

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Ультразвуковая диагностика» (Высшая категория) для аттестации

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:

<https://medik-akkreditacia.ru/product/uzi/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Ультразвуковая диагностика» (2100 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/ultrazvuk/>

2) Тесты для аккредитации «Гастроэнтерология» (3400 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/gastroenterologiya/>

К доплерографии с использованием постоянной волны относится:

- А. продолжительность импульса
- Д. частота и длина волны
- Б. частота повторения импульсов
- В. частота
- Г. длина волны

Частота доплеровского смещения не зависит от

- А. амплитуды
- Б. скорости кровотока
- В. частоты датчика
- Г. доплеровского угла
- Д. скорости распространения ультразвука

С помощью эластометрии сдвиговой волны можно определить:

- Д. модуль Юнга
- А. скорость продольной ультразвуковой волны
- Б. скорость поперечной сдвиговой волны
- В. частоту продольной ультразвуковой волны
- Г. частоту поперечной ультразвуковой волны

При ультразвуковом исследовании дифференциально-диагностические признаки

отличия очаговой жировой инфильтрации от объемных процессов представлены в виде:

- А. сохранности архитектоники и сосудистого рисунка печени
- Б. деформации сосудистого рисунка и повышении эхогенности печени
- В. нарушении архитектоники и структуры сосудистого рисунка печени
- Г. сохранности сосудистого рисунка печени и снижении уровня эхогенности ее паренхимы
- Д. понижении гистограммы яркости паренхимы

В ультразвуковой картине печени при хроническом гепатите с умеренными и выраженными морфологическими изменениями обычно наблюдается:

- Б. неравномерное понижение эхогенности паренхимы печени
- Г. нормальная эхогенность паренхимы печени (сопоставимая с корковым веществом неизменной почки)
- А. равномерное понижение эхогенности паренхимы печени;
- В. неравномерное повышение эхогенности паренхимы печени участками, "полями"
- Д. равномерное повышение эхогенности паренхимы печени

Выявляемый при ультразвуковом исследовании опухолевый тромб в воротной вене является патогномичным признаком для:

- Б. метастатического поражения печени
- А. первичного рака печени
- В. узловой гиперплазии печени
- Г. узловой гиперплазии печени
- Д. злокачественной опухоли поджелудочной железы

Узловая (очаговая) гиперплазия печени является:

- В. врожденной аномалией развития с прогрессирующим течением
- А. доброкачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением
- Б. злокачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением
- Г. воспалительным поражением с прогрессирующим течением;
- Д. особенностью изображения неизменной ткани печени

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

- А. холедохолитиаза
- Г. первичного рака печени
- Б. рака желчевыводящих протоков
- В. опухоли общего печеночного протока
- Д. рака головки поджелудочной железы

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

- Б. значительно расширенными протоками

- Г. характером перистальтики двенадцатиперстной кишки
- А. увеличением размеров желчного пузыря
- В. наличием акустической тени или эффекта дистального ослабления за зоной БДС
- Д. отсутствием явлений гастродуоденостаза

Распространенный аденомиоматоз желчного пузыря является диспластическим процессом, при котором в эхографической картине выявляется:

- Г. множественные сливающиеся участки утолщения стенки желчного пузыря по типу “четок” на протяжении всего контура в области мышечного слоя
- Б. неравномерное утолщение стенки шейки желчного пузыря преимущественно в области внутренних слоев стенки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами
- А. неравномерное утолщение стенки желчного пузыря во всех отделах преимущественно в области внутренних слоев стенки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами
- В. множественные отдельные участки утолщения стенки желчного пузыря по типу “четок” на протяжении всего контура в области мышечного слоя
- Д. множественные мелкие и средние (3-5 мм и 4-7 мм) образования по наружному контуру желчного пузыря в области серозной оболочки

Ограниченный аденомиоматоз желчного пузыря является диспластическим процессом, при котором выявляется:

- Г. множественные сливающиеся участки утолщения стенки желчного пузыря по типу “четок” на протяжении всего контура в области мышечного слоя
- А. неравномерное утолщение стенки желчного пузыря во всех отделах преимущественно в области внутренних слоев стенки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами
- Б. неравномерное утолщение стенки желчного пузыря в некоторых отделах преимущественно в области внутренних слоев стенки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами
- В. множественные отдельные участки утолщения стенки желчного пузыря по типу “четок” на протяжении всего контура в области мышечного слоя
- Д. множественные мелкие и средние (3-5 мм и 4-7 мм) образования по наружному контуру желчного пузыря в области серозной оболочки

Преимущественная локализация опухолевых поражений поджелудочной железы встречаются в:

- В. хвосте поджелудочной железы
- Г. области большого дуоденального сосочка
- Б. теле поджелудочной железы
- А. головке поджелудочной железы
- Д. области перешейка поджелудочной железы

Так называемый “обструктивный панкреатит” — это вариант протекания острого панкреатита:

- Б. со сдавливанием и последующим расширением общего желчного протока с развитием билиарной гипертензии
- А. со сдавливанием и последующим расширением вирсунгова протока
- В. со сдавливанием и последующим нарушением перистальтики 12-перстной кишки
- Г. со сдавливанием селезеночной и верхней брыжеечной вен и последующим развитием портальной гипертензии
- Д. со сдавливанием воротной вены и последующим развитием портальной гипертензии

Лимфосаркома селезенки на поздней стадии визуализируется как:

- А. гиперэхогенное образование со смешанной структурой
- Д. мультилокулярное образование смешанной эхогенности и неоднородной структуры занимающее большую часть паренхимы
- Б. гипоэхогенное образование, прорастающее за пределы капсулы селезенки и деформирующее ее
- В. гипоэхогенное образование со смешанной структурой
- Г. гиперэхогенное образование, прорастающее за пределы капсулы селезенки и деформирующее ее

Назовите вторичные панкреатиты:

- Б. алкогольные и медикаментозные
- В. травматические и билиарные
- А. вирусные и травматические
- Г. реактивные (при язвенной болезни, инфаркте миокарда)

При внутripеченочном холестазае, характерном для печеночной желтухи, наблюдается:

- Г. отсутствие изменений желчных путей
- А. расширение общего желчного протока, желчного пузыря, общего печеночного протока и внутripеченочных протоков
- Б. расширение желчного пузыря
- В. расширение общего желчного протока

При липоматозе поджелудочной железы главный панкреатический проток:

- А. не расширен, стенки не утолщены, часто не визуализируется
- Б. расширен, контуры его неровные, стенки утолщены, диаметр неравномерен
- В. диаметр расширен, иногда сопровождается утолщением стенок
- Г. диаметр не расширен, стенки часто утолщены

При проведении ультразвукового исследования у пациента с острым флегмонозным холециститом врач ультразвуковой диагностики выявляет признаки, являющиеся наиболее убедительными:

- Г. нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная, неоднородная, стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость

А. нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью

В. нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо- гиперэхогенными участками или слоями), однородная или с эхогенной взвесью полость

Б. часто увеличенные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью

Д. значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка либо тонкая повышенной эхогенности, либо незначительно утолщенная, полость с эхогенной желчью

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

В. анэхогенный ободок

Г. множественные гиперэхогенные структуры, в том числе дающие акустические тени (массивная кальцинация в опухоли)

Б. резкая неоднородность структуры с гиперэхогенными включениями (петрификация)

А. тенденция к некрозу с образованием кистозных полостей

Д. нечеткость контура

Ангиомиолипома при ультразвуковом исследовании – это:

В. солидное образование резко неоднородной структуры с множественным кистозным компонентом (некротические полости)

Г. анэхогенное образование без дистального усиления

Б. изоэхогенное корковому слою солидное образование с анэхогенным ободком в проекции паренхимы почки без дорсального усиления или ослабления

А. высокой эхогенности солидное образование с четкой границей с небольшим задним ослаблением в проекции синуса или паренхимы

Д. смешанное по эхогенности образование с дистальным псевдоусилением

Местом излюбленной локализации почечноклеточного рака является:

Г. почечный синус

А. передняя губа почки

В. полюс почки

Б. латеральный край почки

Д. ворота почки

Ультразвуковым признаком карбункула почки является:

Г. диффузная неоднородность паренхимы, снижение эхогенности почечного синуса

А. анэхогенная зона овально-вытянутой формы в почечном синусе

В. гипозэхогенная зона с нечеткой границей в паренхиме

Б. анэхогенная зона неправильной формы с толстой капсулой в паренхиме

Д. симптом выделяющихся пирамид

Для медуллярного нефрокальциноза характерно:

- В. резкое повышение эхогенности пирамид с акустической тенью за ними
- А. наличие гиперэхогенных образований с акустической тенью в проекции почечного синуса
- Б. отсутствие дифференциации медуллярного и коркового вещества паренхимы
- Г. наличие множественных паренхиматозных инвагинаций в почечный синус
- Д. наличие множественных гиперэхогенных линейных структур в проекции коркового вещества

Спектр типа *pulsus tardus parvus* во внутривисочечных артериальных сосудах характеризуется:

- Г. увеличением пиковой систолической скорости кровотока, уменьшением ускорения (индекса ускорения), снижением индекса резистентности
- Б. снижением пиковой систолической скорости кровотока, увеличением времени ускорения, увеличением индекса резистентности
- А. снижением пиковой систолической скорости кровотока, увеличением времени ускорения, снижением индекса резистентности
- В. снижением пиковой систолической скорости кровотока, увеличением ускорения (индекса ускорения), снижением индекса резистентности
- Д. увеличением пиковой систолической скорости кровотока, уменьшением ускорения (индекса ускорения), увеличением индекса резистентности

Спектр типа *pulsus tardus parvus* во внутривисочечных артериальных сосудах характеризует:

- Д. снижение перфузии почки
- А. увеличение общего периферического сопротивления
- Б. повышение жесткости сосудистой стенки
- В. уменьшение жесткости сосудистой стенки
- Г. увеличение перфузии почки

Гемодинамическая значимость стеноза основного ствола почечной артерии при ультразвуковом исследовании определяется:

- В. значением индекса резистентности
- А. степенью сужения по диаметру
- Г. значением пиковой систолической скорости кровотока
- Б. степенью сужения по площади
- Д. значением средней скорости кровотока

Признаками ишемии (снижения перфузии) почки, определяющимися в постстенотическом отделе почечного русла, являются:

- Д. снижение пиковой систолической скорости кровотока, увеличение времени ускорения, снижение индекса резистентности
- А. снижение пиковой систолической скорости кровотока, увеличение времени

ускорения, увеличение индекса резистентности

Б. снижение пиковой систолической скорости кровотока, увеличение ускорения (индекса ускорения), снижение индекса резистентности

В. увеличение пиковой систолической скорости кровотока, уменьшение ускорения (индекса ускорения), снижение индекса резистентности

Г. увеличение пиковой систолической скорости кровотока, уменьшение ускорения (индекса ускорения), увеличение индекса резистентности

Какой из показателей не используется для оценки гемодинамической значимости стеноза почечной артерии при ультразвуковом исследовании:

Б. отношение значений пиковой систолической скорости кровотока в стенотическом и престенотическом отделах

В. отношение значений пиковой систолической скорости кровотока в проксимальной и дистальной частях почечной артерии

А. почечно-аортальное отношение

Д. диаметр почечной артерии

Г. пиковая систолическая скорость кровотока

Оптимальное пороговое значение времени ускорения в междолевой артерии, отграничивающее норму:

А. 150 мс

Д. 70 мс

Б. 110 мс

В. 100 мс

Г. 90 мс

Оптимальное пороговое значение ускорения (индекса ускорения) в междолевой артерии, отграничивающее норму:

Г. 2,00 м/с²

Б. 2,75 м/с²

А. 3,50 м/с²

В. 2,50 м/с²

Д. 1,50 м/с²

Оптимальное пороговое значение пиковой систолической скорости кровотока в месте стеноза, отграничивающее гемодинамически значимые стенозы:

Б. 120 см/с

В. 150 см/с

А. 90 см/с

Г. 180 см/с

Д. 300 см/с

Оптимальное пороговое значение почечно-аортального отношения, отграничивающее гемодинамически значимые стенозы:

А. 2.0

- Б. 3-Мау
- В. 5.0
- Г. 5-Мау
- Д. 6.0

При проведении энергетической доплерографии злокачественная опухоль яичка:

- В. изменяет ангиоархитектонику яичка
- А. гипervasкулярна всегда
- Б. не изменяет ангиоархитектонику яичка
- Г. аваскулярна всегда
- Д. всегда характеризуется смешанным (центральным и периферическим) кровотоком

Для острого перекрута яичка наиболее характерно сочетание следующих ультразвуковых признаков:

- Б. снижение эхогенности яичка
- А. увеличение размера яичка
- В. отсутствие васкуляризации яичка
- Г. отсутствие васкуляризации придатка яичка
- Д. утолщение придатка яичка

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

- В. огрубение соединительной ткани в виде подчеркивания контуров млечных протоков
- А. образование множества мелких протоковых кист
- Д. появление в структуре железы гипоэхогенных участков и структур без чётких контуров и границ
- Б. утолщения гиперэхогенных связок Купера
- Г. появлением между железистыми элементами гиперэхогенных точечных включений

Эхографическая картина фиброзно-кистозной мастопатии при ультразвуковом исследовании:

- Б. усугубляется во 2 фазу менструального цикла
- А. усугубляется в 1 фазу менструального цикла
- В. не изменяется в различные фазы менструального цикла

Узловая фиброзно-кистозная мастопатия при ультразвуковом исследовании характеризуется:

- Б. появлением участков сниженной эхогенности причудливой формы без четких контуров и границ
- А. отсутствием четких ультразвуковых характеристик
- В. отсутствием четкой дифференциации тканей, формирующих молочную железу

Фиброаденомы менее 2,0 см характеризуются:

Б. неправильной формой, неоднородной внутренней структурой, наличием жидкостсодержащих включений, чёткими контурами

А. округлой правильной формой, однородной внутренней структурой, сниженной эхогенностью, солидным строением, отсутствием чёткости контуров

При ультразвуковом исследовании липома имеет следующее строение:

Б. солидную гипоэхогенную структуру, нетипичную для окружающих тканей

А. солидную гипоэхогенную структуру, идентичную строению окружающей жировой ткани

В. смешанную кистозно-солидную структуру

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

А. скirrрозной

Б. медуллярной

В. цистаденокарциномы

Г. папиллярной

Д. смешанной

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

Б. ультразвуковое исследование и рентгеновская компьютерная томография

В. определение гормонов щитовидной железы и рентгенологическое обследование органов шеи

А. ультразвуковое исследование и сканирование щитовидной железы

Г. пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с морфологической верификацией

При диффузно-токсическом зобе УЗИ в сочетании с цветовым доплеровским картированием характеризуется:

Б. усилением паренхиматозного кровотока в виде единичных светящихся точек

В. появлением локальной гиперваскуляризации в виде островков паренхимы с усиленным кровотоком

А. отсутствием или минимальным паренхиматозным кровотоком

Г. тотальным усилением паренхиматозного кровотока в виде симптома «пожара»

Жидкостсодержащие включения могут быть признаком:

Б. кровоизлияния в аденоме

В. проявлением тиреоидита

А. кистозной дегенерации при диффузном зобе

Д. верно А и Б

Г. верно все

Эхографическая картина активности аутоиммунного тиреоидита характеризуется

Д. верно А и В

А. появлением участков сниженной эхогенности различных размеров без четких границ и контуров

Б. увеличением размеров железы с диффузно-неоднородным строением;

В. понижением общей эхогенности железы

Г. верно Б и В

Регионарными зонами лимфооттока щитовидной железы являются

А. подчелюстные

Ж. неверно Г

Б. яремные

В. околотрахеальные

Г. затылочные

В норме кровотоки щитовидной железы при цветовом доплеровском картировании характеризуется

В. всё правильно

Б. хорошо выраженным паренхиматозным кровотоком

А. наличием сосудов в области полюсов железы

Усиление васкуляризации щитовидной железы в сочетании с ускорением скоростей в щитовидных артериях наблюдается

В. при понижении гормональной активности железы

А. при любой гормональной активности железы

Б. при повышении гормональной активности железы

При каких изменениях в организме щитовидная железа будет реактивно изменена:

Д. верно все перечисленное

А. на фоне аденовирусной инфекции

Б. на фоне беременности

В. при острой кровопотере

Г. при иммуностимуляции

Эхографическими признаками подозрительными на злокачественную аденопатию являются:

Ж. верно Б, Г и Д

А. увеличение размеров лимфатического узла

Б. шаровидная форма

В. изменение соотношения составных частей лимфатического узла

Г. отсутствие дифференциации составных частей лимфатического узла

При использовании цветового доплеровского картирования нормальная васкуляризация в лимфатическом узле:

В. может выявляться везде

А. может не выявляться

Д. верно А и Б

Б. выявляется только в области ворот лимфатического узла

Г. верно всё

Ультразвуковые признаки внутрипротоковых папиллом:

Б. солидное образование округлой формы различной эхогенности

А. изолированное расширение протока

В. А и Б

Особенностью повреждения Хилла-Сакса у взрослых, позволяющей по данным ультразвукового исследования выявить наличие этого повреждения, является:

Г. деформация кортикального слоя головки плечевой кости в виде округлых полостей в ее передне-нижнем отделе

Б. деформация суставного отростка лопатки и хрящевой губы

А. деформация кортикального слоя головки плечевой кости в виде кратерообразного вдавления в ее верхне-латеральном отделе

В. отрыв части хрящевой губы

Д. нет определенных эхографических признаков, позволяющих предположить наличие данного повреждения

Гемангиома мягких тканей при ультразвуковом исследовании – это

Д. Солидное образование резко неоднородной структуры пониженной эхогенности с множественными анэхогенными полостями и неровным контуром

А. Высокой эхогенности солидное образование с четкой границей с небольшим дорсальным ослаблением в толще мышцы

Б. Изоэхогенное солидное образование с анэхогенным ободком в проекции сосудистого пучка без дорсального усиления или ослабления

В. Смешанное по эхогенности образование с дистальным псевдоусилением

Г. Анэхогенное образование без дистального усиления

«Несчастливой триадой» при повреждении коленного сустава является:

А. Повреждение внутреннего и наружного менисков и внутренней боковой связки

Б. Повреждение внутренней боковой связки, внутреннего мениска и передней крестообразной связки;

В. Повреждение передней и задней крестообразных связок и внутренней боковой связки

Г. Повреждение наружного мениска, наружной боковой связки и задней крестообразной связки

Д. повреждение внутренней и наружной боковой связки и наружного мениска

Артериовенозная мальформация вены Галена наиболее часто является причиной обструкции:

Г. На уровне отверстий Люшка

Б. Полости прозрачной перегородки

А. На уровне третьего желудочка и водопровода мозга

- В. На уровне отверстия Мажанди
- Д. Большой цистерны мозга

Артериовенозная мальформация вены Галена наиболее часто локализуется:

- Г. Кзади от четвертого желудочка
- А. Кпереди от третьего желудочка
- Б. Кзади от области отверстия Монро и кверху от третьего желудочка
- В. Кзади от области отверстия Монро и книзу от третьего желудочка
- Д. В области большой цистерны мозга

Для синдрома Аперта характерен краниосиностоз шва:

- Г. Ламбдовидного
- А. Сагиттального
- Б. Коронарного
- В. Метапического лобного
- Д. Чешуйчатого

Четко ограниченное гиперэхогенная структура в области мозолистого тела указывает на:

- В. Кровоизлияние
- Г. Кальцификацию мозолистого тела
- Б. Глиому
- А. Липому
- Д. Дермоидное образование

Определение при ультразвуковых исследованиях подболоочечной гематомы с четкими контурами, линзообразной формы в сочетании с переломом костей свода черепа наиболее характерно для:

- А. Субдуральной гематомы
- В. Эпидуральной гематомы
- Б. Субарахноидального кровоизлияния
- Г. Кефалогематомы
- Д. Разрыва ламбдовидного шва

Миеломенингоарадикулоцеле пояснично-крестцового отдела позвоночника наиболее часто комбинируется с пороком:

- В. Арнольда –Киари 3 типа
- Г. Денди-Уокера
- А. Арнольда-Киари 1 типа
- Б. Арнольда- Киари 2 типа
- Д. Голопрозэнцефалия

Для артериовенозной мальформации вены Галена нехарактерно наличие:

- Г. Кисты четверохолмной цистерны
- А. Сердечной недостаточности

- Б. Расширение аорты
- В. Перегрузки правых отделов сердца
- Д. Гидроцефалии

Основной причиной развития порока головного мозга в виде гидроанэнцефалии является:

- В. Атрезия отверстия Мажанди
- А. Стеноз Сильвиева водопровода
- Г. Билатеральная внутриутробная окклюзия супраклиноидных отделов внутренних сонных артерий.
- Б. Врожденный токсоплазмоз
- Д. Атрезия отверстий Монро

Дилатация желудочковой системы после внутримозгового кровоизлияния наиболее часто развивается на

- Б. 5-7 день
- А. 1 день
- В. 1 месяц
- Г. 2-3 месяца
- Д. После 3 месяца

При развитии гидроцефалии первым в области бокового желудочка обычно расширяется

- Б. Передний рог
- В. Нижний рог
- А. Тело желудочка
- Г. Задний рог

Артериовенозная мальформация вены Галена обычно сопровождается окклюзией на уровне:

- В. Отверстия Мажанди
- Г. Отверстия Люшка
- Б. Отверстия Монро
- А. Сильвиева водопровода
- Д. Большой цистерны мозга

Полость Верге наиболее характерна для :

- А. Недоношенных новорожденных
- Б. Доношенных новорожденных
- В. Доношенных новорожденных, перенесших геморрагические процессы
- Г. Доношенных новорожденных, перенесших воспалительные процессы
- Д. Пороков развития головного мозга

При трансабдоминальной эхографии срединные структуры головного мозга можно идентифицировать:

- А. с 10 недель
- Б. с 13 недель
- В. с 16 недель

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

- А. менее 3 см
- В. менее 7 см
- Б. менее 5 см
- Г. менее 10 см

Увеличение толщины плаценты часто наблюдается при:

- Б. синдроме Денди-Уокера
- А. водянке плода
- В. синдроме амниотических перетяжек
- Г. агенезии почек

Кисты пуповины наиболее часто сочетаются с:

- Б. пороками мочеполовой системы
- А. анэнцефалией
- В. хромосомными абберациями
- Г. предлежанием плаценты

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

- А. 12 недель
- Б. 16 недель
- В. 20 недель
- Г. 24 недель

Основным эхографическим критерием наружной гидроцефалии является:

- А. расширение боковых и третьего желудочков
- Б. расширение субарахноидального пространства
- В. кистозное образование в задней черепной ямке
- Г. отсутствие срединной структуры мозга

В состав синдрома Меккеля входят:

- А. черепно-мозговая грыжа и поликистозные почки
- Б. черепно-мозговая грыжа и киста печени
- В. черепно-мозговая грыжа и киста урахуса
- Г. черепно-мозговая грыжа и киста яичника
- Д. черепно-мозговая грыжа и полиспления

Основным отличием анэнцефалии от акрании является отсутствие:

- Г. мозжечка и мозолистого тела
- А. костей свода черепа
- Б. больших полушарий головного мозга;
- В. ствола мозга

Основным отличием выраженной гидроцефалии от гидроанэнцефалии является:

- В. присутствие больших полушарий головного мозга
- А. степень вентрикуломегалии
- Б. наличие большой кисты в задней черепной ямке
- Г. наличие общего центрально расположенного желудочка больших размеров

Эхографическими признаками бездолевой формы голопроэнцефалии являются

- А. наличие общего центрально расположенного желудочка при отсутствии срединной структуры головного мозга
- Б. наличие двусторонних внутричерепных кист, сообщающихся с боковыми желудочками
- В. выраженная гипоплазия полушарий и червя мозжечка
- Г. множественные кисты больших полушарий

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

- Г. 35–38 недель
- Б. 20–28 недель
- А. 12–16 недель
- В. 30–34 недели

Ультразвуковая диагностика дефекта межжелудочковой перегородки:

- В. возможна, но только в случае обширного перимембранозного дефекта
- Г. возможна, но только при дилатации обоих желудочков
- Б. нет
- А. возможна
- Д. да, но только при использовании цветового доплеровского картирования

Пренатальными эхографическими критериями аномалии Эбштейна являются:

- А. одножелудочковое сердце с двумя атриовентрикулярными клапанами;
- В. смещение створок трикуспидального клапана вглубь правого желудочка и большое правое предсердие
- Б. коарктация аорты в сочетании с дефектом межжелудочковой перегородки
- Г. выраженная гипоплазия или отсутствие миокарда правого желудочка

Эхографическими критериями полной формы общего предсердно-желудочкового канала являются:

- В. дефект нижней части межпредсердной и верхнего отдела межжелудочковой перегородки

- А. гипоплазия обоих желудочков сердца
- Б. атрезия митрального клапана и дефект межпредсердной перегородки
- Г. коарктация аорты и дефект межжелудочковой перегородки

Наиболее часто встречающаяся опухоль сердца плода – это:

- А. рабдомиома
- Б. перикардальная тератома
- В. фиброма
- Г. миксома

Эхографический признак "двойного пузыря" наиболее характерен для:

- В. кисты яичника
- А. поликистозной болезни почек
- Г. атрезии двенадцатиперстной кишки
- Б. атрезии пищевода
- Д. двустороннего гидронефроза

Пилопаги диагностируются при обнаружении неразделения близнецов в области:

- В. абдоминальной
- А. краниальной
- Г. ягодичной
- Б. торакальной

Эхоструктура крестцово-копчиковой тератомы может быть:

- Б. солидная
- В. кистозно-солидная
- А. кистозная
- Д. верно все
- Г. солидно-кистозная

Отличительной особенностью нормальных кривых скоростей кровотока в маточных артериях после 20 недель беременности являются:

- Б. низкие численные значения диастолического компонента кровотока
- Г. наличие дикротической выемки в фазу ранней диастолы
- А. высокие численные значения систоло-диастолического отношения
- В. высокие численные значения диастолического компонента кровотока

Допплерометрическим показателем критического состояния плода в III триместре беременности являются:

- А. высокие численные значения систоло-диастолического отношения кривых скоростей кровотока в маточных артериях
- Б. нулевые и отрицательные значения диастолического кровотока в артерии пуповины
- В. высокие численные значения диастолического кровотока в артерии пуповины
- Г. высокие численные значения систоло-диастолического отношения кривых

скоростей кровотока в артерии пуповины

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

- Г. 28–32 нед
- А. 10–13 нед
- В. 20–24 нед
- Б. 14–16 нед.

Допплерометрическое исследование кровотока в обладает высокой диагностической ценностью для прогнозирования и оценки степени тяжести ОПГ-гестоза:

- А. маточной артерии беременной
- Б. наружной подвздошной артерии беременной
- В. артерии пуповины
- Г. аорте плода
- Д. средней мозговой артерии плода

Основными диагностическими ультразвуковыми критериями фиброэластога эндocardа сердца плода являются:

- Д. повышение эхогенности эндocardа и выраженное нарушение сократительной функции левого желудочка
- А. уменьшение размеров полостей сердца
- Б. увеличение размеров полостей сердца;
- В. нарушение сократительной функции миокарда правого желудочка
- Г. нарушение сократительной функции межжелудочковой перегородки

Основным ультразвуковым дифференциально-диагностическим критерием генитального инфантилизма и гипоплазии матки является:

- Б. уменьшение размеров в сочетании с изменением соотношения длины тела матки к длине шейки
- А. уменьшение размеров правильно сформированных тела и шейки матки
- В. дифференциальную диагностику проводить не следует, так как понятия «генитальный инфантилизм» и «гипоплазия матки» являются синонимами

Липоматозный узел характеризуется следующей эхографической картиной:

- Г. наличие гиперэхогенного ободка вокруг образования
- Б. гипоэхогенное образование овоидной формы
- А. четко очерченное гиперэхогенное образование округлой формы
- В. образование с отдельными гиперэхогенными включениями

Эксцентричное расположение М-эхо матки может определяться:

- Б. во время менструации
- Г. все неверно

- А. в секреторную фазу
- В. при аденомиозе

Эхографическое изображение каких из перечисленных состояний не следует дифференцировать с трофобластической болезнью?

- А. аденомиоз
- Б. гематометра
- В. субмукозный узел миомы с признаками дегенерации
- Г. остатки оболочек трофобласта после неполного выкидыша

Основным ультразвуковым дифференциально-диагностическим признаком эндометриоза шейки матки и кисты nabotzovoy железы является:

- Б. гиперэхогенная полоска вокруг анэхогенного включения
- А. включение анэхогенной структуры вблизи наружного зева
- В. мелкодисперсная взвесь внутри включения

Распространенный ретроцервикальный эндометриоз определяется при ультразвуковом исследовании как:

- А. образование средней эхогенности с неровными контурами и мелкоячеистой структурой
- Б. образование солидной структуры
- В. образование кистозной структуры
- Г. жидкость в полости малого таза

Какие кисты яичников обычно сочетаются с трофобластической болезнью?

- А. тека-лютеиновые
- Б. желтого тела
- В. параовариальные
- Г. фолликулярные

В течение какого времени после начала лечения трофобластической болезни тека-лютеиновые кисты подвергаются регрессу?

- Б. 4 – 5 недель
- В. 6 месяцев
- А. 1 – 2 недели
- Г. 2 – 4 месяца

Основным ультразвуковым дифференциально-диагностическим критерием серозоцеле и параовариальной кисты является:

- Г. визуализация интактного яичника
- А. размеры образования
- В. отсутствие капсулы
- Б. наличие пристеночного включения
- Д. структура образования

Наиболее характерная эхографическая структура эндометриоидных кист яичника — это:

- А. анэхогенная с тонкими перегородками
- В. гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью
- Б. гиперэхогенная
- Г. гипоэхогенная с пристеночными разрастаниями
- Д. кистозно-солидная

Вариантами эхографического изображения эндометриоидной кисты яичника являются:

- Е. верно А, В и Г
- А. гипоэхогенная внутренняя структура с мелкодисперсной взвесью
- Б. однородная внутренняя структура повышенной эхогенности
- В. эффект дистального усиления
- Г. неравномерно утолщенные стенки

Эндометриоидную кисту яичника при ультразвуковом исследовании следует дифференцировать с:

- Б. тазовой дистопией почки с гидронефротической трансформацией
- В. эхографическим изображением внутренней запирательной мышцы;
- А. псевдомиксомой брюшины
- Д. верно все
- Г. тазовой болезнью Кэслемана

Особенностью доброкачественных новообразований яичников является:

- В. выраженные нарушения функции органов малого таза
- Г. появление их в период менопаузы
- Б. быстрое озлокачествление и раннее метастазирование
- А. отсутствие клинических признаков заболевания при значительных их размерах

Какой из перечисленных эхографических признаков не характерен для серозной опухоли яичника?

- Г. наличие множественных перегородок
- А. тонкие стенки
- Б. отсутствие перегородок
- В. размеры опухоли 10-15 см в диаметре
- Д. в 90% одностороннее однокамерное образование с анэхогенным внутренним содержимым

Однокамерное образование округлой формы, с анэхогенным внутренним содержимым, диаметром 10 см, локализованное между маточной трубой и яичником, наиболее вероятно:

- Г. серозоцеле
- А. гладкостенная цистаденома
- В. параовариальная киста

Б. серозная цистаденокарцинома

Гладкостенная серозная цистаденома визуализируется преимущественно в виде:

- Б. многокамерного образования с эхопозитивной взвесью
- А. однокамерного образования с гладкой внутренней поверхностью
- В. многокамерного образования с папиллярными разрастаниями
- Г. многокамерного образования с толстыми перегородками
- Д. верно все

Какой из перечисленных эхографических признаков не характерен для муцинозной цистаденомы яичника?

- А. размер опухоли составляет 15-20 см в диаметре
- Г. однокамерное образование с неоднородной внутренней структурой
- Б. наличие множественных перегородок различной толщины
- В. эхопозитивное внутреннее содержимое камер

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

- Г. снижением диастолической скорости
- А. снижением систолической скорости
- В. снижением численных значений индекса резистентности
- Б. возрастанием численных значений индекса резистентности;

Отдаленные метастазы рака яичника наиболее часто выявляются в:

- А. костях
- Г. кишечнике
- Б. легких
- В. головном мозге

Какие из перечисленных признаков не характерны для дисгерминомы?

- А. злокачественная герминогенная опухоль яичника солидного строения
- В. доброкачественная опухоль яичника смешанного строения
- Б. в 90% одностороннее поражение яичника

Что из перечисленного не характерно для зрелой тератомы?

- Г. наиболее распространенная опухоль у женщин старше 40 лет
- А. наличие акустической тени
- Б. в 80% одностороннее поражение
- В. наиболее часто встречающаяся доброкачественная герминогенная опухоль

Эхографическую картину зрелой тератомы в ряде случаев необходимо дифференцировать с экстрагенитальной патологией:

- А. пресакральной тератомой
- Г. верно все
- Б. липомой жировой клетчатки

В. невриномой

Кривые скоростей кровотока в опухолевом узле при раке матки характеризуются:

- В. возрастанием систолической скорости
- А. снижением диастолической скорости
- Г. снижением численных значений индекса резистентности
- Б. возрастанием численных значений индекса резистентности

Метастатические опухоли яичников могут сочетаться с:

- В. метастазами в печень
- А. асцитом
- Г. верно все
- Б. метастазами по брюшине

Допплеровский сдвиг частот (DF) определяется в соответствии с уравнением Допплера:

- Б. $DF = 2V \cos \alpha : Fo \cdot C$
- А. $DF = 2Fo \cdot V \cos \alpha : C$, где: Fo — частота ультразвука, посылаемого источником, C — скорость распространения ультразвука в среде, V — скорость движения объекта (эритроцитов), отражающих ультразвук, α — угол между кровотоком и направлением распространения ультразвуковых волн

В общей печеночной артерии в норме наблюдается кровоток с периферическим сопротивлением:

- Б. низким
- А. высоким

Классическое строение артерий Вилизиева круга:

- А. 2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 1 передняя соединительная артерия, 2 задние соединительные артерии;
- Б. 2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 2 передние соединительные артерии, 1 задняя соединительная артерия.

К поверхностной системе вен нижних конечностей относятся:

- Б. задние большеберцовые вены
- В. большая подкожная вена
- А. малая подкожная вена
- Г. А и В

В большинстве случаев источником тромбоэмболии легочных артерий является:

- Б. заболевания в системе верхней полой вены
- А. заболевания сердца
- В. заболевания в системе нижней полой вены

При атеросклерозе чаще поражается:

- А. наружная сонная артерия
- В. внутренняя сонная артерия
- Б. общая сонная артерия

Глубокая система вен нижней конечностей включает:

- А. задние большеберцовые вены
- Д. А, Б и В
- Б. подколенную вену
- В. бедренную вену
- Г. малую подкожную вену

В норме направление кровотока в средней мозговой артерии по данным транскраниального исследования при локации через височное «окно»:

- Б. от датчика
- А. к датчику

Величина гидродинамического сопротивления кровеносной системы зависит от:

- Б. силы трения
- В. диаметра сосуда
- А. вязкости крови
- Д. правильно А, В и Г
- Г. длины сосуда

При ангиодисплазии (макрофистулезная форма) величина диастолической скорости кровотока:

- А. остается в пределах нормы
- Б. увеличивается
- В. уменьшается

На величину венозного возврата влияют:

- В. действие дыхательного насоса
- А. объемная скорость кровотока
- Б. плотность крови

Полный позвоночно-подключичный синдром обкрадывания развивается при:

- А. окклюзии проксимального сегмента подключичной артерии;
- Б. окклюзии дистального отдела подключичной артерии

Направление кровотока в правой общей сонной артерии при окклюзии брахиоцефального ствола с позвоночно-подключичным синдромом обкрадывания и возвратом в общую сонную артерию:

- Б. ретроградное
- А. антеградное

При окклюзии общей сонной артерии наблюдается кровоток в одноименной

надблоковой артерии:

- Б. антеградного направления из одноименной общей сонной артерии
- А. антеградного направления из бассейна противоположной сонной артерии и/или вертебробазилярного бассейна

При окклюзии артерий аорто-бедренного сегмента по общей бедренной артерии наблюдается следующий тип кровотока:

- А. магистральный
- В. коллатеральный
- Б. магистрально-измененный

Значение лодыжечно-плечевого индекса менее 0,5 свидетельствует о наличии:

- Б. нескольких блоков в артериях нижних конечностях
- А. одного блока в артериях нижних конечностях

Значение лодыжечно-плечевого индекса менее 1,0 указывает на:

- Б. уточнение сегмента поражения (аорто-бедренный, бедренно-подколенный, дистальный).
- А. наличие окклюдированного процесса в артериях нижних конечностей

Кальцинированные атеросклеротические бляшки чаще локализуются в:

- В. подвздошных и бедренных артериях
- А. наружной сонной артерии
- Б. позвоночной артерии

В норме значение индекса периферического сопротивления в почечных артериях:

- Б. 0,7-1,0
- А. менее 0,7
- В. более 1,0

При стенозе почечной артерии менее 60% отношение пик-систолической скорости в почечной артерии к пик-систолической скорости в аорте составляет:

- Б. более 3,5
- А. менее 3,5
- В. равно 3,5

Диаметр аорты при аневризме брюшного отдела аорты составляет:

- А. 20-30 мм
- Б. более 30 мм

При стенозе почечной артерии более 60% отношение пик-систолической скорости:

- Б. более 3,5 в сочетании с локальным увеличением скорости кровотока
- А. менее 3,5 без локального увеличения скорости кровотока

При окклюзии почечной артерии:

Б. отношение пик-систолической скорости менее 3,5 без локального увеличения скорости кровотока

А. отсутствует ультразвуковой сигнал в почечной артерии и регистрируется коллатеральный тип кровотока во внутривисочечных артериях

В. отношение пик-систолической скорости более 3,5 в сочетании с локальным увеличением скорости кровотока

При ламинарном потоке определяется профиль скорости:

А. параболический

Б. приближающийся к плоскопараллельному

Для гипоплазии позвоночной артерии характерно:

Б. уменьшение диаметра позвоночной артерии до 2 мм и менее

А. уменьшение диаметра позвоночной артерии до 3 мм и менее

В. уменьшение диаметра позвоночной артерии до 2,5 мм и менее

При петлеобразном изгибе внутренней сонной артерии доплеровская картина не отличается от таковой при:

В. гипоплазии общей сонной артерии

Б. стенозе наружной сонной артерии

А. стенозе внутренней сонной артерии

При артерио-венозных мальформациях головного мозга периферической сопротивлению в артерии, питающей мальформацию:

А. не изменяется

В. снижено

Б. повышено

В условиях функционирования задней соединительной артерии компрессия гомолатеральной общей сонной артерии приводит:

А. к возрастанию кровотока в гомолатеральной позвоночной артерии

Б. к снижению кровотока в гомолатеральной позвоночной артерии

В. не приводит к изменению кровотока в гомолатеральной позвоночной артерии

Ультразвуковыми критериями посттромботической болезни глубоких вен нижних конечностей являются:

Г. правильно А и Б

А. расширение поверхностных вен нижних конечностей

Б. несостоятельность клапанного аппарата глубоких и поверхностных вен нижних конечностей

В. положительная проба дистальной компрессии

При положительном тесте реактивной гиперемии у больного с синдромом позвоночно-подключичного обкрадывания пиковая систолическая скорость в позвоночной артерии:

- Б. снижается
- А. возрастает
- В. не изменяется

Показатель фракции выброса левого желудочка при дилатационной кардиомиопатии составляет на фоне адекватной терапии изменяется следующим образом:

- А. остается неизменным
- Г. возрастает
- Б. составляет 50-70%
- В. уменьшается

При эхокардиографии форма систолического потока в выносящем тракте левого желудочка при гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка характеризуется:

- В. обычной формой потока
- Г. уменьшением скорости потока
- А. смещением пика скорости в первую половину систолы
- Б. смещением пика скорости во вторую половину систолы

При эхокардиографическом исследовании незначительный субаортальный стеноз диагностируют по градиенту давления между аортой и левым желудочком в систолу, равному:

- А. 5-10 мм рт. ст.
- Б. 10-30 мм рт. ст.
- В. 30-50 мм рт. ст.
- Г. более 50 мм рт. ст.

Значительный субаортальный стеноз при эхокардиографическом исследовании диагностируют по градиенту давления между аортой и левым желудочком в систолу, равному:

- В. 30-50 мм рт. ст.
- А. 5-10 мм рт. ст.
- Г. более 50 мм рт. ст.
- Б. 10-30 мм рт. ст.

Струю легочной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают, установив контрольный объем в следующей точке:

- В. в выносящем тракте левого желудочка
- А. в правом желудочке
- Г. в выносящем тракте правого желудочка
- Б. в правом предсердии
- Д. в левом предсердии

Расстояние от пика Е открытия передней створки митрального клапана до

межжелудочковой перегородки при эхокардиографическом исследовании не должно превышать:

- Б. 5-10 мм
- А. 2 мм
- В. 10-15 мм
- Г. 15-20 мм

Уменьшение размеров правого желудочка может быть признаком:

- Г. гиповолемии
- А. декомпенсированного порока
- Б. бактериального эндокардита
- В. тромбоемболии

При дискинезии миокарда выявляют следующий вариант движения стенок левого желудочка:

- Б. движение навстречу друг другу
- Г. верно все
- А. отсутствие сокращения
- В. систолическое выбухание

Острый крупноочаговый инфаркт миокарда может сопровождаться:

- Г. верно все
- А. дилатацией левых отделов сердца
- Б. митральной регургитацией
- В. пристеночным тромбозом

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

- Г. уменьшение скорости потока
- А. уменьшение времени выброса
- Б. смещение пика скорости во вторую половину систолы
- В. смещение пика скорости в первую половину систолы
- Д. увеличение скорости потока

Эхокардиографическими признаками острого инфаркта миокарда правого желудочка являются:

- Б. трикуспидальная регургитация
- В. нарушение глобальной сократимости правого желудочка
- А. дилатация нижней полой вены
- Д. верно все
- Г. дилатация правого желудочка

Площадь митрального отверстия при значительном митральном стенозе составляет:

- Б. более 2,0 см²
- А. 1,1-1,5 см²
- В. 1,6-2,0 см²
- Г. менее 0,8 см²
- Д. 0,8-1,0 см²

Дополнительные наложения на створках митрального клапана могут свидетельствовать о:

- В. кальцификации створок
- А. инфекционном эндокардите
- Д. верно все перечисленное
- Б. отрыве хорд
- Г. миксоматозной дегенерации

Веgetации больших размеров при инфекционном эндокардите составляют в диаметре:

- А. менее 5 мм
- В. более 10 мм
- Б. 5-10 мм
- Г. верно все перечисленное

Площадь аортального отверстия при выраженном стенозе равна:

- Б. 1,1-1,6 см²
- А. менее 1,0 см²
- В. 1,7 см² и более

Причиной аортального стеноза могут явиться:

- А. атеросклеротическое поражение аортального клапана
- Д. верно все перечисленное
- Б. миксоматозная дегенерация
- В. ревматизм
- Г. инфекционный эндокардит

Аневризма восходящего отдела аорты с отслойкой интимы сопровождается:

- В. митральной регургитацией
- Г. митральным стенозом
- Б. аортальным стенозом
- А. аортальной регургитацией
- Д. трикуспидальной регургитацией

Для стеноза трикуспидального клапана характерно:

- Б. ускорение потока крови через него
- А. замедление потока крови через него
- В. аортальная регургитация
- Г. митральная регургитация

Д. легочная регургитация

Причиной стеноза клапана легочной артерии могут явиться:

- В. врожденный стеноз
- А. ревматизм
- Д. верно все перечисленное
- Б. инфекционный эндокардит
- Г. тромбоэмболия

Двумерное исследование при изолированном клапанном стенозе легочной артерии обнаруживает:

- А. сужение ствола легочной артерии на уровне клапана и в постстенотическом отделе
- В. постстенотическое расширение ствола легочной артерии, гипертрофия правого желудочка
- Б. пролабирование створок пульмонального клапана в выходной тракт правого желудочка
- Г. увеличение диастолического и систолического размеров правого желудочка, истончение его стенок
- Д. усиление систолической пульсации ствола легочной артерии

Степень трикуспидальной регургитации при цветовом доплеровском сканировании можно определить как тяжелую, если площадь струи занимает следующий процент от объема правого предсердия:

- Г. менее 20%
- А. 20-40%
- Б. более 40%
- В. менее 10%

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

- А. менее 20 %
- Б. 20-30 %
- В. более 50 %
- Г. 30-40 %
- Д. 40 - 50 %

У больных с дилатационной кардиомиопатией выявляют:

- А. дилатацию левого предсердия
- Г. дилатацию всех камер сердца
- Б. уменьшение объема камер сердца
- В. гипертрофию стенок сердца

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

- В. является нормой
- Г. пролапса митрального клапана
- Б. аортального стеноза
- А. митрального стеноза
- Д. митральной недостаточности

У больных с изолированным аортальным стенозом можно обнаружить при доплеровском исследовании:

- Б. ускорение трансаортального кровотока
- А. ускорение трансмитрального кровотока
- В. наличие митральной регургитации
- Г. наличие аортальной регургитации

Опухоль сердца нужно дифференцировать с:

- Б. модераторным пучком правого желудочка
- А. межпредсердной перегородкой
- В. папиллярной мышцей
- Г. хордами митрального клапана

Признаком констриктивного перикардита является:

- В. отсутствие расхождения листков перикарда
- Г. наличие жидкости в полости перикарда
- Б. истончение листков перикарда
- А. кальцификация листков перикарда

Коллабирование правого предсердия в диастолу при экссудативном перикардите служит признаком:

- А. констрикции
- Д. тампонады сердца
- Б. инфаркта правого желудочка
- В. аритмогенной дисплазии правого желудочка
- Г. тромбоэмболии

При ДЭХОКГ время изоволюметрического сокращения левого желудочка (IVCT) измеряют как:

- В. время от щелчка открытия до щелчка закрытия митрального клапана
- Г. время от щелчка открытия до щелчка закрытия аортального клапана
- Б. время от щелчка закрытия аортального клапана до щелчка открытия митрального клапана
- А. время от щелчка закрытия митрального клапана до щелчка открытия аортального клапана

Какое соотношение скоростей трансмитрального диастолического потока является нормальным при наличии синусового ритма и в отсутствии тахикардии (отношение скоростей пиков E к A):

- А. меньше или равно 1
- Б. больше или равно 1
- В. больше 2,5
- Г. равно 2,5

Какой из дефектов межпредсердной перегородки встречается наиболее часто:

- А. высокий
- Б. в области овального окна
- В. низкий
- Г. все выше перечисленные

Максимальное доплеровское смещение наблюдается при значении доплеровского угла, равном:

- Б. 45 градусов
- А. 0 градусов
- В. 60 градусов
- Г. 75 градусов
- Д. 90 градусов

Ультразвуковые контрастные вещества второго поколения содержат внутри микропузырька:

- В. Азот
- А. воздух
- Д. перфторуглерод
- Б. кислород
- Г. гелий

Термин «4D-эхография» соответствует:

- Б. трехмерному изображению, получаемому методом «свободной руки»
- В. трехмерному изображению, получаемому с помощью магнитных позиционеров
- А. двумерному изображению, рассматриваемому через стереоочки
- Д. трехмерному изображению, получаемому с помощью специального трехмерного датчика в режиме реального времени
- Г. статичному трехмерному изображению, получаемому с помощью специального трехмерного датчика

Ультразвук не может быть сфокусирован с помощью:

- Д. акустической антенной решетки
- А. искривленного пьезоэлемента
- Б. искривленного отражателя
- В. акустической линзы
- Г. фазированной антенной решетки

К непрерывноволновой доплерографии имеют отношение:

- А. продолжительность импульса

- В. частота;
- Б. частота повторения импульсов
- Г. длина волны
- Д. период

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

- В. сохранение структуры паренхимы и структуры сосудистого рисунка печени на фоне повышения эхогенности
- А. выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы печени с нарушением структуры и деформацией сосудистого рисунка
- Б. увеличение размеров угла нижнего края обеих долей печени
- Г. выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы печени
- Д. выявление отдельных участков пониженной эхогенности в паренхиме печени

При ультразвуковом исследовании в терминальную стадию цирроза размеры печени:

- В. уменьшены за счет правой доли
- А. в пределах нормы
- Б. увеличены за счет правой доли
- Г. уменьшены за счет левой доли
- Д. значительно увеличены — всего объема органа

Ультразвуковым признаком портальной гипертензии не является:

- А. расширение селезеночной вены более 6 мм в диаметре
- В. увеличение желчного пузыря
- Б. расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре
- Г. увеличение селезенки
- Д. выявление порто-кавальных анастомозов

Наиболее специфичным ультразвуковым признаком аденомы печени у взрослых является:

- Д. ровность и четкость внешнего контура
- А. большие размеры образования
- Б. неровность, бугристость и нечеткость контуров
- В. небольшие размеры образования
- Г. наличие гипоехогенного Halo

Отождествление эхографической картины крупноочаговой неоднородности паренхимы печени с морфологической картиной макронодулярного цирроза печени является:

- Г. правомерным при наличии эхографических признаков внутрипеченочного холестаза
- А. правомерным

- Б. непромерным
- В. правомерным при наличии эхографических признаков портальной гипертензии
- Д. правомерным при одновременном наличии эхографических признаков внутрипеченочного холестаза и портальной гипертензии

Отождествление эхографической картины мелкоочаговой неоднородности паренхимы печени с морфологической картиной микронодулярного цирроза печени является:

- Г. правомерным при наличии эхографических признаков внутрипеченочного холестаза
- А. правомерным
- Б. непромерным
- В. правомерным при наличии эхографических признаков портальной гипертензии
- Д. правомерным при одновременном наличии эхографических признаков внутрипеченочного холестаза и портальной гипертензии

Гемангиомы «капиллярного» типа в ультразвуковом изображении характеризуются:

- Г. увеличением размеров печени без изменения ее структуры
- Б. определением одиночных гипоехогенных кистозных образований
- А. определением одиночных или множественных округлых гиперэхогенных образований с мелкозернистой эхоструктурой
- В. определением неоднородных преимущественно солидных инкапсулированных образований паренхимы печени
- Д. уменьшением размеров печени без изменения ее структуры

Метастатические поражения печени в ультразвуковом изображении часто характеризуются:

- А. полиморфной эхографической картиной преимущественно с определением округлых образований различной эхогенности и структуры нарушающих архитектуру строения печени
- Б. определением округлых кистозных образований с четкими контурами
- В. повышением эхогенности ткани печени с неровностью его контура
- Г. повышенным поглощением ультразвуковых колебаний и ухудшением получаемого изображения
- Д. увеличением печени без изменения структуры ее паренхимы.

По параметрам цвета при обычной методике цветовой доплерографии невозможно:

- В. приблизительно определить объемную скорость кровотока в сосуде
- А. определить направление кровотока в сосудах
- Б. приблизительно определить раскладку скоростных параметров потока крови на протяжении сосуда
- Г. в большинстве случаев для средних и крупных сосудов определить характер кровотока (артериальный, венозный)

Д. в большинстве случаев для средних и крупных сосудов определить характер кровотока (ламинарный, турбулентный) в конкретном участке сосуда

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

- Г. 6-7 мм
- А. 0,5-1мм
- Б. 2-3 мм
- В. 4-5 мм
- Д. 6-7 мм

При ультразвуковом исследовании по виду опухоли желчного пузыря и окружающих тканей определение характера роста (инвазивный — неинвазивный):

- Б. невозможно
- А. возможно
- В. возможно только при наличии зон распада в опухоли
- Г. возможно только при наличии кальцинации в опухоли
- Д. возможно только при проведении функциональных проб

Эхографический «симптом Курвуазье» проявляется:

- Г. появлением симптомов портальной гипертензии
- Б. уменьшением и деформацией желчного пузыря при наличии желтухи
- А. увеличением желчного пузыря при наличии желтухи
- В. уменьшением размеров печени и увеличением размеров селезенки
- Д. асцитом

При ультразвуковом исследовании наиболее явным признаком инвазивного роста опухоли является:

- Б. нечеткость границ с окружающими структурами (тканями)
- А. анэхогенный ободок
- В. резкая неоднородность структуры опухоли
- Г. анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования
- Д. зоны кальцинации в опухоли

Классическая эхографическая картина абсцесса почки:

- Г. симптом выделяющихся пирамид
- А. гипоэхогенная зона с нечеткой границей, выбухающая за наружный контур почки
- Б. анэхогенная зона с толстой капсулой и внутриполостной взвесью
- В. анэхогенная зона с тонкой, ровной стенкой
- Д. симптом гиперэхогенных пирамид

Определение при УЗИ исследовании недоношенного новорожденного эхогенной структуры в перивентрикулярных отделах бокового желудочка с его компрессией характерно для:

- А. Внутривентрикулярного кровоизлияния
- В. Геморрагического инфаркта
- Б. Внутривентрикулярного кровоизлияния с прорывом в перивентрикулярную область
- Г. Перивентрикулярной лейкомаляции
- Д. Подболочечного кровоизлияния

Дифференциальный диагноз гидроанэнцефалии необходимо проводить в первую очередь с :

- Б. Кистой Денди-Уокера
- А. Тяжелыми проявлениями гидроцефалии
- В. Арахноидальной кистой
- Г. Опухолями с кистозным компонентом
- Д. Порэнцефалией

Стандартная частота работы датчика для проведения нейросонографии у новорожденных составляет:

- А. 5-6 МГц
- Б. 7-8 МГц
- В. 9-10 МГц
- Г. 10-16 МГц
- Д. Более 16 мГц

Наиболее частой локализацией перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенных новорожденных является:

- Г. Перивентрикулярные отделы четвертого желудочка
- Б. Серое вещество вокруг боковых желудочков
- А. Белое вещество вокруг боковых желудочков
- В. Область третьего желудочка

Оптимальным доступом УЗИ исследования четвертого желудочка служит:

- В. Задне-боковой родничок
- А. Передний родничок
- Б. Передне-боковой родничок
- Г. Большое затылочное отверстие
- Д. Задний родничок

При каком типе кровоизлияний наиболее часто отмечается усиление эхогенности борозд и извилин мозга:

- В. Субдуральные кровоизлияния
- А. Интравентрикулярные кровоизлияния
- Д. Субарахноидальных кровоизлияния
- Б. Субэпендимальные кровоизлияния
- Г. Кровоизлияния в вещество головного мозга

С какого срока прогрессирующей беременности при трансабдоминальном доступе

должна регистрироваться сердечная деятельность эмбриона?

с 4 недель

с 7 недель

с 5 недель

с 8 недель