

ТЕСТЫ

для квалификационного экзамена интернатуры по специальности
«Диагностика» (ультразвуковая диагностика)

Звук - это:

1. Поперечная волна
2. Электромагнитная волна
3. Частица
4. Фотон
5. *Продольная механическая волна*

Ультразвук - это звук, частота которого не ниже:

1. 15 кГц
2. *20000 Гц*
3. 1 МГц
4. 30 Гц
5. 20 Гц

Частота, применяемых в медицинской диагностике ультразвуковых волн:

1. до 20 кГц
2. 20 кГц-2 МГц
3. *2-20 МГц*
4. 20 кГц-50 кГц
5. выше 20 МГц

Усредненная скорость распространения ультразвука в мягких тканях составляет:

1. 1450 м/с
2. 1620 м/с
3. *1540 м/с*
4. 1300 м/с
5. 1420 м/с

Длина волны в мягких тканях с увеличением частоты:

1. *Уменьшается*
2. Остается неизменной
3. Увеличивается

Затухание ультразвукового сигнала включает в себя:

1. Рассеивание
2. Отражение
3. Поглощение
4. Рассеивание и поглощение

5. Рассеивание, отражение, поглощение

Свойства среды, через которую проходит ультразвук, определяет:

1. *сопротивление*
2. интенсивность
3. амплитуда
4. частота
5. период

Ультразвук отражается от границы сред, имеющих различия в:

1. плотности
2. *акустическом сопротивлении*
3. скорости распространения ультразвука
4. упругости
5. разницы плотностей и разницы акустических сопротивлений

Для того чтобы рассчитать расстояние до отражателя, нужно знать:

1. затухание, скорость, плотность
2. затухание, сопротивление
3. затухание, поглощение
4. *время возвращения сигнала, скорость*
5. плотность, скорость

Дистальное псевдоусиление эха вызывается

1. сильно отражающей структурой
2. сильно поглощающей структурой
3. *слабо поглощающей структурой*
4. ошибкой в определении скорости
5. преломлением

Для получения ультразвуковых колебаний используется

1. *обратный пьезоэффект*
2. прямой пьезоэффект
3. торможение электронов
4. К-захват
5. упругое рассеивание

При исследовании каких органов УЗИ не дает диагностического эффекта?

1. печень
2. щитовидная железа
3. селезенка
4. *легкие*
5. матка

При ультразвуковом исследовании датчик устанавливается:

1. непосредственно на поверхности кожи
2. на 1 см от поверхности кожи
3. на 2 см от поверхности кожи
4. на 3 см от поверхности кожи
5. на 4 см от поверхности кожи

Для ультразвуковых исследований какого органа применяется специальная подготовка

1. почки
2. щитовидная железа
3. молочная железа
4. плевральная полость
5. мочевого пузыря

Какие термины используются при анализе сонограмм

1. затенения и просветления
2. гипо- и гиперденсивные зоны
3. гипо- и гиперинтенсивные зоны
4. гипо- и гиперфиксация
5. *гипо-и гиперэхогенность*

Что является противопоказанием к УЗИ

1. легочно-сердечная недостаточность
2. почечная недостаточность
3. печеночная недостаточность
4. *противопоказаний нет*
5. беременность

С какого метода целесообразно начинать исследование печени

1. сцинтиграфии
2. РКТ
3. *УЗИ*
4. МРТ
5. рентгенографии

С какого метода целесообразно начинать исследование почек

1. сцинтиграфии
2. РКТ
3. *УЗИ*
4. МРТ
5. урографии

При УЗИ поджелудочной железы что в подготовке самое главное

1. чтобы пациент не ел
2. чтобы пациент поел
3. наличие полного мочевого пузыря
4. *отсутствие газов в кишечнике*
5. принести с собой полотенце

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: травматическое повреждение мягких тканей правой голени. Выберите оптимальный метод исследования

1. статическая сцинтиграфия
2. рентгенография в двух проекциях
3. *ультразвуковое исследование*
4. рентгеновская компьютерная томография
5. линейная томография

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: объемное образование в мягких тканях правого бедра. Выберите оптимальный метод исследования

1. статическая сцинтиграфия
2. рентгенография
3. *ультразвуковое исследование*
4. рентгеновская компьютерная томография
5. линейная томография

На сонограмме трубчатой кости кортикальный слой выглядит в виде

1. гипозоногенной зоны
2. мелкозернистой, гомогенной зоны
3. *коротких равномерных линейных эхосигналов, расположенных параллельно или под углом к предыдущему слою*
4. гиперэхогенной зоны с акустической тенью
5. интенсивной светлой полосы

Назовите внутрисердечную структуру М-эхограммы представленную на уровне митрального клапана

1. передняя стенка аорты
2. задняя стенка левого предсердия
3. септальная створка
4. задняя стенка правого желудочка
5. *задняя стенка левого желудочка*

Укажите гемодинамический признак митрального стеноза

1. *увеличение левого предсердия*
2. увеличение правого предсердия
3. увеличение левого желудочка
4. увеличение аорты
5. отсутствие легочной гипертензии

Укажите гемодинамический признак аортального стеноза

1. увеличение левого предсердия
2. увеличение правого предсердия
3. *увеличение левого желудочка*
4. увеличение правого желудочка
5. легочная гипертензия

Укажите ультразвуковой признак стеноза аортального отверстия

1. *неполное раскрытие створок аортального клапана*
2. среднесистолическое схождение створок аортального клапана
3. сепарация створок аортального клапана
4. осцилляция створок митрального клапана
5. осцилляция створок аортального клапана

Предварительный диагноз: тромбофлебит глубоких вен правой голени.

Укажите оптимальный метод лучевой диагностики

1. рентгенография
2. вентрикулография
3. селективная ангиография
4. рентгеновская компьютерная томография
5. *сонография сосудов с доплерографией*

Предварительный диагноз: экссудативный перикардит. Укажите оптимальный метод лучевой диагностики

1. рентгенография
2. вентрикулография
3. селективная ангиография
4. *эхокардиография*
5. перфузионная сцинтиграфия

Для какого заболевания характерно провисание створок в левое предсердие

1. митральный стеноз
2. *митральная недостаточность*
3. аортальный стеноз
4. аортальная недостаточность
5. дефект межпредсердной перегородки

Для какого заболевания характерно локальное выпячивание сосудистой стенки

1. *аневризма*
2. атеросклероз
3. облитерирующий эндартериит
4. эмболия

5. тромбоз

Для атеросклероза аорты характерно:

1. *ее расширение и уплотнение*
2. ее сужение и снижение плотности
3. изменение ее расположения
4. снижение ее плотности
5. нет изменений

Какие отделы сердца увеличиваются при недостаточности митрального клапана?

1. правые камеры сердца
2. *левые камеры сердца*
3. все камеры сердца
4. левое предсердие
5. аорта

Какой первичный метод лучевого исследования клапанов сердца?

1. рентгеноскопия
2. компьютерная томография
3. *УЗИ*
4. магнитно-резонансная томография
5. коронарография

Открытый артериальный проток – это

1. *сообщение между аортой и легочной артерией*
2. сужение легочной артерии
3. сужение перешейка аорты
4. сообщение между предсердиями
5. сообщение между желудочками

Какой порок сердца врожденный

1. недостаточность митральных клапанов
2. *дефект межжелудочковой перегородки*
3. стеноз митрального отверстия
4. недостаточность аортальных клапанов
5. недостаточность трехстворчатого клапана

Что не характерно для тетрады Фалло

1. высокий дефект межжелудочковой перегородки
2. сужение устья легочного ствола
3. смещение устья аорты вправо
4. гипертрофия правого желудочка
5. *увеличение кровоснабжения в малом круге кровообращения*

Предварительный диагноз: острый панкреатит. Выберите оптимальный метод исследования

1. обзорная рентгенография органов брюшной полости
2. рентгенологическое исследование с пероральным контрастированием
3. *сонография*
4. сцинтиграфия
5. селективная ангиография

Предварительный диагноз: киста печени. Выберите оптимальный метод исследования

1. обзорная рентгенография органов брюшной полости
2. рентгенологическое исследование с пероральным контрастированием
3. *сонография*
4. сцинтиграфия
5. селективная ангиография

Предварительный диагноз: опухоль печени. Сцинтиграфия: в правой доле выявлен холодный узел размером до 5 см. Выберите оптимальный метод исследования

1. обзорная рентгенография органов брюшной полости
2. контрастная рентгенография ЖКТ
3. *сонография*
4. рентгеновская компьютерная томография
5. селективная ангиография

Предварительный диагноз: желчекаменная болезнь. Укажите оптимальный метод лучевой диагностики

1. обзорная рентгенография органов брюшной полости
2. контрастная рентгенография ЖКТ
3. *сонография*
4. рентгеновская компьютерная томография
5. статическая сцинтиграфия

Предварительный диагноз: асцит. Укажите оптимальный метод лучевой диагностики

1. обзорная рентгенография органов брюшной полости
2. контрастная рентгенография ЖКТ
3. *сонография*
4. рентгеновская компьютерная томография
5. статическая сцинтиграфия
6. селективная ангиография

Предварительный диагноз: острый холецистит. Укажите оптимальный метод лучевой диагностики

1. обзорная рентгенография органов брюшной полости
2. контрастная рентгенография ЖКТ
3. *сонография*
4. рентгеновская компьютерная томография
5. сцинтиграфия

Максимально допустимый переднезадний размер левой доли печени до

1. 190 мм
2. 170 мм
3. 150 мм
4. 130 мм
5. *110 мм*

Максимально допустимый переднезадний размер правой доли печени до

1. 190 мм
2. *170 мм*
3. 150 мм
4. 130 мм
5. 110 мм

Максимально допустимый переднезадний размер хвоста поджелудочной железы до

1. 36 мм
2. 15 мм
3. *30 мм*
4. 130 мм
5. 22 мм

Максимально допустимый переднезадний размер тела поджелудочной железы до

1. 36 мм
2. 15 мм
3. 27 мм
4. 30 мм
5. *25 мм*

Максимально допустимый поперечный размер желчного пузыря до

1. 45 мм
2. *35 мм*
3. 30 мм
4. 25 мм
5. 15 мм

Максимально допустимая толщина стенки желчного пузыря до

1. 6 мм
2. 5 мм
3. 4 мм
4. 3 мм
5. 1 мм

Максимально допустимый диаметр холедоха при сонографии до

1. 10 мм
2. 8 мм
3. 6 мм
4. 4 мм
5. 2 мм

Максимально допустимый размер головки поджелудочной железы до

1. 36 мм
2. 15 мм
3. 27 мм
4. 30 мм
5. 22 мм

УЗ симптом "акустическая тень" характерен для

1. рака желудка
2. язвы 12-перстной кишки
3. хронического гастрита
4. *камня желчного пузыря*
5. кардиоспазма

УЗ симптом "увеличение размеров органа" характерен для

1. *острого воспалительного процесса*
2. фиброза
3. конкрементов
4. дисплазии
5. дистопии

УЗ симптом "уменьшение размеров органа" характерен для

1. острого воспалительного процесса
2. объемного образования
3. конкрементов
4. *гипоплазии*
5. кист

УЗ симптом "снижение эхогенности" характерен для

1. хронического воспалительного процесса
2. конкрементов
3. дисплазии

4. дегенеративного процесса (цирроза)
5. кисты

УЗ симптом "повышение эхогенности" характерен для

1. конкрементов
2. гипоплазии
3. отека
4. кисты
5. асцита

УЗ симптом "неоднородность структуры" характерен для

1. конкрементов
2. отека
3. кисты печени
4. асцита
5. опухоли

Перечислите УЗ признаки острого панкреатита

1. увеличение размеров поджелудочной железы
2. увеличение эхогенности
3. четкость контуров
4. локальное выбухание контура
5. уменьшение размеров поджелудочной железы

Укажите основной ультразвуковой признак метастазов рака в печень

1. множественные очаги
2. однородная структура очагов
3. увеличение размеров печени
4. расширение желчных протоков
5. расширение воротной вены

Укажите ультразвуковой признак острого панкреатита

1. увеличение размеров поджелудочной железы
2. увеличение плотности
3. уменьшение ширины Вирсунгова протока
4. наличие кальцинатов в поджелудочной железе
5. локальное выбухание контура

Укажите ультразвуковой признак злокачественной опухоли поджелудочной железы

1. четкие и ровные контуры образования
2. локальное увеличение размеров железы
3. уменьшение размеров железы
4. уменьшение ширины желчевыводящих путей
5. уменьшение ширины Вирсунгова протока

Ультразвуковые симптомы кисты

1. *анэхогенное образование с четкими контурами и дистальным акустическим усилением*
2. гиперэхогенное образование с четкими контурами и дистальной акустической тенью
3. анэхогенное образование с нечеткими контурами
4. изоэхогенное образование с четкими контурами
5. гипоехогенное образование с нечеткими контурами

В просвете желчного пузыря выявлено смещаемое гиперэхогенное образование с дистальной акустической тенью. Ваше заключение.

1. опухоль желчного пузыря
2. *конкремент желчного пузыря*
3. холестероз желчного пузыря
4. концентрированная желчь
5. киста

Где заканчивается терминальный отдел общего желчного протока?

1. в луковице 12ти перстной кишки
2. в верхнегоризонтальной части 12 перстной кишки
3. *в нисходящей части 12 перстной кишки*
4. в нижнегоризонтальной части 12 перстной кишки
5. в восходящей части 12 перстной кишки

Где заканчивается терминальный отдел главного панкреатического протока?

1. в луковице 12 перстной кишки
2. в верхнегоризонтальной части 12 перстной кишки
3. *в нисходящей части 12 перстной кишки*
4. в нижнегоризонтальной части 12 перстной кишки
5. в восходящей части 12 перстной кишки

Сколько основных протоков в поджелудочной железе?

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5

Наиболее часто обызвествления печени наблюдаются при:

1. раке
2. доброкачественной опухоли
3. *паразитарной кисте*
4. абсцессе

5. инфаркте

При камнях желчного пузыря наблюдается:

1. *гиперэхогенные образования с акустической тенью*
2. гиперэхогенные образования без акустической тени
3. гипозхогенные образования
4. изоэхогенные образования с акустической тенью
5. анэхогенные образования

Для УЗИ исследования желчного пузыря необходимо:

1. очистить кишечник
2. принять завтрак
3. *явиться натощак*
4. принять слабительное
5. выпить один литр воды за 30 минут до исследования

К морфологическим показателям органов желудочно-кишечного тракта не относят:

1. форма
2. размеры
3. положение
4. *тонус*
5. характер контуров

Ультразвуковое исследование применяется для:

1. получения изображений головного мозга у взрослых
2. *получения изображений головного мозга у детей через роднички*
3. определения положения структур спинного мозга у взрослых
4. оценки состояния гипофиза
5. оценки положения структур спинного мозга у детей

Первичный метод лучевого исследования паращитовидной железы

1. рентгенография шеи
2. магнитно-резонансная томография шеи
3. сцинтиграфия
4. *сонография*
5. компьютерная томография

Наполнение мочевого пузыря при ультразвуковом исследовании в ранние сроки беременности необходимо при:

1. *трансабдоминальном доступе*
2. трансвагинальном доступе
3. верно 1 и 2

Ранняя диагностика маточной беременности при трансабдоминальной эхографии возможна:

1. с 3 недель
2. с 7 недель
3. с 5-6 недель
4. с 8 недель
5. с 2 недель

Ранняя визуализация плодного яйца в полости матки при трансвагинальной эхографии возможна:

1. с 5-6 недель
2. с 4-5 недель
3. с 2 недель
4. с 7 недель
5. с 8 недель

При ультразвуковом трансабдоминальном исследовании эмбрион выявляется с:

1. 6-7 недель
2. 8-9 недель
3. 9-10 недель
4. 10-11 недель
5. 11-12 недель

Двигательная активность эмбриона начинает выявляться при ультразвуковом исследовании:

1. с 8 недель
2. с 10 недель
3. с 12 недель
4. с 6 недель
5. с 4 недель

Наиболее точным параметром биометрии при определении срока беременности в 1 триместре является:

1. средний диаметр плодного яйца
2. копчико-теменной размер эмбриона
3. размеры матки
4. диаметр туловища эмбриона
5. диаметр головки эмбриона

Визуализация мочевого пузыря эмбриона при трансвагинальном сканировании возможна:

1. с 10 недель
2. с 7 недель
3. с 13 недель

4. с 9 недель

5. с 5 недель

Параметрами обязательной фетометрии является:

1. бипариентальный размер головки, средний диаметр грудной клетки, длина плечевой кости
2. бипариентальный и лобно-затылочный размер размеры головки, средний диаметр живота, длина стопы
3. *бипариентальный размер головки, средний диаметр или окружность живота, длина бедренной кости*
4. длина бедренной кости, длина плечевой кости, толщина плаценты
5. средний диаметр грудной клетки, лобно-затылочный размер головки, длина стопы

Измерение бипариентального размера головки плода при ультразвуковом исследовании производится на уровне:

1. полушарий мозжечка
2. глазниц
3. *четверохолмия и полости прозрачной перегородки*
4. височных рогов боковых желудочков
5. наилучшей визуализации М-эхо

Измерение бипариентального размера головки плода при ультразвуковом исследовании производится:

1. *от наружного контура ближней теменной кости до внутреннего контура дальней теменной кости*
2. по наружным контурам теменных костей
3. по внутренним контурам теменных костей
4. по наиболее четко визуализируемым контурам теменных костей

Основным ориентиром при измерении среднего диаметра и окружности живота являются:

1. желудок
2. почки
3. *пупочная вена*
4. надпочечники
5. селезенка

Для точного измерения длины бедренной кости плода необходимо установить датчик:

1. *параллельно бедренной кости*
2. под острым углом к бедренной кости
3. под прямым углом к бедренной кости
4. под тупым углом к бедренной кости
5. угол не имеет значения

Толщину плаценты при ультразвуковом исследовании следует измерять:

1. в наиболее утолщенном участке
2. в области краевого синуса
3. *в месте впадения пуповины*
4. в наиболее тонком месте
5. не имеет принципиального значения

В состав нормальной пуповины входят:

1. одна артерия и одна вена
2. *две артерии и одна вена*
3. две вены и одна артерия
4. две артерии и две вены
5. две артерии и три вены

Основным ультразвуковым критерием внутриутробной гибели плода является:

1. *отсутствие сердечной деятельности плода*
2. отсутствие двигательной активности плода
3. отсутствие дыхательной активности плода
4. изменение структур мозга
5. отсутствие дыхательной и двигательной активности плода

Обязательным срезом сердца плода, изучаемого при скрининговом ультразвуковом исследовании является:

1. срез по короткой оси левого желудочка
2. срез через легочный ствол
3. срез через дугу аорты
4. *четырёхкамерный срез*
5. четырёхкамерный срез с основанием аорты

Ультразвуковая диагностика дефекта межжелудочковой перегородки:

1. *возможна*
2. нет
3. возможна, но только в случае обширного перимембранозного дефекта
4. возможна, но только при дилатации обоих желудочков
5. да, но только при использовании цветового доплеровского картирования

Визуализация почек плода при трансабдоминальной эхографии обязательна:

1. с 12 недель
2. *с 16 недель*
3. с 20 недель
4. с 24 недель

5. с 28 недель

Неизмененные мочеточники плода визуализируются в виде:

1. извитых анэхогенных трубчатых образований
2. тонких гиперэхогенных образований
3. гипоэхогенных образований диаметром 5 мм
4. *не визуализируются*
5. извитых гипоэхогенных трубчатых образований

Мочевой пузырь плода следует обязательно визуализировать при трансабдоминальной эхографии начиная с:

1. 10 недель;
2. 12 недель;
3. *14 недель;*
4. 20 недель;
5. 22 недель.

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

1. 10-13 недель
2. 14-16 недель
3. *20-24 недели*
4. 28-32 недели
5. 32-34 недели

Нормативными эхографическими значениями длины тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются:

1. 20-41 мм
2. 30-59 мм
3. *40-60 мм*
4. 50-80 мм
5. 50-90 мм

Нормативными эхографическими значениями переднезаднего размера тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются:

1. 15-30 мм
2. 20-40 мм
3. *30-42 мм*
4. 40-50 мм
5. 45-55 мм

Нормативными эхографическими значениями ширины тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются:

1. 30-42 мм

2. 35-50 мм
3. 40-75 мм
4. 45-62 мм
5. 50-80 мм

Максимальные численные значения толщины неизмененного М-эхо матки перед менструацией при трансабдоминальном сканировании у пациенток репродуктивного возраста не превышают:

1. 7 мм
2. 10 мм
3. 15 мм
4. 20 мм
5. 25 мм

При трансабдоминальном сканировании неизмененные маточные трубы визуализируются в виде:

1. гипоэхогенных образований
2. гиперэхогенных образований
3. анэхогенных образований
4. образований средней эхогенности
5. не визуализируются

Одним из эхографических признаков наступившей овуляции считается:

1. визуализация свободной жидкости в позадиматочном пространстве
2. определение зрелого фолликула диаметром более 10 мм
3. утолщение эндометрия
4. уменьшение размеров матки
5. увеличение размеров матки

Свободная жидкость в позадиматочном пространстве при ультразвуковом исследовании в норме чаще визуализируется в:

1. пролиферативную фазу
2. перiovуляторную фазу
3. секреторную фазу
4. менструальную фазу
5. верно все

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

1. 1 мм
2. 3 мм
3. 5 мм
4. 7 мм
5. 10 мм

Характерным эхографическим признаком ретенционных кист яичников являются:

1. тонкая капсула
2. мелкосетчатое строение
3. анэхогенное содержимое
4. исчезновение при динамическом наблюдении
5. *верно все*

Наиболее характерная эхоструктура эндометриoidных кист яичника - это:

1. анэхогенная с тонкими перегородками
2. гиперэхогенная
3. *гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью*
4. гипоэхогенная с пристеночными разрастаниями
5. кистозно-солидная

Зрелая тератома яичника может иметь следующее строение:

1. кистозное с пристеночным эхопозитивным компонентом
2. солидное
3. кистозно-солидное
4. *верно все*

Особенностью доброкачественных новообразований яичников является:

1. *отсутствие клинических признаков заболевания при значительных их размерах*
2. быстрое озлокачествление и раннее метастазирование
3. выраженные нарушения функции органов малого таза
4. появление их в период менопаузы

Опухоли яичников в ультразвуковом изображении чаще всего определяются как:

1. *солидно-кистозные образования увеличенных яичников*
2. множественные кистозные образования яичников
3. солидно-кистозные образования не увеличенных яичников
4. процессы, изменяющие размеры яичников и сопровождающиеся появлением жидкостного содержимого в полости малого таза

Достоверным эхографическим признаком внематочной беременности является:

1. увеличение размеров матки
2. ложное плодное яйцо
3. свободная жидкость в позадиматочном пространстве
4. *плодное яйцо с эмбрионом вне полости матки*
5. утолщение М-эхо

Хвостатой долей печени называется:

1. *1 сегмент*
2. 2 сегмент
3. 3 сегмент
4. 2 и 3 сегменты
5. 4 сегмент

Квадратной долей печени называется:

1. 1 сегмент
2. 2 сегмент
3. 3 сегмент
4. *4 сегмент*
5. 5 сегмент

У детей эхогенность паренхимы печени по сравнению с эхогенностью коркового слоя паренхимы почки:

1. никогда не сравнивается
2. одинакова
3. ниже
4. *выше*

Синдром Бадд-Киари вызывает портальную гипертензию:

1. смешанного типа
2. предпеченочного типа
3. печеночного типа
4. *надпеченочного типа*
5. не вызывает портальную гипертензию

К правильным формам желчного пузыря у детей при ультразвуковом исследовании относятся:

1. круглую, грушевидную
2. цилиндрическую
3. веретенообразную
4. каплевидную
5. *правильно Б, В, Г*

При ультразвуковом исследовании гепатодуоденальной зоны у детей в норме можно визуализировать:

1. только желчный пузырь
2. желчный пузырь, общий желчный пузырь
3. *желчный пузырь, общий желчный проток, общий печеночный проток*
4. желчный пузырь, общий желчный проток, общий печеночный проток, внутripеченочные протоки
5. только общий печеночный проток

Толщина стенки желчного пузыря у здоровых детей при ультразвуковом исследовании составляет:

1. 0 мм
2. 1 мм
3. 1-2 мм
4. 2 мм
5. 2-3 мм

Размеры поджелудочной железы у новорожденных детей при ультразвуковом исследовании во всех отделах составляют:

1. 3 мм
2. 4 мм
3. 6 мм
4. 8 мм
5. 10 мм

Эхогенность паренхимы поджелудочной железы у новорожденного ребенка:

1. снижена
2. повышена
3. одинакова по эхогенности с паренхимой печени
4. *выше эхогенности паренхимы печени*
5. невозможно оценить

У здорового ребенка раннего возраста, получающего естественное вскармливание, эхогенность паренхимы поджелудочной железы и печени при ультразвуковом исследовании становится одинаковым в возрасте:

1. 1 месяца
2. 2 месяцев
3. 3 месяцев
4. *4 месяца, когда ребенок начинает получать прикорм*
5. 6 месяцев

При инсулинозависимом диабете у детей при ультразвуковом исследовании:

1. *практически не встречаются ультразвуковые признаки поражения поджелудочной железы*
2. характерно очаговое поражение поджелудочной железы
3. характерно диффузное поражение паренхимы поджелудочной железы
4. расширяется проток поджелудочной железы
5. изменяются контуры поджелудочной железы

Чаще всего добавочная селезенка локализуется:

1. в воротах селезенки

2. в области нижнего полюса
3. в области нижнего полюса
4. *в области ворот и нижнего полюса*
5. в области ворот и верхнего полюса

Длина почки у доношенного новорожденного при ультразвуковом исследовании составляет в среднем:

1. 30 мм
2. 35 мм
3. 40 мм
4. *45 мм*
5. 50 мм

Длина почки у здорового ребенка в возрасте 1 года при ультразвуковом исследовании составляет в среднем:

1. 40 мм
2. 45 мм
3. 48 мм
4. 55 мм
5. *62 мм*

Визуализация пирамид в паренхиме почки у ребенка при ультразвуковом исследовании свидетельствует о:

1. врожденной аномалии развития
2. метаболической нефропатии
3. *неизменной почки*
4. гломерулонефрите
5. системном заболевании

У здоровых детей мочеточник при ультразвуковом исследовании:

1. *не визуализируется*
2. виден на всем протяжении
3. определяется только в средней трети
4. виден возле мочевого пузыря
5. определяется в прилоханочном отделе

Повышение эхогенности одной или нескольких пирамид у новорожденного ребенка является признаком:

1. нефрокальциноза
2. метаболической нефропатии
3. гломерулонефрита
4. *ацидоза первых суток жизни, проходит после восстановления водно-солевого баланса*
5. врожденной аномалии развития

Самая частая опухоль почки у детей - это:

1. метастазы при злокачественных лимфомах
2. метастазы при нейробластомах
3. *опухоль Вильмса*
4. гипернефроидный рак
5. самостоятельная опухоль встречается крайне редко

Максимальное увеличение размеров щитовидной железы у детей наблюдается при:

1. *диффузно-токсическом зобе*
2. аутоиммунном тиреоидите
3. йодной недостаточности
4. злокачественном поражении
5. наличии кист

У детей наиболее часто встречаются следующие кисты яичников:

1. параовариальные
2. ретенционные
3. *дермоидные*
4. цистаденомы
5. желтого тела

У детей из опухолей яичников наиболее часто встречаются:

1. гормонопродуцирующие
2. фибромы
3. *цистаденомы*
4. тератобластомы
5. гемангиомы

Стандартная методика нейросонографии новорожденных детей обычно начинается с области:

1. *переднего родничка*
2. переднебоковых родничков
3. заднего родничка
4. большого затылочного отверстия
5. коронарного шва

Для проведения нейросонографии новорожденных детей используются секторные датчики с частотой сканирования:

1. 2,5 МГц
2. 3,0 МГц
3. 3,5 МГц
4. *5,0-7,5 МГц*

Для получения аксиальных сечений при нейросонографии используется:

1. передний родничок
2. задний родничок
3. *переднебоковой родничок, чешуя височной кости*
4. большое затылочное отверстие
5. лямбдовидный шов

В коронарных плоскостях сканирования при нейросонографии хвостатые ядра представляют гипэхогенные структуры, образующие:

1. *нижнелатеральный контур передних рогов боковых желудочков*
2. боковые стенки третьего желудочка
3. верхнемедиальный контур передних рогов боковых желудочков
4. боковые стенки полости прозрачной перегородки
5. боковые стенки четвертого желудочка

У доношенных новорожденных внутрижелудочковые кровоизлияния наиболее часто локализируются на уровне:

1. головок хвостатых ядер
2. тел боковых желудочков
3. задних рогов боковых желудочков
4. нижних рогов боковых желудочков
5. *сосудистых сплетений боковых желудочков*

У недоношенных новорожденных при нейросонографии субэпендимальные псевдокисты наиболее часто определяются в области:

1. *переднего рога бокового желудочка, каудоталамической борозды*
2. тела бокового желудочка
3. нижнего рога бокового желудочка
4. заднего рога бокового желудочка
5. антральной части и заднего рога бокового желудочка

С целью сканирования тазобедренного сустава у детей раннего возраста используют датчики:

1. секторного сканирования 5 МГц
2. секторного сканирования 3,5 МГц
3. линейного сканирования 3,5 МГц
4. *линейного сканирования 5-7,5 МГц*
5. конвексного сканирования 5 МГц

Анатомически в печени выделяют:

1. 6 сегментов
2. *8 сегментов*
3. 7 сегментов
4. 5 сегментов
5. 4 сегментов

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

1. 50 град
2. 80 град
3. *45 град*
4. 40 град
5. 75 град

При ультразвуковом исследовании взрослых косо-вертикальный размер (КВР) правой доли печени при отсутствии патологии не превышает:

1. 190 мм
2. *150 мм*
3. 175 мм
4. 165 мм
5. 180 мм

При ультразвуковом исследовании взрослых допустимыми размерами толщины правой и левой долей печени обычно являются:

1. правая до 152-165 мм, левая до 60 мм
2. *правая до 120-140 мм, левая до 60 мм*
3. правая до 172-185 мм, левая до 50 мм
4. правая до 142-155 мм, левая до 75 мм
5. правая до 170-180 мм, левая до 60 мм

При ультразвуковом исследовании взрослых методически правильное измерение толщины левой доли печени производится:

1. в положении косо-сканирования
2. в положении поперечного сканирования
3. *в положении продольного сканирования*
4. в положении датчика вдоль VIII межреберья

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

1. выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы печени с нарушением структуры и деформацией сосудистого рисунка
2. увеличение размеров угла нижнего края обеих долей печени
3. *сохранение структуры паренхимы и структуры сосудистого рисунка печени на фоне повышения эхогенности*
4. выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы печени
5. выявление отдельных участков повышенной эхогенности в паренхиме печени

Укажите дифференциально-диагностические признаки отличия очаговой жировой инфильтрации от объемных процессов при ультразвуковом исследовании:

1. *архитектоника и сосудистый рисунок печени не нарушены*
2. деформация сосудистого рисунка и повышение эхогенности печени
3. нарушение архитектоники и сосудистого рисунка печени
4. сосудистый рисунок не нарушен, эхогенность снижена
5. изменения гистограммы яркости

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

1. равномерное понижение эхогенности паренхимы печени
2. неравномерное понижение эхогенности паренхимы печени
3. *неравномерное повышение эхогенности паренхимы печени участками, "полями"*
4. нормальная эхогенность паренхимы печени (сопоставимая с корковым веществом неизменной почки)
5. равномерное повышение эхогенности паренхимы печени

При ультразвуковом исследовании размеры печени в терминальную стадию цирроза чаще:

1. в пределах нормы
2. увеличены за счет правой доли
3. *уменьшены за счет правой доли*
4. уменьшены за счет левой доли
5. значительно увеличены - всего объема органа

При классической картине цирроза в ультразвуковой картине печени:

1. контуры ровные, края острые
2. *контуры неровные, бугристые, края тупые*
3. контуры ровные, края закруглены
4. контуры неровные, зубчатые, края острые
5. контуры ровные, гладкие, края тупые

При ультразвуковом исследовании структура паренхимы при циррозе печени чаще:

1. однородная
2. мелкозернистая
3. крупнозернистая
4. *диффузно неоднородная*

Ультразвуковым признаком портальной гипертензии не является:

1. расширение селезеночной вены более 6 мм в диаметре
2. расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре

3. *увеличение желчного пузыря*
4. увеличение селезенки
5. выявление порто-кавальных анастомозов

К нарушению архитектоники печени, выявляемому при ультразвуковом исследовании, обычно не приводит:

1. первичный рак печени
2. метастатическое поражение печени
3. цирроз печени
4. *жировой гепатоз*
5. узловая гиперплазия печени

При синдроме Budd-Chiari ультразвуковое исследование печени в острую фазу позволяет выявить:

1. расширение желчевыводящих протоков
2. расширение воротной вены
3. сужение воротной вены
4. расширение нижней полой вены в области хвостатой доли печени
5. сужение устьев печеночных вен

К важнейшим ультразвуковым признакам разрыва печени при тупой травме живота не относится:

1. локальное повреждение контура (капсулы) печени
2. гипо-анэхогенное образование в паренхиме печени часто с нечеткими контурами
3. *наличие свободного газа в брюшной полости*
4. наличие нарастающего количества свободной жидкости в брюшной полости
5. верно 1. и 4

Для уточненной дифференциальной диагностики очаговых форм жировой инфильтрации печени не является значимым признаком:

1. *размеры печени*
2. контуры измененного участка
3. структура измененного участка
4. состояние сосудистого рисунка
5. характер эхогенности

Эхографическую картину капиллярной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с:

1. очаговым фиброзом печени
2. очаговой формой жировой инфильтрации печени
3. метастатическим поражением печени
4. первичным раком печени

5. верно все

Для эффективной верификации характера очагового поражения печени в большинстве случаев можно использовать:

1. рентгеновскую компьютерную томографию
2. магнитно-резонансное исследование
3. ультразвуковое исследование
4. радионуклидное исследование
5. *пункционную биопсию под визуальным (эхография, компьютерная томография) контролем*

Неинвазивная эхография при исследовании печени в большинстве случаев позволяет

1. установить нозологический характер поражения
2. верифицировать характер гистологических изменений ткани
3. **установить наличие диффузного или очагового патологического процесса и относительную степень его выраженности**
4. установить клинический диагноз
5. верифицировать лабораторные показатели

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

1. *увеличение размеров печени и селезенки с расширением воротной вены*
2. уменьшение размеров печени при увеличенной селезенке с нормальным состоянием воротной вены
3. нормальное состояние печени при увеличении селезенки и уменьшением просвета воротной вены
4. увеличение левой доли печени и селезенки с повышением их эхогенности

Эхографическая диагностика кист печени основывается на:

1. *определении округлых гипоэхогенных или анэхогенных образований с четкими контурами располагающимися в паренхиме печени*
2. определении солидных структур в паренхиме печени
3. определении неоднородных образований полиморфной эхоструктуры с четкими контурами
4. определении инфильтративных изменений с различной степенью плотности

Эхографическая картина первичного рака печени характеризуется:

1. *полиморфизмом эхографических проявлений с поражением большей или меньшей части печени*
2. гипоэхогенными кистозными образованиями в одной из долей печени
3. явлениями портальной гипертензии
4. увеличением размеров печени без изменения ее структуры

Гемангиомы в ультразвуковом изображении характеризуются:

1. *определением одиночных или множественных округлых гиперэхогенных образований с мелкозернистой эхоструктурой*
2. определением одиночных гипоэхогенных кистозных образований
3. определением неоднородных преимущественно солидных образований паренхимы печени
4. увеличением размеров печени без изменения ее структуры

Метастатические поражения печени в ультразвуковом изображении характеризуются:

1. *полиморфной эхографической картиной преимущественно с определением округлых образований различной эхогенности и структуры нарушающих архитектуру строения печени*
2. определением округлых кистозных образований с четкими контурами
3. повышением эхогенности ткани печени с неровностью его контура
4. повышенным поглощением ультразвуковых колебаний и ухудшением получаемого изображения

Эхинококковая киста печени в ультразвуковом изображении характеризуется:

1. *определении округлой инкапсулированной кисты с пристеночным образованием*
2. определением солидного образования печени
3. неоднородным образованием печени
4. увеличением размеров печени

Острые гепатиты в ультразвуковом изображении сопровождаются:

1. *увеличением размеров печени, понижением эхогенности паренхимы, уменьшением количества трабекулярных структур по периферии*
2. увеличением размеров печени, повышением эхогенности паренхимы
3. уменьшением размеров печени с повышением эхогенности паренхимы
4. нормальными размерами печени, появлением неоднородности паренхимы с нарушением архитектоники печени

Поддиафрагмальный абсцесс визуализируется:

1. между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы
2. *между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки*
3. под висцеральной поверхностью печени и селезенки
4. в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы
5. между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы

Подпеченочный абсцесс визуализируется:

1. между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы
2. между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки

3. *под висцеральной поверхностью печени*
4. в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы
5. между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы

Обычная методика цветовой доплерографии при исследовании очаговых изменений печени позволяет:

1. достоверно определить степень и структуру васкуляризации измененного участка
2. *выявить нарушение строения сосудистого дерева печени в зоне очаговых изменений*
3. при наличии солидного поражения с высокой степенью достоверности дифференцировать доброкачественный и злокачественный характер поражения
4. достоверно выявить наличие патологической неоваскуляризации в злокачественном новообразовании

Ультразвуковое исследование печени в реальном масштабе времени с "серой шкалой" с применением методики цветовой доплерографии не позволяет:

1. оценить размеры печени
2. оценить структуру печени
3. *оценить функциональное состояние печени*
4. выявить диффузные поражения различной этиологии
5. выявить очаговые поражения различной этиологии

К структурам желчевыводящей системы, визуализируемым при ультразвуковом исследовании при помощи В-режима в условиях хорошего акустического доступа на приборах среднего класса, относятся:

1. желчный пузырь, проток желчного пузыря, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевые протоки, сегментарные протоки, субсегментарные протоки, желчные капилляры
2. желчный пузырь, проток желчного пузыря, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевые протоки, сегментарные протоки, субсегментарные протоки
3. желчный пузырь, проток желчного пузыря, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевые протоки, сегментарные протоки
4. желчный пузырь, проток желчного пузыря, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевые протоки
5. *желчный пузырь, общий печеночный проток, общий желчный проток, главные долевые протоки*

К внутрипеченочным желчевыводящим протокам относятся:

1. общий желчный проток
2. *долевые, сегментарные, субсегментарные протоки*

3. общий печеночный проток
4. субсегментарные, сегментарные, долевыe протоки, проток желчного пузыря
5. общий желчный проток, проток желчного пузыря

Неизменная стенка желчного пузыря на портативных приборах и приборах среднего класса в стандартных условиях визуализируется в виде:

1. *однослойной тонкой гиперэхогенной эхоструктуры*
2. двухслойной гиперэхогенной структуры
3. трехслойной структуры смешанной эхогенности
4. пятислойной структуры смешанной эхогенности
5. неравномерно утолщенной по типу "четок" гиперэхогенной линии

Нормальная эхокартина полости желчного пузыря представляется как:

1. *эхонегативное пространство*
2. эхонегативное пространство с линейными эхо-сигналами вдоль задней стенки желчного пузыря в области шейки
3. эхонегативное пространство с линейными эхо-сигналами вдоль передней стенки желчного пузыря
4. эхонегативное пространство с мелкодисперсной эхогенной взвесью
5. полость желчного пузыря в норме не визуализируется

Причиной появления умеренно выраженной пневмобилии обычно не является:

1. операция на желчевыводящей системе
2. острый гнойный холангит
3. пузырно-кишечная фистула
4. *желчно-каменная болезнь*
5. острый холецистит

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

1. 0,5 мм
2. *1 мм*
3. 2 мм
4. 3 мм
5. 4 мм

К ультразвуковым признакам полипоза желчного пузыря не относятся:

1. наличие объемного образования или нескольких образований в полости желчного пузыря
2. пристеночное расположение в полости желчного пузыря
3. однородность структуры

4. смещаемость при изменении положения тела, выявление акустической тени

5. эхогенность либо сопоставима с паренхимой печени, либо превышает, либо смешанная

Множественные точечные гиперэхогенные структуры в толще стенки желчного пузыря без изменения ее толщины и контуров выявляемые при ультразвуковом исследовании характерны для:

1. хронического холецистита
2. аденомиоматоза желчного пузыря
3. *холестероза желчного пузыря*
4. рака желчного пузыря
5. желчекаменной болезни

Наиболее часто встречаются:

1. Аномалии положения желчного пузыря
2. Аномалии количества желчного пузыря
3. *Аномалии формы желчного пузыря*
4. Аномалии размеров желчного пузыря
5. Аномалии строения желчного пузыря

Ультразвуковой метод исследования в режиме "реального времени" с "серой шкалой" позволяет с высокой достоверностью дифференцировать острые и хронические воспалительные процессы в желчном пузыре:

1. во всех случаях
2. никогда
3. *только при наличии соответствующих морфологических изменений в желчном пузыре*
4. только при наличии соответствующих функциональных изменений в желчном пузыре

Ультразвуковой метод исследования в режиме "реального времени" с "серой шкалой" позволяет с высокой достоверностью дифференцировать воспалительные процессы в желчном пузыре от доброкачественных и злокачественных гиперпластических процессов:

1. всегда
2. никогда
3. только при наличии структурных изменений в желчном пузыре
4. только при наличии соответствующих функциональных изменений в желчном пузыре
5. *только в комбинации с пункционной биопсией стенки желчного пузыря*

Эхографическую картину рака внепеченочных желчевыводящих протоков необходимо дифференцировать с эхографической картиной:

1. холедохолитиаза
2. лимфаденопатии в области печеночно-12-перстной связки
3. рака головки поджелудочной железы
4. рака большого дуоденального сосочка
5. *верно все*

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

1. нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость
2. нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью
3. различные размеры желчного пузыря, утолщенная неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью
4. *различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная, неоднородная, иногда слоистая - с гипозхогенными участками - стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость*
5. значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка иногда тонкая повышенной эхогенности, иногда утолщенная, полость с эхогенной желчью

Выявляемое во время диспансеризации при ультразвуковом исследовании стабильное во времени жидкостное образование, прилегающее к нижней, латеральной или медиальной стенке желчного пузыря, имеющее тонкие и четко видимые стенки, эхонегативное содержимое с отсутствием его передвижения в большинстве случаев соответствует:

1. околопузырному абсцессу
2. петле тонкой кишки с жидкостью
3. кисте печени
4. *дивертикулу желчного пузыря*
5. кисте поджелудочной железы

Конкременты желчного пузыря при ультразвуковом исследовании определяются как:

1. *гиперэхогенные округлые образования с четким контуром и акустической тенью*
2. гипозхогенные образования
3. многокамерные неоднородные эхоструктуры
4. образования с четким контуром, деформирующие контуры желчного пузыря

Обобщенная эхографическая картина рака желчного пузыря может быть представлена:

1. образованием повышенной эхогенности, с неоднородной структурой и неровными контурами, не смещаемым при изменении положения тела пациента
2. образованием пониженной эхогенности, с неоднородной структурой и неровными контурами, не смещаемым при изменении положения тела пациента
3. образованием смешанной эхогенности, с неоднородной структурой и неровными контурами, не смещаемым при изменении положения тела пациента
4. *солидной структурой с многовариантностью размеров, форм, структуры, эхогенности и характера роста*
5. солидно-кистозным образованием

К эхографическим признакам острого панкреатита в подавляющем большинстве случаев не относится:

1. увеличение размеров железы
2. размытость и нечеткость контуров железы
3. *уменьшение размеров железы*
4. диффузно неоднородная эхоструктура ткани железы
5. понижение эхогенности ткани железы

Наиболее распространенным эхографическим признакам псевдокисты поджелудочной железы не соответствует:

1. округлой, овальной формы образование
2. анэхогенное образование
3. *гиперэхогенное образование*
4. эффект дистального псевдоусиления
5. наличие эхогенных включений или взвеси

При ультразвуковом исследовании "маркерами" поджелудочной железы являются:

1. a. mesenterica superior, v. lienalis, v. portae, a. gastrica sin.
2. *a. mesenterica superior, v. lienalis, v. mesenterica superior, a. gastroduodenalis*
3. a. mesenterica superior, v. lienalis, v. mesenterica superior, a. renalis sin.
4. a. mesenterica superior, v. lienalis, a. lienalis, a. renalis dex.
5. a. mesenterica superior, v. lienalis, a. lienalis, a. hepatica propria

Наиболее характерными и часто встречающимися признаками острого панкреатита являются:

1. сохранение размеров поджелудочной железы, понижение эхогенности, однородность структуры и четкость контуров
2. *увеличение размеров, понижение эхогенности, нарушение однородности эхогенности и изменение контуров*

3. невозможность определения контуров поджелудочной железы и повышение ее эхогенности
4. увеличение размеров, повышение эхогенности и подчеркнутость контуров поджелудочной железы
5. отсутствие характерных признаков

Кисты поджелудочной железы чаще характеризуются следующими признаками:

1. наличием капсулы, эффектом псевдоусиления, правильной округлой формой, однородностью структуры
2. отсутствием капсулы, эффекта псевдоусиления, неправильной формой, неоднородной структурой
3. неоднородной структурой, четко выраженной капсулой, неправильной формой, наличием внутренних перегородок
4. *отсутствием капсулы, неправильной формой, эффектом псевдоусиления, разнообразным внутренним содержимым*
5. отсутствием характерных признаков

Наиболее характерными эхографическими признаками для рака поджелудочной железы с локализацией со стороны краниальной поверхности головки являются:

1. *увеличение размеров головки, деформация головки поджелудочной железы, изменение ее эхогенности, часто расширение вирсунгова протока и холедоха, сдавление воротной вены, метастазов в печени и регионарных лимфатических узлах*
2. увеличение размеров головки, сдавление воротной вены, селезеночной вены и нижней полой вены, метастазов в печени и регионарных лимфатических узлах.
3. уменьшение размеров головки, четкость контуров, расширение вирсунгова и общего желчного протоков, сдавление венозных сосудов, повышение эхогенности.
4. отсутствие характерных ультразвуковых признаков.
5. невозможно визуализировать поджелудочную железу.

Наиболее характерным для эхографической картины рака поджелудочной железы является обнаружение:

1. гиперэхогенного объемного образования
2. объемного образования умеренно повышенной эхогенности
3. объемного образования средней эхогенности
4. *объемного образования пониженной эхогенности*
5. анэхогенного объемного образования

Опухолевые поражения поджелудочной железы чаще всего встречаются:

1. *в головке поджелудочной железы*

2. в теле поджелудочной железы
3. в хвосте поджелудочной железы
4. в области фатерова соска

Острый панкреатит в УЗ-изображении характеризуется:

1. *увеличением поджелудочной железы и снижением эхогенности ее паренхимы*
2. появлением выпота в парапанкреатическом пространстве
3. деформацией поджелудочной железы
4. невозможностью ее визуализации

При ультразвуковом исследовании анатомическим ориентиром границы передней поверхности головки поджелудочной железы служит:

1. воротная вена.
2. нижний край печени
3. задняя стенка пилорического отдела желудка
4. *гастроудоденальная артерия*
5. луковица 12-перстной кишки

При ультразвуковом исследовании анатомическим ориентиром границы задней поверхности головки поджелудочной железы служит:

1. воротная вена.
2. горизонтальная часть 12-перстной кишки
3. позвоночный столб
4. гастроудоденальная артерия
5. *нижняя полая вена*

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

1. выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы поджелудочной железы
2. увеличение толщины сальника
3. *сохранение структуры паренхимы поджелудочной железы на фоне повышения ее эхогенности*
4. выявление четко очерченной очаговой пятнистости паренхимы поджелудочной железы
5. выявление отдельных участков повышенной эхогенности в паренхиме поджелудочной железы

Чаще всего состояние паренхимы поджелудочной железы при хроническом панкреатите можно описать как:

1. равномерное понижение эхогенности с однородной структурой паренхимы
2. диффузную неоднородность паренхимы с понижением эхогенности

3. *неравномерное повышение эхогенности с неоднородностью структуры паренхимы*
4. *неравномерное понижение эхогенности с однородной структурой паренхимы*
5. *равномерное повышение эхогенности с однородной структурой паренхимы*

В диагностике диффузных поражений поджелудочной железы эхография имеет в большинстве случаев:

1. *высокую чувствительность и высокую специфичность*
2. *высокую чувствительность и низкую специфичность*
3. *низкую чувствительность и низкую специфичность*
4. *низкую чувствительность и высокую специфичность*
5. *ни один из перечисленных*

Для верификации характера очагового поражения поджелудочной железы с наибольшей эффективностью целесообразнее использовать:

1. *рентгеновскую компьютерную томографию*
2. *магнитно-резонансное исследование*
3. *ультразвуковое исследование*
4. *радионуклидное исследование*
5. *пункционную биопсию под визуальным (эхография, компьютерная томография) контролем*

Неинвазивная эхография при исследовании поджелудочной железы в большинстве случаев позволяет:

1. *установить нозологический характер поражения*
2. *установить характер гистологических изменений ткани*
3. *установить наличие диффузного или очагового патологического процесса и относительную степень его выраженности и распространенности*
4. *установить клинический диагноз*
5. *верифицировать лабораторные показатели*

Повышение эхогенности поджелудочной железы в стандартных условиях чаще всего говорит о:

1. *неправильно настроенном ультразвуковом приборе*
2. *наличии диффузного поражения поджелудочной железы*
3. *наличии очагового поражения поджелудочной железы*
4. *употреблении в пищу адсорбентов*
5. *неподготовленности пациента к исследованию*

Характер изменений ткани поджелудочной железы, выявляемых при ультразвуковом исследовании при инсулинозависимом сахарном диабете, в большинстве случаев связан с:

1. первичными изменениями поджелудочной железы - генетически обусловленные нарушения структуры
2. *вторичными изменениями поджелудочной железы - развитие жировой инфильтрации*
3. вторичными изменениями поджелудочной железы - развитие очагового фиброза
4. функциональными нарушениями ферментативной функции поджелудочной железы

Так называемый "обструктивный панкреатит" - это вариант протекания острого панкреатита со следующими проявлениями:

1. *со сдавлением и последующим расширением вирсунгова протока*
2. со сдавлением и последующим расширением общего желчного протока с развитием билиарной гипертензии
3. со сдавлением и последующим нарушением перистальтики 12-перстной кишки
4. со сдавлением селезеночной и верхней брыжеечной вен и последующим развитием портальной гипертензии
5. со сдавлением воротной вены и последующим развитием портальной гипертензии

Так называемый "калькулезный панкреатит":

1. развивается из-за обструкции общего соустья холедоха и вирсунгова протока желчным камнем
2. *сопровождается формированием кальцификатов в протоковой системе поджелудочной железы на фоне частых обострений, особенно при злоупотреблении алкоголем*
3. является синонимом острого панкреатита или обострения хронического панкреатита при наличии желчекаменной болезни
4. является названием хронического воспалительного процесса поджелудочной железы, приводящего к образованию конкрементов в желчном пузыре

Эхографически в воротах нормальной селезенки при исследовании пациента натошак визуализируется:

1. *селезеночная вена, селезеночная артерия*
2. селезеночная вена
3. селезеночная артерия
4. селезеночная вена, селезеночная артерия и лимфатический узел.

Минимальный диаметр опухолей, выявляемых в селезенке с помощью ультразвукового исследования составляет:

1. *0,5 см в зависимости от локализации опухоли*
2. 1,0 см в зависимости от локализации опухоли
3. 2,0 см в зависимости от локализации опухоли

4. 1,0-2,0 см в зависимости от локализации опухоли

Селезенка расположена:

1. в верхнем этаже брюшной полости
2. в среднем этаже брюшной полости
3. забрюшинно

Продольная ось селезенки проходит в норме по:

1. IX ребру
2. X ребру
3. XI ребру

В норме просвет селезеночной вены:

1. равен просвету селезеночной артерии
2. больше просвета селезеночной артерии
3. меньше просвета селезеночной артерии
4. все вышеперечисленное не является значимым признаком

Эхинококковая киста селезенки чаще локализуется:

1. субкапсулярно
2. в области полюсов
3. в средней части органа
4. нет преимущественной локализации

Эхографически хронический сплениит характеризуется:

1. увеличением селезенки, снижением эхогенности
2. увеличением селезенки, заострением ее концов, повышением эхогенности
3. увеличением селезенки, округлением ее концов, повышением эхогенности
4. увеличением селезенки, повышением эхогенности

При ультразвуковом исследовании инфаркт селезенки в острой стадии выявляется как:

1. образование с нечеткими контурами и сниженной эхогенностью
2. образование с четкими контурами и сниженной эхогенностью
3. образование с четкими контурами и повышенной эхогенностью
4. образование с нечеткими контурами и повышенной эхогенностью

При ультразвуковом исследовании инфаркт селезенки в поздней стадии выявляется как:

1. образование с нечеткими контурами и сниженной эхогенностью
2. образование с четкими контурами и сниженной эхогенностью
3. образование с четкими контурами и повышенной эхогенностью
4. образование с нечеткими контурами и повышенной эхогенностью

При разрыве селезенки как дополнительный эхографический признак может выявляться:

1. *наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве*
2. гиперэхогенность капсулы в области разрыва
3. гипоэхогенность капсулы в области разрыва
4. дистальное усиление за зоной разрыва
5. дистальное ослабление за зоной разрыва