цистаденомы
	желтого тела
36	Перегиб желчного пузыря в шеечном отделе у ребенка является
	вариантом допустимой нормы
	признаком патологии печени
	аномалией развития желчного пузыря
	результатом перенесенного острого холецистита
37	Необходимым условием для проведения УЗИ органов брюшной полости у ребенка при подозрении на травму живота является
	выполненный мочевой пузырь

	наполненный водой желудок
	уровень артериального давления выше 70/40 мм рт.ст.
	опорожненный мочевой пузырь
38	Ультразвуковые признаки дефекта органа при травме брюшной полости максимально проявляются
	через 6-8 суток после травмы
	через 2-6 часов после травмы
	через 12-48 часов после травмы
39	При травме живота при УЗИ определение крови в малом тазу и латеральных каналах у ребенка соответствует
	от 8-24 мл/кг веса ребенка
	до 8 мл/кг веса ребенка
	более 24 мл/кг веса ребенка
	более 0,3% от веса ребенка
40	В ранние сроки после травмы параренальная гематома от урогематомы отличается
	достоверных отличий не имеет
	размерами (урогематома всегда больших размеров)
	эхогенностью (урогематома более эхогенна)
	по срокам возникновения (урогематома возникает раньше)
41	При УЗИ достоверно исключить пневмонию и/или кисту легкого возможно
	достоверно невозможно
	только у детей старше 5 лет
	только у детей младше 3 лет
42	Пирамиды в почках у детей являются
	вариантом нормы

	следствием внутриутробной ишемии
	вариантом кистозной трансформации
	проявлением обструктивной уropатии
43	Синдром гиперэхогенных пирамид у новорожденных детей является
	вариантом допустимой возрастной особенности
	проявлением перенесенной внутриутробной гипоксии
	проявлением специфической внутриутробной инфекции
	проявлением мочекаменной болезни
44	Обязательным условием для корректного проведения УЗИ почек и мочевыводящих путей является
	выполненный мочевой пузырь
	наполненный желудок
	опорожненный мочевой пузырь
	осмотр строго натошак
45	При УЗИ мультикистозная почка выглядит как
	«гроздь винограда»
	«слоеный пирог»
	«мишень»
	«голова быка»
46	Эхографическими признаками ушиба почки в режиме серой шкалы является
	очаг повышения эхогенности паренхимы
	очаг понижения эхогенности паренхимы
	определение параренального скопления жидкости
1	Предстательная железа
1	В нормальной предстательной железе (согласно зональной анатомии) выделяют

	две железистые зоны
	три железистые зоны
	четыре железистые зоны
	пять железистых зон
	одну железистую зону, состоящую из собственных желез предстательной железы
2	Первичный рак в предстательной железе чаще локализуется в
	в центральной зоне
	в периферической зоне
	в средней зоне
	в переходной зоне
	в периуретральной зоне
3	Достаточным условием адекватного наполнения мочевого пузыря для выполнения УЗИ предстательной железы является его объем
	50 мл
	100 мл
	200 мл
	350 мл
4	Раковый узел в предстательной железе чаще
	повышенной эхогенности, повышенной жесткости при эластографии
	сниженной эхогенности, повышенной жесткости при эластографии
	смешанной эхогенности, "мягкий" при эластографии
	анэхогенный, трехслойного окрашивания при эластографии
5	УЗ-признаки сформированного абсцесса предстательной железы
	гипоэхогенный участок ткани с нечеткими и неровными контурами
	кистозная анэхогенная структура с тонкой капсулой

	жидкостная полость с толстой неровной капсулой и взвесью
	зона повышенной эхогенности с кальцинатами
6	Нарушение целостности капсулы предстательной железы является признаком
	аденомы
	рака
	хронического простатита
7	Визуализация какой анатомической структуры предстательной железы является причиной ложной диагностики рака
	увеличенных переходных зон
	центральной и передней фибромускулярной зоны
	семенного бугорка
	сфинктера уретры
8	Мелкосотовый характер рисунка периферической зоны предстательной железы это
	признак рака
	признак хронического простатита
	ДГПЖ
	имеют врожденное происхождение
9	Выявляемые камни в предстательной железе больше характерны для
	хронического простатита
	рака предстательной железы
	доброкачественной гиперплазии
	имеют врожденный характер
10	Предстательная железа кровоснабжается из следующих ветвей
	верхняя пузырная артерия и нижняя прямокишечная артерия
	нижняя пузырная артерия и средняя прямокишечная артерия

	верхняя пузырная артерия и средняя прямокишечная артерия
	нижняя пузырная артерия и верхняя прямокишечная артерия
11	ДГПЖ в предстательной железе чаще локализуется в
	в центральной зоне
	в периферической зоне
	в средней зоне
	в переходной зоне
	в периуретральной зоне
12	При ультразвуковом исследовании предстательную железу принято делить на зоны по классификации Rifkinна
	центральную и периферическую
	центральную и переходную
	периферическую и переходную
	периферическую и зону периуретральных желёз
13	В норме объём простаты у мужчины 20-40 лет не превышает
	10-15 см <sup>3</sup>
	30-40 см <sup>3</sup>
	20-30 см <sup>3</sup>
	40-50 см <sup>3</sup>
14	Хирургическая капсула предстательной железы визуализируется при
	гиперплазии латеральных долей
	гиперплазии так называемой средней доли
	гипоплазии предстательной железы
	раке предстательной железы
15	Наиболее предпочтительный способ УЗ-исследования предстательной железы

	трансабдоминальный
	трансректальный
	трансперинеальный
	трансуретральный
16	Наиболее частые эхографические изменения структуры предстательной железы при аденоме предстательной железы — это
	узловые образования в периферической зоне
	ретенционные кисты в центральной зоне и по периферии
	узловые или диффузные изменения во внутренней части железы
	парауретральный фиброз
17	Эхогенность периферической зоны предстательной железы
	смешанная
	ниже эхогенности нормальной паренхимы печени
	равна эхогенности нормальной паренхимы печени
	выше эхогенности нормальной паренхимы печени
18	Наиболее распространённая формула вычисления объёма простаты по формуле эллипсоида
	А. $V = 0,22 \times (D \times Ш \times Т)$
	Б. $V = 0,32 \times (D \times Ш \times Т)$
	В. $V = 0,42 \times (D \times Ш \times Т)$
	Г. $V = 0,52 \times (D \times Ш \times Т)$
19	При остром простатите предстательная железа будет представлена как
	гиперэхогенная структура с обеднённым сосудистым рисунком
	гипоэхогенная структура с обеднённым сосудистым рисунком
	гиперэхогенная структура с усилением сосудистого рисунка
	гипоэхогенная структура с усилением сосудистого рисунка

20	Выявляемые кисты в предстательной железе больше характерны для
	хронического простатита
	рака предстательной железы
	доброкачественной гиперплазии
	имеют неспецифический характер
21	Оптимальным способом ультразвуковой диагностики рака предстательной железы является
	трансабдоминальная ультразвуковая диагностика
	трансректальная ультразвуковая диагностика
	трансуретральная ультразвуковая диагностика
	трансперениальная ультразвуковая диагностика
22	При эластографии предстательной железы интактная ткань железы представлена как
	эластичная структура, картирующаяся красным цветом
	структура средней эластичности, картирующаяся зелёным цветом
	жесткая структура, картирующаяся синим цветом
23	Минимальный размер ракового очага выявляемого при ТРУЗИ
	1-2 мм
	2-3 мм
	3-4 мм
	4-5 мм
24	Атипичная локализация ракового очага
	центральная или транзиторная зона
	транзиторная или периферическая зона
	периферическая или центральная зона
	фибромаскулярная строма

25	Дифференциальный диагноз рака предстательной железы чаще всего проводится с
	кистой предстательной железы
	очаговой формой доброкачественной гиперплазии предстательной железы
	диффузной формой доброкачественной гиперплазии предстательной железы
	острым простатитом
26	Типичные эхографические признаки рака предстательной железы
	наличие гипоэхогенного очага, асимметрия и нечеткость контуров железы, патологический сосудистый рисунок
	наличие гиперэхогенного очага, перинодулярный сосудистый рисунок, утолщенная капсула предстательной железы
	наличие гиперэхогенного очага с акустической тенью, аваскулярность очага при цветном доплеровском картировании.
27	Оптимальный способ подтверждения диагноза рака предстательной железы
	трансректальное ультразвуковое исследования
	биопсия подозрительного очага
	измерение уровня пса
	мультиспиральная компьютерная томография
28	Для первой стадии клинических проявлений ДГПЖ характерно
	наличие остаточной мочи в пузыре, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, малые порции при мочеиспускании, парадоксальная ишурия
	задержка начала мочеиспускания, частые позывы к мочеиспусканию, никтурия
	острая задержка мочи
29	Для второй стадии клинических проявлений ДГПЖ характерно
	наличие остаточной мочи в пузыре, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, малые порции при мочеиспускании, парадоксальная ишурия
	Задержка начала мочеиспускания, частые позывы к мочеиспусканию, никтурия
	острая задержка мочи

30	Оптимальным выбором датчика для ультразвуковой диагностики ДГПЖ является
	линейный датчик с частотой 5-16 мгц
	стандартный конвексный с частотой 2-7,5 мгц
	конвексный внутриволостной датчик с частотой 5-16мгц
	секторный датчик с частотой 1,5-5 мгц
31	Увеличение только поперечного размера предстательной железы характерно для
	гиперплазии средней доли
	гиперплазии латеральных долей
	атипичной гиперплазии
	смешанной формы гиперплазии
32	Увеличение только вертикального размера предстательной железы характерно для
	гиперплазии средней доли
	гиперплазии латеральных долей
	атипичной гиперплазии
	смешанной формы гиперплазии
33	Средняя доля предстательной железы при ДГПЖ это
	патологический рост тканей предстательной железы из переходной зоны
	патологический рост из подслизистых желез периуретральной зоны
	патологический рост тканей предстательной железы из центральной зоны
	патологический рост тканей предстательной железы из периферической зоны
34	Предпузырь это
	патологическое расширение простатической части уретры, связанное с обструкцией уретры
	дивертикул мочевого пузыря
	дефект передне-верхней части предстательной железы после резекции гиперплазированных очагов

35	Трансректальная ультразвуковая диагностика позволяет выявлять узловые образования объёмом менее
	6 см <sup>3</sup>
	5 см <sup>3</sup>
	4 см <sup>3</sup>
	3 см <sup>3</sup>
1	Эректильная функция
1	К принципам идеальной фармакологической индукции эрекции нельзя отнести
	физиологичность
	инвазивность
	информативность
	простота
2	Противопоказанием для фармакодупплерографии полового члена является
	5-10 баллов по шкале МИЭФ-5
	наличие ишемической болезни сердца
	серповидно-клеточная анемия
	структурноорганические нарушения полового члена и гемодинамики в покое
3	Главный кровепристок полового члена осуществляется по
	кавернозным артериям
	спонгиозным артериям
	пудендальным артериям
	спиралевидным артериям
4	При ЦДК режиме полового члена не оценивают
	проходимость сосудов и состояние периваскулярных тканей
	геометрию сосудов
	варианты анастомозирования

	направление кровотока
5	К 4 стадии эрекции по Унет относится
	полная тумесценция
	полная ригидность
	неполная тумесценция
	полурегидность
6	В основе физиологической эрекции человека лежит феномен
	вазоконстрикции
	вазодилатации
7	К признакам артериальной недостаточности кавернозных тел полового члена в фазе покоя не является
	извитость кавернозных артерий
	повышение пиковой систолической скорости кровотока
	снижение пиковой систолической скорости кровотока
	патологический венозный сброс
8	К критериям нормального венозного оттока полового члена являются все кроме
	кровоток по дорзальной вене менее 0,1 м/с
	пульсационный индекс (пи) больше 3
	индекс резистентности (ир) меньше 1,0
9	Для болезни Пейрони характерна следующая УЗИ-картина
	усиление пиковой скорости
	гиперэхогенные участки в кавернозных телах
	гиперэхогенные участки белочной оболочки, с акустической тенью при кальцификации
	множественные кальцинаты в кавернозных телах
1	Гинекология

1	Визуализация кровотока в режиме цветового доплеровского картирования в перегородке многокамерных яичниковых образований свидетельствует о
	малигнизации образования
	постменопаузальном периоде
	эндометриоидном содержимом
	перекруте яичника
2	Гладкостенная серозная цистаденома преимущественно визуализируется в виде
	однокамерного образования с гладкой внутренней поверхностью
	однокамерное образование с неровными стенками
	многокамерное образование смешенной эхогенности
	однокамерное образование с содержимым смешанной эхогенности
3	Зрелая тератома яичника в меньшей вероятности может иметь следующее строение
	кистозно-солидное
	кистозное с пристеночным эхопозитивным компонентом
	солидное
	жидкостное
4	Наиболее характерная эхоструктура эндометриоидных кист яичника — это
	однокамерное образование с гладкой внутренней поверхностью
	гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью
	анэхогенное образование
	солидное образование
5	Эхографическая структура рака яичников может быть представлена
	кистозно-солидным образованием
	кистозным многокамерным образованием
	кистозным однокамерным образованием

	многокамерным образованием с визуализирующимся кровотоком в перегородке
6	Характерным эхографическим признаком ретенционных кист яичников являются
	анэхогенное содержимое
	исчезновение при динамическом наблюдении (после 1-3 менструальных циклов)
	мелкосетчатое строение
	тонкая капсула
7	Наличие в области яичников многокамерного образования с множественными перегородками и эхопозитивной взвесью, указывает на наличие
	ретенционной кисты
	зрелой тератомы
	эндометриоидной кисты
	муцинознойцистаденомы
8	Основным ультразвуковым дифференциально-диагностическим критерием параовариальной кисты и фолликулярной кисты яичника является
	визуализация интактного яичника
	кровоток в перегородке
	кистозное содержимое
	однокамерное образование с неровными стенками
9	Особенностью доброкачественных новообразований яичников является
	отсутствие клинических признаков заболевания при значительных их размерах
	быстрое озлокачествление и раннее метастазирование
	выраженные нарушения функции органов малого таза
	появление их в период менопаузы
10	Продольный размер яичника при ультразвуковом исследовании в норме не превышает
	40 мм

	45 мм
	50 мм
	55 мм
11	Особенности кровотока в яичниковых сосудах при злокачественных опухолях яичников характеризуется
	возрастанием численных значений индекса резистентности
	снижением систолической скорости
	снижением диастолической скорости
	снижением численных значений индекса резистентности
12	Определение кровотока в режиме ЦДК в перегородках многокамерных образований яичников, свидетельствует о
	злокачественном процессе
	доброкачественном образовании
	перекруте яичника
	параовариальной кисте
13	Эхографическая структура рака яичников может быть представлена
	кистозным однокамерным образованием
	кистозным многокамерным образованием
	кистозно-солидным образованием
14	Основным ультразвуковым дифференциально-диагностическим критерием параовариальной кисты и фолликулярной кисты яичника является
	отсутствие капсулы и форма образования
	наличие пристеночного включения
	размеры образования
	визуализация интактного яичника
15	Основным диагностическим критерием рецидива злокачественной опухоли в малом тазу

	является
	деформация мочевого пузыря
	выявление жидкости в полости малого таза
	обнаружение дополнительного объемного образования в малом тазу
16	Нормативными эхографическими значениями длины тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются
	40-60 мм
	35-40 мм
	45-50 мм
	50-70 мм
17	Нормативными эхографическими значениями передне-заднего размера тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются
	30-42 мм
	50-60 мм
	20-30 мм
	40-45 мм
18	Нормативными эхографическими значениями ширины тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются
	45-62 мм
	30-35 мм
	40-45 мм
	50-60 мм
19	Для гиперплазии эндометрия при ультразвуковом исследовании характерно
	неоднородная структура М-эхо
	прерывистый контур М-эхо
	утолщение М-эхо

	кровоток в эндометрии
	все перечисленное верно
20	Значения М-эхо матки в норме у пациенток в постменопаузальном периоде не превышают
	5 мм
	10 мм
	15 мм
	20 мм
21	Для эхографической диагностики полипа эндометрия исследование рекомендуется осуществлять в
	секреторную фазу
	раннюю пролиферативную фазу
	трансабдоминальным доступом
	с наполненным мочевым пузырем
22	Эхографическими признаками внутреннего эндометриоза являются
	асимметрия толщины передней и задней стенок матки
	гиперэхогенный ободок вокруг кистозных включений в миометрии
	увеличение передне-заднего размера тела матки
	эхонегативные кистозные включения в миометрии
23	Характерным эхографическим признаком хронического эндометрита не является
	гиперэхогенные включения на фоне гипоэхогенного содержимого полости матки
	неровный наружный контур М-эхо с гиперэхогенными включениями по периферии
	расширение полости матки
	наличие миоматозного узла, деформирующего полость матки
24	Важнейшими УЗ-диагностическими признаками миомы матки являются
	увеличение поперечного размера матки перед менструацией

	увеличение переднезаднего размера матки перед менструацией
	наличие в миометрии округлых узелков с четкими ровными контурами (капсула)
	асимметрия (различная толщина) передней и задней стенок матки
	гиперплазия эндометрия
25	Ретроцервикальный эндометриоз определяется при ультразвуковом исследовании как
	образование средней эхогенности с неровными контурами и мелкоячеистой структурой
	образование солидной структуры
	образование кистозной структуры
	жидкость в полости малого таза
26	Эхографическими признаками внутреннего эндометриоза являются
	увеличение передне-заднего размера матки
	асимметрия толщины передней и задней стенок матки
	эхонегативные кистозные включения в миометрии
27	Основным ультразвуковым дифференциально-диагностическим критерием генитального инфантилизма и гипоплазии матки является
	уменьшение размеров правильно сформированных тела и шейки матки
	уменьшение размеров в сочетании с изменением соотношения длины тела матки к длине шейки
28	Эхографическим достоверным признаком рака матки является
	опухоль, распространяющаяся за пределы внутреннего маточного зева
	инвазия процесса на глубину 1/3 толщины миометрия
	опухоль, проросшая весь миометрий до серозной оболочки
29	Значения м-эхо матки в норме у пациенток в постменопаузальном периоде не превышает
	7 мм
	5 мм

	3 мм
30	Для гиперплазии эндометрия при ультразвуковом исследовании характерно
	неоднородная структура м-эхо
	утолщенное м-эхо
	васкуляризация в режиме ЦДК
31	Средние значения диаметра доминантного фолликула при ультразвуковом исследовании составляют
	10-14 мм
	12-15 мм
	14-16 мм
	18-23 мм
	25-32 мм
32	Одним из эхографических признаков наступившей овуляции считается
	визуализация свободной жидкости в позадиматочном пространстве
	определение зрелого фолликула диаметром более 10 мм
	утолщение эндометрия
	уменьшение размеров матки
33	Свободная жидкость в позадиматочном пространстве при ультразвуковом исследовании в норме чаще визуализируется в
	пролиферативную фазу
	перiovуляторную фазу
	секреторную фазу
	менструальную фазу
34	К признакам фолликулярной кисты относится все перечисленное, кроме
	образование с тонкой стенкой и гладкой внутренней поверхностью

	средний диаметр 60-70 мм
	однокамерное образование округлой правильной формы
	мелкосетчатое строение
35	К признакам кисты желтого тела относится все перечисленное, кроме
	средний диаметр 40-50 мм
	многокамерное образование
	образование округлой правильной формы
	содержимое может быть различной структуры и экзогенности
36	Трансвагинальная эхография мало информативна при
	гиперпластических процессах эндометрия
	внематочной беременности
	подслизистой миоме матки
	внутреннем эндометриозе
	больших размерах яичниковых образований
37	Признаком синдрома поликистозных яичников является
	наличие в яичнике 12 и более фолликулов, имеющих диаметр 2-9 мм, увеличение объема яичника более 10 мм
	объемное образование в с толстой капсулой в проекции яичника
	отсутствие желтого тела во вторую фазу цикла
	многокамерное образование с гипозоногенным содержимым
38	К ультразвуковым критериям мультифолликулярных яичников относятся
	объем яичников на верхней границе нормы
	фолликулы различного диаметра, расположены по периферии в виде четок или по всей толщине стромы
	в одном срезе более 10 фолликулов

39	Когда следует оценивать эхографические признаки недостаточности лютеиновой фазы
	с 3 по 6 день менструального цикла
	овуляцию
	с 17 по 23 день менструального цикла
	25 по 28 день менструального цикла
40	Визуализация преовуляторного фолликула с гиперэхогенными и неравномерно утолщенными стенками во вторую фазу цикла указывает на наличие
	кисты желтого тела
	желтого тела
	синдрома поликистозных яичников
	неовулировавшего фолликула
41	Объем неизмененного яичника женщины репродуктивного возраста не превышает
	8 см <sup>3</sup>
	10 см <sup>3</sup>
	5 см <sup>3</sup>
	2 см <sup>3</sup>
42	Визуализация внутриматочного контрацептива (ВМК) в цервикальном канале свидетельствует о
	перфорации
	нормальном расположении ВМК
	низком расположении ВМК
	экспульсии ВМК
43	Поперечное изображение каких структур при трансвагинальном исследовании следует дифференцировать с фолликулярным аппаратом яичника
	петли тонкого кишечника с жидким внутренним содержимым
	маточные артерии и вены

	внутренние подвздошные сосуды
44	В каком состоянии появляется сложность в выявлении яичников при ультразвуковом исследовании?
	в постменопаузе
	в послеродовом периоде
	при синдроме преждевременного истощения яичников
45	Наиболее характерная эхоструктура эндометриoidных кист яичника - это
	анэхогенная с тонкими перегородками
	кистозно-солидная
	гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью
	гипоэхогенная с пристеночными разрастаниями