

**ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА»
Вторая категория**

- 1. Основными задачами поликлиники являются все выше перечисленные кроме**
 - a) Медицинской помощи больному на дому;
 - b) Лечебно-диагностического обслуживания населения;
 - c) Организация работы по пропаганде здорового образа жизни;
 - d) Профилактической работы;
 - e) Экспертизы временной нетрудоспособности.

- 2. Существуют различия между трудовым договором и договором контрактом:**
 - a) Да;
 - b) Нет.

- 3. Процесс на котором основано применение ультразвука-это:**
 - a) Визуализация органов и тканей на экране прибора;
 - b) Взаимодействие ультразвука с тканями тела человека;
 - c) Приём отраженных сигналов;
 - d) Распространение ультразвуковых волн;
 - e) Серошкальное представление изображения на экране прибора.

- 4. Дистальное псевдоусиление эха вызывается:**
 - a) Сильно отражающей структурой;
 - b) Сильно поглощающей структурой;
 - c) Слабо поглощающей структурой;
 - d) Ошибкой в определении скорости;
 - e) Преломлением.

- 5. Анатомически в печени выделяют:**
 - a) 6 сегментов;
 - b) 8 сегментов;
 - c) 7 сегментов;
 - d) 5 сегментов;
 - e) 4 сегмента.

- 6. Максимальная величина угла нижнего края левой доли нормальной печени при ультразвуковом исследовании не превышает:**
 - a) 50;
 - b) 80;
 - c) 45;
 - d) 40;
 - e) 75.

- 7. Эхогенность паренхимы печени и сосудистый рисунок при жировой инфильтрации печени следующие:**
- a) Эхогенность не изменена сосудистый рисунок чёткий;
 - b) Эхогенность понижена сосудистый рисунок обеднён;
 - c) Чёткая визуализация сосудистого рисунка, эхогенность смешанная;
 - d) Обеднение сосудистого рисунка и повышение эхогенности паренхимы печени;
 - e) Воротная вена не изменена эхогенность смешанная.
- 8. Одним из важнейших дифференциально-диагностических признаков жировой инфильтрации печени от прочих диффузных и очаговых поражений при ультразвуковом исследовании является:**
- a) Выявление диффузно-очаговой недостаточности паренхимы печени с нарушением структуры и деформацией сосудистого рисунка;
 - b) Увеличение размеров угла нижнего края обеих долей печени;
 - c) Сохранение структуры паренхимы и структуры сосудистого рисунка печени на фоне повышения эхогенности;
 - d) Выявление диффузно-очаговой недостаточности паренхимы печени;
 - e) Выявление отдельных участков повышенной эхогенности в паренхиме печени.
- 9. Укажите характерный при ультразвуковом исследовании признак кардиального фиброза печени при декомпенсации кровообращения по большому кругу:**
- a) Размеры печени не увеличены, сосудистый рисунок обеднён;
 - b) Деформация печёночных вен 1,5-2-х кратное уменьшение размеров печени;
 - c) Расширение и деформация печёночных вен, увеличение размеров печени;
 - d) Расширение и деформация воротной вены;
 - e) Расширение желчных протоков.
- 10. При ультразвуковом исследовании размеры печени на ранних стадиях цирроза:**
- a) В пределах нормы;
 - b) Уменьшены;
 - c) Значительно уменьшены;
 - d) Увеличены.
- 11. При классической картине цирроза в ультразвуковой картине печени:**
- a) Контуры ровные, края острые;
 - b) Контуры неровные, бугристые края тупые;
 - c) Контуры ровные, края закруглены;
 - d) Контуры неровные, зубчатые; края острые ;
 - e) Контуры ровные, гладкие; края тупые.
- 12. Укажите, как наиболее часто изменяются контуры и края печени при жировой инфильтрации:**
- a) Контуры бугристые, края острые;
 - b) Контуры неровные, края тупые;
 - c) Контуры ровные, края закруглены;

- d) Контуры бугристые, края закруглены ;
- e) Контуры ровные, края острые.

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

- a) Эффект дистального псевдоусиления;
- b) Эффект дистального ослабления;
- c) Деформация сосудистого рисунка печени;
- d) Нарушение контура печени ;
- e) Нарушение однородности структуры паренхимы.

14. Эхографическую картину капиллярной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с:

- a) Очаговым фиброзом печени;
- b) Очаговой формой жировой инфильтрации печени;
- c) Метастатическим поражением печени;
- d) Первичным раком печени;
- e) Верно все перечисленное;
- f) Ни с одним перечисленным;

15. Эхографическую картину кавернозной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с:

- a) Кистами печени;
- b) Эхинококкозом и альвеококкозом печени;
- c) Метастатическим поражением печени;
- d) Первичным раком печени;
- e) Верно все перечисленное;
- f) Ни с одним перечисленным

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

- a) Неправильно настроенном ультразвуковом приборе;
- b) Наличии диффузного поражения печени;
- c) Наличии очагового поражения печени;
- d) Употреблении в пищу адсорбентов;
- e) Неподготовленности пациента к исследованию.

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

- a) Увеличение размеров печени и селезенки с расширением воротной вены;
- b) Уменьшение размеров печени при увеличенной селезенке с нормальным состоянием воротной вены;
- c) Нормальное состояние печени при увеличении селезенки и уменьшением просвета воротной вены;
- d) Увеличение левой доли печени и селезенки с повышением их эхогенности.

18. Эхографическая диагностика кист печени основывается на:

- a) определении округлых гипоэхогенных образований с четкими контурами, располагающимися в паренхиме печени;
- b) Определении солидных структур в паренхиме печени;
- c) Определении неоднородных образований полиморфной эхоструктуры с четкими контурами;
- d) Определении инфильтративных изменений с различной степенью плотности

19. Гемангиомы в ультразвуковом изображении характеризуются:

- a) определением одиночных или множественных округлых гиперэхогенных образований с мелкозернистой эхоструктурой;
- b) Определением одиночных гипоэхогенных кистозных образований;
- c) Определением неоднородных, преимущественно солидных образований паренхимы печени;
- d) Увеличением размеров печени без изменения ее структуры.

20. Эхинококковая киста печени в ультразвуковом изображении характеризуются:

- a) Определением округлой инкапсулированной кисты с пристеночным образованием;
- b) Определением солидного образования печени;
- c) неоднородным образованием печени;
- d) Увеличением спазмов печени .

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

- a) Выявляется полость с неоднородным содержимым и часто неровными контурами;
- b) В полости определяется наличие жидкого и густого содержимого, часто с образованием уровня;
- c) Часто в полости абсцесса выявляются пузырьки газа;
- d) В большинстве случаев визуализируется тонкостенная гиперэхогенная капсула;
- e) В окружающей паренхиме печени часто визуализируется неоднородный ободок повышенной эхогенности, неравномерной толщины;
- f) Верно a, b и d;
- g) Верно все, кроме c.

22. Подпеченочный абсцесс визуализируется:

- a) Между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы;
- b) Между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки;
- c) Под висцеральной поверхностью печени;
- d) В любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы;
- e) Между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы;
- f) Под висцеральной поверхностью печени и селезенки .

23. Поликистоз печени часто сочетается с поликистозом:

- a) Почек;
- b) Поджелудочной железы ;
- c) Селезенки ;
- d) Яичников;
- e) Верно a и b ;

f) Верно а и d;

24. К внутрипеченочным желчевыводящим протокам относятся:

- a) Общий желчный проток ;
- b) Долевые, сегментарные, субсегментарные протоки ;
- c) Общий печеночный проток ;
- d) Субсегментарные, сегментарные, долевые протоки и проток желчного пузыря;
- e) Общий желчный проток, проток желчного пузыря.

25. В стандартных условиях желчный конкремент визуализируется как:

- a) Инкапсулированная структура;
- b) Солидное образование ;
- c) Гиперэхогенная криволинейная структура ;
- d) Структура, не дающая отражения;
- e) Гиперэхогенное солидное образование ;

26. Для эхографической картины острого холецистита характерно:

- a) Локальное выбухание стенки желчного пузыря;
- b) Неравномерный характер поражения стенки желчного пузыря;
- c) Рубцовая деформация полости желчного пузыря;
- d) Истончение стенки желчного пузыря;
- e) Расширение внутрипеченочных протоков

27. При ультразвуковом исследовании признаком инвазивного роста опухоли является:

- a) Анэхогенный ободок;
- b) Нечеткость границ;
- c) Резкая неоднородность структуры опухоли ;
- d) Анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования;
- e) Зоны кальцинации в опухоли.

28. Ультразвуковым признаком острого холецистита НЕ является:

- a) Увеличение размеров пузыря ;
- b) Нечеткость либо неровность контуров ;
- c) Неоднородность структуры стенок (может быть "трехслойной" или слоистой) ;
- d) Значительно повышенная звукопроводимость полости;
- e) Структура полости однородная, либо неоднородная; эхогенность стенок смешанная, либо повышена.

29. К ультразвуковым признакам полипоза желчного пузыря НЕ относятся:

- a) Наличие объемного образования или нескольких образований в полости желчного пузыря ;
- b) Пристеночное расположение в полости желчного пузыря;
- c) Неоднородность структуры ;
- d) Смещаемость при изменении положения тела, выявление акустической тени;
- e) Эхогенность либо сопоставима с паренхимой печени, либо превышает, либо смешанная.

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

- a) Нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость;
- b) Нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью ;
- c) Часто увеличенные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью ;
- d) Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками) однородная или с эхогенной взвесью полость;
- e) Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная, неоднородная стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость
- f) Значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка иногда тонкая, повышенной эхогенности, иногда – незначительно утолщенная; полость с эхогенной желчью;

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

- a) Нормальные размеры желчного пузыря, однослойная стенка, толщиной 2-3 мм, однородная эхонегативная полость;
- b) Нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая – до 0,5-1,5 мм - гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью ;
- c) Часто увеличенные размеры желчного пузыря, утолщенная до 3,5-5мм неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью ;
- d) Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная – более 4-5мм, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками) однородная или с эхогенной взвесью полость;
- e) Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная - более 4-5мм, неоднородная, иногда слоистая стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость;
- f) Значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка повышенной эхогенности, иногда – незначительно утолщенная; полость с эхогенной желчью..

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

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

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

- a) Нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость;
- b) Нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью ;
- c) Различные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью ;
- d) Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная, неоднородная, иногда слоистая - с гипозоногенными участками - стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость;
- e) Значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка иногда тонкая, повышенной эхогенности; полость с эхогенной желчью.

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

- a) Нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость;
- b) Нормальные размеры желчного пузыря, неоднородная гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью;
- c) Различные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью;
- d) Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость;
- e) Различные размеры желчного пузыря; неравномерно утолщенная неоднородная, иногда слоистая стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость;
- f) Значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка иногда тонкая, повышенной эхогенности, иногда утолщенная; полость с эхогенной желчью..

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

- a) Наличие сообщений между полостью желчного пузыря и жидкостной структурой рядом;
- b) Отсутствие сообщений между полостью желчного пузыря и жидкостной структурой рядом;
- c) Выявление взвешанных частиц в полости дивертикула.

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

- a) Образование средней эхогенности, с достаточно однородной внутренней структурой, медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента ;
- b) Образование средней эхогенности, с достаточно однородной внутренней структурой, не перемещающееся при изменениях положения тела пациента;
- c) образование смешанной эхогенности, с выражено неоднородной внутренней структурой, медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента ;
- d) Образование смешанной эхогенности, с выражено неоднородной внутренней структурой, не перемещающееся при изменениях положения тела пациента;
- e) Верно a и c;
- f) Верно b и d;

37. Конкременты желчного пузыря при ультразвуковом исследовании определяются как:

- a) Гиперэхогенные округлые образования с четким контуром и акустической тенью ;
- b) Гипоэхогенные образования ;
- c) Многокамерные неоднородные эхоструктуры ;
- d) Образования с четким контуром, деформирующие контуры желчного пузыря;

38. К прямым эхографическим признакам панкреонекроза не относится:

- a) Увеличение размеров железы ;
- b) Неровность и нечеткость контуров железы;
- c) Наличие выпота в сальниковой сумке;
- d) Чередование гипер-, изо-, гипо- и анэхогенных участков железы;
- e) Появление и развитие кист железы.

39. Укажите основные эхографические признаки рака головки поджелудочной железы:

- a) Контуров неровные, локальное увеличение железы ;
- b) Выявление очагового поражения головки железы ;
- c) Эхоструктура головки неоднородная;
- d) Смещение и сдавление сосудов;
- e) Внепеченочный холестаза, метастазы в печень;
- f) Верно все перечисленное.
- g) Верно b, d и e.

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

- a) Сохранение размеров поджелудочной железы, понижение эхогенности, однородность структуры и четкость контуров;
- b) Увеличение размеров, понижение эхогенности, нарушение однородности эхогенности и изменение контуров ;
- c) Невозможность определения контуров поджелудочной железы и повышение ее эхогенности;
- d) Увеличение размеров, повышение эхогенности и подчеркнутость контуров поджелудочной железы
- e) Отсутствие характерных признаков.

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

- a) Возраст пациента старше 50 лет;
- b) Наличие любого из признаков диффузных изменений паренхимы;
- c) Наличие неоднородности паренхимы, неровности контуров, повышения эхогенности, изменение размеров;
- d) Все неверно.

42. Повышение эхогенности паренхимы поджелудочной железы является:

- a) Специфическим признаком, выявляемым при портальной гипертензии ;
- b) Специфическим признаком, выявляемым при хроническом панкреатите;

- c) Специфическим признаком, выявляемым при остром панкреатите ;
- d) Специфическим признаком, выявляемым при панкреонекрозе;
- e) Специфическим признаком, выявляемым при различной патологии.

43. Опухолевые поражения поджелудочной железы чаще всего встречаются:

- a) В головке поджелудочной железы;
- b) В теле поджелудочной железы;
- c) В хвосте поджелудочной железы;
- d) В области фатерова соска.

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

- a) Значительно превышает эхогенность паренхимы печени;
- b) Превышает эхогенность паренхимы печени;
- c) Сопоставима с эхогенностью паренхимы печени;
- d) Ниже эхогенности паренхимы печени .

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

- a) Выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы поджелудочной железы;
- b) Увеличение толщины сальника;
- c) Сохранение структуры паренхимы поджелудочной железы на фоне повышения ее эхогенности ;
- d) Выявление четко очерченной очаговой пятнистости паренхимы поджелудочной железы;
- e) Выявление отдельных участков повышенной эхогенности паренхимы поджелудочной железы.

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

- a) Выявление полости с неоднородным содержимым и часто неровными контурами;
- b) Выявление в полости жидкого и густого содержимого, часто со взвешанными частицами;
- c) Выявление в полости гиперэхогенных включений;
- d) Визуализация тонкостенной гипэхогенной капсулы;
- e) Визуализация вокруг полости зоны повышенной эхогенности, неравномерной толщины;
- f) Верно a, b и e.

47. Так называемый “калькулезный панкреатит”:

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

48. Эхографически острый спленит характеризуется:

- a) Увеличением селезенки, округлением ее концов, сохранением однородной мелкозернистости, снижением эхогенности;
- b) Увеличением селезенки, заострением ее концов, сохранением однородной мелкозернистости, повышением эхогенности;
- c) Увеличением селезенки, округлением ее концов, неоднородной структурой, повышением эхогенности;
- d) Увеличением селезенки, заострением ее концов, неоднородной структурой, снижением эхогенности.

49. Эхографически хронический спленит характеризуется:

- a) Увеличением селезенки, снижением эхогенности;
- b) Увеличением селезенки, заострением ее концов, повышением эхогенности;
- c) Увеличением селезенки, округлением ее концов, повышением эхогенности;
- d) Увеличением селезенки, повышением эхогенности.

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

- a) 1мм;
- b) 2 мм;
- c) 4мм;
- d) 6 мм;
- e) 8 мм

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

- a) О наличии песка в чашечно-лоханочной системе;
- b) Об уплотнении чашечно-лоханочных структур;
- c) О наличии мелких конкрементов в почке ;
- d) О кальцинозе сосочков пирамид;
- e) Данные эхографические признаки не являются патогномичными признаками какой-либо определенной нозологии;

52. Ультразвуковой симптом инвазивношо роста одухоли:

- a) Энэхогенный ободок;
- b) Нечеткость границ;
- c) Резкая неоднородность структуры опухоли ;
- d) Анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования;
- e) Зоны кальцинации в опухоли.

53. Ангиомиолипома при ультразвуковом исследовании – это:

- a) Высокой эхогенности солидное образование с четкой границей, небольшим задним ослаблением в проекции синуса или паренхимы ;
- b) Изоэхогенное солидное образование с анэхогенным ободком в проекции паренхимы почки без дорсального усиления или ослабления;
- c) Солидное образование резко неоднородной структуры, с множественными некротическими полостями ;
- d) Анэхогенное образование без дистального усиления;
- e) Смешанное по эхогенности образование с дистальным усилением;

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

- a) Цстаденокарцинома почки;
- b) Почечноклеточный рак;
- c) Онкоцитома почки;
- d) Ангиома почки;
- e) Гемангиомиолипома почки.

55. Местом излюбленной локализации гипернефромы являются:

- a) Передняя губа почки ;
- b) Латеральный край почки;
- c) Полюса почки;
- d) Почечный синус;
- e) Ворота почки;

56. Эхографической особенностью кист почечного синуса является:

- a) Полость их гипоехогенна;
- b) За ними не определяется дорсального усиления;
- c) Они имеют форму дилатированной чашечки, лоханки;
- d) Стенки кисты неравномерно утолщены;
- e) В полости кист определяется внутренняя эхоструктура;

57. Гипоплазированная почка при ультразвуковом исследовании это:

- a) Почка меньших, чем в норме, размеров, с нормальными по толщине и структуре паренхимой и почечным синусом;
- b) Почка, не поднявшаяся в процессе эмбриогенеза до обычного уровня;
- c) Почка маленьких размеров, с резко нарушенной дифференциацией "паренхима-почечный синус";
- d) Сращение почки нижним полюсом с конрлатеральной почкой;
- e) Почка, ротированная кпереди воротами, с нарушенными взаимоотношениями сосудов и мочеточников.

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

- a) Нарушено;
- b) Не нарушено;
- c) Нарушено при наличии нефрокальциноза;
- d) Нарушено в сторону уменьшения значения соотношения;
- e) Нарушено при присоединении хронического пиелонефрита;

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

- a) Маленькие размеры мультикистозной почки;
- b) Хроническая почечная недостаточность при поликистозе;
- c) Бобовидная форма мультикистозной почки;
- d) Характерное расположение нескольких кистозных полостей вокруг одной, большей по диаметру, центально расположенной;

е) Присоединение нефрокальциноза.

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

- a) Синдрома "выделяющихся пирамидок";
- b) Понижение эхогенности и утолщение паренхимы;
- c) Диффузного утолщения и повышения эхогенности паренхимы;
- d) Пиелоэктазии;
- e) Верно а и b.

61. Ультразвуковыми признаками карбункула почки являются:

- a) Анэхогенная зона овально-вытянутой формы в почечном синусе;
- b) Анэхогенная зона неправильной формы в паренхиме с толстой капсулой;
- c) Гиперэхогенная зона с четкой границей, либо – гипозэхогенная зона с нечеткой границей;
- d) Диффузная неоднородность паренхимы, снижение эхогенности почечного синуса;
- e) Синдром "выделяющихся пирамидок".

62. Острый гломерулонефрит при ультразвуковом исследовании чаще:

- a) Дает 2-х стороннее увеличение почек с оттенком паренхимы, снижением эхогенности паренхимы;
- b) Не дает ультразвуковых изменений;
- c) Дает уменьшение почек с двух сторон с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы;
- d) Дает появление синдрома "выделяющихся пирамидок";
- e) Верно b и d.

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

- a) Дает 2-х стороннее увеличение почек с оттенком паренхимы, снижением эхогенности паренхимы;
- b) Не дает ультразвуковых изменений;
- c) Дает уменьшение почек с двух сторон с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы;
- d) Верно а и с ;
- e) Верно b и с.

64. Паранефрит лучше выявляется с помощью:

- a) Ультразвукового исследования;
- b) Внутривенной урографии;
- c) Компьютерной томографии;
- d) Нефросцинтиграфии;
- e) Верно а и с.

65. Для туберкулезного поражения почки характерны:

- a) Множественные петрификаты в паренхиме расширение и деформация чашечек.ю кистозные массы с толстой.ю неровной стенкой;;
- b) Почки представлены неоднородной солидно-кистозной структурой с чередованием гипозэхогенных и анэхогенных зон без дифференциации «пренхима-почечный синус»;

- c) Синдром гипозоногенных пирамид;
- d) Утолщение паренхимы повышение эхогенности пирамид;
- e) Верно а и b.

66. Нефросклероз при хроническом пиелонефрите чаще:

- a) Симметричен;
- b) Ассиметричен;
- c) Сопровождается понижением эхогенности паренхимы;
- d) Сопровождается гидронефротической трансформацией почек;
- e) Сопровождается резким увеличением размеров почек и повышением эхогенности почечного синуса;

67. Нефросклероз при хроническом гломерулонефрите чаще:

- a) Симметричен;
- b) Ассиметричен;
- c) Сопровождается понижением эхогенности паренхимы;
- d) Сопровождается гидронефротической трансформацией почек;
- e) Сопровождается резким увеличением размеров почек и повышением эхогенности почечного синуса.

68. Для хронического простатита при ультразвуковом исследовании характерно:

- a) Снижение эхогенности всей железы с нарушением дифференциации внутренней и наружной части железы;
- b) Преимущественный рост центральной зоны со сдавлением и атрофией периферической зоны;
- c) Повышение эхогенности железы, зоны петрификации, неоднородность структуры;
- d) "изъеденность" контура предстательной железы;
- e) Верно с и d;

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

- a) С 5-ти недель ;
- b) С 7-ми недель;
- c) С 9-ти недель.

70. Ультразвуковая диагностика неполного аборта основывается на выявлении:

- a) Расширенной полости матки и наличием в ней неоднородных эхоструктур;
- b) Пролабирование плодного яйца;
- c) Отсутствие эмбриона в плодном яйце;
- d) Значительного увеличения диаметра внутреннего зева.

71. В норме сердце эмбриона в 12 недель:

- a) 2-х камерное;
- b) 3-х камерное;
- c) 4-х камерное.

72. Эхографические признаки "лимона" и "банана" характерны для:

- a) Наружной гидроцефалии;
- b) Расщепления позвоночника;
- c) Черепно-мозговой грыжи;
- d) Микроцефалии;
- e) Порэнцефалии.

73. Для скелетных дисплазий при ультразвуковом исследовании НЕ характерно:

- a) Уменьшение размеров костей конечностей;
- b) Гипоплазия грудной клетки;
- c) Уменьшение размеров живота;
- d) Снижение двигательной активности плода;
- e) Изменение эхогенности костей.

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

- a) Гипоэхогенных образований;
- b) Гиперэхогенных образований;
- c) Анэхогенных образований;
- d) Образований средней эхогенности ;
- e) Не визуализируются.

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

- a) 10 – 14 мм;
- b) 12 – 15 мм;
- c) 14 – 16 мм;
- d) 18 – 23 мм;
- e) 25 – 32 мм.

76. Эхографическими признаками внутреннего эндометриоза являются:

- a) Эхонегативные кистозные включения в эндометрии;
- b) Увеличение передне-заднего размера тела матки;
- c) Ассиметрия толщины передней и задней стенок матки;
- d) Гиперэхогенный ободок вокруг кистозных включений в миометрии;
- e) Верно все.

77. Характерным эхографическим признаком ретенционных кист яичников являются:

- a) Тонкая капсула;
- b) Мелкосетчатое строение;
- c) Анэхогенное содержимое;
- d) Исчезновение при динамическом наблюдении;
- e) Верно все.

78. Отличительной особенностью муцинозных кистом являются:

- a) Папиллярные разрастания;

- b) Множественные перегородки и эхопозитивная взвесь;
- c) Солидный компонент;
- d) Однокамерное строение.

79. Ретромаммарное пространство определяется при ультразвуковом исследовании как:

- a) Гипоэхогенная зона;
- b) Гиперэхогенная зона;
- c) Зона неоднородной эхоструктуры

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

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

81. Фиброаденома молочной железы представляет собой при ультразвуковом исследовании:

- a) Гипоэхогенное образование с четкой фиброзной капсулой;
- b) Гиперэхогенное образование без капсулы;
- c) Гиперэхогенное образование с дорсальным усилением.

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

- a) Вертикальная;
- b) Горизонтальная;
- c) Смешанная;
- d) Верно всё.

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

- a) Неоднородная внутренняя структура низкой эхогенности;
- b) Однородная структура повышенной эхогенности;
- c) Однородная структура пониженной эхогенности.

84. Эхогенность неизменной щитовидной железы при ультразвуковом исследовании сопоставляют:

- a) С печенью;
- b) С поджелудочной железой;
- c) С мышечной тканью.

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

- a) Тиреоидитах, раках, узловом зобе;
- b) Раках щитовидной железы, узловом зобе;
- c) Амилоидозе щитовидной железы, тиреоидите, раке щитовидной железы.

86. Эхографически для злокачественных опухолей щитовидной железы более характерно:

- a) Гиперэхогенное образование;
- b) Гипоэхогенное образование;
- c) Изоэхогенное образование;
- d) Анэхогенное образование ;
- e) Верно все перечисленное.

87. Лимфатическую систему составляют:

- a) Регионарные лимфатические узлы, лимфатические сосуды;
- b) Регионарные лимфатические узлы, лимфатические сосуды, селезенка, миндалины, скопление лимфоидной ткани в жировой клетчатке;
- c) Регионарные лимфатические узлы, лимфатические сосуды, селезенка;

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

- a) Уменьшение их размеров;
- b) Изменение их формы;
- c) Не верно.

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

- a) Парастернальная позиция – короткая ось на уровне корня аорты;
- b) Супрастернальная короткая ось;
- c) Супрастернальная длинная ось;
- d) Парастернальная - длинная ось левого желудочка;
- e) Парастернальная - короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц.

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

- a) 10-12 мм;
- b) 12-14 мм;
- c) 14-16 мм;
- d) 16-20 мм;
- e) Более 20 мм.

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

- a) Гипокинезии;
- b) Акинезии;
- c) Дискинезии.

92. Площадь митрального отверстия в норме составляет:

- a) 4 –6 см²;
- b) 1,5 – 2см²;
- c) 2 –4 см²;
- d) 1,0 см²;
- e) Менее 1,0 см²;

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

- a) Более 14 мм;
- b) Менее 5 мм;
- c) Не более 12 мм;
- d) Более 12 мм.

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

- a) Отсутствия сокращения;
- b) Движение навстречу друг другу;
- c) Систолическое выбухание;
- d) Верно всё.

95. При окклюзии почечной артерии:

- a) Отсутствует ультразвуковой сигнал в почечной артерии и регистрируется коллатеральный тип кровотока во внутривисочечных артериях;
- b) Отношение пик – систолической скорости менее 3,5 без локального увеличения скорости кровотока;
- c) Отношение пик – систолической скорости более 3,5 в сочетании с локальным увеличением скорости кровотока;

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

- a) Ламинарное;
- b) Турбулентное;

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

- a) Магистральный;
- b) Магистрально-измененный;
- c) Коллатеральный.

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

- a) Поликистоз почек;
- b) Губчатая почка;
- c) Гидронефроз;
- d) Опухоль почки;
- e) Поражение почек при системной красной волчанке;

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

- a) Центральной нервной системе;
- b) Сердечно-сосудистой системе;
- c) Системе органов кроветворения;
- d) Пищеварительной системе;
- e) Иммунной системе.

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

- a) От тела больного исходит гамма-излучение;
- b) Больной выделяет с мочой радионуклиды;
- c) Никакую.

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

- a) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
- b) один из родителей;
- c) законный представитель гражданина;
- d) медицинский работник;
- e) все вышеперечисленные.

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

- a) экспертиза временной нетрудоспособности;
- b) экспертиза качества медицинской помощи;
- c) военно-врачебная экспертиза;
- d) медико-социальная экспертиза;
- e) экспертиза профессиональной пригодности;
- f) экспертиза связи заболевания с профессией;
- g) судебно-медицинская;
- h) судебно-психиатрическая экспертиза;
- i) все вышеперечисленные.

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

- a) государственный контроль;
- b) ведомственный контроль;
- c) внутренний контроль;
- d) все вышеперечисленные.

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

- a) не чаще чем два раза в год;

- b) не чаще чем один раз в год;
- c) не чаще одного раза в 2 года.

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

- a) пациент и его законный представитель;
- b) родственники;
- c) работодатели.

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

- a) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- b) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- c) приоритет охраны здоровья детей;
- d) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- e) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- f) доступность и качество медицинской помощи;
- g) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- h) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- i) соблюдение врачебной тайны;
- j) всё вышеперечисленное.

107. При каких процедурах возможно заражение пациента:

- a) Переливание крови и ее компонентов;
- b) Трансплантация органов и тканей;
- c) в/м инъекция одноразовым шприцем;
- d) физиотерапевтические процедуры;
- e) экстракорпоральное оплодотворение;
- f) фиброгастроскопия;
- g) физикальный осмотр.

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

- a) Обработка 3% р-ром «самаровки»;
- b) Промыть большим количеством воды.

109. Снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией при гемотрансфузиях можно:

- a) Переливанием крови от родственников пациентов;
- b) Сузив показания для гемотрансфузий;
- c) Карантинизацией плазмы на СПК.

110. Причинами ложноотрицательных результатов на ВИЧ-инфекцию являются:

- a) Обследование пациента в период «серонегативного окна»
- b) Несвоевременная доставка пробы биоматериала в лабораторию;

- c) Наличие у пациента туберкулеза, сифилиса;
- d) Инфицированность пациента вирусными гепатитами.

111. Риск заражения ВИЧ-инфекцией при переливании инфицированной крови:

- a) Приближается к 100%;
- b) 30-50%;
- c) Отсутствует;
- d) 3-5%.

112. Вы узнали о диагнозе ВИЧ-инфекция у вашего пациента ваши действия:

- a) Сообщите своим коллегам о диагнозе;
- b) Примете все меры предосторожности при обслуживании вами больного;
- c) Сделаете отметку в истории болезни или амбулаторной карте о данном диагнозе;
- d) Прежде, чем обслуживать больного, сообщите о нем в администрацию ЛПУ, получите разрешение на его обслуживание.

113. Подлежат ли обследованию на антитела к ВИЧ лица с инфекциями, обусловленными вирусом простого герпеса:

- a) генитальный герпес;
- b) с хроническими, рецидивирующими формами заболевания;
- c) с острой локализованной формой;
- d) не подлежат.

114. Выберите, где есть риск заражения ВИЧ-инфекцией:

- a) Повторном использовании одноразового гинекологического зеркала без стерилизации;
- b) Однократном использовании одноразового шприца и иглы;
- c) Повторном использовании одноразового шприца нескольким пациентам, меняя только инъекционные иглы;
- d) При проведении бронхоскопии, ФГС.

115. Действие медработника в случае попадания крови в рот:

- a) Прополоскать большим количеством воды, затем прополоскать 70% спиртом;
- b) Прополоскать 96% спиртом;
- c) Прополоскать раствором пищевой соды.

116. Подлежат ли обследованию на ВИЧ- лица с:

- a) Глубокими микозами;
- b) Дизентерией;
- c) Рецидивирующим опоясывающим лишаем у лиц моложе 60 лет;
- d) Нейродермитом;
- e) Гриппом;
- f) Анемией.