

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Дагестанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ФОНД  
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
К ОПОП**

31.08.11.Ультразвуковая диагностика

## ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ

1. УЗ анатомия щитовидной железы.
2. УЗ анатомия сердца.
3. УЗИ мочевого пузыря.
4. УЗ анатомия желудка.
5. УЗ анатомия молочной железы.
6. УЗ картина хр. гастрита.
7. УЗ картина доброкачественных опухолей поджелудочной железы.
8. УЗ анатомия предстательной железы.
9. УЗ картина плеврального выпота.
10. УЗ анатомия печени.
11. УЗ картина диффузных изменений почек.
12. УЗИ мочевого пузыря.
13. УЗ диагностика митральной недостаточности.
14. УЗИ аномалий матки.
15. УЗ диагностика желчекаменной болезни.
16. УЗ анатомия почек.
17. УЗ анатомия печени.
18. УЗИ диагностика митрального стеноза.
19. УЗ анатомия тонкого кишечника.
20. УЗ исследование ЖП.
21. УЗ признаки диффузно-токсического зоба.
22. УЗ диагностика острого аппендицита.
23. УЗД узлового зоба.
24. УЗ диагностика кист печени.
25. УЗИ органов мошонки.
26. УЗ анатомия поджелудочной железы.
27. УЗ признаки хр. холецистита.
28. УЗ анатомия надпочечников.
29. УЗ признаки гипертиреоза.
30. УЗ признаки хр. панкреатита.
31. УЗ признаки острого панкреатита.
32. УЗ признаки кист яичников.
33. УЗ диагностика кишечной непроходимости.
34. УЗ в эмбриональном периоде.
35. УЗ классификация митральной регургитации.
36. УЗ исследование тазобедренного сустава.
37. УЗИ вторичных диффузных заболеваний печени.
38. УЗИ в 11-14 недель беременности.
39. Нейросонография.
40. УЗИ признаки опухолевых заболеваний надпочечников.
41. Допплерография при заболеваниях поджелудочной железы.
42. Технология УЗИ сосудов.
43. УЗИ признаки кистозных образований печени.
44. УЗИ признаки аномалии желчевыводящей системы.
45. Общие принципы УЗ исследования почек.
46. УЗИ признаки очаговых поражений ЩЖ.
47. Понятие о цветовом доплеровском картировании.
48. Трансторакальное сканирование сердца.
49. УЗИ признаки злокачественных заболеваний печени.
50. УЗИ признаки поражения полового органа.

51. УЗИ признаки воспалительных заболеваний мочевого пузыря.
52. УЗИ признаки злокачественной опухоли почек.
53. УЗИ признаки вторичных диффузных поражений печени.
54. УЗИ признаки миомы матки.
55. УЗИ признаки патологий митрального клапана.
56. Типы датчиков.
57. УЗИ признаки доброкачественных заболеваний печени.
58. УЗИ признаки патологии аортального клапана.
59. УЗИ признаки тиреоидитов.
60. Классификация УЗ диагностических приборов.
61. УЗИ признаки диффузных заболеваний почечной паренхимы.
62. УЗИ признаки кисты молочной железы.
63. УЗИ признаки кисты почек.
64. УЗИ признаки воспалительного лимфаденита.
65. УЗИ признаки аномалии развития матки.
66. Основные ЭХО позиции сердца.
67. УЗИ признаки дилатаций верхних мочевых путей.
68. Дополнительные ЭХО позиции сердца.
69. УЗИ признаки диффузных заболеваний печени.
70. УЗИ признаки диффузных заболеваний селезенки.
71. УЗИ признаки осложнений ЖКБ.
72. Допплерография сосудов почек.
73. Непрерывноволновой доплер.
74. УЗИ признаки хронического гепатита.
75. Технология УЗ исследования ЩЖ.
76. УЗИ признаки абсцесса почки.
77. УЗИ признаки острого гепатита.
78. Постоянно-волновой доплер.
79. УЗИ признаки острого холецистита.
80. УЗИ признаки опухоли толстой кишки.
81. Импульсноволновой доплер.
82. Основные режимы работы УЗ приборов.
83. УЗИ признаки острого пиелонефрита.
84. УЗ анатомия желчевыводящей системы.
85. Понятие об ультразвуке и особенностях его распределения.
86. УЗИ признаки цирроза печени.
87. УЗИ признаки кисты поджелудочной железы.
88. УЗИ признаки доброкачественная гиперплазия предстательной железы.
89. УЗИ признаки аномалии развития почек и мочевыводящих путей.

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

### **Ситуационная задача 1**

Пациент Н., 40 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области и правом подреберье. Болен на протяжении 3 лет. Кожа и видимые слизистые желтушные. Биохимические исследования: отмечается повышение АЛТ, АСТ, ЩФ, амилазы, прямого и общего билирубина.

УЗИ: в печени изменений не выявлено. Внутрипеченочные желчные протоки незначительно расширены, холедох диаметром 7 мм. На видимом участке включений не содержит. Желчный пузырь 11,4x3,9 см, овальной формы, стенки неравномерно утолщены от 6 мм до 15 мм, неоднородны, с элементами слоистости на отдельных участках. В просвете эхогенная

взвесь до 1/3 объема. В просвете шейки желчного пузыря гиперэхогенное включение 1,5 см в диаметре, дающее четкую акустическую тень.

Вопросы:

1. Сформулируйте заключение на основании данных УЗИ
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Назначьте дополнительные методы исследования

### **Ситуационная задача 2**

У женщины 28 лет, жалобы на незначительные боли в правом подреберье после приема пищи. При ультразвуковом исследовании в 7-ом сегменте печени выявлено округлое, с четкими контурами гиперэхогенное образование, аваскулярное при цветном доплеровском исследовании, а также незначительная деформация желчного пузыря. В общем анализе крови, биохимическом исследовании крови (включая "печеночные" тесты и альфа - фетопротеин) патологических изменений не обнаружено. Высказано предположение о наличии кавернозной гемангиомы.

Вопросы:

1. Какова тактика дальнейшего ведения этой пациентки наиболее оправдана?
2. Требуется для уточнения характера поражения печени выполнение ее пункционной биопсии с последующим гистологическим исследованием ?

### **Ситуационная задача 3**

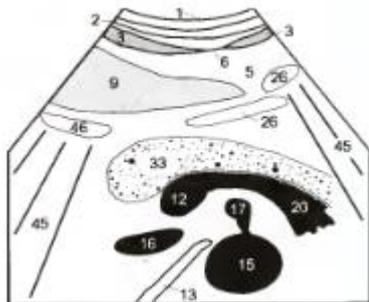
Пациентка 32 лет, 2 дня тому назад беспокоили сильные боли в верхней половине живота, однократная рвота, субфебрильная температура. Боли купировались после введения спазмолитиков врачом скорой помощи. От госпитализации отказалась. Боли связывает с погрешностью в диете. На момент осмотра беспокоит чувство тяжести внизу живота, частые позывы на мочеиспускание. Эпизоды гематурии отрицает. ОАК, ОАМ без патологии.

УЗИ: Печень из-под реберной дуги не выступает. КВР 13,3 см. ЛД . 5,3 см. Края печени острые. Контур: четкие, ровные. Эхогенность средняя. Структура мелкозернистая, однородная. Звукопроводимость на всю глубину. Очаговые изменения не визуализируются. Воротная вена – 0,9 см. Желчный пузырь размером 7,1 X 2,7 см, овальной формы. Стенки тонкие, эхогенные. В просвете без дополнительных образований. Холедох не расширен. Поджелудочная железа не увеличена. Размер головки 2,3 см, тело 1,3 см, хвост 2,1 см. Контур: четкие, ровные. Эхогенность: средняя. Структура: однородна во всех отделах, среднезернистая. Дополнительные образования не визуализируются. Почки расположены типично, смещаемость при дыхании достаточная. Контур ровный, четкий. RS 10,4x5,2см. Паренхима 2,1см, однородная, эхогенность «0» ст. Ретенции ЧЛС, дополнительных образований не выявлено. RD 11,1x6,0см; паренхима 1,7см, эхогенность «0» ст. Ретенционные изменения всех групп чашечек. Малые до 0,9 см, большие до 1,4-1,6 см. Лоханка расширена до 3,1 см. В средней группе чашечек лоцируется гиперэхогенный сигнал до 0,5 см. Проксимальный отдел мочеточника до 0,7 см. Мочевой пузырь не наполнен.

Вопросы:

- 1) Укажите результаты параклинических исследований:
  - а) лабораторных;
  - б) инструментальных;
- 2) Выделите ведущие синдромы;
- 3) Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам;
- 3) Сформулируйте заключение на основании данных УЗИ
- 4) Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза;
- 5) Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований?
- 5) В консультациях каких специалистов нуждается пациент?
  - б) Ожидаемые заключения специалистов.

## Ситуационная задача 4



1. Что изображено на снимке
2. Какой датчик использован

## Ситуационная задача 5

Эхограмма женщины 82 лет, которая 5 мес. назад перенесла мастэктомию по поводу рака правой молочной железы (сечение по VII межреберному промежутку справа в области передней подмышечной линии). 1 печень, 2 очаг измененной структуры печени.

Вопрос:

- 1) Структура 2 имеет отношение к причине хирургического вмешательства?
- 2) Как ее можно расценить?

## Ситуационная задача 6

Пациент В.35 лет

Объект обследования: Правая почка

Акустический доступ к почке удовлетворительный. Почка расположена обычно, не ротирована, размером: 104x50 мм, с четкими границами. Контуры правой почки ровные. Паренхима почки прослеживается, толщиной от 10 мм до 18 мм. Паренхима нормальной эхогенности, однородной эхоструктуры. В проекции ЧЛС (в верхней группе чашечек) определяется конкремент с акустической тенью, размером 4 мм. Полости правой почки не расширены. Мочеточник не дифференцируется.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая тактика?

### **Ситуационная задача 7**

При трансабдоминальном уз исследовании :

Тело матки 35 x 21 x 17 мм, с четкими ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры, М-эхо соответствует дню менструального цикла. Правый яичника без особенностей. В проекции левого яичника определяется округлое однокамерное образование 35 x 36 мм анэхогенной эхоструктуры, с тонкой стенкой.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

### **Ситуационная задача 8**

Больной М., 28 лет

У больной 48 лет жалобы на боли и покраснение кожи в наружных отделах правой молочной железы. При эхографическом исследовании в верхне - наружном квадранте правой молочной железы на 11 часах лоцируется участок ткани сниженной эхогенности с неровными, нечеткими контурами до 1,5 см в диаметре. При цветном доплеровском картировании отмечается локальное усиление ткани молочной железы в этой области.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ**

1. Анализировать и интерпретировать результаты ультразвукового исследования сердца.
2. Проведение трансторакальной эхокардиографии сердца при использовании парастернального доступа по короткой оси на уровне аортального клапана.
3. Проведение трансторакальной эхокардиографии сердца при использовании парастернального доступа по длинной оси левого желудочка.
4. Проведение трансторакальной эхокардиографии сердца при использовании парастернального доступа по коротким осям левого желудочка.
5. Проведение трансторакальной эхокардиографии сердца при использовании апикального доступа по апикальной четырехкамерной позиции.
1. Проведение УЗИ почек и надпочечников.
2. Проведение УЗИ предстательной железы.
3. Проведение УЗИ мягких тканей и суставов ОДА.
4. Проведение УЗИ щитовидной железы, околощитовидных желез.
5. Проведение УЗИ молочной железы.
6. Проведение УЗИ гинекологическое.

## ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

**Анатомически в печени выделяют: {**

- ~6 сегментов;
  - =8 сегментов;
  - ~7 сегментов;
  - ~5 сегментов;
  - ~4 сегментов.
- }**

**При УЗ исследовании анатомическим ориентиром границы между долями печени не является: {**

- =основной ствол воротной вены;
  - ~ложе ж. пузыря;
  - ~ворота печени;
  - ~круглая связка
  - ~все перечисленное неверно
- }**

**Структура паренхимы неизменной печени при УЗИ представляется как: {**

- =мелкозернистая;
  - ~крупноочаговая;
  - ~множественные участки повышенной эхогенности;
  - ~участки пониженной эхогенности;
  - ~участки средней эхогенности.
- }**

**Эхогенность ткани неизменной печени: {**

- ~повышенная;
  - ~пониженная;
  - =сопоставима с эхогенностью коркового вещества почки;
  - ~превышает эхогенность коркового вещества почки.
  - ~все перечисленное неверно
- }**

**?Повышение эхогенности печени это проявление: {**

- ~улучшения звукопроводимости тканью печени;
  - =ухудшения звукопроводимости тканью печени;
  - ~улучшения качества УЗ приборов;
  - ~правильной настройки УЗ прибора
  - ~артефактов.
- }**

**Колебания нормального размера основного ствола воротной вены при УЗИ обычно составляют: {**

- ~7-8 мм;
  - ~5-8 мм;
  - ~15-20 мм;
  - ~17-21 мм;
  - =9-14 мм.
- }

**Максимальная величина угла нижнего края левой доли нормальной печени при УЗИ не превышает: {**

- ~50 град;
  - ~80 град;
  - =45 град;
  - ~40 град;
  - ~75 град.
- }

**Печеночные вены визуализируются как: {**

- ~трубчатые структуры с высокоэхогенными стенками;
  - =трубчатые структуры с неотчетливо видимыми стенками;
  - ~трубчатые структуры с неотчетливо видимыми стенками и просветом;
  - ~округлые эхонегативные структуры рассеянные по всей площади среза печени.
  - ~округлые эхопозитивные структуры рассеянные по всей площади среза печени.
- }

**При УЗИ допустимые размеры диаметра печеночных вен на расстоянии до 2-3 см от устьев при отсутствии патологии не превышают: {**

- ~3-5 мм;
  - ~5-10 мм;
  - =10-14 мм;
  - ~15-22 мм
  - ~25-40 мм.
- }

**При УЗИ взрослых косой вертикальный размер (КВР) правой доли печени при отсутствии патологии не превышает: {**

- ~190 мм;
- =150 мм;
- ~175 мм;
- ~165 мм;
- ~180 мм.

}

**?При УЗИ взрослых допустимыми размерами толщины правой и левой долей печени обычно являются: {**

~правая до 152-165 мм , левая до 60 мм;

=правая до 120-140 мм , левая до 60 мм;

~правая до 172-185 мм , левая до 50 мм;

~правая до 142-155 мм , левая до 75 мм;

~правая до 170-180 мм , левая до 60 мм.

}

**При УЗИ взрослых методически правильное измерение толщины левой доли печени производится: {**

~в положении косого сканирования;

~в положении поперечного сканирования;

=в положении продольного сканирования;

~в положении датчика вдоль VIII межреберья

~все перечисленное верно.

}

**Эхогенность паренхимы печени и сосудистый рисунок при жировой инфильтрации печени следующие: {**

~эхогенность не изменена, сосудистый рисунок четкий;

~эхогенность понижена, сосудистый рисунок "обеднен";

~четкая визуализация сосудистого рисунка, эхогенность смешанная;

= "обеднение" сосудистого рисунка и повышение эхогенности паренхимы печени;

~воротная вена не изменена, эхогенность смешанная.

}

**Важнейшим дифференциально-диагностическим признаком жировой инфильтрации от прочих диффузных и очаговых поражений является: {**

~выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы печени с нарушением структуры и деформацией сосудистого рисунка;

~увеличение размеров угла нижнего края обеих долей печени;

=сохранение структуры паренхимы и структуры сосудистого рисунка печени на фоне повышения эхогенности;

~выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы печени;

~выявление отдельных участков повышенной эхогенности в паренхиме печени.

}

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

- =архитектоника и сосудистый рисунок печени не нарушены;
  - ~деформация сосудистого рисунка и повышение эхогенности печени;
  - ~нарушение архитектоники и сосудистого рисунка печени;
  - ~сосудистый рисунок не нарушен, эхогенность снижена;
  - ~изменения гистограммы яркости.
- }**

**При неинвазивном УЗИ печени имеется возможность достоверно установить: {**

- ~клинический диагноз;
  - ~морфологический диагноз;
  - =инструментальный диагноз
  - ~все перечисленное верно
  - ~все перечисленное неверно
- }**

**При неинвазивном УЗИ печени имеется возможность достоверного установления: {**

- ~характера поражения;
  - =характера и распространенности поражения;
  - ~нозологической формы поражения;
  - ~нозологической формы поражения и ее выраженности;
  - ~нозологической формы поражения и его прогноза.
- }**

**Укажите характерный при УЗИ признак кардиального фиброза печени при декомпенсации кровообращения по большому кругу: {**

- ~размеры печени не увеличены, сосудистый рисунок обеднен;
  - ~деформация печеночных вен, 1,5 - 2-х кратное уменьшение размеров печени;
  - =расширение и деформация печеночных вен, увеличение размеров печени;
  - ~расширение и деформация воротной вены;
  - ~расширение желчевыводящих протоков.
- }**

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

- ~равномерное понижение эхогенности паренхимы печени;
- ~неравномерное понижение эхогенности паренхимы печени;
- =неравномерное повышение эхогенности паренхимы печени участками, "полями";

~нормальная эхогенность паренхимы печени (сопоставимая с корковым в-вом неизменной почки);  
~равномерное повышение эхогенности паренхимы печени.  
}

**При УЗИ размеры печени на ранних стадиях цирроза чаще: {**

~в пределах нормы;  
~уменьшены;  
~значительно уменьшены;  
=увеличены  
~не увеличены.  
}

**При УЗИ размеры печени в терминальную стадию цирроза чаще: {**

~в пределах нормы;  
~увеличены за счет правой доли;  
=уменьшены за счет правой доли;  
~уменьшены за счет левой доли;  
~значительно увеличены - всего объема органа.  
}

**При классической картине цирроза в УЗ картине печени: {**

~контуры ровные, края острые;  
=контуры неровные, бугристые, края тупые;  
~контуры ровные, края закруглены;  
~контуры неровные, зубчатые, края острые;  
~контуры ровные, гладкие, края тупые.  
}

**При УЗИ структура паренхимы при циррозе печени чаще: {**

~однородная;  
~мелкозернистая;  
~крупнозернистая;  
=диффузно неоднородная  
~очаговая.  
}

**Ультразвуковым признаком портальной гипертензии не является: {**

~расширение селезеночной вены более 6 мм в диаметре;  
~расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре;  
=увеличение желчного пузыря;  
~увеличение селезенки;  
~выявление порто-кавальных анастомозов.  
}

**Укажите как наиболее часто изменяются контуры и края печени при жировой инфильтрации: {**

- ~контуры бугристые, края острые;
  - ~контуры неровные, края тупые;
  - =контуры ровные, края закруглены;
  - ~контуры бугристые, края закруглены;
  - ~контуры ровные, края острые.
- }

**Укажите дополнительные признаки, не способствующие установлению диагноза кардиального фиброза печени: {**

- ~выявление свободной жидкости в латеральных каналах брюшной полости, малом тазе;
  - =отсутствие свободной жидкости в плевральных полостях и брюшной полости;
  - ~расширение камер сердца
  - ~выявление жидкости в плевральных полостях
  - ~правильно в) и г)
- }

**К нарушению архитектоники печени, выявляемому при УЗ исслед., обычно не приводит: {**

- ~первичный рак печени;
  - ~метастатическое поражение печени;
  - ~цирроз печени;
  - =жировой гепатоз;
  - ~узловая гиперплазия печени.
- }

**Выявляемый при УЗИ опухолевый тромб в воротной вене является патогномичным признаком для: {**

- =первичного рака печени;
  - ~метастатического поражения печени;
  - ~узловой гиперплазии печени;
  - ~злокачественной опухоли почек;
  - ~злокачественной опухоли поджелудочной железы.
- }

**Узловая (очаговая) гиперплазия печени является: {**

- ~доброкачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением;
- ~злокачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением;
- =врожденной аномалией развития с прогрессирующим течением;
- ~воспалительным поражением с прогрессирующим течением;

~ни одним из перечисленных.

}

**Для эхо-картины солидного метастатического узла в печени не является характерным: {**

=эффект дистального псевдоусиления;

~эффект дистального ослабления;

~деформация сосудистого рисунка печени;

~нарушение контура печени;

~нарушение однородности структуры паренхимы.

}

**Наиболее достоверным ультразвуковым признаком аденомы печени (из перечисленных) является: {**

~большие размеры образования;

~неровность, бугристость и нечеткость контуров;

~небольшие размеры образования;

~наличие гипоэхогенного Halo;

=относительная ровность и четкость контура.

}

**Узловая гиперплазия печени при УЗИ выглядит как: {**

~участок грубой деформации (сморщивания) паренхимы печени;

~объемное образование с нечетко выраженной гиперэхогенной капсулой;

=участок неоднородности паренхимы по типу цирротических изменений;

~многоузловое объемное образование солидной структуры;

~многоузловое объемное образование солидно-кистозной структуры.

}

**При синдроме Budd-Chiari УЗИ печени в острую фазу позволяет выявить: {**

~расширение желчевыводящих протоков;

~расширение воротной вены;

~сужение воротной вены;

~расширение нижней полой вены в области хвостатой доли печени;

=сужение устьев печеночных вен.

}

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

~локальное повреждение контура (капсулы) печени;

~гипо-анэхогенное образование в паренхиме печени часто с нечеткими контурами;

=наличие свободного газа в брюшной полости;

~наличие нарастающего количества свободной жидкости в брюшной полости;  
~верно а) и г)  
}

**Характер эхокартины метастатических узлов печени является достаточным условием для определения их гистологической структуры: {**

~да  
=нет  
~иногда  
~в зависимости от клиники заболевания  
~!в зависимости от ультразвуковой аппаратуры  
}

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

=размеры печени  
~контуры измененного участка  
~структура измененного участка  
~состояние сосудистого рисунка  
~характер эхогенности  
}

**Для дифференциальной диагностики очаговых поражений печени не является значимым признаком: {**

~контуры измененного участка  
~структура измененного участка  
~состояние сосудистого рисунка  
~характер эхогенности  
=внутренний диаметр нижней полой вены  
}

**Среди параметров состояния сосудистого рисунка не является значимым для диагностики очаговых поражений печени: {**

~направление сосуда  
~характер криволинейности сосуда  
~характер изменения диаметра крупных и средних сосудов  
=четкость выявления стенок сосудистой сети  
~равномерность и углы отхождения ветвей от более крупных сосудов  
}

**В диагностике диффузных поражений печени эхография имеет в большинстве случаев: {**

~высокую чувствительность и высокую специфичность  
=высокую чувствительность и низкую специфичность  
~низкую чувствительность и низкую специфичность  
~низкую чувствительность и высокую специфичность  
~ни один из перечисленных  
}

**Эхографическую картину капиллярной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с: {**

~очаговым фиброзом печени  
~очаговой формой жировой инфильтрации печени  
~метастатическим поражением печени  
~первичным раком печени  
=верно все  
}

**Эхографическую картину кавернозной гемангиомы печени необходимо дифференцировать с: {**

~кистами печени  
~эхинококкозом и альвеококкозом печени  
~метастатическим поражением печени  
~первичным раком печени  
=верно все перечисленное  
}

**Пункция объемного образования (при подозрении на эхинококкоз) может быть выполнена только при условии: {**

~визуализации кальцификации капсулы образования  
~визуализации перегородок в полости образования  
~визуализации взвеси в полости образования  
=получения отрицательных результатов серологических проб  
~верно а), б) и в)  
}

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

~рентгеновскую компьютерную томографию  
~магнитно-резонансное иссл-е  
~УЗ- иссл-е  
~радионуклидное иссл-е  
=пункционную биопсию под визуальным (эхография, компьютерная томография) контролем.  
}

**В подавляющем большинстве случаев отождествление эхо- картины крупноочаговой неоднородности паренхимы печени с морфологической картиной макронодулярного цирроза печени является: {**

- ~правомерным;
  - =неправомерным;
  - ~правомерным при наличии эхографических признаков портальной гипертензии;
  - ~правомерным при наличии эхографических признаков внутрипеченочного холестаза;
- }

**Неинвазивная эхография при исследовании печени в большинстве случаев позволяет: {**

- ~установить нозологический характер поражения;
  - ~верифицировать характер гистологических изменений ткани;
  - =установить наличие диффузного или очагового патологического процесса и относительную степень его выраженности;
  - ~установить клинический диагноз;
  - ~верифицировать лабораторные показатели.
- }

**Прогрессирующее распространенное затухание в глубоких отделах печени в стандартных условиях чаще всего говорит о: {**

- ~неправильно настроенном УЗ приборе;
  - =наличии диффузного поражения печени;
  - ~наличии очагового поражения печени;
  - ~употреблении в пищу адсорбентов;
  - ~неподготовленности пациента к исследованию.
- }

**Гепатолиенальный синдром в УЗ изображении характеризуется: {**

- =увеличением размеров печени и селезенки с вероятными изменениями воротной вены;
  - ~увеличением селезенки;
  - ~расширением портальной системы;
  - ~повышением эхогенности ткани печени и селезенки
  - ~повышением эхогенности ткани печени и селезенки
- }

**Признаками портальной гипертензии на начальных ее этапах в УЗ изображении являются: {**

- =увеличение размеров печени и селезенки с расширением воротной вены
- ~уменьшение размеров печени при увеличенной селезенке с нормальным состоянием воротной вены

~нормальное состояние печени при увеличении селезенки и уменьшением просвета воротной вены

~увеличение левой доли печени и селезенки с повышением их эхогенности

~все перечисленное неверно

}

**Жировой гепатоз в УЗ изображении представляет собой картину: {**

=нормальной по размерам печени, с повышенной эхогенностью и уменьшением количества трабекулярных структур по периферии, с быстрым затуханием эхо-сигнала;

~увеличенной по размерам печени с понижением эхогенности паренхимы;

~уменьшенной по размерам печени повышенной эхогенности с расширением портальной системы;

~увеличенной по размерам печени со снижением отражательной способности печеночной ткани к ультразвуку

~увеличением по размерам печени и селезенки.

}

**Атрофический цирроз печени в УЗ изображении характеризуется:**

{

=уменьшением размеров печени и асцитом;

~неоднородной структурой печеночной ткани и спленомегалией;

~признаками портальной гипертензии;

~варикозным расширением вен пищевода.

~увеличением по размерам печени и селезенки.

}

**Эхографическая диагностика кист печени основывается на: {**

=определении округлых гипоэхогенных или анэхогенных образований с четкими контурами располагающимися в паренхиме печени;

~определении солидных структур в паренхиме печени;

~определении неоднородных образований полиморфной эхоструктуры с четкими контурами;

~определении инфильтративных изменений с различной степенью плотности

~определении гиперэхогенных образований.

}

**Эхографическая картина первичного рака печени характеризуется: {**

=полиморфизмом эхографических проявлений с поражением большей или меньшей части печени;  
~гипоэхогенными кистозными образованиями в одной из долей печени;  
~явлениями портальной гипертензии;  
~увеличением размеров печени без изменения ее структуры  
~увеличением по размерам печени и селезенки.  
}

**Гемангиомы в УЗ изображении характеризуются: {**

=определением одиночных или множественных округлых гиперэхогенных образований с мелкозернистой эхоструктурой;  
~определением одиночных гипоэхогенных кистозных образований;  
~определением неоднородных преимущественно солидных образований паренхимы печени;  
~увеличением размеров печени без изменения ее структуры.  
~гипоэхогенными кистозными образованиями.  
}

**Метастатические поражения печени в УЗ изображении характеризуются: {**

=полиморфной картиной с округлыми образованиями различной эхогенности и структуры нарушающих архитектонику строения печени;  
~определением округлых кистозных образований с четкими контурами;  
~повышением эхогенности ткани печени с неровностью его контура;  
~повышенным поглощением УЗ колебаний и ухудшением получаемого изображения.  
~гипоэхогенными кистозными образованиями.  
}

**Эхинококковая киста печени в УЗ изображении характеризуется:**

{  
=определении округлой инкапсулированной кисты с пристеночным образованием;  
~определением солидного образования печени;  
~неоднородным образованием печени;  
~увеличением размеров печени.  
~увеличением по размерам печени и селезенки.  
}

**Застойная печень при хронической сердечной недостаточности в УЗ изображении выглядит как: {**

=увеличенная в размерах с паренхимой, пониженной эхогенности, с расширенными собственными венами;

~увеличенная в размерах с паренхимой повышенной эхогенности с расширенными собственными венами;

~увеличенная в размерах неоднородной структуры;

~уменьшенная в размерах, повышенной эхогенности с расширением основного ствола v. Portae

~все перечисленное неверно.

}

**Острые гепатиты в УЗ изображении сопровождаются: {**

=увеличением размеров печени, понижением эхогенности паренхимы, уменьшением количества трабекулярных структур по периферии;

~увеличением размеров печени, повышением эхогенности паренхимы;

~уменьшением размеров печени с повышением эхогенности паренхимы;

~нормальными размерами печени, появлением неоднородности паренхимы с нарушением архитектоники печени.

~все перечисленное неверно.

}

**Фиброзы печени в УЗ изображении представляют собой картину: {**

=нормальной по размерам печени с нарушением архитектоники печени, увеличением количества стромальных элементов;

~нормальной по размерам печени, с бугристым краем, расширением портальной системы;

~уменьшенной по размерам печени с паренхимой пониженной эхогенности;

~неоднородностью паренхимы печени, снижением отражательной способности печеночной ткани к ультразвуку

~неизменной архитектоники.

}

**Эхографически порто-портальные анастомозы чаще всего выявляются в виде "клубка" сосудов различного диаметра в воротах печени при: {**

~первичном раке печени;

~опухоли общего печеночного протока;

- ~первичном (врожденном) портальном фиброзе;
- ~портальном циррозе печени;
- ~сдавлении воротной вены извне (опухолью, лимфатическими узлами и т.п.);
- =верно а) и в)
- }

**Порто-портальные анастомозы - это: {**

- ~анастомозы между основным стволом воротной вены и селезеночной веной;
- ~анастомозы между основным стволом воротной вены и верхней брызжеечной веной;
- ~анастомозы между основным стволом воротной вены и ветвями нижней полой вены;
- =анастомозы между основным стволом воротной вены и ее внутripеченочными ветвями;
- ~анастомозы между основным стволом воротной вены печеночными венами.
- }

**Средний диаметр воротной вены более 12-14 мм, полученный при измерении ее просвета только в передне-заднем направлении в положении косого сканирования (срез по длиннику воротной вены), является убедительным признаком ее расширения: {**

- ~да;
- ~нет;
- ~да, при условии проведения нескольких измерений в этом срезе;
- =да, если воротная вена имеет округлую форму среза поперечного сечения в этой точке
- ~да, при условии увеличения печени
- }

**Ярко выраженная портальная гипертензия может развиваться при: {**

- ~выраженных диффузных поражениях паренхимы печени (цирроз);
- ~локализации крупных объемных образований в области печеночно-12перстной связки со сдавлением ее компонентов или области шейки pancreas
- ~нарушении кровообращения по большому кругу;
- ~локализации объемных образований в воротах печени;
- =верно а), б) и г)

}

**Для эхо- картины печеночного абсцесса в острую и подострую фазы характерны все признаки, кроме: {**

~выявляется полость с неоднородным содержимым и часто неровными контурами;

~в полости определяется наличие жидкого и густого содержимого часто с образованием уровня;

~часто в полости абсцесса выявляются пузырьки газа;

=в большинстве случаев визуализируется тонкостенная гиперэхогенная капсула;

~в окружающей паренхиме печени часто визуализируется неоднородный ободок повышенной эхогенности неравномерной толщины;

}

**?Поддиафрагмальный абсцесс визуализируется: {**

~между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы;

=между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки;

~под висцеральной поверхностью печени и селезенки;

~в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы;

~между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы.

}

**Подпеченочный абсцесс визуализируется: {**

~между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы;

~между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки;

=под висцеральной поверхностью печени;

~в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы;

~между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы;

}

**При проведении цветового доплеровского картирования паренхимы печени при отсутствии патологии отмечают: {**

~ток крови в печеночных венах имеет разнонаправленный и турбулентный характер;

~ток крови в печеночных венах имеет разнонаправленный и ламинарный характер;

~ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и турбулентный характер;

=ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и ламинарный характер;

~невозможно оценить характер кровотока.

}

**При проведении цветового доплеровского картирования ток крови в печеночных венах и внутрипеченочных ветвях воротной вены: {**

~имеет однонаправленный характер;

=имеет разнонаправленный характер;

~невозможно сопоставить и оценить

~не имеет закономерного характера

~не определяется.

}

**При проведении цветового доплеровского картирования ток крови в ветвях печеночной артерии и внутрипеченочных ветвях воротной вены: {**

=имеет однонаправленный характер;

~имеет разнонаправленный характер;

~невозможно сопоставить и оценить.

~не имеет закономерного характера

~не определяется.

}

**Отсутствие цветового сигнала в просвете трубчатой структуры при проведении обычной цветовой доплерографии может означать, что: {**

~данная структура не является кровеносным сосудом;

~чувствительность прибора не соответствует параметрам кровотока в данном сосуде;

~настройка прибора неадекватна конкретной ситуации;

~возможности прибора и методики недостаточны для исследования данного сосуда;

=возможны все вышеперечисленные варианты

}

**По параметрам цвета при обычной методике цветовой доплерографии невозможно: {**

- ~определить направление кровотока в сосудах;
- ~приблизительно определить раскладку скоростных параметров потока крови на протяжении сосуда;
- =приблизительно определить объемную скорость кровотока в сосуде;
- ~в большинстве случаев для средних и крупных сосудов определить характер кровотока (артериальный, венозный);
- ~в большинстве случаев для средних и крупных сосудов определить характер кровотока (ламинарный, турбулентный) в конкретном участке

**Обычная методика цветовой доплерографии при исслед. очаговых изменений печени позволяет: {**

- ~достоверно определить степень и структуру васкуляризации измененного участка;
- =выявить нарушение строения сосудистого дерева печени в зоне очаговых изменений;
- ~при наличии солидного поражения с высокой степенью достоверности дифференцировать доброкачественный и злокачественный характер
- ~достоверно выявить наличие патологической неоваскуляризации в злокачественном новообразовании;
- ~верно а) и д)

**УЗИ печени в реальном масштабе времени с "серой шкалой" с применением методики цветовой доплерографии не позволяет: {**

- ~оценить размеры печени;
- ~оценить структуру печени;
- =оценить функциональное состояние печени;
- ~выявить диффузные поражения различной этиологии;
- ~выявить очаговые поражения различной этиологии;

**Утверждение об уплотнении паренхимы печени при выявлении повышения её эхогенности:{**

- ~справедливо всегда;
- =несправедливо;
- ~справедливо, при наличии хр. гепатита;
- ~справедливо, при наличии цирроза печени;
- ~справедливо, при наличии кальцификатов в паренхиме печени.

}

**Тактика ведения больного с эхографически установленным диагнозом гемангиомы печени заключается в следующем: {**

~ежемесячное динамическое иссл-е;

=повторные исследования через 1 - 1,5 мес., 3 мес., далее раз в полгода;

~динамическое иссл-е один раз в полгода;

~динамическое иссл-е один раз в год;

~динамическое наблюдение проводить нельзя, т. к. опухоль необходимо оперировать

}

**Поликистоз печени чаще сочетается с поликистозом: {**

~почек;

~поджелудочной железы;

~селезенки;

~яичников;

=верно а) и б)

}

Индекс хвостатой долей печени называется: {

=1 сегмент;

~2 сегмент;

~3 сегмент;

~2 и 3 сегменты;

~4 сегмент.

}

Квадратной долей печени называется: {

~1 сегмент;

~2 сегмент;

~3 сегмент;

=4 сегмент;

~5 сегмент.

}

Соотношение максимальных размеров правой и левой долей печени в норме равняется: {

~1:1;

=1,5:1;

~3:1;  
~4:1;  
~5:1.  
}

Индекс первого сегмента печени при ультразвуковом сканировании определяется соотношением: {

~толщины 1 сегмента и правой доли печени;

~толщины 1 сегмента и левой доли печени;

~ширины 1 сегмента и правой доли печени

=толщины 1 сегмента и суммарной толщины 1 сегмента и левой доли печени;

~ширины 1 сегмента и левой доли печени.

}

В норме индекс 1 сегмента печени составляет: {

~до 15%;

~до 20%;

=до 30%;

~до 35%;

~до 40%.

}

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

~никогда не сравнивается;

~одинакова;

~ниже;

=выше

~не оценивается

}

Диаметр ствола воротной вены у новорожденных детей при ультразвуковом исследовании колеблется между: {

~1-2 мм;

~2-3 мм;

~3-4 мм;

=3,7-4,5 мм;

~4-6 мм.

}

Максимальный диаметр ствола воротной вены при ультразвуковом исследовании в норме у детей старше 12 лет достигает: {

~8 мм;

~9 мм;

~10 мм;

~12 мм;

=13мм.

}

Максимальная толщина правой доли печени у доношенных новорожденных при ультразвуковом исследовании колеблется между: {

~2-3 см;

~3-4 см;

~4-5 см;

~4-6 см;

=5-6 см.

}

Синдром Бадд-Киари вызывает портальную гипертензию: {

~смешанного типа;

~предпеченочного типа;

~печеночного типа;

=надпеченочного типа;

~не вызывает портальную гипертензию.

}

Портальная гипертензия возникает при снижении градиента между воротной веной и нижней полой веной менее: {

~16 мм рт.ст.;

~12 мм рт.ст.;

~10 мм рт.ст.;

~8 мм рт.ст.;

=5 мм рт.ст.

}

Выявленная при исследовании кавернозная трансформация воротной вены у детей раннего возраста практически всегда является: {

- =врожденным состоянием;
  - ~приобретенным состоянием;
  - ~у детей раннего возраста не встречается;
  - ~признаком цирроза печени;
  - ~признаком гепатита.
- }

У детей при портальной гипертензии определенная последовательность развития ультразвуковых симптомов: {

- ~характерна;
  - =нет;
  - ~характерна своя последовательность для каждой формы портальной гипертензии;
  - ~существует только для цирроза печени;
  - ~существует только для тромбоза воротной вены.
- }

Инсулинозависимый диабет у детей при ультразвуковом исследовании может проявляться: {

- =жировой инфильтрацией печени;
  - ~циррозом печени;
  - ~очаговыми изменениями печени;
  - ~печень никогда не меняется;
  - ~фиброзом печени.
- }

Выявление взвешенных эхосигналов в асцитической жидкости может указывать на: {

- ~Злокачественный процесс
  - ~Воспалительный процесс
  - ~Доброкачественный процесс
  - =Злокачественный процесс, Воспалительный процесс
  - ~Воспалительный процесс, Доброкачественный процесс
- }

Укажите дополнительные признаки, не способствующие установлению диагноза кардиального фиброза печени: {

- ~Выявление свободной жидкости в латеральных каналах брюшной

полости, малом тазе

=Отсутствие свободной жидкости в плевральных полостях и брюшной полости

~Расширение камер сердца

~Выявление жидкости в плевральных полостях

~Правильно В и Г

}

Повышение эхогенности паренхимы печени может оказаться следствием: {

~Сахарного диабета

~Хронического употребления алкоголем

~Химиотерапии

~Токсического поражения

=Все перечисленное верно

}

Симптом «бычьего глаза» является признаком: {

~Гемангиомы печени

=Абсцесса печени

~Метастатического поражения печени

~Кисты печени

~Кисты печени

}

Анатомическим ориентиром границы между правой и квадратной долями служит: {

~Круглая связка

~Ворота печени

~Выстилка венозной связки

=Ложе желчного пузыря

~Ложе желчного пузыря

}

В норме толщина левой доли печени: {

~Не более 5 см.

=5-6 см.

~10 см.

~12-12,5 см.

~12-12,5 см.

}

У пациента 47 лет при ультразвуковом исследовании печень увеличена в

размерах, контуры ее четкие неровные, эхогенность диффузно повышена, сосудистый рисунок на периферии обеднен. Воротная вена - 1,6 см. Асцит. Данные изменения могут быть следствием: {

- =Цирроза печени
- ~Хронического гепатита
- ~Жировой инфильтрации печени
- ~Сердечной недостаточности
- ~Сердечной недостаточности

Общий печеночный проток образуется при слиянии: {

- =Правого и левого долевых печеночных протоков
- ~Междольковых протоков
- ~Пузырного, правого и левого печеночных протоков
- ~Пузырного и желчеприемного протоков
- ~Пузырного и желчеприемного протоков

Укажите дополнительные признаки, не способствующие установлению диагноза кардиального фиброза печени: {

- ~Выявление свободной жидкости в латеральных каналах брюшной полости, малом тазе
- =Отсутствие свободной жидкости в плевральных полостях и брюшной полости
- ~Расширение камер сердца
- ~Выявление жидкости в плевральных полостях
- ~Выявление жидкости в плевральных полостях

Укажите характерный при ультразвуковом исследовании признак кардиального фиброза печени при декомпенсации кровообращения по большому кругу: {

- ~Размеры печени не увеличены, сосудистый рисунок обеднен
- ~Деформация печеночных вен, 1,5-2-хкратное уменьшение размеров печени
- =Расширение и деформация печеночных вен, увеличение размеров печени
- ~Расширение и деформация воротной вены
- ~Расширение желчевыводящих протоков

Среди параметров состояния сосудистого рисунка не является значимым для диагностики очаговых поражений печени: {

- ~Направление сосуда
- ~Характер криволинейности сосуда
- ~Характер изменения диаметра крупных и средних сосудов
- =Четкость выявления стенок сосудистой сети
- ~Равномерность и углы отхождения ветвей от более крупных сосудов

Эхинококковая киста печени в ультразвуковом изображении характеризуется: {

=Определением округлой инкапсулированной кисты с пристеночным образованием

- ~Определением солидного образования печени
- ~Неоднородным образованием печени
- ~Увеличением размеров печени
- ~Увеличением размеров печени

Острые гепатиты в ультразвуковом изображении сопровождаются: {

=Увеличением размеров печени, понижением эхогенности паренхимы, уменьшением количества трабекулярных структур по периферии

- ~Увеличением размеров печени, повышением эхогенности паренхимы
- ~Уменьшением размеров печени с повышением эхогенности паренхимы
- ~Нормальными размерами печени, появлением неоднородности паренхимы с нарушением архитектоники печени
- ~Нормальными размерами печени, появлением неоднородности паренхимы с нарушением архитектоники печени

Поддиафрагмальный абсцесс визуализируется: {

- ~Между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы
- =Между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки
- ~Под висцеральной поверхностью печени и селезенки
- ~В любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы
- ~Между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы

При ультразвуковом исследовании анатомическим ориентиром границы между долями печени не является: {

=основной ствол воротной вены

~ложе желчного пузыря

~ворота печени

~круглая связка

~круглая связка

}

Структура паренхимы неизменной печени при ультразвуковом исследовании представляется как: {

=мелкозернистая

~крупноочаговая

~множественные участки повышенной эхогенности

~участки пониженной эхогенности

}

Эхогенность ткани неизменной печени: {

~повышенная

=пониженная

~сопоставима с эхогенностью коркового вещества почки

~превышает эхогенность коркового вещества почки

}

Повышение эхогенности печени это проявление: {

~улучшение звукопроводимости тканью печени

=ухудшение звукопроводимости тканью печени

~улучшение качества ультразвуковых приборов

~правильность настройки ультразвукового прибора

}

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

~равномерное понижение эхогенности паренхимы печени

~неравномерное понижение эхогенности паренхимы печени

=неравномерное повышение эхогенности паренхимы печени участками “полями”

~нормальная эхогенность паренхимы печени (сопоставимая с корковым

веществом неизменной почки)

~равномерное повышение экзогенности паренхимы печени

Показатель фракции выброса при дилатационной кардиомиопатии равен: {

~70%

~50%

~30%

=Менее 30%

~Более 50%

}

Толщина стенки миокарда левого желудочка у больных с дилатационной кардиомиопатией: {

~увеличена

~увеличена или нормальная

~уменьшена

=уменьшена или нормальная

~нормальная

}

Толщина стенки миокарда левого желудочка в конце диастолы у больных с дилатационной кардиомиопатией составляет: {

~15 мм

~14 мм

~12-14 мм

=до 12 мм

~более 15 мм

}

Размер полости левого желудочка в конце диастолы при дилатационной кардиомиопатии составляет: {

~45-56 мм

=более 56 мм

~40-35 мм

~30-35 мм

~40-50 мм

}

Показатель фракции выброса левого желудочка при дилатационной кардиомиопатии составляет: {

- ~70%
  - ~50-70%
  - ~70-80%
  - =менее 50%
  - ~50-60%
- }

Эхокардиографическими признаками дилатационной кардиомиопатии являются: {

- ~дилатация всех камер сердца
  - ~диффузное нарушение сократимости
  - ~увеличение расстояния от пика E-точки максимального диастолического открытия - до межжелудочковой перегородки
  - ~наличие митральной и трикуспидальной регургитации
  - =верно все
- }

Толщина стенок левого желудочка при гипертрофии небольшой степени составляет: {

- ~10-12 мм
  - =12-14 мм
  - ~14-16 мм
  - ~16-20 мм
  - ~более 20 мм
- }

Толщина стенок левого желудочка при умеренно выраженной гипертрофии составляет: {

- ~10-12 мм
  - ~12-14 мм
  - =14-16 мм
  - ~16-20 мм
  - ~более 20 мм
- }

Толщина стенок левого желудочка при выраженной гипертрофии составляет: {

- ~10-12 мм
- ~12-14 мм
- ~14-16 мм
- =16-20 мм
- ~более 20 мм
- }

Толщина стенок левого желудочка при высокой степени гипертрофии составляет: {

- ~10-12 мм
- ~12-14 мм
- ~14-16 мм
- ~16-20 мм
- =более 20 мм
- }

При эхокардиографии толщина стенки правого желудочка, измеренная в конце диастолы у здорового человека составляет: {

- =до 5 мм
- ~до 10 мм
- ~до 2 мм
- ~до 12 мм
- ~до 9 мм
- }

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

- ~смещением пика скорости в первую половину систолы
- =смещением пика скорости во вторую половину систолы
- ~обычной формой потока
- ~уменьшением скорости потока
- ~обычной скорости потока
- }

Скорость систолического потока в выносящем тракте левого желудочка при гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка изменяется следующим образом: {

- ~не изменяется

=увеличивается  
~уменьшается  
~не изменяется или уменьшается  
~не определяется  
}

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

~5-10 мм рт ст.  
=10-30 мм рт ст.  
~30-50 мм рт ст.  
~более 50 мм рт ст.  
~более 75 мм рт ст.  
}

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

~5-10 мм рт ст.  
~10-30 мм рт ст.  
=30-50 мм рт ст.  
~более 50 мм рт ст.  
~более 75 мм рт ст.

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

~5-10 мм рт ст.  
~10-30 мм рт ст.  
~30-50 мм рт ст.  
=более 50 мм рт ст.  
~более 75 мм рт ст.  
}

Оптимальной позицией для оценки состояния створок аортального клапана при эхокардиографическом исследовании является: {

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана

=парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц

~апикальная пятикамерная позиция

~апикальная двухкамерная позиция

}

Оптимальной позицией для оценки состояния створок клапана легочной артерии при эхокардиографическом исследовании является: {

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана

=парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц

~апикальная пятикамерная позиция

~апикальная двухкамерная позиция

}

Оптимальной позицией для оценки состояния ствола левой и правой коронарных артерий при эхокардиографическом исследовании является: {

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана

=парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц

~ апикальная пятикамерная позиция

~апикальная двухкамерная позиция

}

Кровоток в выносящем тракте правого желудочка при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции: {

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана

=парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц

~апикальная пятикамерная позиция

~апикальная двухкамерная позиция

}

Струю трикуспидальной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции: {

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц

=апикальная четырехкамерная позиция

~апикальная двухкамерная позиция

}

Состояние межпредсердной перегородки оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции: {

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~апикальная четырехкамерная позиция

~субкостальная четырехкамерная позиция

=все вышеперечисленные

~все неверно

}

Для оптимальной визуализации и оценки состояния митрального клапана при эхокардиографическом исследовании служит: {

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~супрастернальная короткая ось

~супрастернальная длинная ось

=парастернальная - длинная ось левого желудочка

~парастернальная - короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц.

}

Для оптимальной визуализации и оценки состояния дуги аорты при эхокардиографическом исследовании служат: {

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~супрастернальная короткая ось

~супрастернальная длинная ось

~парастернальная длинная ось левого желудочка

=верно 2) и 3)

}

Для оптимальной визуализации и оценки состояния папиллярных мышц при эхокардиографическом исследовании служит: {

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~супрастернальная короткая ось

~супрастернальная длинная ось

~парастернальная длинная ось левого желудочка

=парастернальная короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц

}

Для оптимальной визуализации и оценки состояния створок аортального клапана при эхокардиографическом исследовании служат: {

~парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты

~супрастернальная короткая ось

~супрастернальная длинная ось

~парастернальная длинная ось левого желудочка

=верно а) и г)

}

При эхокардиографическом для оптимальной визуализации и оценки состояния кровотока на легочной артерии служит: {

=парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~супрастернальная короткая ось

~супрастернальная длинная ось

~парастернальная длинная ось левого желудочка

~парастернальная короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц

}

Струю легочной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции: {

=парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~супрастернальная короткая ось

~супрастернальная длинная ось

~парастернальная длинная ось левого желудочка

~парастернальная короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц

}

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

~в правом желудочке

~в правом предсердии

~!в выносящем тракте левого желудочка

=в выносящем тракте правого желудочка

~в левом предсердии

}

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

~в правом желудочке

~в правом предсердии

~в выносящем тракте левого желудочка

~в выносящем тракте правого желудочка

=в левом предсердии

}

Для оптимальной визуализации и оценки состояния диастолического трансмитрального кровотока при эхокардиографическом исследовании используется следующая позиция: {

~парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

~супрастернальная короткая ось

=апикальная четырехкамерная

~парастернальная длинная ось левого желудочка

~парастернальная короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц

}

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

~в правом желудочке

- ~в правом предсердии
- =в выносящем тракте левого желудочка
- ~в выносящем тракте правого желудочка
- ~в левом предсердии
- }

Состояние брюшного отдела аорты оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции: {

- ~парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
- ~супрастернальная короткая ось
- ~апикальная четырехкамерная
- ~парастернальная длинная ось левого желудочка
- =субкостальная
- }

Состояние нижней полой вены оценивают при эхокардиографическом исследовании в следующей стандартной позиции: {

- ~парастернальная позиция короткая ось на уровне корня аорты
- ~супрастернальная короткая ось
- ~апикальная четырехкамерная
- ~парастернальная длинная ось левого желудочка
- =субкостальная
- }

Диаметр нижней полой вены в норме составляет: {

- ~не менее 12 мм
- ~12-20 мм
- =не более 25 мм
- ~25-30 мм
- ~более 30 мм
- }

Сократительную способность миокарда левого желудочка при эхокардиографическом исследовании можно оценить в следующих позициях: {

- ~парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- ~парастернальная позиция - короткая ось на уровне папиллярных мышц
- ~апикальная четырехкамерная
- ~апикальная двухкамерная

=верно все

}

В норме передне-задний размер короткой оси левого желудочка в систолу уменьшается на: {

~на 10% и менее

~на 20%

~на 15 %

=на 30% и более

~на 15-20 %

}

Расстояние от пика E открытия передней створки митрального клапана до межжелудочковой перегородки при эхокардиографическом исследовании не должно превышать: {

~2 мм

=5-10 мм

~10-15 мм

~15-20 мм

~более 20 мм

}

Амплитуда движения корня аорты в систолу при эхокардиографическом исследовании составляет: {

~5-7 мм

~2-5 мм

~менее 2 мм

=более 7 мм

~2-7 мм

}

Нарушение глобальной сократимости левого желудочка характерно для: {

~постинфарктного кардиосклероза

~дилатационной кардиомиопатии

~декомпенсации порока

=верно все

~все неверно

}

Для крупноочагового трансмурального инфаркта миокарда характерно нарушение локальной сократимости в виде: {

- ~гипокинезии
  - =акинезии
  - ~дискинезии
  - ~гибернации
  - ~оглушенности
- }

Для интрамурального инфаркта миокарда характерно нарушение локальной сократимости в виде: {

- =гипокинезии
  - ~акинезии
  - ~дискинезии
  - ~гибернации
  - ~оглушенности
- }

Уменьшение размеров правого желудочка может быть признаком: {

- ~декомпенсированного порока.
  - ~бактериального эндокардита.
  - ~тромбоэмболии.
  - =гиповолемии
  - ~гиперволемии
- }

Для аневризмы левого желудочка характерно при эхокардиографическом исследовании нарушение локальной сократимости в виде: {

- ~гипокинезии
  - ~акинезии
  - =дискинезии
  - ~гибернации
  - ~оглушенности
- }

При дискинезии миокарда выявляют следующий вариант движения стенок левого желудочка: {

- ~отсутствие сокращения
- ~движение навстречу друг другу
- =систолическое выбухание
- ~диастолическое выбухание
- ~верно все
- }

При акинезии миокарда выявляют следующий вариант движения стенок левого желудочка: {

- =отсутствие сокращения
- ~движение навстречу друг другу
- ~систолическое выбухание
- ~диастолическое выбухание
- ~верно все
- }

Острый крупноочаговый инфаркт миокарда может сопровождаться: {

- ~дилатацией левых отделов сердца
- ~митральной регургитацией
- ~пристеночным тромбозом
- =все верно
- ~все неверно
- }

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

- ~уменьшение времени выброса
- ~смещение пика скорости во вторую половину систолы
- ~уменьшение скорости потока
- ~увеличение скорости потока
- =верно б) и г)
- }

Эхокардиографическими признаками острого инфаркта миокарда правого желудочка являются: {

- ~дилатация нижней полой вены
- ~трикуспидальная регургитация
- ~нарушение глобальной сократимости правого желудочка

~дилатация правого желудочка  
=верно все  
}

Форма движения передней створки митрального клапана при исследовании в М-модальном режиме имеет следующий вид: {

~W-образный  
~V-образный  
=M-образный  
~форму плато  
~не определяется  
}

Для стеноза митрального клапана характерно: {

~наличие спаек по комиссурам  
~ограничение подвижности створок  
~однонаправленное движение створок  
~уменьшение площади митрального отверстия  
=верно все  
}

Площадь митрального отверстия при стенозе рассчитывают: {

~планиметрически  
~по времени полуспада градиента давления  
~по максимальному градиенту давления между левыми предсердием и желудочком

=верно все  
~все неверно  
}

Площадь митрального отверстия в норме составляет: {

=4-6 см<sup>2</sup>;  
~1,5-2 см<sup>2</sup>  
~2-4 см<sup>2</sup>  
~1,0 см<sup>2</sup>  
~менее 1,0 см<sup>2</sup>  
}

Площадь митрального отверстия при незначительном митральном стенозе составляет: {

~1,1-1,5 см<sup>2</sup>  
=более 2,0 см<sup>2</sup>  
~1,6-2,0 см<sup>2</sup>  
~менее 0,8 см<sup>2</sup>  
~0,8-1,0 см<sup>2</sup>  
}

Площадь митрального отверстия при умеренном митральном стенозе составляет: {

~1,1-1,5 см<sup>2</sup>  
~более 2,0 см<sup>2</sup>  
=1,6-2,0 см<sup>2</sup>  
~менее 0,8 см<sup>2</sup>  
~0,8-1,0 см<sup>2</sup>  
}

Площадь митрального отверстия при значительном митральном стенозе составляет: {

=1,1-1,5 см<sup>2</sup>  
~более 2,0 см<sup>2</sup>  
~1,6-2,0 см<sup>2</sup>  
~менее 0,8 см<sup>2</sup>  
~0,8-1,0 см<sup>2</sup>  
}

Площадь митрального отверстия при выраженном митральном стенозе составляет: {

~1,1-1,5 см<sup>2</sup>  
~более 2,0 см<sup>2</sup>  
~1,6-2,0 см<sup>2</sup>  
~менее 0,8 см<sup>2</sup>  
=0,8-1,0 см<sup>2</sup>  
}

Площадь митрального отверстия при критическом митральном стенозе составляет: {

~1,1-1,5 см<sup>2</sup>

- ~более 2,0 см<sup>2</sup>
- ~1,6-2,0 см<sup>2</sup>
- =менее 0,8 см<sup>2</sup>
- ~0,8-1,0 см<sup>2</sup>
- }

Дополнительные наложения на створках митрального клапана могут свидетельствовать о: {

- ~инфекционном эндокардите
- ~отрыве хорд
- ~кальцификации створок
- ~миксоматозной дегенерации
- =верно все
- }

Веgetации небольших размеров при инфекционном эндокардите составляют в диаметре: {

- =менее 5 мм
- ~4-7 мм
- ~5-10 мм
- ~более 10 мм
- ~верно все
- }

Веgetации умеренных размеров при инфекционном эндокардите составляют в диаметре: {

- ~менее 5 мм
- ~4-7 мм
- =5-10 мм
- ~более 10 мм
- ~верно все
- }

Веgetации больших размеров при инфекционном эндокардите составляют в диаметре: {

- ~менее 5 мм
- ~4-7 мм
- ~5-10 мм
- =более 10 мм

~верно все  
}

При эхокардиографическом исследовании у больных с вегетациями больших размеров при инфекционном эндокардите диагностируют: {

~дилатацию камер сердца  
~наличие регургитации  
~выпот в полости перикарда  
~нарушение целостности хордального аппарата пораженного клапана  
=верно все  
}

Причиной митральной регургитации могут стать: {

~пролапс митрального клапана  
~ишемическая болезнь сердца  
~ревматическая болезнь сердца  
~инфекционный эндокардит  
=верно все  
}

Открытие аортального клапана при незначительном стенозе равно: {

~10-12мм  
~менее 10 мм  
~12 мм  
~12-14 мм  
=15-17 мм  
}

Площадь аортального отверстия при незначительном стенозе равна: {

~менее 1,0 см<sup>2</sup>  
~1,1-1,6 см<sup>2</sup>  
=1,7 см<sup>2</sup> и более  
~все вышеперечисленные  
~!ни один из перечисленных  
}

Площадь аортального отверстия при значительном стенозе равна: {

~менее 1,0 см<sup>2</sup>  
=1,1-1,6 см<sup>2</sup>

- ~1,7 см<sup>2</sup> и более
- ~0,5-1,4 см<sup>2</sup>
- ~0,7-1,2 см<sup>2</sup>
- }

- Площадь аортального отверстия при выраженном стенозе равна: {
- =менее 1,0 см<sup>2</sup>
  - ~1,1-1,6 см<sup>2</sup>
  - ~1,7 см<sup>2</sup> и более
  - ~0,5-1,4 см<sup>2</sup>
  - ~0,7-1,2 см<sup>2</sup>
  - }

- Причиной аортальной регургитации могут явиться: {
- ~двухстворчатый аортальный клапан
  - ~аневризма восходящего отдела аорты
  - ~ревматическая болезнь сердца
  - ~инфекционный эндокардит
  - =верно все
  - }

- Причиной аортального стеноза могут явиться: {
- ~атеросклеротическое поражение аортального клапана
  - ~миксоматозная дегенерация
  - ~ревматическая болезнь сердца
  - ~инфекционный эндокардит
  - =верно все
  - }

- Аневризма восходящего отдела аорты с отслойкой интимы сопровождается: {
- =аортальной регургитацией
  - ~аортальным стенозом
  - ~митральной регургитацией
  - ~!митральным стенозом
  - ~трикуспидальной регургитацией
  - }

Аномалии развития половых органов у девочек лучше всего выявляются при ультразвуковом исследовании: {

- ~в первую фазу менструального цикла;
  - ~в середине менструального цикла;
  - =во вторую фазу менструального цикла;
  - ~вне зависимости от менструального цикла;
  - ~верно а) и б).
- }

Угол (разница по толщине) между телом и шейкой матки при ультразвуковом исследовании впервые появляется в возрасте: {

- ~2-7 лет;
  - =8-9 лет;
  - ~10-11 лет;
  - ~12-13 лет;
  - ~14-15 лет.
- }

Соотношение длины тела матки к длине шейки в возрасте 10-11 лет при ультразвуковом исследовании составляет: {

- ~1:1;
  - =1.5:1;
  - ~2:1;
  - ~1:1,5;
  - ~1:2.
- }

Соотношение длины тела матки к длине шейки матки в возрасте 17-19 лет при ультразвуковом исследовании составляет: {

- ~1:1;
- ~1,5:1;
- =2:1;
- ~1:1,5;
- ~1:2.

Первый скачок роста матки при ультразвуковом исследовании отмечается в возрасте:

- ~8-9 лет;
- =10-11лет;
- ~12-14 лет;
- ~15-16 лет;

~16-18 лет.

}

При ультразвуковом исследовании яичники определяются у входа в малый таз в возрасте: {

~2-7 лет;

~8-9 лет;

=10-11 лет;

~12-14 лет;

~15-16 лет.

}

Яичники при ультразвуковом исследовании определяются выше входа в малый таз в возрасте: {

=до 9 лет;

~10-11 лет;

~12-13 лет;

~14-15 лет;

~16-17 лет.

}

При ультразвуковом исследовании органов малого таза яичники обычно определяются: {

~Между маткой и боковой стенкой таза

~Позади матки

~Кпереди от матки

~В области дна матки

=Между маткой и боковой стенкой таза, позади матки, в области дна матки

Яичники определяются при ультразвуковом исследовании в полости малого таза в возрасте: {

~2-7 лет;

~8-9 лет;

=10-11 лет;

~12-13 лет;

~14-15 лет.

}

Пороки развития половых органов наиболее часто сочетаются с пороками развития: {

- ~сердечно-сосудистой системой;
- ~центральной нервной системой;
- =мочевыделительной системой;
- ~органов пищеварения;
- ~костно-мышечной системой.

}

При ультразвуковом исследовании срединное эхо во вторую фазу менструального цикла составляет максимально: {

- ~5-6 мм;
- ~7-8 мм;
- ~8-9 мм;
- =10-12 мм;
- ~13-14 мм.

}

У детей наиболее часто встречаются следующие кисты яичников: {

- ~параовариальные;
- ~ретенционные;
- =дермоидные;
- ~цистаденомы;
- ~желтого тела.

}

У детей из опухолей яичников наиболее часто встречаются: {

- ~гормонопродуцирующие;
- ~фибромы;
- =цистаденомы;
- ~тератобластомы;
- ~гемангиомы.

}

Наиболее ранний срок появления физиологических признаков пубертата у девочек, проживающих в средней полосе: {

- ~7 лет;
- =8 лет;
- ~9 лет;
- ~10 лет;
- ~11 лет.

}

Наиболее поздние сроки появления физиологических признаков пубертата у девочек, проживающих в средней полосе: {

- ~8 лет;
- ~10 лет;
- ~11 лет;
- ~12 лет;
- =13 лет.

{

Целью наполнения мочевого пузыря перед трансабдоминальным сканированием является: {

- =вытеснение содержащих газ петель кишечника из полости малого таза
- ~создание акустического окна

~возможность оценки нормального анатомического взаиморасположения внутренних половых органов

~использование наполненного мочевого пузыря в качестве эталона кистозного образования

}

Диапазон частоты датчиков,используемых для трансвагинального сканирования: {

- ~3.5-5.0 МГц
- =5.0-7.0 МГц
- ~2.5-3.5 МГц

}

Основным недостатком методики трансвагинального сканирования является: {

- ~необходимость использования защитной оболочки датчика
- =ограниченность зоны сканирования

~непосредственный контакт излучающей поверхности датчика с исследуемыми органами

}

Трансвагинальная эхография малоинформативна при: {

- ~гиперпластических процессах эндометрия.
- ~внематочной беременности.
- ~подслизистой миоме матки.

~внутреннем эндометриозе.  
=яичниковых образований больших размерах.  
}

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

~20-41 мм.  
~30-59 мм.  
=40-60 мм.  
~50-80 мм.  
~50-90 мм.  
}

Нормативными эхографическими значениями передне-заднего размера тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются: {

~15-30 мм.  
~20-40 мм.  
=30-42 мм.  
~40-50 мм.  
~45-55 мм.  
}

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

~30-42 мм.  
~35-50 мм.  
~40-75 мм.  
=45-62 мм.  
~50-80 мм.  
}

Размеры тела матки изменяются в зависимости от возраста женщины и наличия беременности(ей) в анамнезе. Какие из перечисленных размеров тела матки наиболее соответствуют 19-ти летней женщине, не имевшей беременности? {

~60x40x55 мм  
~55x38x50 мм  
=48x35x45 мм  
~58x32x55 мм

}

Длина тела матки, равная 73 мм, многорожавшей женщины репродуктивного возраста, не имеющей заболеваний миометрия, является: {

~увеличенной

~уменьшенной

=соответствующей возрасту и состоянию

}

Вариантами физиологического положения матки являются: {

~anteversio

~anteflexio

~retroversio

~retroflexio

~срединное положение

=верно все

}

Толщина неизменного М-эхо матки в раннюю стадию фазы пролиферации не превышает: {

~2 мм

=6 мм

~10 мм

~12 мм

}

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

~7 мм.

~10 мм.

=15 мм.

~20 мм.

~25 мм.

}

При трансабдоминальном сканировании неизменные маточные трубы визуализируются в виде: {

~гипоэхогенных образований.  
~гиперэхогенных образований.  
~анэхогенных образований.  
~образований средней эхогенности.  
=не визуализируются.  
}

Визуализация сосудистого сплетения в области бокового края тела матки соответствует: {

~аркуатным сосудам  
=маточным артерии и вене  
~наружной подвздошной артерии  
~внутренней подвздошной вене  
}

Продольный размер яичника при ультразвуковом исследовании в норме не превышает: {

~40 мм.  
=45 мм.  
~50 мм.  
~55 мм.  
}

Значение объема неизменного яичника женщины непродуктивного возраста не превышает: {

~2 см<sup>3</sup>  
~5 см<sup>3</sup>  
=8 см<sup>3</sup>  
~10 см<sup>3</sup>  
}

Средние значения диаметра зрелого фолликула при ультразвуковом исследовании составляют: {

~10-14 мм.  
~12-15 мм.  
~14-16 мм.  
=18-23 мм.  
~25-32 мм.

}

Прогностическими ультразвуковыми признаками овуляции являются: {

~наличие доминантного фолликула диаметром более 17 мм

~выявление в доминантном фолликуле яйценосного бугорка

~двойной контур вокруг доминантного фолликула

~фрагментарное утолщение, неровность внутреннего контура доминантного фолликула

=верно все перечисленное

}

Одним из эхографических признаков наступившей овуляции считается: {

=визуализация свободной жидкости в позадиматочном пространстве.

~определение зрелого фолликула диаметром более 10 мм.

~утолщение эндометрия.

~уменьшение размеров матки.

}

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

~пролиферативную фазу.

=периовуляторную фазу.

~секреторную фазу.

~менструальную фазу.

~верно все.

}

При выявлении аномалии развития матки необходимо произвести исследование: {

~печени

~селезенки

=почек

~необходимости в дополнительном исследовании иных органов нет, так как выявленная патология является изолированным пороком

}

Укажите варианты Мюллеровой агенезии: {

- ~двурогая матка
- ~наличие перегородки в матке
- ~седловидная матка
- =атрезия влагалища
- }

Эхографическое изображение нефункционирующего рудиментарного рога матки следует дифференцировать: {

- =субсерозным миоматозным узлом
- ~зрелой тератомой яичника
- ~эндометриоидной кистой
- ~кистой желтого тела
- }

Эхографическое изображение функционирующего, но не сообщающегося с полостью матки рудиментарного рога следует дифференцировать с: {

- ~кистой желтого тела
- ~эндомиоидной кистой
- ~тубоовариальным абсцессом
- =верно все
- }

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

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

Для эхографической диагностики субмукозной и интерстициальной миомы матки с центрипетальным ростом исследование рекомендуется осуществлять в: {

- ~пролиферативную фазу.
- ~периовуляторный период.
- =секреторную фазу.
- ~фазу кровотечения

}

Основным ультразвуковым дифференциально-диагностическим критерием параовариальной кисты и фолликулярной кисты яичника является: {

- ~размеры образования.
  - ~наличие пристеночного включения.
  - ~отсутствие капсулы.
  - =визуализация интактного яичника.
- }

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

- ~размеры образования.
  - ~наличие пристеночного включения.
  - =отсутствие капсулы.
  - ~визуализация интактного яичника.
  - ~структура образования.
- }

Эхографические признаки гематометры: {

- ~увеличение размеров матки
  - ~округлая форма матки и ее увеличение
  - ~смещение «М-эхо»
  - =расширение полости матки с гипоэхогенным или смешанным по эхогенности содержимым
  - ~определить невозможно
- }

При нарушении закладки мюллеровых протоков формируется: {

- =агенезия матки;
  - ~двурогая матка
  - ~седловидная матка
  - ~атрезия влагалища
- }

Нарушение процессов формирования репродуктивного канала приводит к следующим аномалиям: {

- ~агенезии матки;
- ~двурогой матки

~седловидной матки  
=атрезии влагалища и цервикального канала  
}

К задержке развития нормальной по строению матки относятся: {  
~агенезия матки;  
~двурогая матка  
~седловидная матка  
~атрезия влагалища  
=инфантильная матка;  
}

Наиболее распространенный метод исследования в диагностике аномалий развития гениталий является: {

=ультразвуковое исследование  
~гистероскопия  
~лапороскопия  
~магниторезонансная томография  
~гистеросальпингография  
}

Методом выбора в диагностике аномалий развития слияния парамезонефральных каналов является: {

~трансабдоминальное исследование в 2Д режиме  
~трансвагинальное исследование в 2Д-режиме  
=трансвагинальное исследование в 3Д-режиме  
~Цветовое доплеровское сканирование  
}

Эхографический признак седловидной матки

~увеличение передне-заднего размера и раздвоение М-эхо: {  
=увеличение ширины и выемка в области дна  
~увеличение ширины и раздвоение наружного и внутреннего контуров  
}

Ультразвуковой дифференциально-диагностический признак характерный для инфантильной матки: {

~шеечно-маточное соотношение 1: 2;  
=шеечно-маточное соотношение 2: 1

}

Если длина отрезка линии, соединяющей трубные углы полости матки, до верхушки перегородки менее 1,5 см матка считается: {

- ~парегородчатой
- =седловидной
- ~двурогой

Если длина отрезка линии, соединяющей трубные углы полости матки, до верхушки перегородки

более 1,5 см матка считается: {

- =парегородчатой
  - ~седловидной
  - ~двурогой
- }

В дифференциальной диагностике по Тгоіано для двурогой матки размер перпендикуляра от линии трубных углов до дна матки: {

- =менее 5 мм
  - ~больше 5 мм
- }

При выявлении аномалии развития матки необходимо произвести исследование: {

- ~Печени
- ~Селезенки
- =Почек

~Необходимости в дополнительном исследовании иных органов нет, так как выявленная патология является изолированным пороком.

~Необходимости в дополнительном исследовании иных органов нет, так как выявленная патология является изолированным пороком.

}

Какие кисты яичников обычно сочетаются с трофобластической болезнью?

{

- =Тека-лютеиновые
- ~Желтого тела

- ~Параовариальные
- ~Фолликулярные
- ~Фолликулярные
- }

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

- ~30-42 мм
- ~35-50 мм
- ~40-75 мм
- =45-62 мм
- ~50-80 мм
- }

При ультразвуковом исследовании органов малого таза яичники обычно определяются: {

- ~Между маткой и боковой стенкой таза
- ~Позади матки
- ~Кпереди от матки
- ~В области дна матки
- =Между маткой и боковой стенкой таза, позади матки, в области дна матки
- }

Одним из эхографических признаков наступившей овуляции считается: {

- =Визуализация свободной жидкости в позадиматочном пространстве
- ~Определение зрелого фолликула диаметром более 10 мм
- ~Утолщение эндометрия
- ~Уменьшение размеров матки
- ~Уменьшение размеров матки
- }

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

- ~Пролиферативную фазу
- =Периовуляторный период
- ~Секреторную фазу
- ~Фазу кровотечения
- ~Верно все
- }

Укажите варианты мюллеровой агенезии: {

- ~Двурогая матка
- ~Наличие перегородки в матке
- ~Седловидная матка
- =Атрезия влагалища

}

Эхографическое изображение нефункционирующего рудиментарного рога матки следует дифференцировать с: {

- =Субсерозным миоматозным ерkjv
- ~Зрелой тератомой яичника
- ~Эндометриоидной кистой
- ~Кистой желтого тела

}

Укажите эхографические признаки некроза миоматозного узла: {

- =Наличие ан-, гипоэхогенных зон в узле
- ~Отдельные гиперэхогенные включения небольших размеров
- ~Гиперэхогенный ободок вокруг миоматозного узла
- ~Повышение эхогенности миоматозного узла

}

Липоматозный узел характеризуется следующей эхографической картиной: {

- =Четко очерченное гиперэхогенное образование округлой формы
- ~Гипоэхогенное образование овоидной формы
- ~Образование с отдельными гиперэхогенными включениями
- ~Наличие гиперэхогенного ободка вокруг образования

}

Эхографическими признаками внутреннего эндометриоза являются: {

- ~Эхонегативные полости в миометрии
- ~Увеличение передне-заднего размера тела матки
- ~Асимметрия толщины миометрия передней и задней стенок матки
- ~Гиперэхогенная ткань вокруг полостей в миометрии
- =Верно все

}

Ультразвуковое изображение серозоцеле представлено: {

~Образованием с толстыми стенками и мелкодисперсной взвесью в качестве внутреннего содержимого

=Анэхогенным тонкостенным образованием, наружные контуры которого повторяют форму прилегающих органов

~Образованием с множественными перегородками и солидно-кистозной внутренней структурой

~Образованием с множественными перегородками и солидно-кистозной внутренней структурой

~Образованием с множественными перегородками и солидно-кистозной внутренней структурой

}

Вариантами эхографического изображения эндометриоидной кисты яичника являются: {

~Гипоэхогенная внутренняя структура с мелкодисперсной взвесью

~Однородная внутренняя структура повышенной эхогенности

~Эффект дистального усиления

~Неравномерно утолщенные стенки

=Гипоэхогенная внутренняя структура с мелкодисперсной взвесью, эффект дистального усиления, неравномерно утолщенные стенки

}

Отличительной особенностью муцинозных кистом является: {

~Папиллярные разрастания

=Множественные перегородки и эхопозитивная взвесь

~Солидный компонент

~Однокамерное строение

}

Наиболее характерная эхоструктура эндометриозных кист яичника - это: {

~Анэхогенная с тонкими перегородками

=Гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью

~Гипоэхогенная с пристеночными разрастаниями

~Кистозно-солидная

}

Отличительной особенностью муцинозных цистаденом является: {

~Папиллярные разрастания

=Множественные перегородки и гиперэхогенная взвесь  
~Солидный компонент  
~Однокамерное строение  
~Верно все  
}

Отек миоматозного узла можно предположить при: {  
~Повышении эхогенности образования в матке  
~Наличии включений в узле миомы  
~Исчезновении дальнего контура образования  
~Расширении «М-эхо»  
=Снижении эхогенности и усилении дальнего контура образования  
}

Участок некроза в миоматозном узле определяется как: {  
~Гиперэхогенная структура  
~Гиперэхогенная структура с акустическим эффектом усиления  
=Анэхогенная структура  
~Не имеет акустической специфики  
}

Трансвагинальная эхография малоинформативна при: {  
~гиперпластических процессах эндометрия  
~внематочной беременности;  
~подслизистая локализация узлов миомы;  
~внутреннем эндометриозе;  
=яичниковых образованиях больших размеров  
}

Размеры тела матки изменяются в зависимости от возраста женщины и наличия беременности ей в анамнезе. Какие из перечисленных размеров тела матки наиболее соответствует 19-ти летней женщине, не имевшей беременности: {  
~55x38x50  
=48x35x45  
~60x 40x55  
~60x 40x55  
~60x 40x55  
}

Длина тела матки, равная 73 мм многорожавшей женщины репродуктивного возраста, не имеющей заболевания миометрия, является: {  
~увеличенной  
~уменьшенной  
=соответствующей возрасту и состоянию  
~соответствующей возрасту и состоянию  
~соответствующей возрасту и состоянию  
}

Максимальные численные значения толщины неизмененного М-эхо матки перед менструацией при трансабдоминальном сканировании у пациенток репродуктивного возраста не превышают: {  
~7 мм  
~10 мм  
=15 мм  
~20мм  
~25 мм  
}

При трансабдоминальном сканировании не измененные маточные трубы визуализируются в виде: {  
~гипоэхогенных образований  
~гиперэхогенных образований  
~анаэхогенных образований  
~образований средней эхогенности  
=не визуализируются  
}

Продольный размер яичника женщины репродуктивного возраста при ультразвуковом исследовании в норме не превышает: {  
=40 мм  
~45мм  
~50 мм  
~55 мм  
~55 мм  
}

Значение объема неизмененного яичника женщины репродуктивного

возраста не превышает: {

~2см 3

~5 см3

=8см 3

~10см3

~10см3

}

Средние значения диаметра преовуляторного фолликула при ультразвуковом исследовании составляют: {

~10-14 мм

~12-15 мм

~14-16 мм

=18-23 мм

~25-32 мм

}

Фолликулярный аппарат яичников при ультразвуковом исследовании не выявляется: {

~у женщин в постменопаузе длительностью более 5 лет

~у пациенток с послеродовым гипопитуитаризмом

~у женщин с синдромом истощения яичников

=верно все

~верно все

}

При эхографическом исследовании пациенток в постменопаузе наиболее сложно визуализировать неизмененные: {

~шейку матки

~тело матки

=яичники

~яичники

~яичники

}

Наиболее частой причиной увеличения матки является: {

~хронический эндометрит

~наличие ВМК

~внутренний эндометриоз

=миома

~миома

}

Значения М-эхо матки в норме у пациенток в постменопаузальном периоде длительностью более 5 лет не превышают: {

~1 мм

~3 мм

=5 мм

~7 мм

~10 мм

}

Нормативными эхографическими значениями передне-заднего размера тела матки у пациенток репродуктивного возраста являются: {

~15-30мм

~20-40мм

=30-42мм

~40-50 мм

~45-55 мм.

}

Соотношение длины шейки к длине тела матки у пациенток репродуктивного возраста составляет: {

~1:1

~1:2

=1:4

~1:5

~1:5

}

Толщина неизмененного М-эхо матки в раннюю стадию фазы пролиферации не превышает: {

~2 мм

=6 мм

~10 мм

~12 мм

~12 мм

}

При ультразвуковом исследовании органов малого таза яичники обычно

определяются: {

~между маткой и боковой стенкой таза

~позади матки

~кпереди от матки

~в области дна матки

=между маткой и боковой стенкой таза , позади матки, в области дна матки

}

Одним из эхографических признаков наступившей овуляции считается: {

=визуализация свободной жидкости в позадиматочном пространстве

~определение зрелого фолликула диаметром более 10 мм

~утолщение эндометрия

~уменьшение размеров матки

~уменьшение размеров матки

}

Эхографическое изображение нефункционирующего рудиментарного рога матки следует дифференцировать с: {

=субсерозным миоматозным узлом

~зрелой тератомой яичника

~эндометриодной кистой

~кистой желтого тела

~кистой желтого тела

}

Наиболее характерная эхографическая структура эндометриодных кист яичника - это: {

~анэхогенная с тонкими перегородками

~гиперэхогенная

=гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью

~гипоэхогенная с пристеночными разрастаниями

~кистозно-солидная

}

Эхографическое изображение кисты желтого тела следует дифференцировать с: {

~яичниковой беременностью

~эндометриодной кистой

~зрелой тератомой яичника

~папиллярной цистаденомой  
=верно все  
}

Визуализация внутриматочного контрацептива в цервикальном канале свидетельствует о : {

~нормальном расположении ВМК  
=низком расположении ВМК  
~перфорации  
~экспульсии ВМК  
~экспульсии ВМК  
}

Деформация «М-эхо» в наибольшей степени характерно для миом матки локализаций: {

~субсерозный  
~интрамуральный  
~субсерозно-интрамуральный  
=субмукозный  
~наблюдается при любых видах локализаций миом  
}

Какой из перечисленных эхографических признаков не характерен для серозной опухоли яичника: {

~тонкие стенки  
~отсутствие перегородок  
~размеры опухоли 10-15 см в диаметре  
=наличие множественных перегородок  
~в 90% одностороннее однокамерное образование с анэхогенным внутренним содержимым  
}

Эхографическими признаками внутреннего эндометриоза являются: {

~эхонегативные кистозные включения в миометрии  
~увеличение переднезаднего размера тела матки  
~гиперэхогенный ободок вокруг кистозных включений в миометрии  
=верно все  
}

Наиболее характерная эхоструктура эндометриоидных кист яичника - это:

{

- ~анэхогенная с тонкими перегородками
- ~гиперэхогенная
- =гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью
- ~гипоэхогенная с пристеночными разрастаниями
- ~кистозно-солидная

}

При трансабдоминальном исследовании неизмененные маточные трубы визуализируются в виде: {

- ~гипоэхогенных образований
- ~гиперэхогенных образований
- ~анэхогенных образований
- ~образований средней эхогенности

=не визуализируются

}

Одним из эхографических признаков наступившей овуляции считается: {

=визуализация свободной жидкости в позадиматочном пространстве

~определение зрелого фолликула диаметром более 10 мм

~утолщение эндометрия

~уменьшение размеров матки

~уменьшение размеров матки

}

Основным УЗ дифференциально диагностическим критерием генитального инфантилизма и гипоплазии матки являются: {

~уменьшение размеров правильно сформированных тела и шейки матки

=уменьшение размеров в сочетании с изменением соотношения длины тела матки к длине шейки

~дифференциальную диагностику проводить не следует, так как понятия «генитальный инфантилизм» и «гипоплазия» матки являются синонимами

~дифференциальную диагностику проводить не следует, так как понятия «генитальный инфантилизм» и «гипоплазия» матки являются синонимами

~дифференциальную диагностику проводить не следует, так как понятия «генитальный инфантилизм» и «гипоплазия» матки являются синонимами

}

Для дифференциальной диагностики субмукозной и интерстициальной миомы матки с центрипетальным ростом исследование рекомендуется осуществлять в: {

- ~пролиферативную фазу
- ~перивульварный период
- =секреторную фазу
- ~фазу кровотечения
- }

Отличительной особенностью муцинозных кистом является: {

- ~папиллярные разрастания
- =множественные перегородки и эхопозитивная взвесь
- ~солидный компонент
- }

Целью наполнения мочевого пузыря перед трансабдоминальным сканированием является: {

- ~Вытеснение содержащих газ петель кишечника из полости малого таза
- ~Создание акустического окна
- ~Возможность оценки нормального анатомического взаиморасположения внутренних половых органов
- ~Использование наполненного мочевого пузыря в качестве эталона кистозного образования
- =Вытеснение содержащих газ петель кишечника из полости малого таза, создание акустического окна, использование наполненного мочевого пузыря в качестве эталона
- }

Основным недостатком методики трансвагинального сканирования является: {

- ~Необходимость использования защитной оболочки датчика
- =Ограниченность зоны сканирования
- ~Непосредственный контакт излучающей поверхности датчика с исследуемыми органами
- }

Трансвагинальная эхография малоинформативна при: {

- ~Гиперпластических процессах эндометрия

- ~Внематочной беременности
  - ~Подслизистой локализации узлов миомы
  - ~Внутреннем эндометриозе
  - =Яичниковых образованиях больших размеров
- }

Визуализация сосудистого сплетения в области бокового края тела матки соответствует: {

- ~Аркуатным сосудам
  - =Маточным артерии и вене
  - ~Наружной подвздошной артерии
  - ~Внутренней подвздошной вене
- }

Прогностическими ультразвуковыми признаками овуляции являются: {

- ~Наличие доминантного фолликула диаметром более 17 мм
  - ~Выявление в доминантном фолликуле яйценосного бугорка
  - ~Двойной контур вокруг доминантного фолликула
  - ~Фрагментарное утолщение, неровность внутреннего контура доминантного фолликула
- =Верно все перечисленное
- }

Одним из эхографических признаков наступившей овуляции считается: {

- =Визуализация свободной жидкости в позадиматочном пространстве
  - ~Определение зрелого фолликула диаметром более 10 мм
  - ~Утолщение эндометрия
  - ~Уменьшение размеров матки
- }

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

- ~Пролиферативную фазу
  - =Периовуляторный период
  - ~Секреторную фазу
  - ~Фазу кровотечения
  - ~Верно все
- }

Укажите варианты мюллеровой агенезии: {

- ~Двурогая матка
  - ~Наличие перегородки в матке
  - ~Седловидная матка
  - =Атрезия влагалища
- }

Эхографическое изображение нефункционирующего рудиментарного рога матки следует дифференцировать с: {

- =Субсерозным миоматозным еркјv
  - ~Зрелой тератомой яичника
  - ~Эндометриоидной кистой
  - ~Кистой желтого тела
- }

Укажите эхографические признаки некроза миоматозного узла: {

- =Наличие ан-, гипоэхогенных зон в узле
  - ~Отдельные гиперэхогенные включения небольших размеров
  - ~Гиперэхогенный ободок вокруг миоматозного узла
  - ~Повышение эхогенности миоматозного узла
- }

Вариантами эхографического изображения эндометриоидной кисты яичника являются: {

- ~Гипоэхогенная внутренняя структура с мелкодисперсной взвесью
  - ~Однородная внутренняя структура повышенной эхогенности
  - ~Эффект дистального усиления
  - ~Неравномерно утолщенные стенки
  - =Гипоэхогенная внутренняя структура с мелкодисперсной взвесью, эффект дистального усиления, неравномерно утолщенные стенки
- }

Отличительной особенностью муцинозных кистом является: {

- ~Папиллярные разрастания
  - =Множественные перегородки и эхопозитивная взвесь
  - ~Солидный компонент
  - ~Однокамерное строение
- }

Наиболее характерная эхоструктура эндометриозных кист яичника - это: {  
~Анэхогенная с тонкими перегородками  
=Гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью  
~Гипоэхогенная с пристеночными разрастаниями  
~Кистозно-солидная  
}

Отличительной особенностью муцинозных цистаденом является: {  
~Папиллярные разрастания  
=Множественные перегородки и гиперэхогенная взвесь  
~Солидный компонент  
~Однокамерное строение  
}

Отек миоматозного узла можно предположить при: {  
~Повышении эхогенности образования в матке  
~Наличии включений в узле миомы  
~Исчезновении дальнего контура образования  
~Расширении «М-эхо»  
=Снижении эхогенности и усилении дальнего контура образования  
}

Участок некроза в миоматозном узле определяется как: {  
~Гиперэхогенная структура  
~Гиперэхогенная структура с акустическим эффектом усиления  
=Анэхогенная структура  
~Не имеет акустической специфики  
}

Трансвагинальная эхография малоинформативна при: {  
~гиперпластических процессах эндометрия  
~внематочной беременности;  
~подслизистая локализация узлов миомы;  
~внутреннем эндометриозе;  
=яичниковых образованиях больших размеров  
}

Длина тела матки, равная 73 мм многорожавшей женщины

репродуктивного возраста, не имеющей заболевания миометрия, является: {  
~увеличенной  
~уменьшенной  
=соответствующей возрасту и состоянию  
}

При трансабдоминальном сканировании не измененные маточные трубы визуализируются в виде: {  
~гипоэхогенных образований  
~гиперэхогенных образований  
~анаэхогенных образований  
~образований средней эхогенности  
=не визуализируются  
}

Продольный размер яичника женщины репродуктивного возраста при ультразвуковом исследовании в норме не превышает: {  
=40 мм  
~45мм  
~50 мм  
~55 мм  
}

Значение объема неизмененного яичника женщины репродуктивного возраста не превышает: {  
~2см<sup>3</sup>  
~5 см<sup>3</sup>  
=8см<sup>3</sup>  
~10см<sup>3</sup>  
}

Средние значения диаметра преовуляторного фолликула при ультразвуковом исследовании составляют: {  
~10-14 мм  
~12-15 мм  
~14-16 мм  
=18-23 мм  
~25-32 мм  
}

При эхографическом исследовании пациенток в постменопаузе наиболее сложно визуализировать неизменные: {

- ~шейку матки
  - ~тело матки
  - ~ дно матки
  - =яичники
- }

Наиболее частой причиной увеличения матки является: {

- ~хронический эндометрит
  - ~наличие ВМК
  - ~внутренний эндометриоз
  - =миома
- }

Наиболее характерная эхографическая структура эндометриоидных кист яичника - это: {

- ~анэхогенная с тонкими перегородками
  - ~гиперэхогенная
  - =гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью
  - ~гипоэхогенная с пристеночными разрастаниями
  - ~кистозно-солидная
- }

Визуализация внутриматочного контрацептива в цервикальном канале свидетельствует о

- ~нормальном расположении ВМК
  - =низком расположении ВМК
  - ~перфорации
  - ~экспульсии ВМК
- }

Какой из перечисленных эхографических признаков не характерен для серозной опухоли яичника: {

- ~тонкие стенки
- ~отсутствие перегородок
- ~размеры опухоли 10-15 см в диаметре
- =наличие множественных перегородок

~в 90% одностороннее однокамерное образование с анэхогенным внутренним содержимым  
}

Расчет срока беременности в акушерстве ведется по: {  
=менструальному сроку – с первого дня последней менструации;  
~эмбриологическому сроку – с момента зачатия;  
~верно все  
}

Эмбриональный период включает: {  
~8 недель с момента зачатия  
~10 недель с первого дня последней менструации  
=верно все  
}

Какие основные цели эхографии в эмбриональном периоде: {  
~установление факта наличия, локализации и срока беременности;  
~диагностика неразвивающейся беременности и трофобластической болезни;  
~ранняя идентификация многоплодия с определением хориальности;  
~выявление заболеваний внутренних половых органов;  
~оценка формы полости матки  
=верно все  
}

Первым признаком, удостоверяющим наличие маточной беременности при серошкальном УЗИ, считается наличие: {  
=децидуально измененного эндометрия;  
~желтого тела;  
~плодного яйца в полости матки;  
~верно все  
}

Ранняя диагностика маточной беременности при трансабдоминальной эхографии возможна с: {  
~4 – 5 недель  
=5 недель

~6 недель

}

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

~5 недель

=4 – 5 недель

~6 недель

}

Плодное яйцо в матке расположено: {

~симметрично в полости;

=в структуре эндометрия, примыкая к полости с одной стороны

}

Правильно измерять диаметр плодного яйца при ультразвуковом исследовании: {

=по внутреннему контуру

~по наружному контуру

}

Средний диаметр плодного яйца это: {

=среднеарифметическое трех наибольших взаимно перпендикулярных размеров;

~среднеарифметическое двух наибольших взаимно перпендикулярных размеров

}

В 5 – 6 нед беременности однократное УЗИ позволяет сделать вывод: {

~о неблагоприятном развитии беременности;

=о наличии маточной беременности;

~верно все

}

Признак «двойного кольца» определяется при СДПЯ: {

~5 мм;

~6 мм

=8-10 мм;

}

Остаточная полость матки является признаком неблагоприятного развития беременности: {

~да;

=нет

}

Требуется повторное УЗИ при отсутствии желточного мешка при СДПЯ: {

~5 мм

~7 мм

=8 мм

~6 мм

}

Желточный мешок при ультразвуковом исследовании обычно визуализируется в: {

~4-11 недель

=5-10 недель

~7-14 недель.

}

При ультразвуковом исследовании эмбрион визуализируется с: {

~5 недель

=6 недель

~7 недель

}

При трансвагинальном УЗИ является обязательным наличие эмбриона при СДПЯ: {

~10 мм

~12 мм

=16 мм

}

При трансабдоминальном УЗИ является обязательным наличие эмбриона при СДПЯ: {

~12 мм

~16 мм

=20 мм

~18 мм

}

Сердечную деятельность эмбриона при эхографии возможно зарегистрировать: {

~с 5 недель;

=с 6 – 7 недель;

~с 7 недель.

}

Отсутствие сердечной деятельности эмбриона является признаком неразвивающейся беременности при копчико – теменном размере: {

~3 мм;

~4 мм;

=5 мм

}

Прогностически неблагоприятными могут быть численные значения частоты сердечных сокращений эмбриона: {

~менее 120 уд\мин;

~менее 140 уд\мин;

~более 180 уд\мин;

=менее 100 уд\мин

}

Амниотическая полость начинает визуализироваться с: {

~6 недель;

=7 – 8 недель;

~9 недель

~5недель

}

В какие сроки может выявляться физиологическая кишечная грыжа: {

~7 – 10 недель;

=8 – 12 недель;

~9 – 11 недель

}

Двигательная активность эмбриона начинает выявляться при ультразвуковом исследовании: {

- =с 8 недель;
  - ~с 10 недель;
  - ~с 12 недель;
  - ~с 6 недель
- }

Разделение полушарий мозга можно выявить с: {

- ~7 недель;
  - ~8 недель;
  - =9-10 недель
  - ~6 недель
- }

Что не является признаком «пустого плодного» яйца: {

- ~отсутствие желточного мешка и эмбриона при СДПЯ более 20мм;
  - =отсутствие эмбриона при наличии желточного мешка при СДПЯ 16мм;
  - ~отсутствие желточного мешка и эмбриона при повторном исследовании через 7 дней при СДПЯ 13 мм и более;
  - ~верно все
- }

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

- ~средний диаметр плодного яйца;
  - =копчико-теменной размер эмбриона;
  - ~размеры матки;
  - ~диаметр головки эмбриона.
- }

Наиболее ранняя диагностика истмико-цервикальной недостаточности при ультразвуковом исследовании возможна: {

- ~после 6 недель;
  - ~после 10 недель;
  - =после 14 недель;
  - ~после 8 недель.
- }

Эхографический признак "снежной бури" патогномоничен для: {  
~неразвивающейся беременности:  
~анэмбрионии;  
=пузырного заноса;  
~ретрохориальной гематомы больших размеров.  
}

Пузырный занос при ультразвуковом исследовании выявляется по: {  
=наличию в полости матки неоднородных структур губчатого строения;  
~отсутствие плодного яйца;  
~увеличению размеров яичников.  
~нет правильного ответа  
}

Говорить о локализации плаценты относительно внутреннего зева можно с: {  
~10 недель.  
~11 недель.  
=14 недель.  
~ 13недель  
}

Желточный мешок всегда должен визуализироваться, когда средний диаметр плодного яйца составляет: {  
~11 мм  
~13 мм  
~15 мм  
=17 мм  
}

При каких численных значениях копчико-теменного размера плода необходимо оценивать эхографические маркеры хромосомных аномалий в I триместре беременности? {  
=45–84 мм  
~45–85 мм  
~40–85 мм  
~44–84 мм  
}

Какие сроки беременности являются наиболее оптимальными для проведения первого скринингового УЗИ? {

=12 – 13 нед

~11 – 14 нед

~13 – 14 нед

~11 – 12 нед

}

Какой доступ целесообразно использовать при первом скрининговом УЗИ?

{

~Трансабдоминальный

~Трансвагинальный

=Трансабдоминальный и при необходимости трансвагинальный

~Трансвагинальный и при необходимости трансабдоминальный

}

Для корректного измерения копчико-теменного размера изображение плода должно занимать не менее: {

~1/3 активной площади экрана

~1/2 активной площади экрана

=2/3 активной площади экрана

}

Для корректного измерения копчико-теменного размера плода сканирующая поверхность датчика должна быть: {

=Параллельна воображаемой линии измерения копчико-теменного размера

~Параллельна позвоночнику плода

~Параллельна затылочной кости

~Параллельна носовой кости

}

Основными ультразвуковыми маркерами хромосомных аномалий у плода в ранние сроки являются: {

~Воротниковое пространство, носовые кости, фронтомаксилярный угол, трикуспидальная регургитация, реверсный кровоток в венозном протоке

~Воротниковое пространство, носовые кости, трикуспидальная регургитация, реверсный и нулевой кровоток в венозном протоке

=Воротниковое пространство, носовые кости, реверсный кровоток в венозном протоке

~Воротниковое пространство, носовые кости, фронтомаксиллярный угол  
}

Увеличение при оценке толщины воротникового пространства должно быть таким, чтобы на экране было видно изображение? {

~Всего плода  
=Головы и верхней части грудной клетки  
~Головы  
~Шеи  
}

При получении корректного сечения для измерения толщины воротникового пространства на эхограмме визуализируются: {

~Верхняя челюсть, диэнцефалон, скуловой отросток и кости носа  
~Диэнцефалон, лобная кость, верхняя челюсть  
=Верхняя челюсть, диэнцефалон, кости и кончик носа  
~Кости и кончик носа, верхняя челюсть и лобная кость  
}

Укажите диагностический критерий расширения воротникового пространства? {

~Более 2,5 мм  
~Более 3,0 мм  
~Более 90-го перцентиля  
=Более 95-го перцентиля  
}

Настройка аппарата при осуществлении измерения толщины воротникового пространства плода, в том числе требует: {

~Добавить усиление и отключить тканевую гармонику  
~Убавить усиление и включить тканевую гармонику  
~Добавить усиление и включить тканевую гармонику  
=Убавить усиление и выключить тканевую гармонику  
}

Какое сечение является оптимальным при оценке толщины воротникового пространства? {

- ~Поперечное
- ~Парасагиттальное под углом 10 градусов
- =Среднесагиттальное
- ~Парасагиттальное под углом 5 градусов
- }

- Оценку толщины воротникового пространства проводят при: {
- =Нейтральном положении головы плода лицом вверх
  - ~При подбородке прижатом к груди
  - ~Нейтральном положении головы плода лицом книзу
  - }

Укажите эхографические признаки нейтрального положения плода в I триместре беременности: {

- =Затылочная кость расположена на одной линии с позвоночником
- ~Расстояние между нижней челюстью и грудиной не менее 2 мм
- ~Четко визуализируются кончик носа, верхняя челюсть, таламус, затылочная кость, воротниковое пространство
- ~Верно все
- }

Критерием нейтрального положения плода в I триместре беременности является величина между подбородком и грудной клеткой: {

- =2 – 4 мм
- ~2 – 6 мм
- ~3 – 6 мм
- ~1 – 3 мм
- }

Как устанавливаются калиперы при оценке толщины воротникового пространства? {

- =На границы раздела
- ~На наружные границы воротникового пространства
- ~От наружной границы кожи до внутренней границы мягких тканей
- ~По внутренним контурам кожи и мягких тканей
- }

При оценке носовых костей плоскость сканирования должна быть: {

- =Параллельна спинке носа

- ~Допустимо отклонение на 15 градусов
  - ~Допустимо отклонение на 20 градусов
  - ~Допустимо отклонение на 25 градусов
- }

При наличии носовых костей мы видим: {

~Эхогенную линию и две аналогичных линии впереди (верхняя более эхогенная)

~Две эхогенные линии одна над другой (нижняя более яркая) и одна аналогичная линия впереди

=Три эхогенных линии одна над другой (средняя более яркая)

~Одну линию, представляющую собой носовую кость

}

При оценке толщины воротникового пространства и носовых костей изображение скулового отростка: {

=Должно быть

~Не должно быть

~Все верно

~Нет правильного ответа

}

Для корректной оценки кровотока в венозном протоке «пробный объем» импульсноволнового доплеровского режима должен иметь размер: {

~0,5 – 1,5 мм

=0,5 – 1,0 мм

~1,0 – 1,5 мм

~1,0 – 2,0 мм

}

Частотный фильтр в режиме импульсного доплера при оценке кровотока в венозном протоке плода должен составлять: {

=50 – 70 гц

~50 – 100 гц

~70 – 100 гц

~более 100 гц

}

Заключение о наличии трикуспидальной регургитации делается в том случае, если длительность обратного потока по времени составляет не менее: {  
=1/2 систолы  
~1/3 систолы  
~1/4 систолы  
~в течение всей систолы  
}

Изображение «бабочки» (сосудистые сплетения головного мозга) в I триместре беременности в норме должно иметь: {  
=Симметричную форму  
~Может быть асимметричной  
~Может быть смещено вперед или назад  
}

В I триместре беременности оценка IV желудочка головного мозга плода позволяет заподозрить: {  
~Spina bifida  
~Синдром Денди-Уокера  
=Верно все  
}

В каком сечении оценивается 4 желудочек головного мозга в I триместре?  
{  
~Аксиальное сечение  
~Фронтальное сечение  
=Среднесагиттальное сечение  
}

Главный пренатальный эхографический признак иниоэнцефалии у плода в I триместре беременности: {  
=Фиксированная запрокинутая голова плода  
~Укорочение шейного отдела позвоночника  
~Энцефалоцеле, рахишизис  
~Лисэнцефалия  
}

Возможна ли диагностика синдрома Денди-Уокера в I триместре беременности: {

~Да

=Только при полной агенезии червя мозжечка

~Только при частичной агенезии червя мозжечка

~ Нет

}

Назовите порок развития головного мозга у плода в I триместре беременности, обусловленный неполным разделением эмбрионального переднего мозга: {

=Голопроэнцефалия

~Лисэнцефалия

~Экзэнцефалия

~ Нет правильного варианта

}

При нормально протекающей беременности визуализация физиологической кишечной грыжи у плода возможна: {

~До 16 недель беременности

=До 12 недель беременности

~С 7-й недели беременности

~До конца I триместра беременности

}

Визуализация мочевого пузыря плода в I триместре беременности возможна в сроке: {

~с 12 недель

=с 10 недель

~с 14 недель

~не возможна

}

Эхографические признаки мегацистиса в I триместре беременности: {

~Увеличение размеров мочевого пузыря свыше 5 мм

=Увеличение продольного размера мочевого пузыря свыше 7 мм

~Увеличение поперечного размера мочевого пузыря свыше 10 мм

~ Уменьшение размеров мочевого пузыря

}

При скрининговом ультразвуковом исследовании в 11-14 недель беременности и заполнении в протоколе исследования строки «конечности» у плода изучаются: {

- ~Руки и ноги плода
  - =Оценка 3 сегментов каждой руки и ноги
  - ~Пальцы
  - ~ Нет правильного варианта
- }

Оценку целостности позвоночного столба у плода в I триместре беременности следует проводить: {

- ~В поперечной плоскости сканирования
  - ~В продольной плоскости сканирования
  - =Использовать обе
  - ~ Нет правильного варианта
- }

Кистозная гигрома шеи, визуализирующаяся у плода в I триместре беременности, часто сочетается с: {

- ~Неиммунной водянкой плода
  - ~Врожденными пороками сердца
  - ~Хромосомными аномалиями
  - =Верно все
- }

Минимальная скрининговая оценка сердца плода в ранние сроки беременности подразумевает: {

- ~Изучение частоты сердечных сокращений
  - ~Оценка положения сердца
  - ~Оценка наличия и симметричности желудочков
  - =Верно все
- }

Медицинскими показаниями для определения кариотипа плода в I триместре беременности являются:

- ~Увеличение толщины воротникового пространства

~Увеличение толщины воротникового пространства и укорочение длины костей носа, или наличие аномальных кривых скоростей кровотока в венозном протоке

~Возраст матери старше 35 лет

=Определение при I биохимическом скрининге индивидуального риска 1:100 и выше

}

Визуализация овоидной формы анэхогенного однокамерного образования в малом тазу у плода в I триместре беременности характерно для: {

~Пузырно-алантоисной кисты

=Аноректальной атрезии

~Обструктивного поражения кишечника

~ Нет правильного варианта

}

Возможна ли оценка количества сосудов пуповины у плода в I триместре беременности? {

~Да, в В-режиме

~Нет

=Да, при использовании режима ЦДК по контуру мочевого пузыря

~ Нет правильного варианта

}

Эхографическим признаком угрозы прерывания беременности в I триместре является: {

~Отсутствие сердечной деятельности эмбриона

=Локальное утолщение миометрия

~Локализация плодного яйца в средней трети полости матки

~Изменение формы плодного яйца

~Изменение формы плодного яйца

}

Трансвагинальная ультразвуковая диагностика пороков развития передней брюшной стенки в конце I триместра беременности возможна: {

~С 8 недель

~С 9 недель

~С 10 недель

=С 14 недель

~С 14 недель

}

При обнаружении ложного плодного яйца в полости матки необходимо заподозрить: {

- ~Анэмбрионию
  - =Внематочную беременность
  - ~Ретрохориальную гематому
  - ~Ретрохориальную гематому
  - ~Ретрохориальную гематому
- }

Основным ориентиром при измерении среднего диаметра и окружности живота является: {

- ~Желудок
  - ~Почки
  - =Пупочная вена
  - ~Надпочечники
  - ~Селезенка
- }

Диапазон частоты датчиков, используемых для трансвагинального сканирования: {

- ~3,5-5,0 МГц
  - =5,0-7,0 МГц
  - ~2,5-3,5 МГц
  - ~2,5-3,5 МГц
  - ~2,5-3,5 МГц
- }

При ультразвуковом трансабдоминальном исследовании эмбрион выявляется с: {

- =6-7 нед
  - ~8-9 нед
  - ~9-10 нед
  - ~10-11 нед
- }

Правильно измерять диаметр плодного яйца при ультразвуковом

исследовании: {

=по внутреннему контуру

~по наружному контуру

}

Наиболее прогностически неблагоприятны численные значения частоты сердечных сокращений эмбриона в 1-триместре беременности: {

~менее 140 в мин

~менее 160 в мин

~более 180 в мин

=менее 100 в мин

}

При обнаружении ложного плодного яйца в полости матки необходимо заподозрить: {

~анэмбрионию

=внематочную беременность

~ретрохориальную гематому

}

Параметрами обязательной фетометрии являются: {

~бипариетальный размер головки, средний диаметр грудной клетки, длина плечевой кости

~бипариетальный и лобно-затылочный размер головки, средний диаметр живота, длина стопы

=бипариетальный размер головки, средний диаметр или окружность живота, длина бедренной кости) длина бедренной кости, длина плечевой кости, толщина плаценты

}

Оптимальными сроками для проведения первого ультразвукового исследования с целью выявления врожденных пороков развития плода являются: {

=16-22 нед

~23-27 нед

~28-32 нед

~11-15 нед

}

Ранняя диагностика маточной беременности при трансабдоминальной эхографии возможна: {

- ~с 3 недель
  - ~с 7 недель
  - =с 5-6 недель
  - ~с 8 недель
- }

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

- =трансабдоминальном доступе
  - ~трансвагинальном доступе
- }

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

- ~с 5-6 недель
  - =с 4-5 недель
  - ~с 2 недель
  - ~с 7 недель
- }

Двигательная активность эмбриона начинает выявляться при ультразвуковом исследовании: {

- =с 8 недель
  - ~с 10 недель
  - ~с 12 недель
  - ~с 6 недель
- }

Желточный мешок при ультразвуковом исследовании обычно визуализируется в: {

- ~4-10 недель
- =6-12 недель
- ~9-14 недель
- ~10-15 недель