1. ПРОЦЕСС, НА КОТОРОМ ОСНОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ - ЭТО:{

~ визуализация органов и тканей на экране прибора

= взаимодействие ультразвука с тканями тела человека

~ приём отражённых сигналов

~ распространение ультразвуковых волн}

2. УЛЬТРАЗВУК - ЭТО ЗВУК, ЧАСТОТА КОТОРОГО НЕ НИЖЕ:{

~ 15 кГц

= 20000 Гц

~ 1 МГц

~ 30 Гц}

3. АКУСТИЧЕСКОЙ ПЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ частота

= давление

~ скорость

~ период}

4. СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА ВОЗРАСТАЕТ, ЕСЛИ:{

~ плотность среды возрастает

= плотность уменьшается, упругость возрастает

~ упругость возрастает

~ плотность среды уменьшается}

5. УСРЕДНЁННАЯ СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА В МЯГКИХ ТКАНЯХ СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 1450 м/с

~ 1620 м/с

= 1540 м/с

~ 1300 м/с}

6. СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:{

~ частотой

~ амплитудой

~ длиной волны

= средой}

7. ДЛИНА ВОЛНЫ УЛЬТРАЗВУКА С ЧАСТОТОЙ 1 МГЦ В МЯГКИХ ТКАНЯХ СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 3.08 мм

= 1.54 мм

~ 1.54 мкм

~ 0.77 мм}

8. НАИБОЛЬШАЯ СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА НАБЛЮДАЕТСЯ В:{

~ воздухе

= железе

~ воде

~ водороде}

9. СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА В ТВЁРДЫХ ТЕЛАХ ВЫШЕ, ЧЕМ В ЖИДКОСТЯХ, Т.К. ОНИ ИМЕЮТ БОЛЬШУЮ:{

~ плотность

= упругость

~ вязкость

~ акустическое сопротивление}

10. ЗВУК - ЭТО:{

~ поперечная волна

= продольная механическая волна

~ частица

~ электромагнитная волна}

11. ИМЕЯ ЗНАЧЕНИЕ СКОРОСТЕЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА И ЧАСТОТЫ, МОЖНО РАССЧИТАТЬ:{

~ амплитуду

= период и длину волны

~ длину волны

~ период}

12. ЗАТУХАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СИГНАЛА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:{

~ рассеивание

~ отражение

~ поглощение

= рассеивание, отражение, поглощение}

13. В МЯГКИХ ТКАНЯХ КОЭФФИЦИЕНТ ЗАТУХАНИЯ ДЛЯ ЧАСТОТЫ 5МГЦ СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 2 дб/см

~ 3 дб/см

~ 4 дб/см

= 5 дб/см}

14. СВОЙСТВА СРЕДЫ, ЧЕРЕЗ КОТОРУЮ ПРОХОДИТ УЛЬТРАЗВУК, ОПРЕДЕЛЯЕТ:{

~интенсивность

= сопротивление

~ амплитуда

~ частота}

15. К ДОППЛЕРОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОСТОЯННОЙ ВОЛНЫ ОТНОСИТСЯ:{

~ продолжительность импульса

= частота и длина волны

~ частота

~ частота повторения импульсов}

16. В ФОРМУЛЕ, ОПИСЫВАЮЩЕЙ ПАРАМЕТРЫ ВОЛНЫ, ОТСУТСТВУЕТ:{

~ частота

= амплитуда

~ период

~ длина волны}

17. УЛЬТРАЗВУК ОТРАЖАЕТСЯ ОТ ГРАНИЦЫ СРЕД, ИМЕЮЩИХ РАЗЛИЧИЯ В:{

~ плотности

= акустическом сопротивлении

~ скорости распространения ультразвука

~ упругости}

18. ПРИ ПЕРПЕНДИКУЛЯРНОМ ПАДЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ЛУЧА ИНТЕНСИВНОСТЬ ОТРАЖЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ:{

~ разницы плотностей

= разницы акустических сопротивлений

~ суммы акустических сопротивлений

~ и разницы, и суммы акустических сопротивлений}

19.ПРИ ВОЗРАСТАНИИ ЧАСТОТЫ ОБРАТНОЕ РАССЕИВАНИЕ:{

= увеличивается

~ уменьшается

~ не изменяется

~ преломляется}

20. ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ РАССЧИТАТЬ РАССТОЯНИЕ ДО ОТРАЖАТЕЛЯ, НУЖНО ЗНАТЬ:{

~ затухание, скорость, плотность

~ затухание, сопротивление

~ затухание, поглощение

= время возвращения сигнала, скорость}

21. УЛЬТРАЗВУК МОЖЕТ БЫТЬ СФОКУСИРОВАН С ПОМОЩЬЮ:{

~ искривлённого элемента

= всего перечисленного

~ линзой

~ искривлённого отражателя}

22. ОСЕВАЯ РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:{

~ фокусировкой

= числом колебаний в импульсе

~ типом датчика

~ расстоянием до объекта}

23. ПОПЕРЕЧНАЯ РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:{

~ расстоянием до объекта

= фокусировкой

~ типом датчика

~ числом колебаний в импульсе}

24. ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКА ОТ ДАТЧИКА В ТКАНИ ЧЕЛОВЕКА УЛУЧШАЕТ:{

~ эффект Допплера

~ материал, гасящий ультразвуковые колебания

~ преломление

= соединительная среда}

25. ОСЕВАЯ РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ УЛУЧШЕНА, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ЗА СЧЁТ:{

~ увеличения диаметра пьезоэлемента

= улучшения гашения колебания пьезоэлемента

~ уменьшения частоты

~ уменьшения диаметра пьезоэлемента}

26. ДИСТАЛЬНОЕ ПСЕВДОУСИЛЕНИЕ ЭХА ВЫЗЫВАЕТСЯ:{

~ сильно отражающей структурой

= слабо поглощающей структурой

~ сильно поглощающей структурой

~ ошибкой в определении скорости}

27. МАКСИМАЛЬНОЕ ДОППЛЕРОВСКОЕ СМЕЩЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ДОППЛЕРОВСКОГО УГЛА, РАВНОГО:{

~ 90 градусов

~ 45 градусов

= 0 градусов

~ -45 градусов}

28. ЧАСТОТА ДОППЛЕРОВСКОГО СМЕЩЕНИЯ НЕ ЗАВИСИТ ОТ:{

~ скорости кровотока

= амплитуды

~ частоты датчика

~ Допплеровского угла}

29. ИСКАЖЕНИЯ СПЕКТРА ПРИ ДОППЛЕРОГРАФИИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ЕСЛИ ДОППЛЕРОВСКОЕ СМЕЩЕНИЕ ? ЧАСТОТЫ ПОВТОРЕНИЯ ИМПУЛЬСОВ:{

=%50% меньше

=%50% равно

~ больше}

30. ИМПУЛЬСЫ, СОСТОЯЩИЕ ИЗ 2-3 ЦИКЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ:{

~ импульсного Допплера

= получения чёрно-белого изображения

~ непрерывно-волнового Допплера

~ цветного Допплера}

31. МОЩНОСТЬ ОТРАЖЁННОГО ДОППЛЕРОВСКОГО СИГНАЛА ПРОПОРЦИОНАЛЬНА:{

~ объёмному кровотоку

= плотности клеточных элементов

~ допплеровскому углу

~ скорости кровотока}

32. БИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАЗВУКА:{

~ не наблюдается

~ не наблюдается при использовании диагностических приборов

 = не подтверждено при пиковых мощностях, усреднённых во времени ниже 100 мВт/кв. см}

33. КОНТРОЛЬ КОМПЕНСАЦИИ (GAIN):{

~ компенсирует нестабильность работы прибора в момент разогрева

= компенсирует затухание

~ уменьшает время обследования больного

~ всё перечисленное неверно}

34. АНАТОМИЧЕСКИ В ПЕЧЕНИ ВЫДЕЛЯЮТ:{

~ 6 сегментов

= 8 сегментов

~ 7 сегментов

~ 5 сегментов}

35. ХВОСТАТОЙ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ НАЗЫВАЕТСЯ:{

= 1 сегмент

~ 2 сегмент

~ 3 сегмент

~ 2 и 3 сегменты}

36. КВАДРАТНОЙ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ НАЗЫВАЕТСЯ:{

~ 1 сегмент

~ 2 сегмент

~ 3 сегмент

= 4 сегмент}

37. СООТНОШЕНИЕ МАКСИМАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ В НОРМЕ РАВНЯЕТСЯ:{

~ 1:1

= 1,5:1

~ 3:1

~ 4:1}

38. ИНДЕКС ПЕРВОГО СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕМ:{

~ толщины 1 сегмента и правой доли печени

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

~ ширины 1 сегмента и правой доли печени

~ толщины 1 сегмента и левой доли печени}

39. В НОРМЕ ИНДЕКС 1 СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ СОСТАВЛЯЕТ:{

~ до 15%

= до 30%

~ до 20%

~ до 35%}

40. У ДЕТЕЙ ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПО СРАВНЕНИЮ С ЭХОГЕННОСТЬЮ КОРКОВОГО СЛОЯ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ:{

~ никогда не сравнивается

~ одинакова

~ ниже

= выше}

41. ДИАМЕТР СТВОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ КОЛЕБЛЕТСЯ МЕЖДУ:{

~ 1-2 мм

= 4-5мм

~ 3-4 мм

~ 2-3 мм}

42. МАКСИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР СТВОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В НОРМЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ДОСТИГАЕТ:{

~ 8 мм

= 13 мм

~ 10 мм

~ 9 мм}

43. МАКСИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ КОЛЕБЛЕТСЯ МЕЖДУ:{

~ 2-3 см

~ 3-4 см

~ 4-5 см

= 5-6 см}

44. СИНДРОМ БАДД-КИАРИ ВЫЗЫВАЕТ ПОРТАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ:{

~ смешанного типа

= надпечёночного типа

~ печёночного типа

~ предпечёночного типа}

45. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СНИЖЕНИИ ГРАДИЕНТА МЕЖДУ ВОРОТНОЙ ВЕНОЙ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНОЙ МЕНЕЕ:{

~ 16 мм рт. ст.

= 5 мм рт. ст.

~ 10 мм рт. ст.

~ 12 мм рт. ст.}

46. ВЫЯВЛЕННАЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ КАВЕРНОЗНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ЯВЛЯЕТСЯ:{

= врождённым состоянием

~ приобретённым состоянием

~ у детей раннего возраста не встречается

~ признаком цирроза печени}

47. У ДЕТЕЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОПРЕДЕЛЁННАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ СИМПТОМОВ:{

~ характерна

= нет

~ характерна своя последовательность для каждой формы портальной гипертензии

~ существует только для цирроза печени}

48. ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫЙ ДИАБЕТ У ДЕТЕЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ:{

~ циррозом печени

= жировой инфильтрацией печени

~ очаговыми изменениями печени

~ печень никогда не меняется}

49. К ПРАВИЛЬНЫМ ФОРМАМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТНОСЯТСЯ:{

~ цилиндрическую

~ веретенообразную

~ каплевидную

= все верно}

50. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ:{

~ только желчный пузырь

= желчный пузырь, общий желчный пузырь, общий печёночный проток

~ желчный пузырь, общий желчный проток

~ желчный пузырь, общий желчный проток, общий печёночный проток, внутрипечёночные протоки}

51. ТОЛЩИНА СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 0 мм

= 1 мм

~ 1-2 мм

~ 2 мм}

52. ДИАМЕТР ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПО WEILL СОСТАВЛЯЕТ:{

~ до половины диаметра аорты

= до половины диаметра ствола воротной вены

~ до половины диаметра нижней полой вены

~ до одной трети диаметра ствола воротной вены}

53. НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО РЫХЛОГО ОСАДКА В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ признаком холецистита

= не имеет диагностического значения

~ признаком дискинезии

~ признаком дисхолии}

54. ЛАБИЛЬНЫЕ ПЕРЕГИБЫ И ПЕРЕГОРОДКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ признаком дискинезии желчного пузыря

~ признаком холецистита

~ признаком дисхолии

= вариантом нормы}

55. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ГРАНИЦЫ МЕЖДУ ДОЛЯМИ ПЕЧЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

= основной ствол воротной вены

~ ложе желчного пузыря

~ ворота печени

~ круглая связка}

56. СТРУКТУРА ПАРЕНХИМЫ НЕИЗМЕНЁННОЙ ПЕЧЕНИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ КАК:{

= мелкозернистая

~ крупноочаговая

~ множественные участки повышенной эхогенности

~ участки пониженной эхогенности}

57. ЭХОГЕННОСТЬ ТКАНИ НЕИЗМЕНЁННОЙ ПЕЧЕНИ:{

~ повышенная

~ пониженная

= сопоставима с эхогенностью коркового вещества почки

~ превышает эхогенность коркового вещества почки}

58. ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПЕЧЕНИ ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ:{

~ улучшения звукопроводимости тканью печени

= ухудшения звукопроводимости тканью печени

~ улучшения качества ультразвуковых приборов

~ правильной настройки ультразвукового прибора}

59. КОЛЕБАНИЯ НОРМАЛЬНОГО РАЗМЕРА ОСНОВНОГО СТВОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЮТ:{

~ 7-8 мм

~ 5-8 мм

~ 15-20 мм

= 9-14 мм}

60. МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА УГЛА НИЖНЕГО КРАЯ ЛЕВОЙ ДОЛИ НОРМАЛЬНОЙ ПЕЧЕНИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ:{

~ 50 градусов

= 45 градусов

~ 80 градусов

~ 40 градусов}

61. ПЕЧЁНОЧНЫЕ ВЕНЫ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ КАК:{

~ трубчатые структуры с высокоэхогенными стенками

= трубчатые структуры с неотчётливо видимыми стенками

~ трубчатые структуры с неотчётливо видимыми стенками и просветом

~ округлые эхонегативные структуры рассеянные по всей площади среза печени}

62. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДОПУСТИМЫЕ РАЗМЕРЫ ДИАМЕТРА ПЕЧЁНОЧНЫХ ВЕН НА РАССТОЯНИИ ДО 2-3 СМ ОТ УСТЬЕВ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ НЕ ПРЕВЫШАЮТ:{

~ 3-5 мм

= 10-14 мм

~ 5-10 мм

~ 15-22 мм}

63. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЗРОСЛЫХ КОСОЙ ВЕРТИКАЛЬНЫЙ РАЗМЕР (КВР) ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ:{

~ 190 мм

= 150 мм

~ 175 мм

~ 165 мм}

64. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ 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}

65. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ 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}

66. ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ И СОСУДИСТЫЙ РИСУНОК ПРИ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПЕЧЕНИ СЛЕДУЮЩИЕ:{

~ эхогенность не изменена, сосудистый рисунок чёткий

~ эхогенность понижена, сосудистый рисунок "обеднён"

~ чёткая визуализация сосудистого рисунка, эхогенность смешанная

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

67. ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ПРОЧИХ ДИФФУЗНЫХ И ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ 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}

68.УКАЖИТЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОТЛИЧИЯ ОЧАГОВОЙ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ОТ ОБЪЁМНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:{

~ деформация сосудистого рисунка и повышение эхогенности печени

= архитектоника и сосудистый рисунок печени не нарушены

~ нарушение архитектоники и сосудистого рисунка печени

~ сосудистый рисунок не нарушен, эхогенность снижена}

69.ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНОГО УСТАНОВЛЕНИЯ:{

~ характера поражения

= характера и распространённости поражения

~ нозологической формы поражения

~ нозологической формы поражения и её выраженности}

70. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИЗНАК КАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО БОЛЬШОМУ КРУГУ:{

~ размеры печени не увеличены, сосудистый рисунок обеднён

= расширение и деформация печёночных вен, увеличение размеров печени

~ деформация печёночных вен, 1,5-2-х кратное уменьшение размеров печени

~ расширение и деформация воротной вены}

71. В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ C С УМЕРЕННЫМИ И ВЫРАЖЕННЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ:{

~ равномерное понижение эхогенности паренхимы печени

= неравномерное повышение эхогенности паренхимы печени участками, (полями)

~ неравномерное понижение эхогенности паренхимы печени

~ равномерное повышение эхогенности паренхимы печени}

72. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЦИРРОЗА ЧАЩЕ:{

~ в пределах нормы

= увеличены

~ значительно уменьшены

~ уменьшены}

73. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ В ТЕРМИНАЛЬНУЮ СТАДИЮ ЦИРРОЗА ЧАЩЕ:{

~ в пределах нормы

= уменьшены за счёт правой доли

~ увеличены за счёт правой доли

~ уменьшены за счёт левой доли}

74. ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЦИРРОЗА В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЕ ПЕЧЕНИ:{

~ контуры ровные, края острые

= контуры неровные, бугристые, края тупые

~ контуры ровные, края закруглены

~ контуры неровные, зубчатые, края острые}

75. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СТРУКТУРА ПАРЕНХИМЫ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ:{

~ однородная

~ мелкозернистая

~ крупнозернистая

= диффузно неоднородная}

76. УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ расширение селезёночной вены более 6 мм в диаметре

~ расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре

= увеличение желчного пузыря

~ увеличение селезёнки}

77. 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}

78. УКАЖИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ, НЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСТАНОВЛЕНИЮ ДИАГНОЗА КАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ:{

~ выявление свободной жидкости в латеральных каналах брюшной полости, малом тазе

= отсутствие свободной жидкости плевральных полостях и брюшной полости

~ расширение камер сердца

~ выявление жидкости в плевральных полостях}

79. К НАРУШЕНИЮ АРХИТЕКТОНИКИ ПЕЧЕНИ, ВЫЯВЛЯЕМОМУ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ОБЫЧНО НЕ ПРИВОДИТ:{

~ первичный рак печени

~ метастатическое поражение печени

~ цирроз печени

= жировой гепатоз}

80. УЗЛОВАЯ (ОЧАГОВАЯ) ГИПЕРПЛАЗИЯ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ доброкачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением

= врождённой аномалией развития с прогрессирующим течением

~злокачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением

~ воспалительным поражением с прогрессирующим течением}

81. ДЛЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СОЛИДНОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО УЗЛА В ПЕЧЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ:{

~ эффект дистального ослабления

= эффект дистального псевдоусиления

~ деформация сосудистого рисунка печени

~ нарушение контура печени}

82. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ АДЕНОМЫ ПЕЧЕНИ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ) ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ большие размеры образования

= относительная ровность и чёткость контура

~ наличие гипоэхогенного Halo

~ неровность, бугристость и нечёткость контуров}

83. УЗЛОВАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫГЛЯДИТ КАК:{

~ участок грубой деформации (сморщивания) паренхимы печени

= участок неоднородности паренхимы по типу цирротических изменений

~ объёмное образование с нечётко выраженной гиперэхогенной капсулой

~ многоузловое объёмное образование солидной структуры}

84. ПРИ СИНДРОМЕ BUDD-CHIARI УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ В ОСТРУЮ ФАЗУ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ:{

~ расширение желчевыводящих протоков

= сужение устьев печёночных вен

~ сужение воротной вены

~ расширение воротной вены}

85. К ВАЖНЕЙШИМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКАМ РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА НЕ ОТНОСИТСЯ:{

~ локальное повреждение контура (капсулы) печени

= наличие свободного газа в брюшной полости

~ гипо-анэхогенное образование в паренхиме печени часто с нечёткими контурами

~ наличие нарастающего количества свободной жидкости в брюшной полости}

86. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ:{

~ контуры изменённого участка

~ структура изменённого участка

~ состояние сосудистого рисунка

= внутренний диаметр нижней полой вены}

87. СРЕДИ ПАРАМЕТРОВ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО РИСУНКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ:{

~ направление сосуда

= чёткость выявления стенок сосудистой сети

~ характер изменения диаметра крупных и средних сосудов

~ характер криволинейности сосуда}

88. ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:{

~ очаговым фиброзом печени

= верно всё

~ первичным раком печени

~ метастатическим поражением печени}

89. ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:{

~ эхинококкозом и альвеолококкозом печени

= верно все

~ первичным раком печени

~ метастатическим поражением печени}

90. ПУНКЦИЯ ОБЪЁМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ (ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭХИНОКОККОЗ) МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ТОЛЬКО ПРИ УСЛОВИИ:{

~ визуализации кальцификации капсулы образования

= визуализации взвеси в полости образования

~ визуализации перегородок в полости образования

~ получения отрицательных результатов серологических проб}

91. ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ХАРАКТЕРА ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:{

~ рентгеновскую компьютерную томографию

= пункционную биопсию под визуальным (эхография, компьютерная томография) контролем

~ ультразвуковое исследование

~ магнитно-резонансное исследование}

92. НЕИНВАЗИВНАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПОЗВОЛЯЕТ:{

~ установить нозологический характер поражения

= установить наличие диффузного или очагового патологического процесса и относительную степень его выраженности

~ верифицировать характер гистологических изменений ткани

~ установить клинический диагноз}

93. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ РАСПРОСТРАНЁННОЕ ЗАТУХАНИЕ В ГЛУБОКИХ ОТДЕЛАХ ПЕЧЕНИ В СТАНДАРТНЫХ УСЛОВИЯХ ЧАЩЕ ВСЕГО ГОВОРИТ О:{

~ неправильно настроенном ультразвуковом приборе

= наличии диффузного поражения печени

~ наличии очагового поражения печени

~ употреблении в пищу адсорбентов}

94. ПРИЗНАКАМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА НАЧАЛЬНЫХ ЕЁ ЭТАПАХ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ увеличением селезёнки

= увеличением размеров печени и селезёнки с вероятными изменениями воротной вены

~ расширением портальной системы

~ повышением эхогенности ткани печени и селезёнки}

95. ПРИЗНАКАМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА НАЧАЛЬНЫХ ЕЁ ЭТАПАХ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ уменьшение размеров печени при увеличенной селезёнке с нормальным состоянием воротной вены

= увеличение размеров печени и селезёнки с расширением воротной вены

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

~ увеличение левой доли печени и селезёнки с повышением их эхогенности}

96. ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КАРТИНУ:{

= нормальной по размерам печени, с повышенной эхогенностью её паренхимы и уменьшением количества трабекуллярных 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 печёночной ткани к ультразвуку}

97. АТРОФИЧЕСКИЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:{

~ неоднородной структурой печёночной ткани и спленомегалией

= уменьшением размеров печени и асцитом

~ признаками портальной гипертензии

~ варикозным расширением вен пищевода}

98. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ПЕЧЕНИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:{

= определении округлых гипоэхогенных или анэхогенных образований с чёткими контурами, располагающимися в паренхиме печени

~ определении солидных структур в паренхиме печени

~ определении неоднородных образований полиморфной эхоструктуры с чёткими контурами

~ определении инфильтративных изменений с различной степенью плотности}

99. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:{

~ гипоэхогенными кистозными образованиями в одной из долей печени

= полиморфизмом эхографических проявлений с поражением большей или меньшей части печени

~ явлениями портальной гипертензии

~ увеличением размеров печени без изменения её структуры}

100. ГЕМАНГИОМЫ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:{

~ определением одиночных гипоэхогенных кистозных образований

= определением одиночных или множественных округлых гиперэхогенных образований с мелкозернистой эхоструктурой

~ определением неоднородных преимущественно солидных образований паренхимы печени

~ увеличением размеров печени без изменения её структуры}

101. МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:{

~ определением округлых кистозных образований с чёткими контурами

= полиморфной эхографической картиной преимущественно с определением округлых образований различной эхогенности и структуры нарушающих архитектонику строения печени

~ повышением эхогенности ткани печени с неровностью его контура

~ повышенным поглощением ультразвуковых колебаний и ухудшением получаемого изображения}

102. ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА ПЕЧЕНИ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:{

~ определением солидного образования печени

= определении округлой инкапсулированной кисты с пристеночным образованием

~ неоднородным образованием печени

~ увеличением размеров печени}

103. ЗАСТОЙНАЯ ПЕЧЕНЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ВЫГЛЯДИТ КАК:{

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

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

~ увеличенная в размерах неоднородной структуры

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

104. ОСТРЫЕ ГЕПАТИТЫ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ СОПРОВОЖДАЮТСЯ:{

~ увеличением размеров печени, повышением эхогенности паренхимы

= увеличением размеров печени, понижением эхогенности паренхимы с уменьшением количества трабекуллярных структур по периферии

~ уменьшением размеров печени с повышением эхогенности паренхимы

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

105. ФИБРОЗЫ ПЕЧЕНИ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ КАРТИНУ:{

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

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

~ уменьшенной по размерам печени с паренхимой пониженной эхогенности

~ неоднородностью паренхимы печени, снижением отражательной способности печёночной ткани к ультразвуку}

106. ПОРТО-ПОРТАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ - ЭТО:{

~ анастомозы между основным стволом воротной вены и селезёночной веной

= анастомозы между основным стволом воротной вены и её внутрипечёночными ветвями

~ анастомозы между основным стволом воротной вены и верхней брызжеечной веной

~ анастомозы между основным стволом воротной вены и ветвями нижней полой вены}

107. ЯРКО ВЫРАЖЕННАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ:{

~ выраженных диффузных поражениях паренхимы печени (цирроз)

~ локализации крупных объёмных образований в области печёночно-12-перстной связки со сдавлением её компонентов или области шейки поджелудочной железы

~ нарушении кровообращения по большому кругу

= верно всё}

108. ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:{

~ между контуром нижнего края лёгких и контуром купола диафрагмы

= между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезёнке

~ под висцеральной поверхностью печени и селезёнке

~ в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы}

109. ПОДПЕЧЕНОЧНЫЙ АБСЦЕСС ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:{

~ между контуром нижнего края лёгких и контуром купола диафрагмы

= под висцеральной поверхностью печени

~ между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезёнки

~ в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы}

110. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦВЕТОВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ ОТМЕЧАЮТ:{

~ ток крови в печёночных венах имеет разнонаправленный и турбулентный характер

= ток крови в печёночных венах имеет однонаправленный и ламинарный характер}

~ ток крови в печёночных венах имеет разнонаправленный и ламинарный характер

~ ток крови в печёночных венах имеет однонаправленный и турбулентный характер

111. ПО ПАРАМЕТРАМ ЦВЕТА ПРИ ОБЫЧНОЙ МЕТОДИКЕ ЦВЕТОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ НЕВОЗМОЖНО:{

~ определить направление кровотока в сосудах

= приблизительно определить объёмную скорость кровотока в сосуде

~ приблизительно определить раскладку скоростных параметров потока крови на протяжении сосуда

~ в большинстве случаев для средних и крупных сосудов определить характер кровотока (артериальный, венозный)}

112. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ В РЕАЛЬНОМ МАСШТАБЕ ВРЕМЕНИ С "СЕРОЙ ШКАЛОЙ" С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ ЦВЕТОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ:{

~ оценить размеры печени

= оценить функциональное состояние печени

~ оценить структуру печени

~ выявить диффузные поражения различной этиологии}

113. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ЭХОГРАФИЧЕСКИ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:{

~ ежемесячное динамическое исследование

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

~ динамическое исследование один раз в полгода

~ динамическое исследование один раз в год}

114. К ВНУТРИПЕЧЁНОЧНЫМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИМ ПРОТОКАМ ОТНОСЯТСЯ{

~ общий желчный проток

= долевые, сегментарные, субсегментарные протоки

~ общий печёночный проток

~ субсегментарные, сегментарные, долевые протоки, проток желчного пузыря}

115. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕИЗМЕНЁННОЕ ЛОЖЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВЫГЛЯДИТ КАК:{

~ ячеистая структура смешанной эхогенности по форме соответствующая борозде на висцеральной поверхности печени

= гиперэхогенная зона по форме соответствующая борозде на висцеральной поверхности печени

~ неоднородный участок паренхимы печени

~ гипоэхогенный участок по форме соответствующая борозде на висцеральной поверхности печени}

116. В СТАНДАРТНЫХ УСЛОВИЯХ ЖЕЛЧНЫЙ КОНКРЕМЕНТ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ КАК:{

~ инкапсулированная структура

~ солидное образование

= гиперэхогенная криволинейная структура

~ структура, не дающая отражения}

117. НЕИЗМЕНЁННАЯ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ПОРТАТИВНЫХ ПРИБОРАХ И ПРИБОРАХ СРЕДНЕГО КЛАССА В СТАНДАРТНЫХ УСЛОВИЯХ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В ВИДЕ:{

~ двухслойной гиперэхогенной структуры

= однослойной тонкой гиперэхогенной эхоструктуры

~ трёхслойной структуры смешанной эхогенности

~ пятислойной структуры смешанной эхогенности}

118. НЕИЗМЕНЁННАЯ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ПРИБОРАХ ВЫСШЕГО КЛАССА В СТАНДАРТНЫХ УСЛОВИЯХ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В ВИДЕ:{

~ однослойной тонкой гиперэхогенной эхоструктуры

= однослойной тонкой изоэхогенной эхоструктуры

~ двухслойной гиперэхогенной структуры

~ трёхслойной структуры смешанной эхогенности}

119. НОРМАЛЬНАЯ ЭХОКАРТИНА ПОЛОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ КАК:{

~ эхонегативное пространство с линейными эхо-сигналами вдоль задней стенки желчного пузыря в области шейки

= эхонегативное пространство

~ эхонегативное пространство с линейными эхо-сигналами вдоль передней стенки желчного пузыря

~ эхонегативное пространство с мелкодисперсной эхогенной взвесью}

120. ДЛЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНО:{

~ локальное выбухание стенки желчного пузыря

= неравномерный характер поражения стенки желчного пузыря

~ рубцовая деформация полости желчного пузыря

~ истончение стенки желчного пузыря}

121. ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОЙ ПНЕВМОБИЛИИ ОБЫЧНО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ операция на желчевыводящей системе

= желче-каменная болезнь}

~ острый гнойный холангит

~ пузырно-кишечная фистула

122. МИНИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР КОНКРЕМЕНТА В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ, ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СТАНДАРТНЫХ УСЛОВИЯХ НА ПРИБОРАХ СРЕДНЕГО КЛАССА, СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 0,5 мм

= 1 мм

~ 2 мм

~ 3 мм}

123. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТОВ ВО ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКАХ НЕ ЗАВИСИТ ОТ:{

~ степени расширения протока

= химического состава конкремента

~ уровня обструкции протока конкрементом

~ размера конкремента}

124. ВОЗМОЖНО ЛИ ПО УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ОПРЕДЕЛИТЬ ГИСТОЛОГИЮ ОПУХОЛИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:{

~ да, всегда

= нет, нельзя

~ да, при наличии зон распада в опухоли

~ да, при наличии кальцинации в опухоли}

125. МОЖНО ЛИ ПО ВИДУ ОПУХОЛИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛИТЬ ХАРАКТЕР РОСТА (ИНВАЗИВНЫЙ-НЕИНВАЗИВНЫЙ):{

~ не

= да

~ да, при наличии зон распада в опухоли

~ да, при наличии кальцинации в опухоли}

126. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИЗНАКОМ ИНВАЗИВНОГО РОСТА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ анэхогенный ободок

= нечёткость границ

~ резкая неоднородность структуры опухоли

~ анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования}

127. УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ увеличение размеров пузыря

~ значительно повышенная звукопроводимость полости

~ нечёткость либо неровность контуров

~ неоднородность структуры стенок (может быть "трёхслойной" или слоистой)}

128. К УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИПОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ:{

~ наличие объёмного образования или нескольких образований в полости желчного пузыря

~ пристеночное расположение в полости желчного пузыря

~ однородность структуры

= смещаемость при изменении положения тела, выявление акустической тени}

129. ПОЛОСТЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОБЫЧНО ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ КАК ЭХОНЕГАТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО:{

~ в фазе максимального физиологического сокращения

= при водянке желчного пузыря

~ при полностью заполненном конкрементами желчном пузыре

~ при "фарфоровом" желчном пузыре}

130. ВЫЯВЛЯЕМЫЙ В РЯДЕ СЛУЧАЕВ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ "ГАРТМАНОВСКИЙ КАРМАН" ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ специфическим признаком увеличения желчного пузыря при билиарной гипертензии

= анатомической особенностью желчного пузыря

~ следствием длительного существования хронического холецистита

~ следствием длительного существования желчекаменной болезни}

131. МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТОЧЕЧНЫЕ ГИПЕРЭХОГЕННЫЕ СТРУКТУРЫ В ТОЛЩЕ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ Её ТОЛЩИНЫ И КОНТУРОВ ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:{

~ хронического холецистита

= холестероза желчного пузыря

~ аденомиоматоза желчного пузыря

~ рака желчного пузыря}

132. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА СТРУКТУРЫ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ФАЗУ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОКРАЩЕНИЯ У ЛИЦ НЕ ИМЕВШИХ РАНЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ЧАЩЕ ИМЕЕТ ВИД:{

~ однослойной структуры

= четырёхслойной структуры

~ двухслойной структуры

~ трёхслойной структуры}

133. СРЕДНЯЯ ТОЛЩИНА СТЕНКИ НЕИЗМЕНЁННОГО ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ФАЗУ УМЕРЕННОГО НАПОЛНЕНИЯ ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 0,5 - 1 мм

= 1,5 - 3 мм

~ 1 - 2 мм

~ 2 - 4,5 мм}

134. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:{

~ аномалии положения желчного пузыря

= аномалии формы желчного пузыря

~ аномалии количества желчного пузыря

~ аномалии размеров желчного пузыря}

135. УТВЕРЖДЕНИЕ О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭХОГРАФИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЖДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ (ФИБРОМАТОЗ, НЕЙРОФИБРОМАТОЗ, ЛИПОМАТОЗ, ОГРАНИЧЕННЫЙ АДЕНОМИОМАТОЗ) И РАННИМИ СТАДИЯМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ:{

~ справедливо всегда

= несправедливо

~ справедливо, если утолщение стенки желчного пузыря не превышает 6-7 мм

~ справедливо, если эхогенность изменённого участка стенки не больше эхогенности печени}

136. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА - УТОЛЩЕНИЕ СТЕНКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЗА СЧЁТ СЛИЗИСТОЙ И ПОДСЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧЕК С НАЛИЧИЕМ В НЕЙ ГИПЕР- И АНЭХОГЕННЫХ УЧАСТКОВ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА, ПОЛИПООБРАЗНЫЕ СТРУКТУРЫ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРУ СТЕНКИ, НЕОДНОРОДНАЯ СТРУКТУРА СТЕНКИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ВСЕХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ - ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:{

~ хронического холецистита

= распространённого аденомиоматоза желчного пузыря

~ острого холецистита

~ острого флегмонозного холецистита}

137. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В РЕЖИМЕ "РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ" С "СЕРОЙ ШКАЛОЙ" ПОЗВОЛЯЕТ С ВЫСОКОЙ ДОСТОВЕРНОСТЬЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ:{

~ во всех случаях

= только при наличии соответствующих морфологических изменений в желчном пузыре

~ никогда

~ только при наличии соответствующих функциональных изменений в желчном пузыре}

138. ВЫЯВЛЕНИЕ НЕТИПИЧНЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (ОДИНОЧНЫЕ И МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕРЕГИБЫ С ВДАЮЩИМИСЯ В ПОЛОСТЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НЕПОЛНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ) НЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ:{

~ рубцово-спаечной деформации вследствие воспалительного процесса в желчном пузыре

~ аномалии формы желчного пузыря

= аномалии строения желчного пузыря

~ функционального варианта формы желчного пузыря в зависимости от положения тела пациента}

139. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ВЫРАЖЕННЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:{

~ нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость

= различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщённая, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость

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

~ часто увеличенные размеры желчного пузыря, утолщённая неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью}

140. ДЛЯ ТОПИЧЕСКОГО РАЗГРАНИЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ В ВОРОТАХ ПЕЧЕНИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:{

~ собственную печёночную артерию

= правую долевую ветвь печёночной артерии

~ воротную вену

~ левую долевую ветвь печёночной артерии}

141. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СТАДИИ РЕМИССИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:{

~ нормальные размеры желчного пузыря, однослойная стенка, толщиной 2-3 мм, однородная эхонегативная полость

= нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая - до 0,5-1,5 мм - гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью

~ часто увеличенные размеры желчного пузыря, утолщённая до 3,5-5 мм неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью

~ различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщённая - более 4-5 мм, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость}

142. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СТАДИИ РЕМИССИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:{

~ нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая - до 2-3 мм стенка, однородная эхонегативная полость

= различные размеры желчного пузыря, утолщённая более 3,5-4 мм неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью

~ нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая до 0,5-1,5 мм гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью

~ различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщённая более 4-5 мм, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость}

143. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:{

~ нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость

= различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщённая, неоднородная, иногда слоистая - с гипоэхогенными участками - стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость

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

~ различные размеры желчного пузыря, утолщённая неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью}

144. ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ В СТАДИИ РЕМИССИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:{

~ нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость

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

~ различные размеры желчного пузыря, утолщённая неоднородная стенка повышенной эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью

= верно все}

145. ПРИ ВОДЯНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОБЫЧНО НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:{

~ значительное увеличение размеров желчного пузыря

= расширение внутрипечёночных желчных протоков

~ постепенное изменение эхографической картины полости желчного пузыря - повышение эхогенности желчи

~ возможное выявление конкремента, расположенного в шейке желчного пузыря или значительное утолщение стенок шеечного отдела}

146. РАСПРОСТРАНЁННЫЙ АДЕНОМИОМАТОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ, ПРИ КОТОРОМ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНО:{

~ неравномерное утолщение стенки желчного пузыря в некоторых отделах преимущественно в области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами

= неравномерное утолщение стенки желчного пузыря во всех отделах преимущественно в области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами

~ множественные отдельные участки утолщения стенки желчного пузыря по типу "чёток" на протяжении всего контура в области мышечного слоя

~ множественные сливающиеся участки утолщения стенки желчного пузыря по типу "чёток" на протяжении всего контура в области мышечного слоя}

147. ОГРАНИЧЕННЫЙ АДЕНОМИОМАТОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ, ПРИ КОТОРОМ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНО:{

~ неравномерное утолщение стенки желчного пузыря во всех отделах преимущественно в области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами

= неравномерное утолщение стенки желчного пузыря в некоторых отделах преимущественно в области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами

~ множественные отдельные участки утолщения стенки желчного пузыря по типу "чёток" на протяжении всего контура в области мышечного слоя

~ множественные сливающиеся участки утолщения стенки желчного пузыря по типу "чёток" на протяжении всего контура в области мышечного слоя}

148. НЕКОТОРЫМИ ИЗ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОКОЛОПУЗЫРНОГО АБСЦЕССА ОТ ДРУГИХ ЖИДКОСТНЫХ СТРУКТУР ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ выявление отличия по структуре и эхогенности стенок абсцесса от стенок желчного пузыря

~ динамичное изменение эхографической картины

~ выявление зоны инфильтрации вокруг околопузырного образования

= верно все}

149. ОДНИМ ИЗ ОТЛИЧИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДИВЕРТИКУЛА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТ ОКОЛОПУЗЫРНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ отсутствие сообщения между полостью желчного пузыря и жидкостной структурой рядом

= наличие сообщения между полостью желчного пузыря и жидкостной структурой рядом

~ выявление взвешенных частиц в полости дивертикула}

150. ВЫЯВЛЯЕМОЕ ВО ВРЕМЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СТАБИЛЬНОЕ ВО ВРЕМЕНИ ЖИДКОСТЬСОДЕРЖАЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К НИЖНЕЙ, ЛАТЕРАЛЬНОЙ ИЛИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ИМЕЮЩЕЕ ТОНКИЕ И ЧЁТКО ВИДИМЫЕ СТЕНКИ, ЭХОНЕГАТИВНОЕ СОДЕРЖИМОЕ С ОТСУТСТВИЕМ ЕГО ПЕРЕДВИЖЕНИЯ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СООТВЕТСТВУЕТ:{

~ околопузырному абсцессу

= дивертикулу желчного пузыря

~ петле тонкой кишки с жидкостью

~ кисте печени}

151. ВЫЯВЛЯЕМОЕ ВО ВРЕМЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ "ОСТРОГО ЖИВОТА" СТАБИЛЬНОЕ ВО ВРЕМЕНИ ЖИДКОСТЬСОДЕРЖАЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К НИЖНЕЙ, ЛАТЕРАЛЬНОЙ ИЛИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ИМЕЮЩЕЕ УТОЛЩЁННЫЕ СТЕНКИ С НЕ ЧЁТКИМИ КОНТУРАМИ И ЧАСТО ГИПЕРЭХОГЕННЫЙ ОРЕОЛ ВОКРУГ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СООТВЕТСТВУЕТ:{

~ петле тонкой кишки с жидкостью

= околопузырному абсцессу

~ кисте печени

~ дивертикулу желчного пузыря}

152. АДЕНОМАТОЗНЫЙ ПОЛИП ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ:{

~ солидное образование средней эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой крайне медленно перемещающееся при активных изменениях положения тела пациента

= солидное образование средней эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой не перемещающееся при активных изменениях положения тела пациента

~ кистозно-солидное образование смешанной эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой не перемещающееся при активных изменениях положения тела пациента

~ солидно-кистозное образование смешанной эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой не перемещающееся при активных изменениях положения тела пациента}

153. СГУСТОК ЗАМАЗКООБРАЗНОЙ ЖЕЛЧИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ:{

=%50% образование средней эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента

~ образование средней эхогенности с достаточно однородной внутренней структурой, не перемещающееся при изменениях положения тела пациента

=%50% образование смешанной эхогенности с выраженно неоднородной внутренней структурой медленно перемещающееся при изменениях положения тела пациента

~ верно всё}

154. ВЕРОЯТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЕ ПРИ ПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛТУХАХ СВЯЗАНЫ:{

~ с расширением внутрипечёночных желчных ходов и размеров желчного пузыря

= с изменением состояния паренхимы печени и селезёнке с присоединением признаков портальной гипертензии

~ с обнаружением конкрементов желчевыводящих путей

~ с увеличением размеров селезёнке}

155. ИЗМЕНЕНИЯ В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЕ ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНЫЙ ЖЕЛТУХЕ СВЯЗАНЫ:{

~ с увеличением размеров желчного пузыря

= с закупоркой желчных протоков

~ с увеличением размеров печени и селезёнке

~ с изменением состояния портальной системы}

156. Симптом Курвуазье проявляется:{

~ в уменьшении и деформации желчного пузыря при наличии желтухи

= в увеличении желчного пузыря при наличии желтухи

~ в уменьшении размеров печени и увеличении размеров селезёнке

~ в появлении симптомов портальной гипертензии}

157. ВОДЯНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:{

~ увеличением желчного пузыря более 7 см

= увеличением желчного пузыря более 10 см

~ увеличением желчного пузыря более 5 см

~ расширением внутрипечёночных желчных ходов}

158. АНАТОМИЧЕСКОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ РАСПОЛОЖЕНИЯ СТРУКТУР ВОРОТ ПЕЧЕНИ СЧИТАЯ СПЕРЕДИ НАЗАД ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ холедох, портальная вена, печёночная артерия

= печёночная артерия, холедох, портальная вена

~ холедох, печёночная артерия, портальная вена

~ печёночная артерия, холедох, нижняя полая вена}

159. КОНКРЕМЕНТЫ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КАК:{

= гиперэхогенные округлые образования с чётким контуром и акустической тенью

~ гипоэхогенные образования

~ многокамерные неоднородные эхоструктуры

~ образования с чётким контуром, деформирующие контуры желчного пузыря}

160. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ПРИ БРЮШНОЙ ЕГО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ увеличение размеров селезёнки

= определение увеличенных парааортальных лимфатических узлов и лимфатических узлов ворот печени

~ определение очаговых образований паренхимы печени

~ увеличение размеров желчного пузыря и расширение внутрипечёночных желчных протоков}

161. ОБОБЩЁННАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНА:{

~ образованием повышенной эхогенности, с неоднородной структурой и неровными контурами, не смещаемым при изменении положения тела пациента

= солидной структурой с многовариантностью размеров, форм, структуры, эхогенности и характера роста

~ образованием пониженной эхогенности, с неоднородной структурой и неровными контурами, не смещаемым при изменении положении тела пациента

~ образованием смешанной эхогенности, с неоднородной структурой и неровными контурами, не смещаемым при изменении положения тела пациента}

162. МЕТОДИКА ЦВЕТОВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ КРОВОТОКА ДАЁТ ВОЗМОЖНОСТЬ ВИЗУАЛИЗАЦИИ A. CYSTICA И Её ГЛАВНЫХ ВЕТВЕЙ:{

~ в норме

= при остром воспалительном процессе в желчном пузыре

~ при опухолевом поражении

~ верно всё}

163. ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ВО ВРЕМЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ВОРОТ ПЕЧЕНИ И ПЕЧЕНОЧНО-12-ПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ МОГУТ ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬСЯ НЕБОЛЬШИЕ ГИПОЭХОГЕННЫЕ УЧАСТКИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ОВАЛЬНОЙ ИЛИ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С ЧЁТКИМИ КОНТУРАМИ, НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (ДО 0,5 - 1,5 СМ). ЧАЩЕ ОНИ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ артефактами

= реактивной лимфоаденопатией

~ участками жировой клетчатки

~ мелкими участками "расплавленной" жировой клетчатки}

164. К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ НЕ ОТНОСИТСЯ:{

~ увеличение размеров железы

= уменьшение размеров железы

~ размытость и нечёткость контуров железы

~ диффузно неоднородная эхоструктура ткани железы}

165. К ПРЯМЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ОБЫЧНО НЕ ОТНОСИТСЯ:{

~ увеличение размеров железы

= наличие выпота в сальниковой сумке

~ неровность и нечёткость контуров железы

~ чередование гипер-, изо-, гипо- и анэхогенных участков ткани железы}

166. К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОБЫЧНО НЕ ОТНОСИТСЯ:{

~ диффузное увеличение, реже локальное увеличение или нормальные размеры железы

= эхогенность сопоставимая с эхогенностью коркового вещества почки

~ ровность и чёткость контуров железы

~ неоднородность эхоструктуры железы}

167. К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СДАВЛЕНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ ОРГАНОВ И СТРУКТУР ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ:{

~ сдавление общего желчного протока с его проксимальным расширением

= водянка желчного пузыря

~ возникновение симптома "двустволки"

~ расширение дистальной части нижней полой вены}

168. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ:{

~ округлой, овальной формы образование

= гиперэхогенное образование

~ анэхогенное образование

~ эффект дистального псевдоусиления}

169. К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЦИСТАДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ:{

~ неровность контуров железы

= отсутствие клинических проявлений}

~ распространение опухоли вначале интрапанкреатическое

~ неоднородная структура образования, множественные кисты

170. КАКОЙ ИЗ ВАРИАНТОВ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОГО РИСУНКА ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАЗМЕРЕ ОПУХОЛИ БОЛЕЕ 3 СМ ОБЫЧНО НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:{

~ смещение и сдавление нижней полой вены

= смещение и сдавление нижней брыжеечной артерии

~ смещение и сдавление воротной, селезёночной вены

~ смещение и сдавление верхней брыжеечной вены}

171. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ - С КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП ОРГАНОВ И СТРУКТУР ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА НАХОДИТСЯ В "СОПРИКОСНОВЕНИИ":{

~ печень, желчный пузырь, восходящая ободочная кишка, желудок

= печень, желудок, селезёнка, 12-перстная кишка, левая почка

~ печень, желудок, селезёнка, 12-перстная кишка, правая почка

~ почки, желудок, поперечно-ободочная кишка, селезёнка, сигмовидная кишка}

172. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ "МАРКЕРАМИ" ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ a. mesenterica superior, v. lienalis, v. portae, a. gastrica sin.

= a. mesenterica superior, v. lienalis, v. mesenterica superior, a. gastroduodenalis

~ a. mesenterica superior, v. lienalis, v. mesenterica superior, a. renalis sin.

~ a. mesenterica superior, v. lienalis, a .lienalis, a. renalis dex.}

173. "СЕГМЕНТИРОВАННАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА" ЯВЛЯЕТСЯ В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ:{

~ следствием воспалительного процесса

= аномалией развития

~ следствием оперативного вмешательства, травмы

~ следствием опухолевого поражения}

174. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ И ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ сохранение размеров поджелудочной железы, понижение эхогенности, однородность структуры и чёткость контуров

= увеличение размеров, понижение эхогенности, нарушение однородности эхогенности и изменение контуров

~ невозможность определения контуров поджелудочной железы и повышение её эхогенности

~ увеличение размеров, повышение эхогенности и подчёркнутость контуров поджелудочной железы}

175. КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ:{

~ наличием капсулы, эффектом псевдоусиления, правильной округлой формой, однородностью структуры

= отсутствием капсулы, неправильной формой, эффектом псевдоусиления, разнообразным внутренним содержимым}

~ отсутствием капсулы, эффекта псевдоусиления, неправильной формой, неоднородной структурой

~ неоднородной структурой, чётко выраженной капсулой, неправильной формой, наличием внутренних перегородок

176. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА МОЖЕТ СЛУЖИТЬ:{

~ возраст пациента старше 50 лет

= наличие неоднородности паренхимы, неровности контуров, повышения эхогенности, изменений размеров

~ наличие любого из признаков диффузных изменений паренхимы

~ все неверно}

177. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ОСНОВАНИИ ТОЛЬКО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:{

~ острый панкреатит

= ультразвуковые признаки выраженных диффузных изменений поджелудочной железы

~ ультразвуковые признаки острого панкреатита

~ воспалительное заболевание поджелудочной железы}

178. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ДЛЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ СО СТОРОНЫ КРАНИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛОВКИ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ увеличение размеров головки, сдавление воротной вены, селезёночной вены и нижней полой вены, метастазов в печени и регионарных лимфатических узлах

= увеличение размеров головки, деформация головки поджелудочной железы, изменение ее эхогенности, часто расширение вирсунгова протока и холедоха, сдавление воротной вены, метастазов в печени и регионарных лимфатических узлах

~ уменьшение размеров головки, чёткость контуров, расширение вирсунгова и общего желчного протоков, сдавление венозных сосудов, повышение эхогенности

~ отсутствие характерных ультразвуковых признаков}

179. ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ РАКА ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ХАРАКТЕРНО:{

~ очаговое изменение структуры тела поджелудочной железы

= сдавление общего желчного протока

~ изменение эхогенности поражённого участка

~ сдавление селезёночной вены}

180. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ ОПУХОЛИ ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ АКУСТИЧЕСКИЙ ДОСТУП:{

~ косое сканирование по левой стернальной линии

= косое сканирование по правой паравертебральной линии}

~ продольное сканирование по левой стернальной линии

~ межрёберное сканирование по передней и средней подмышечным линиям

181. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ОСТРОЙ СТАДИИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ:{

~ отсутствие изменения эхокартины поджелудочной железы

= визуализация гиперэхогенного участка в виде "белого пятна", с нечёткими контурами в зоне пенетрации

~ визуализация эхонегативного жидкостного образования в зоне пенетрации

~ визуализация гиперэхогенной структуры с эффектом реверберации в зоне пенетрации}

182. КИСТОЗНЫЙ ФИБРОЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ следствием длительно протекающего воспалительного процесса

= врождённой аномалией поджелудочной железы}

~ следствием быстро протекающего воспалительного процесса

~ признаком опухолевого поражения поджелудочной железы

183. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ:{

~ гиперэхогенного объёмного образования

= объёмного образования пониженной эхогенности}

~ объёмного образования умеренно повышенной эхогенности

~ объёмного образования средней эхогенности

184. ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ специфическим признаком, выявляемом при портальной гипертензии

= неспецифическим признаком, выявляемом при различной патологии

~ специфическим признаком, выявляемом при хроническом панкреатите

~ специфическим признаком, выявляемом при остром панкреатите}

185. РАСШИРЕНИЕ ВИРСУНГОВА ПРОТОКА НЕ ОТНОСИТСЯ К ОДНОМУ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ:{

~ острого панкреатита

= жировой инфильтрации поджелудочной железы

~ хронического панкреатита

~ опухоли головки поджелудочной железы}

186. ДЛЯ АДЕКВАТНОЙ ОЦЕНКИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ:{

~ знание нормальной и топографической анатомии поджелудочной железы

= качество подготовки больного к исследованию}

~ знание анамнеза и клинической картины заболевания

~ знание патологической анатомии и физиологии поджелудочной железы

187. ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (С УЧЁТОМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ):{

~ правомерно в любом случае

= правомерно, если имеются структурные изменения железы

~ правомерно, если имеются функциональные изменения железы

~ неправомерно}

188. ОПУХОЛЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ:{

~ в теле поджелудочной железы

= в головке поджелудочной железы

~ в хвосте поджелудочной железы

~ в области фатерова соска}

189. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ В УЗ ИЗОБРАЖЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:{

~ появлением выпота в парапанкреатическом пространстве

= увеличением поджелудочной железы и снижением эхогенности её паренхимы

~ деформацией поджелудочной железы

~ невозможностью её визуализации}

190. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ГРАНИЦЫ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ:{

~ воротная вена

= гастродуоденальная артерия

~ нижний край печени

~ задняя стенка пилорического отдела желудка}

191. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ГРАНИЦЫ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ:{

~ воротная вена

= нижняя полая вена

~ позвоночный столб

~ гастродуоденальная артерия}

192. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СТРУКТУРА ПАРЕНХИМЫ НЕИЗМЕНЁННОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДСТАВЛЕНА:{

~ крупноочаговой текстурой

= мелкозернистой текстурой

~ множественными участками повышенной эхогенности

~ участками пониженной эхогенности}

193. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЭХОГЕННОСТЬ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ДО 15 ЛЕТ:{

~ значительно превышает эхогенность паренхимы печени

= сопоставима с эхогенностью паренхимы печени

~ превышает эхогенность паренхимы печени

~ ниже эхогенности паренхимы печени}

194. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЭХОГЕННОСТЬ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 20-40 ЛЕТ:{

~ значительно превышает эхогенность паренхимы печени

= сопоставима с эхогенностью паренхимы печени

~ превышает эхогенность паренхимы печени

~ ниже эхогенности паренхимы печени}

195. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЭХОГЕННОСТЬ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 40 - 50 ЛЕТ:{

~ значительно превышает эхогенность паренхимы печени

= превышает эхогенность паренхимы печени

~ сопоставима с эхогенностью паренхимы печени

~ ниже эхогенности паренхимы печени}

196. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЭХОГЕННОСТЬ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ СТАРШЕ 50 ЛЕТ:{

~ превышает эхогенность паренхимы печени

= значительно превышает эхогенность паренхимы печени

~ сопоставима с эхогенностью паренхимы печени

~ ниже эхогенности паренхимы печени}

197. МЕТОДИЧЕСКИ ПРАВИЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОИЗВОДИТСЯ:{

~ строго в передне-заднем направлении для каждого отдела железы

= в направлении перпендикулярном плоскости передней поверхности каждого отдела железы

~ в контрлатеральном (горизонтальном) направлении для каждого отдела железы

~ направление измерений значения не имеет}

198. ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ:{

~ не изменена

= повышена

~ понижена

~ визуализация поджелудочной железы невозможна}

199. ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы поджелудочной железы

= сохранение структуры паренхимы поджелудочной железы на фоне повышения её эхогенности

~ увеличение толщины сальника

~ выявление чётко очерченной очаговой пятнистости паренхимы поджелудочной железы}

200. ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНОГО УСТАНОВЛЕНИЯ:{

~ характера поражения

= характера и распространённости поражения

~ нозологической формы поражения

~ нозологической формы поражения и её выраженности}

201. ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТОЯНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ МОЖНО ОПИСАТЬ КАК:{

~ равномерное понижение эхогенности с однородной структурой паренхимы

= неравномерное повышение эхогенности с неоднородностью структуры паренхимы

~ диффузную неоднородность паренхимы с понижением эхогенности

~ неравномерное понижение эхогенности с однородной структурой паренхимы}

202. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ УСТАНОВЛЕНИЮ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ зубчатость или бугристость контуров

= выявление жидкости в малом сальнике

~ нечёткость дифференциации поджелудочной железы от окружающих тканей

~ расширение панкреатического протока}

203. ИЗ ПАРАМЕТРОВ СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ, ОКРУЖАЮЩИХ ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:{

~ направление сосуда

= чёткость выявления стенок сосудистой сети

~ характер изменения диаметра крупных и средних сосудов

~ характер криволинейности сосуда}

204. В ДИАГНОСТИКЕ ДИФФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 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}

205. ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:{

~ обширным панкреонекрозом

= цистаденокарциномой поджелудочной железы

~ злокачественным солидным поражением поджелудочной железы

~ верно все}

206. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ХАРАКТЕРА ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НАИБОЛЬШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:{

~ рентгеновскую компьютерную томографию

= пункционную биопсию под визуальным (эхография, компьютерная томография) контролем

~ магнитно-резонансное исследование

~ ультразвуковое исследование}

207. НЕИНВАЗИВНАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПОЗВОЛЯЕТ:{

~ установить нозологический характер поражения

= установить наличие диффузного или очагового патологического процесса и относительную степень его выраженности и распространённости

~ установить характер гистологических изменений ткани

~ установить клинический диагноз}

208. ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАНДАРТНЫХ УСЛОВИЯХ ЧАЩЕ ВСЕГО ГОВОРИТ О:{

~ неправильно настроенном ультразвуковом приборе

= наличии диффузного поражения поджелудочной железы

~ наличии очагового поражения поджелудочной железы

~ употреблении в пищу адсорбентов}

209. ДЛЯ АБСЦЕССА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОСТРУЮ ФАЗУ НЕХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК:{

~ выявление полости с неоднородным содержимым и часто неровными контурами

= визуализация тонкостенной гиперэхогенной капсулы

~ выявление в полости жидкого и густого содержимого часто со взвешенными частицами

~ выявление в полости гиперэхогенных включений}

210. ОБЫЧНАЯ МЕТОДИКА ЦВЕТОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ:{

~ достоверно определить степень и структуру васкуляризации изменённого участка

= выявить нарушение строения сосудистого рисунка поджелудочной железы в зоне очаговых изменений и около неё

~ при наличии солидного поражения с высокой степенью достоверности дифференцировать доброкачественный и злокачественный характер поражения

~ достоверно выявить наличие патологической неоваскуляризации в злокачественном новообразовании}

211. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕАЛЬНОМ МАСШТАБЕ ВРЕМЕНИ С "СЕРОЙ ШКАЛОЙ" С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ ЦВЕТОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ:{

~ оценить форму поджелудочной железы

= выявить диффузные поражения поджелудочной железы различной этиологии

~ оценить структуру поджелудочной железы

~ оценить функциональное состояние поджелудочной железы}

212. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДАВАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБ УПЛОТНЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОВЫШЕНИИ Её ЭХОГЕННОСТИ:{

~ можно

= нельзя

~ можно, при наличии хронического панкреатита

~ можно, при наличии кальцификатов или конкрементов в паренхиме поджелудочной железы}

213. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:{

~ характер изменения контуров поджелудочной железы и их чёткость

~ характер изменения структуры и эхогенности поджелудочной железы

~ характер изменения протоковой системы поджелудочной железы

= верно все}

214. ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ ИНСУЛИНОЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СВЯЗАН С:{

~ первичными изменениями поджелудочной железы - генетически обусловленные нарушения структуры

= вторичными изменениями поджелудочной железы - развитие жировой инфильтрации

~ вторичными изменениями поджелудочной железы - развитие очагового фиброза

~ функциональными нарушениями ферментативной функции поджелудочной железы}

215. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИНСУЛОМА В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ:{

~ большое (> 3 см) гиперэхогенное объёмное солидное образование в теле или хвосте поджелудочной железы, легко дифференцируемое при ультразвуковом исследовании

= небольшое (< 2 см) образование чаще средней или несколько повышенной эхогенности в хвосте поджелудочной железы, с трудом дифференцируемое при ультразвуковом исследовании

~ гигантское (> 10 см) неоднородное солидно-кистозное образование хвоста поджелудочной железы, легко дифференцируемое при исследовании

~ небольшое (< 2 см) чаще ипоэхогенное образование головки поджелудочной железы, с трудом выявляемое при ультразвуковом исследовании}

216. ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ "ОБСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ" - ЭТО ВАРИАНТ ПРОТЕКАНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА СО СЛЕДУЮЩИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ:{

~ со сдавлением и последующим расширением общего желчного протока с развитием билиарной гипертензии

= со сдавлением и последующим расширением вирсунгова протока

~ со сдавлением и последующим нарушением перистальтики 12-перстной кишки

~ со сдавлением селезёночной и верхней брызжеечной вен и последующим развитием портальной гипертензии}

217. ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ "КАЛЬКУЛЁЗНЫЙ ПАНКРЕАТИТ":{

~ развивается из-за обструкции общего соустья холедоха и вирсунгова протока желчным камнем

= сопровождается формированием кальцификатов в протоковой системе поджелудочной железы на фоне частых обострений, особенно при злоупотреблении алкоголем

~ является синонимом острого панкреатита или обострения хронического панкреатита при наличии желчекаменной болезни

~ является названием хронического воспалительного процесса поджелудочной железы, приводящего к образованию конкрементов в желчном пузыре}

218. КАКОВЫ ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АБЕРРАНТНОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:{

~ выявление добавочных участков ткани поджелудочной железы в других органах и их дифференциация возможны

= выявление добавочных участков ткани поджелудочной железы в других органах возможно в зависимости от локализации, их дифференциация практически невозможна

~ выявление добавочных участков ткани поджелудочной железы в других органах и их дифференциация невозможны

~ выявление добавочных участков ткани поджелудочной железы в других органах возможно во всех случаях, их дифференциация невозможна}

219. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В СРЕЗЕ СЕЛЕЗЁНКИ МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ:{

~ аркады

=%50% ворота

=%50% капсулу}

220. ЭХОГРАФИЧЕСКИ В ВОРОТАХ НОРМАЛЬНОЙ СЕЛЕЗЁНКИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА НАТОЩАК ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:{

~ селезёночная вена

= селезёночная вена, селезёночная артерия

~ селезёночная артерия

~ селезёночная вена, селезёночная артерия и лимфатический узел}

221. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТЕНЬ ДВЕНАДЦАТОГО РЕБРА ПЕРЕСЕКАЕТ ЛЕВУЮ ПОЧКУ НА УРОВНЕ:{

~ ворот селезёнке

= ниже нижнего полюса селезёнке

~ границе верхней и средней третей селезёнке

~ границе средней и нижней третей селезёнке}

222. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР КАЛЬЦИФИКАТА В СЕЛЕЗЁНКЕ, ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 1 мм

= 2 мм

~ 4 мм

~ 6 мм}

223. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ОПУХОЛЕЙ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ В СЕЛЕЗЁНКЕ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 1,0 см в зависимости от локализации опухоли

= 0,5 см в зависимости от локализации опухоли

~ 2,0 см в зависимости от локализации опухоли

~ 1,0-2,0 см в зависимости от локализации опухоли}

224. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИЗНАКОМ ИНВАЗИВНОГО РОСТА ОПУХОЛИ СЕЛЕЗЁНКИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ анэхогенный ободок

= нечёткость границ

~ резкая неоднородность структуры опухоли

~ анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования}

225. НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЬ СЕЛЕЗЁНКИ И:{

~ организовавшуюся гематому

= амилоидоз селезёнке

~ разрыв селезёнке

~ простую кисту}

226. ПРОДОЛЬНАЯ ОСЬ СЕЛЕЗЁНКИ ПРОХОДИТ В НОРМЕ ПО:{

~ IX ребру

= X ребру

~ XI ребру

~ XII ребру}

227. ПРИ ПРОДОЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА НА УРОВНЕ ДИАФРАГМАЛЬНОГО КОНТУРА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:{

~ верхний полюс селезёнке

= наружный контур селезёнке

~ нижний полюс селезёнке

~ ворота селезёнке}

228. В НОРМЕ ПРОСВЕТ СЕЛЕЗЁНОЧНОЙ ВЕНЫ:{

~ равен просвету селезёночной артерии

= больше просвета селезёночной артерии

~ меньше просвета селезёночной артерии

~ всё вышеперечисленное не является значимым признаком}

229. СПЛЕНОМА ИЛИ СПЛЕНОАДЕНОМА - ЭТО:{

~ доброкачественная опухоль селезёнки

= узловая гипертрофия селезёнки

~ злокачественная опухоль селезёнки

~ узловая гиперплазия селезёнки}

230. ЭХИНОККОКОВАЯ КИСТА СЕЛЕЗЁНКИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:{

~ субкапсулярно

= в средней части органа

~ в области полюсов

~ нет преимущественной локализации}

231. ЭХОГРАФИЧЕСКИ ОСТРЫЙ СПЛЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:{

~ увеличением селезёнки, заострением её концов, сохранением однородной мелкозернистости, повышением эхогенности

= увеличением селезёнки, округлением её концов, сохранением однородной мелкозернистости, снижением эхогенности

~ увеличением селезёнки, округлением её концов, неоднородной структурой, повышением эхогенности

~ увеличением селезёнки, заострением её концов, неоднородной структурой, снижением эхогенности}

232. ЭХОГРАФИЧЕСКИ ХРОНИЧЕСКИЙ СПЛЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:{

~ увеличением селезёнке, снижением эхогенности

= увеличением селезёнке, повышением эхогенности

~ увеличением селезёнке, заострением её концов, повышением эхогенности

~ увеличением селезёнке, круглением её концов, повышением эхогенности}

233. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИНФАРКТ СЕЛЕЗЁНКИ В ОСТРОЙ СТАДИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ КАК:{

~ образование с чёткими контурами и сниженной эхогенностью

= образование с нечёткими контурами и сниженной эхогенностью

~ образование с чёткими контурами и повышенной эхогенностью

~ образование с нечёткими контурами и повышенной эхогенностью}

234. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИНФАРКТ СЕЛЕЗЁНКИ В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ КАК:{

~ образование с нечёткими контурами и сниженной эхогенностью

= образование с чёткими контурами и повышенной эхогенностью

~ образование с чёткими контурами и сниженной эхогенностью

~ образование с нечёткими контурами и повышенной эхогенностью}

235. ЭХОГРАФИЧЕСКИ АБСЦЕСС СЕЛЕЗЁНКИ В ОСТРОЙ ФАЗЕ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:{

~ эхопозитивное образование с нечёткими контурами и гипоэхогенными включениями

= эхонегативное образование с нечёткими контурами и гиперэхогенными включениями

~ эхопозитивное образование с чёткими контурами и гипоэхогенными включениями

~ эхонегативное образование с чёткими контурами и гиперэхогенными включениями}

236. ПРИ РАЗРЫВЕ СЕЛЕЗЁНКИ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ:{

~ гиперэхогенность капсулы в области разрыва

= наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве

~ гипоэхогенность капсулы в области разрыва

~ дистальное усиление за зоной разрыва}

237. ДИСТОПИЯ СЕЛЕЗЁНКИ – ЭТО:{

~ патологическая смещаемость селезёнки при перемене положения тела

= неправильное перемещение селезёнки в процессе эмбриогенеза

~ уменьшение размеров селезёнки с нормальным развитием паренхимы

~ добавочная доля селезёнки}

238. ЛИМФОСАРКОМА СЕЛЕЗЁНКИ НА ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ КАК:{

~ гиперэхогенное образование со смешанной структурой

= мультилокулярное образование смешанной эхогенности и неоднородной структуры, занимающее большую часть паренхимы

~ гипоэхогенное образование, прорастающее за пределы капсулы селезёнки и деформирующее её

~ гиперэхогенное образование, прорастающее за пределы капсулы селезёнке и деформирующее её}

239. ПОЧКИ РАСПОЛОЖЕНЫ:{

~ в верхнем этаже брюшной полости

= забрюшинно

~ в среднем этаже брюшной полости

~ в латеральных каналах брюшной полости}

240. ТЕНЬ ДВЕНАДЦАТОГО РЕБРА ПЕРЕСЕКАЕТ ПРАВУЮ ПОЧКУ НА УРОВНЕ:{

~ ворот почки

= границе верхней и средней третей почки

~ границе средней и нижней третей почки

~ у верхнего полюса}

241. ТЕНЬ ДВЕНАДЦАТОГО РЕБРА ПЕРЕСЕКАЕТ ЛЕВУЮ ПОЧКУ НА УРОВНЕ:{

~ границе верхней и средней третей почки

= ворот почки

~ границе средней и нижней третей почки

~ у верхнего полюса}

242. ВВЕРХУ РАЗВЁРТКИ ПРИ ПРОДОЛЬНОМ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:{

~ верхний полюс почки

= нижний полюс почки

~ ворота почки

~ передняя губа почки}

243. ПРИ ПРОДОЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА НА УРОВНЕ ДИАФРАГМАЛЬНОГО КОНТУРА ПЕЧЕНИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:{

~ нижний полюс правой почки

= верхний полюс правой почки

~ ворота почки

~ передняя губа почки}

244. К ВОРОТАМ СЕЛЕЗЁНКИ ОБРАЩЁН:{

~ нижний полюс левой почки

= верхний полюс левой почки

~ ворота левой почки

~ передняя губа почки}

245. В ПАРЕНХИМАТОЗНОМ СРЕЗЕ ПОЧКИ МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ:{

~ чашечки первого порядка

= пирамидки

~ чашечки второго порядка

~ сегментарные артерии}

246. ЭХОГЕННОСТЬ КОРКОВОГО СЛОЯ ПОЧКИ В НОРМЕ:{

~ ниже эхогенности мозгового слоя

= выше эхогенности мозгового слоя

~ сопоставимы с эхогенностью мозгового слоя

~ сопоставима с эхогенностью синусной клетчатки}

247. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ЭХОГЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА ГОВОРИТЬ ОБ УПЛОТНЕНИИ ЧАШЕЧНОЛОХАНОЧНЫХ СТРУКТУР:{

~ можно

= нельзя

~ можно при наличии в анамнезе хронического пиелонефрита

~ можно при наличии в анамнезе хронического гломерулонефрита}

248. ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ СКАНИРОВАНИИ ОБЛАСТИ ВОРОТ ПОЧКИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ВВЕРХУ РАЗВЁРТКИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:{

~ почечная артерия

= почечная вена

~ мочеточник

~ лоханки почки}

249. ЭХОГРАФИЧЕСКИ В ВОРОТАХ НОРМАЛЬНОЙ ПОЧКИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА НАТОЩАК ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:{

~ почечная вена, почечная артерия, мочеточник

= почечная вена, почечная артерия

~ только почечная вена

~ почечная вена, почечная артерия, лоханка и чашечки первого порядка}

250. ФОРМА НОРМАЛЬНОЙ ПОЧКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:{

~ в продольном срезе - бобовидная или овальная, в поперечном срезе – округлая

= во всех срезах - бобовидная или овальная

~ в продольном срезе - бобовидная или овальная, в поперечном - полулунная

~ в продольном срезе – трапециевидная}

251. НА ГРАНИЦЕ КОРТИКАЛЬНОГО И МЕДУЛЛЯРНОГО СЛОЁВ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРЭХОГЕННЫЕ СТРУКТУРЫ ТОЛЩИНОЙ 1-2 ММ – ЭТО:{

~ проявления перимедуллярного фиброза

= визуализирующиеся

~ проявления нефрофтиза Фанкони

~ проявления атеросклероза сосудов паренхимы}

252. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР КОНКРЕМЕНТА В ПОЧКЕ, ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:{

~ 1 мм

= 4 мм

~ 2 мм

~ 6 мм}

253. ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕСЯ В ПРОЕКЦИИ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА ВЫСОКОЙ ЭХОГЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ 2-3 ММ В ДИАМЕТРЕ БЕЗ ЧЁТКОЙ АКУСТИЧЕСКОЙ ТЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ:{

~ о наличии песка в чашечно-лоханочной системе

= данные эхо-признака не являются патогномичными признаками какой-либо нозологии

~ об уплотнении чашечно-лоханочных структур

~ о наличии мелких конкрементов в почке}

254. ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕСЯ В ПРОЕКЦИИ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА ВЫСОКОЙ ЭХРОГЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ РАЗМЕРАМИ 3-4 ММ С ЧЁТКОЙ АКУСТИЧЕСКОЙ ТЕНЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ:{

~ о наличии песка в чашечно-лоханочной системе

= о наличии мелких конкрементов в почке

~ об уплотнении чашечно-лоханочных структур

~ о кальцинозе сосочков пирамид}

255. КОНКРЕМЕНТ ПОЧКИ РАЗМЕРОМ НЕ МЕНЕЕ 3-4 ММ, ОКРУЖЁННЫЙ ЖИДКОСТЬЮ:{

~ не даёт акустической тени

= даёт акустическую тень

~ даёт акустическую тень только при наличии конкрементов мочевой кислоты

~ даёт акустическую тень только при наличии конкрементов щавелевой кислоты}

256. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ КОНКРЕМЕНТА В МОЧЕТОЧНИКЕ ЗАВИСИТ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО:{

~ от химического состава конкремента

= от степени наполнения мочеточника жидкостью

~ от уровня обструкции мочеточника конкрементом

~ от размера конкремента}

257. ПО УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЕ МОЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ КОРАЛЛОВЫЙ КОНКРЕМЕНТ ПОЧКИ ОТ МНОЖЕСТВЕННЫХ КАМНЕЙ В ПОЧКЕ:{

~ всегда

= не всегда

~ только при полипозиционном исследовании

~ нельзя}

258. ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ЛОКАЛИЗАЦИЮ КОНКРЕМЕНТА (В ЧАШЕЧКЕ ИЛИ В ЛОХАНКЕ):{

~ нельзя

= можно

~ можно, если чашечка или лоханка заполнены жидкостью

~ можно только при наличии камней мочевой кислоты}

259. МИНИМАЛЬНЫЙ "ДИАМЕТР" КОНКРЕМЕНТА В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ, ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПОМОЩЬЮ УЗИ СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 3 мм

= 2 мм

~ 5 мм

~ 6 мм}

260. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ОПУХОЛЕЙ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ В ПОЧКЕ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 0,5 см

= 1,0-2,0 см в зависимости от локализации опухоли

~ 1,0 см

~ 2,0 см}

261. ПО ВИДУ ОПУХОЛИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛИТЬ ХАРАКТЕР РОСТА (ИНВАЗИВНЫЙ-НЕИНВАЗИВНЫЙ):{

~ нельзя

= можно

~ можно, при наличии зон распада в опухоли

~ можно, при наличии кальцинации в опухоли}

262. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СИМПТОМ ИНВАЗИВНОГО РОСТА ОПУХОЛИ:{

~ анэхогенный ободок

= нечёткость границ

~ резкая неоднородность структуры опухоли

~ анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования}

263. СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ:{

~ цистаденокарцинома почки

= поченоклеточный рак

~ онкоцитома почки

~ ангиома почки}

264. СРЕДИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:{

~ онкоцитома

= ангиомиолипома

~ фиброма

~ гемангиома}

265. ОРГАНЫ-"МИШЕНИ" МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ЭТО:{

~ печень, органы малого таза, надпочечники

= лёгкие, кости, мозг, щитовидная железа, органы малого таза

~ печень, кожа, мозг, органы мошонки

~ надпочечники}

266. ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ИНВАЗИВНОГО ТРОМБА В НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЕ, ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЕ ПО УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ:{

~ можно

= можно не всегда

~ нельзя

~ можно только при значительном расширении нижней полой вены}

267. ХАРАКТЕРНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ЭПИТАЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЛОХАНКИ В СТАДИИ Т3:{

~ опухоль имеет чёткую тенденцию к распаду

= опухоль всегда вызывает уростаз в почке

~ патогномоничных признаков опухоли лоханки в этой стадии нет

~ только при значительном расширении нижней полой вены}

268. НАИМЕНЬШИЙ ДИАМЕТР ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЛОХАНКИ, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ РУТИННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ИЛИ ТРАНСЛЮМБАЛЬНЫМ МЕТОДОМ:{

~ 0,3 см

= 1 см

~ 2 см

~ 4 см}

269. НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ И:{

~ организовавшуюся гематому

= простую кисту

~ ксантогранулематозный пиелонефрит

~ карбункул почки}

270. ЧАСТО ОЧАГОВУЮ ФОРМУ ЛИМФОМЫ ПОЧКИ ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:{

~ гипернефроидным раком

=%50% простой кистой почки

=%50% туберкулёзной каверной почки}

271. ОСОБЕННОСТЬЮ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА У ВЗРОСЛЫХ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ ЭТОГО ВИДА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ резкая неоднородность структуры с петрификацией

= тенденция к некрозу с образованием кистозных полостей

~ анэхогенный ободок

~ массивная кальцинация в опухоли}

272. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ АНЭХОГЕННОГО ОБОДКА ПО ПЕРИФЕРИИ СРЕЗА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ некроз по периферии опухоли

= сжатая растущей опухолью нормальная ткань

~ патологическая сосудистая сеть

~ лимфостаз по периферии опухоли}

273. АНГИОМИОЛИПОМА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ – ЭТО:{

~ изоэхогенное солидное образование анэхогенным ободком в проекции паренхимы почки без дорсального усиления или ослабления

= высокой эхогенности солидное образование с чёткой границей с небольшим задним ослаблением в проекции синуса или паренхимы{

~ солидное образование резко неоднородной структуры с множественными некротическими полостями

~ анэхогенное образование без дистального усиления}

274. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С УСТАНОВЛЕННЫМ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАГНОЗОМ АНГИОМИОЛИПОМЫ ПОЧКИ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:{

~ ежемесячно

= один раз в полгода

~ один раз в год

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

275. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ субстратом анэхогенной зоны с неровным контуром в центре опухоли является:{

~ перифокальное воспаление

= некроз

~ гематома

~ кальциноз сосудов опухоли}

276. ПОСЛЕ НЕФРОЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ ПОЧКИ РЕЦИДИВЫ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ:{

~ в контрлатеральной почке

= в ложе удалённой почки

~ в лёгких

~ в парааортальных лимфоузлах}

277. ВАШИ ПЕРВЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В ПОЧКЕ ОПУХОЛИ:{

~ направление больного на внутривенную урографию

= ультразвуковое исследование почечной вены и крупных сосудов, контрлатеральной почки, забрюшинных лимфоузлов, органов малого таза, щитовидной железы, печени, селезёнки

~ направление больного к онкоурологу

~ ультразвуковое исследование печени, лимфоузлов, селезёнки, надпочечников}

278. ПАРЕНХИМАТОЗНУЮ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ, НЕ ДЕФОРМИРУЮЩУЮ КОНТУР ПАРЕНХИМЫ, ЛУЧШЕ ВЫЯВЛЯЕТ:{

~ компьютерная томография

= ультразвуковое исследование

~ внутривенная урография

~ ангиография}

279. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ удвоение почки

= наличие т.н. гипертрофированной колонны Бертина

~ дистопия почки

~ гематома}

280. МЕСТОМ ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГИПЕРНЕФРОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ передняя губа почки

= полюса почки

~ латеральный край почки

~ почечный синус}

281. ГИПЕРНЕФРОМА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЧАЩЕ ИМЕЕТ:{

~ Кистозно-солидное строение

= солидное строение

~ кистозное строение

~ кистозное строение с папиллярными разрастаниями}

282. ДИАМЕТР ВИЗУАЛИЗИРУЕМЫХ ЧАШЕЧЕК - 0,4 СМ, ЛОХАНКИ -1,2 СМ, ЭТО:{

~ норма

=%50% патология, либо это-признак объёмной дилятации в результате увеличения диуреза

=%50% патология, либо это-признак дилатации в результате переполнения мочевого пузыря}

283. У ПАЦИЕНТА С СИМПТОМАМИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ДИЛЯТАЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ – ЭТО:{

~ полностью исключает наличие конкремента

= не исключает наличие конкремента в мочеточнике

~ исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы поражённой почки

~ ультразвуковые данные не исключают наличие мочекислого конкремента}

284. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ГИДРОКАЛИКОЗ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ C:{

~ пиелонефритом

= синусными кистами

~ сахарным диабетом

~ почечным синусным липоматозом}

285. СТЕПЕНЬ ДИЛЯТАЦИИ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВЫРАЖЕННОСТИ ОБСТРУКЦИИ ПРИ:{

~ обструкции маленьким конкрементом

= уменьшении фильтрации в поражённой почке

~ атрофии мышечного слоя стенки чашечно-лоханочной системы

~ наличие стриктуры мочеточника}

286. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА КИСТ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ:{

~ обычное ультразвуковое исследование

= ультразвуковое исследование с применением фармакоэхографии

~ внутривенная урография

~ селективная почечная ангиография}

287. У ВЗРОСЛЫХ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В НОРМЕ:{

~ передне-задний размер почечной лоханки не превышает 1,0 см

= лоханка не визуализируется при исследовании натощак или при обычном питьевом режиме

~ передне-задний размер лоханки не превышает 1,5 см

~ передне-задний размер лоханки не превышает 2,0 см}

288. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ГИДРОКАЛИКОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=%50% склерозирование чашечек с нарушением сократительной функции в результате папиллярного некроза

~ интерстициальный нефрит

=%50% полиурия}

289. У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ (1 ТРИМЕСТР) ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ДИЛЯТАЦИЯ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ ДО 1,0 СМ – ЭТО:{

~ норма

= может быть как в норме, так и при патологии

~ патология

~ норма при наличии крупного плода}

290. У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ (III ТРИМЕСТР) ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ДИЛЯТАЦИЯ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ ДО 1,7 СМ – ЭТО:{

~ норма

= это может быть как в норме, так и при патологии

~ патология

~ норма при наличии крупного плода}

291. У ПАЦИЕНТА С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ДИЛЯТАЦИЯ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОБЕИХ ПОЧЕК, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ЕЁ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ обструкция мочеточника

= полиурия

~ интерстициальный нефрит

~ склеротические изменения в стенке чашечно-лоханочной системы}

292. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ:{

~ допплерографии

=%50% изотопной ренографии

=%50% фармакоэхографии}

293. ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КИСТ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ полость их гипоэхогенна

= они имеют форму дилятированной чашечки, лоханки

~ за ними не определяется дорсального усиления

~ стенки кисты неравномерно утолщены}

294. РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С:{

~ 1 стадии

= 3 стадии

~ 2 стадии

~ 4 стадии}

295. ВЫ ВПРАВЕ ОЖИДАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКЕ ПРИ АКТИВНОМ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВО РЕФЛЮКСЕ:{

~ до мочеиспускания

= после мочеиспускания

~ при проведении пробы Вальсальвы

~ при проведении пробы с фентоламином}

296. ДИСТОПИЯ ПОЧКИ – ЭТО:{

~ патологическая смещаемость почки при перемене положения тела

= неправильное перемещение почки в процессе эмбриогенеза

~ уменьшение размеров почки с нормальным развитием паренхимы и чашечно-лоханочного комплекса

~ патологическая смещаемость почки при дыхании}

297. У ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ:{

=%50% короткий мочеточник, сосуда отходят от крупных стволов на уровне почки

~ длинный мочеточник, сосуды отходят на уровне

=%50% имеется разворот осей почки и её ротация}

298. ПАРЕНХИМА ДИСПЛАЗИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЭХОГРАФИЧЕСКИ ПРЕДСТАВЛЕНА:{

~ гиперэхогенной солидной структурой не более 5 мм толщиной

= неоднородной солидной, солидно-кистозной структурой с недифференцируемой кортико-медулярной границей

~ гипоэхогенной однородной структурой более 25 мм толщиной

~ склерозом медуллярного вещества и кальцинозом сосочков пирамидок}

299. У ПОЧКИ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ:{

~ короткий мочеточник, сосуды отходят от крупных стволов на уровне почки

= длинный мочеточник, сосуды отходят на уровне

~ имеется разворот осей почки и её ротация

~ имеется сращение почки нижнем полюсом с контрлатеральной почкой}

300. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ ВОЗМОЖНА:{

~ не во всех случаях

= во всех случаях

~ не возможна, только диагностика с помощью компьютерной томографии

~ только при наличии уростаза}

301. ЛУЧШЕ ВЫЯВЛЯТЬ ПОДКОВООБРАЗНУЮ ПОЧКУ С ПОМОЩЬЮ:{

~ ультразвуковой диагностики

= всё верно}

~ селективной ангиографии

~ компьютерной томографии}

302. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПОДКОВООБРАЗНУЮ ПОЧКУ КОГДА:{

~ одна из почек визуализируется в малом тазу

= длинные оси почек развёрнуты

~ полюса почек отчётливо визуализируются в обычном месте

~ когда у почки имеется длинный мочеточник, а сосуды отходят на уровне}

303. ПОДКОВООБРАЗНАЯ ПОЧКА - ЭТО АНОМАЛЬНЫЕ ПОЧКИ, СРАЩЕННЫЕ ЧАЩЕ:{

~ средними сегментами

= нижними полюсами

~ верхними полюсами

~ по передней губе почки}

304. ГИПОПЛАЗИРОВАННАЯ ПОЧКА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ-ЭТО:{

~ почка, не поднявшаяся в процессе эмбриогенеза до обычного уровня

= почка меньших, чем в норме размеров, с нормальными по толщине и структуре паренхимой и почечным синусом

~ почка маленьких размеров, с резко нарушенной дифференциацией "паренхима-почечный синус"

~ сращение почки нижним полюсом с контрлатеральной почкой}

305. ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОТЛИЧИЕМ СМОРЩЕННОЙ ПОЧКИ ОТ ГИПОПЛАЗИРОВАННОЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ неровность контура у гипоплазированной почки

= повышение эхогенности паренхимы сморщенной почки

~ повышение эхогенности паренхимы гипоплазированной почки

~ ровный контур сморщенной почки}

306. СООТНОШЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ПАРЕНХИМЫ И ТОЛЩИНЫ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА У ГИПОПЛАЗИРОВАННОЙ ПОЧКИ:{

~ нарушено

= не нарушено

~ нарушено при наличии нефрокальциноза

~ нарушено в сторону уменьшения значения соотношения}

307. ДЛИНА ПОЧКИ 11,7 СМ. ПОЧЕЧНЫЙ СИНУС РАЗДЕЛЁН НЕПОЛНОСТЬЮ НА ДВЕ ЧАСТИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ПЕРЕМЫЧКОЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:{

~ удвоение чашечно-лоханочной системы

= вариант развития почки с т.н. гипертрофированной колонной Бертина

~ удвоение почки

~ медуллярный нефрокальциноз}

308. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК УДВОЕНИЯ ПОЧКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ - ЭТО:{

~ наличие паренхиматозной перемычки, разделяющей синус на две части}

= визуализация двух почек, сращённых полюсами

~ гидронефротическая трансформация одной половины почки

~ изменение соотношения толщины паренхимы и толщины почечного синуса}

309. ВРАЧ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ "СНИМАЕТ" ДИАГНОЗ УДВОЕНИЯ ПОЧКИ ПОСЛЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:{

~ верно

= неверно

~ верно при условии отсутствия паренхиматозной перемычки, разделяющей почечный синус

~ верно при условии наличия гидронефроза}

310. ПРОСТАЯ КИСТА ПОЧКИ -ЭТО:{

~ результат метаплазии эпителия канальцевых структур

= аномалия развития канальцевых структур почки

~ результат сдавления канальцев почки растущей опухолью

~ отшнурованная чашечка первого порядка}

311. "МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПРОСТЫЕ КИСТЫ ПОЧКИ" И "ПОЛИКИСТОЗ ПОЧКИ" - СИНОНИМЫ:{

~ да

= нет

~ да - у лиц старческого возраста

~ да - у детей и подростков}

312. ПРОСТЫЕ КИСТЫ ПОЧЕК:{

~ наследуются всегда

= не наследуются

~ наследуются по аутосомно-рецессивному типу

~ наследуются по аутосомно-доминантному типу}

313. В ПРОСТОЙ КИСТЕ ПОЧКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНО ПРИСТЕНОЧНОЕ ГИПЕРЭХОГЕННОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ ДИАМЕТРОМ 3 ММ, НЕСМЕЩАЕМОЕ, ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С ЧЁТКОЙ ГРАНИЦЕЙ И АКУСТИЧЕСКОЙ ТЕНЬЮ - РЕКОМЕНДУЕТСЯ:{

~ пункция кисты

= динамическое наблюдение один раз в три месяца

~ оперативное лечение

~ проведение ангиографического исследования}

315. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ВЗРОСЛОГО ТИПА ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ множественные кисты почек

= гиперэхогенные включения 1-2 мм в почках

~ наличие нагноившихся кист и кист с геиоррагическим содержимым

~ гидронефротическая трансформация обеих почек}

316. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОТЛИЧАЕМ КОНЕЧНОЙ СТАДИИ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОЧКИ ОТ ПОЛИКИСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ отсутствие солидного компонента

= характерное расположение нескольких кистозных полостей вокруг одной, большей по диаметру, центрально расположенной

~ двусторонность поражения

~ наличие содержимого кистозных структур}

317. ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С ПОЛИКИСТОЗОМ:{

~ поджелудочной железы

= печени

~ селезёнки

~ яичников}

318. ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ ПОЛИКИСТОЗНУЮ ПОЧКУ ВЗРОСЛОГО ОТ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ПОЧКИ ВЗРОСЛОГО ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ хроническая почечная недостаточность при поликистозе

= маленькие размеры мультикистозной почки

~ бобовидная форма мультикистозной почки

~ характерное расположение нескольких кистозных полостей вокруг одной, большей по диаметру, центрально расположенной}

320. ПОЛИКИСТОЗ ИНФАЛЬТИЛЬНОГО ТИПА (МЕЛКОКИСТОЗНОГО ТИПА) ДАЁТ ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ:{

~ больших "пёстрых" почек

= больших "белых" почек

~ маленьких почек с мелкими кистозными структурами с толстыми фиброзными стенками, по форме напоминающих кисть винограда

~ синдрома "выделяющихся пирамидок"}

321. ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА:{

~ существуют

= не существуют

~ существуют при присоединении нефрокальциноза

~ существуют при наличии в анамнезе сахарного диабета}

322. ГИДРОКАЛИКОЗ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОБУСЛОВЛЕН:{

~ блоком мочеточника воспалительным эмболом

= склеротическими процессами в стенке чашечно-лоханочного комплекса

~ присоединяющейся на этой стадии хронического пиелонефрита хронической почечной недостаточностью

~ наличием интерстциального воспаления, атрофии и склероза паренхимы}

323. ФЕСТОНЧАТОСТЬ КОНТУРА ПОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНА:{

~ сопутствующей фетальной дольчатостью почки

= чередованием рубцовых "втяжений" паренхимы и участков регенерационной гипертрофии

~ характерной множественной гипертрофией колонн Бертина

~ сопутствующим папиллонекрозом}

324. У БОЛЬНОЙ 61 ГОДА ОТМЕЧАЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА. НА ОСНОВАНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАХОДКИ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА:{

~ правомерен

= неправомерен

~ правомерен при наличии характерной клинико-лабораторной симптоматики

~ правомерен при присоединении нефрокальциноза}

325. У БОЛЬНОГО С КЛИНИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО. ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ ПОСЛЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СНИМАЕТ БОЛЬНОГО С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА - ЭТО:{

~ правомерно

= неправомерно

~ правомерно, при наличии клинико-лабораторной ремиссии в течение 3 лет

~ правомерно, при отсутствии гидронефротической трансформации почки}

326. МЫ ВПРАВЕ ОЖИДАТЬ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПОЯВЛЕНИЕ:{

~ синдрома "выделяющихся пирамидок"

= верно всё

~ пиелоэктазии

~ понижение эхогенности и утолщение паренхимы}

327. ПРИЧИНОЙ УМЕНЬШЕНИЯ ПЛОЩАДИ И СНИЖЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ фиброз почечного синуса

= резорбция почечного синусного жира, сдавление почечного синуса

~ сопутствующий паранефрит

~ сопутствующий перинефрит}

328. УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ПРИЗНАКАМИ КАРБУНКУЛА ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ анэхогенная зона овально-вытянутой формы в почечном синусе

= гиперэхогенная зона с чёткой границей, либо - гипоэхогенноя зона с нечёткой границей в паренхиме

~ анэхогенная зона неправильной формы в паренхиме с толстой капсулой

~ диффузная неоднородность паренхимы, снижение эхогенности почечного синуса}

329. НАЛИЧИЕ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ (АБСЦЕСС, КАРБУНКУЛ, АПОСТЕМАТОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ) В ПОЧКЕ:{

~ обязательно

= необязательно

~ обязательно, у пациентов мужского пола

~ необязательно, при наличии анаэробной инфекции}

331. ДЛЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА:{

~ волнистый контур почки, уменьшение размеров почки, рубцовые втяжения паренхимы, расширение и деформация чашечек

= резкое увеличение почки, отсутствие дифференциации "паренхима-почечный синус", при этом паренхима и почечный синус представлены резко неоднородной массой с чередованием мелких зон сниженной эхогенности, анэхогенных и средней эхогенности

~ гипоэхогенные зона с нечёткой границей, деформирующая наружный контур паренхимы

~ резкое утолщение и повышение эхогенности коры, увеличение площади сечения и резкое снижение эхогенности пирамидок почки}

332. ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ:{

~ с апостематозным пиелонефритом

= с опухолевым поражением почки

~ с карбункулом почки

~ с медуллярным нефрокальцинозом}

333. УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ПРИЗНАКАМИ КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ резкое увеличение почки, отсутствие дифференциации "паренхима-почечный синус", паренхима и почечный синус представлены резко неоднородной солидно-кистозной структурой с чередованием мелких зон сниженной эхогенности, анэхогенных и средней эхогенности

= опухолевидные структуры в паренхиме, коралловый камень в почке

~ синдром "выделяющихся пирамидок"

~ множественные петрификаты в паренхиме

~ синдром гиперэхогенных пирамид}

335. КАРБУНКУЛ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:{

~ дальнейшего прогрессирования ксантогранулематозного пиелонефрита

= септического инфаркта с последующим воспалением и гнойным распадом

~ образования каверн при туберкулёзе почки

~ дальнейшего прогрессирования хронического пиелонефрита}

336. АБСЦЕСС ПОЧКИ ЭХОГРАФИЧЕСКИ ПРЕДСТАВЛЕН:{

~ гипоэхогенной зоной с нечёткой границей, выбухающей за наружный контур почки

= анэхогенной зоной с толстой капсулой и внутриполостной взвесью

~ анэхогенной зоной с тонкой, ровной капсулой

~ синдромом "выделяющихся пирамидок"}

337. К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПАРАНЕФРИТА НЕ ОТНОСЯТСЯ:{

~ ограничение подвижности почки

= повышение эхогенности почечного синуса

~ неоднородность структуры паранефрия

~ нечёткость контура почки}

338. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПАРЕНХИМЕ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ клетчаткой линейные гиперэхогенные структуры с чёткой границей между пирамидками и корой почки

= яркие, гиперэхогенные линейные структуры, либо зоны повышенной эхогенности различной формы в паренхиме, сливающиеся с окружающей паранефральной клетчаткой

~ зоны пониженной эхогенности, деформирующие наружный контур паренхимы

~ повышение эхогенности паренхимы}

339. НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЛУЧШАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:{

~ ультразвукового исследования

= внутривенной урографии

~ компьютерной томографии

~ нефросцинтиграфии}

340. ПАРАНЕФРИТ ЛУЧШЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:{

=%50% ультразвукового исследования

=%50% компьютерной томографии

~ внутривенной урографии}

341. КАРБУНКУЛ ПОЧКИ ЛУЧШЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:{

~ внутривенной урографии

= ультразвукового исследования

~ компьютерной томографии

~ нефросцинтиграфии}

342. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ:{

~ двусторонним процессом

= односторонним процессом

~ двусторонним процессом при наличии нефрокальциноза

~ односторонним процессом при наличии сахарного диабета}

343. ПАТОЛОГИЯ, НАИБОЛЕЕ СОПУТСТВУЮЩАЯ КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНОМУ ПИЕЛОНЕФРИТУ - ЭТО:{

~ туберкулёз почки

= нефролитиаз

~ интерстициальный нефрит

~ некроз сосочков пирамид}

344. У ЖЕНЩИН ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:{

~ обструктивных уропатий

= урогенитальной инфекции

~ врождённых аномалий развития мочеполовой системы

~ сахарного диабета}

345. У МУЖЧИН ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:{

~ урогенитальной инфекции

= обструкции мочевых путей

~ врождённых аномалий развития моче-половой системы

~ сахарного диабета}

347. ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЧАЩЕ:{

~ даёт двустороннее увеличение почек с отёком паренхимы, снижением эхогенности паренхимы

= не даёт ультразвуковых изменений

~ даёт уменьшение почек с двух сторон с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы}

348. ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТВЕРГ У БОЛЬНОГО ДИАГНОЗ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:{

~ он прав

= он неправ

~ он прав, при наличии клинико-лабораторной ремиссии в течение трёх лет

~ он прав, при отсутствии гидронефротической трансформации почки}

349. ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТВЕРГ У БОЛЬНОГО ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:{

~ он прав

= он неправ

~ он прав, при наличии клинико-лабораторной ремиссии в течение трёх лет

~ он прав, при отсутствии гидронефротической трасформации почки}

350. У БОЛЬНОГО ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК:{

~ информативно

= не информативно

~ информативно только при наличии клинико-лабораторной ремиссии в течение трёх лет

~ информативно только при наличии гидронефротической трансформации почки}

351. ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПОМОЩЬЮ:{

~ ультразвукового исследования

= биопсии почки

~ внутривенной урографии

~ компьютерной томографии}

352. ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:{

~ существуют

= не существуют

~ существуют у детей и подростков

~ существуют только при наличии мембранозно-пролиферативной формы}

353. ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЧЕЧНОГО АМИЛОИДОЗА:{

~ существуют

= не существуют

~ существуют у детей и подростков

~ существуют при наличии хронических воспалительных изменений в паренхиме}

354. ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ СИМПТОМЫ:{

=%50% увеличение почек с двух сторон, повышение эхогенности коры, симптом "выделяющихся пирамидок"

=%50% уменьшение почек с обеих сторон, волнистость контура почек, рубцовые втяжения паренхимы, повышение эхогенности паренхимы почек

~ увеличение почек с двух сторон, неоднородность паренхимы с чередованием мелких гипер- и гипоэхогенных зон, нарушение дифференциации "паренхима-почечный синус"}

355. ДЛЯ "ПОДАГРИЧЕСКОЙ " ПОЧКИ ХАРАКТЕРЕН ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ СИМПТОМ:{

~ "выделяющихся пирамидок"

= гиперэхогенных пирамидок

~ перимедуллярного кольца

~ "горбатой" почки}

356. ДЛЯ ПОЧКИ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРЕН ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ СИМПТОМ:{

~ "выделяющихся пирамидок"

= гиперэхогенных пирамидок

~ перимедуллярного кольца

~ "горбатой" почки}

357. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ПРИЗНАК "ВЫДЕЛЯЮЩИХСЯ" ПИРАМИДОК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:{

~ подагрической почки

= нормальной почки ребёнка

~ почки при системной красной волчанке

~ почки при нефрофтизе Фанкони}

358. ДЛЯ МЕДУЛЛЯРНОЙ ГУБЧАТОЙ ПОЧКИ ХАРАКТЕРЕН УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СИМПТОМ:{

~ "выделяющихся пирамидок"

= гиперэхогенных пирамидок

~ перимедуллярного кольца

~ "горбатой" почки}

359. ДЛЯ СИНДРОМА ХАРАКТЕРЕН УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СИМПТОМ:{

~ "выделяющихся пирамидок"

= гиперэхогенных пирамидок

~ перимедуллярного кольца

~ "горбатой" почки}

360. ДЛЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА:{

~ увеличение почек, резкое утолщение паренхимы, резкая неоднородность паренхимы с чередованием мелких зон повышенной и пониженной эхогенности

= увеличение почек, утолщение паренхимы, симптом "выделяющихся пирамидок"

~ увеличение почек, резкое утолщение паренхимы, диффузное снижение эхогенности паренхимы, исчезновение центрального эхокомплекса

~ увеличение почек, бугристость контуров за счёт множественных гипо- и анэхогенных округлых образований с нечётким дистальным псевдоусилением}

361. МОЖНО ВЫЯВИТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПОМОЩИ:{

~ ультразвукового исследования

= допплерографии

~ компьютерной томографии

~ внутривенной урографии}

362. ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ (РУТИННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В В-РЕЖИМЕ):{

~ имеются

= отсутствуют

~ имеются, при наличии отёка почки

~ имеются, при наличии острого кортикального некроза}

363. ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ (РУТИННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РЕЖИМЕ СЕРОЙ ШКАЛЫ):{

~ имеются

= отсутствуют

~ имеются, при наличии отёка почки

~ имеются, при наличии острого кортикального некроза}

364. В ОСТРОЙ ФАЗЕ ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ:{

= увеличение почки, утолщение паренхимы, снижение эхогенности паренхимы

~ увеличение почки, резкое повышение эхогенности коркового вещества паренхимы

~ увеличение почки, полная дезорганизация структуры паренхимы с появлением в ней мелких анэхогенных зон

~ симптом перимедуллярного кольца}

365. В ОСТРОЙ ФАЗЕ ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:{

= увеличение почки, утолщение паренхимы, снижение эхогенности паренхимы

~ увеличение почки, резкое повышение эхогенности коркового вещества паренхимы

~ увеличение почки, полная дезорганизация структуры паренхимы с появлением в ней мелких анэхогенных зон

~ симптом перимедуллярного кольца}

366. НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:{

~ с острым кортикальным некрозом

= с острым пиелонефритом

~ с почечным абсцессом

~ с туберкулёзом почки}

367. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО С:{

= с острым пиелонефритом

~ с острым кортикальным некрозом

~ с почечным абсцессом

~ с туберкулёзом почки}

368. ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ И ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ:{

~ можно

= нельзя

~ можно только при наличии симптома гиперэхогенных пирамид

~ можно только при наличии мелкокистозной трансформации пирамид}

369. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СИМПТОМ "ВЫДЕЛЯЮЩИХСЯ ПИРАМИДОК" - ЭТО:{

~ увеличенные и отёчные пирамидки на фоне неизменённого коркового вещества

= увеличенные и гипоэхогенные или обычные по эхогенности и площади сечения пирамидки на фоне коры почки резко повышенной эхогенности

~ неизменённые по эхогенности и размерам пирамидки

~ повышенные по эхогенности пирамидки на фоне корысниженной эхогенности}

370. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СИМПТОМ "ВЫДЕЛЯЮЩИХСЯ ПИРАМИДОК" МОЖНО ВИДЕТЬ ПРИ:{

= остром кортикальном некрозе

~ апостоматозном пиелонефрите

~ папиллярном некрозе

~ туберкулёзе}

371. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:{

= склероз

~ ишемия коркового слоя

~ межуточный отёк

~ отложение солей кальция}

372. УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ПРИЗНАКАМИ МЕДУЛЛЯРНОГО НЕФРОКАДЬЦИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ отсутствие дифференциации пирамидок от структур почечного синуса

~ отсутствие дифференциации медуллярного и коркового вещества паренхимы

= резкое повышение эхогенности пирамидок с возможным акустическим эффектом тени за пирамидкой

~ наличие множественных паренхиматозных инвагинаций в почечный синус}

373. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕДУЛЛЯРНОГО НЕФРОКАЛЬЦИНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ гиперкалийурия

= гиперкальцийурия

~ образование в пирамидках специфических гранулем

~ отёк канальцев пирамидок}

375. НАИБОЛЕЕ РАННИМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАНТА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ снижение эхогенности паренхимы

= увеличение передне-заднего размера почки

~ повышение эхогенности коркового вещества почки

~ образование околопочечных затёков}

376. УРИНОМА - ЭТО:{

~ опухоль моче-выделительной системы

~ киста, связанная с лоханкой или чашечкой

= мочевой затёк

~ аномалия развития почки}

377. ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИЧИНУ НЕФРОСКЛЕРОЗА ПО УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЕ:{

~ можно

= нельзя

~ можно при наличии рубцовых изменений в паренхиме

~ можно при наличии двустороннего поражения}

378. НЕФРОСКЛЕРОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЧАЩЕ:{

~ симметричен

= асимметричен

~ сопровождается понижением эхогенности паренхимы

~ сопровождается гидронефротической трансформацией почек}

379. НЕФРОСКЛЕРОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЧАЩЕ:{

= симметричен

~ асимметричен

~ сопровождается понижением эхогенности паренхимы

~ сопровождается гидронефротической трансформацией почек}

380. СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:{

~ всегда, при хорошей подготовке

= только если эхогенность паренхимы ниже эхогенности паранефрия

~ всегда, если почка расположена в обычном месте

~ только при наличии симптома гиперэхогенных пирамид}

381. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ПРИ СМОРЩИВАНИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ продуктивное воспаление в паренхиме

=%50% склероз паренхимы

=%50% клеточная инфильтрация}

382. ДОСТАТОЧНЫМ УСЛОВИЕМ АДЕКВАТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НАПОЛНЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДО:{

~ 50мл

~ 100мл

= 200мл

~ 450мл}

383. ТОЛЩИНА СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ПРИ ДОСТАТОЧНОМ НАПОЛНЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ:{

~ 0-1 мм

~ 1-2 мм

= 3-7 мм

~ 4-7 мм}

384. В ОБЛАСТИ ТРЕУГОЛЬНИКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ ВИХРЕОБРАЗНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТОЧЕЧНЫХ ГИПЕРЭХОГЕННЫХ СТРУКТУР 1-2 ММ В ДИАМЕТРЕ - ЭТО:{

~ воспалительная взвесь, либо песок

~ реверберация

= выброс жидкости из мочеточника

~ опухоль на тонкой ножке}

385. ЛУЧШЕ ВЫЯВЛЯЕТ ПАТОЛОГИЮ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МЕТОД:{

~ трансабдоминального сканирования

=%50% трансректального сканирования линейным датчиком

=%50% трансуретрального сканирования}

386. БОЛЕЕ ТОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА СТАДИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА:{

~ трансабдоминального сканирования

~ трансректального сканирования линейным датчиком

~ трансректального сканирования датчиком радиального сканирования

= трансуретрального сканирования}

387. ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ ИНВАЗИИ ОПУХОЛЬЮ МЫШЕЧНОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПОМОЩЬЮ ДАТЧИКА ДЛЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОГО СКАНИРОВАНИЯ МОЖНО:{

~ всегда

~ никогда

= не всегда

~ только при поражении мочеточниковых устьев}

388. ОБ ИНВАЗИИ МЫШЕЧНОГО СЛОЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОПУХОЛЬЮ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК:{

~ деформация внутреннего контура мочевого пузыря

~ резкое уменьшение объёма мочевого пузыря

= утолщение стенки мочевого пузыря в месте расположения опухоли

~ поражение мочеточниковых устьев}

389. ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ХАРАКТЕР ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЙ ИЛИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ):{

~ можно

= нельзя

~ можно в ряде случаев

~ можно при наличии "толстого" основания у опухоли}

390. ДИВЕРТИКУЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЭТО:{

~ мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря

= мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыря с образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря

~ полиповидное разрастание в области устья мочеточника

~ расширение урахуса}

391. УРЕТЕРОЦЕЛЕ - ЭТО:{

= мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря

~ мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыр с образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря

~ полиповидное разрастание в области устья мочеточника

~ расширение урахуса}

392. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕН ДИВЕРТИКУЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНО:{

~ исследовать забрюшинные и паховые лимфоузлы

= определить объём остаточной мочи в мочевом пузыре и дивертикуле

~ исследовать лоханки почек для выявления возможного заброса жидкости в лоханки

~ исследовать органы - "мишени"}

393. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ЦИСТИТА:{

~ имеются

= не существуют

~ имеются при выявлении взвеси в мочевом пузыре

~ имеются, при выявлении утолщения стенки}

394. ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА У ВЗРОСЛЫХ:{

~ имеются

= не существуют

~ имеются, при выявлении взвеси в мочевом пузыре

~ имеются, при выявлении утолщения стенки}

395. У БОЛЬНОГО ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИСТЕНОЧНОЕ, НЕСМЕЩАЕМОЕ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЕ ВЫСОКОЙ ЭХОГЕННОСТИ С ЧЕТКОЙ АКУСТИЧЕСКОЙ ТЕНЬЮ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:{

~ опухоли

= конкремента в устье мочеточника

~ уретероцеле

~ нагноившейся кисты урахуса}

396. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕЙРО-МУСКУЛЯРНОЙ ДИССИНЕРГИИ (ПУЗЫРНО-СФИНКТЕРНОЙ ДИССИНЕРГИИ) МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:{

= проба с фентоламином

~ проба Вальсальвы

~ проба Реберга

~ ортостатическая проба}

397. ВЕРХНЕ-НИЖНИЙ РАЗМЕР НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЕТ:{

= не более 4,5 см

~ не более 3,5 см

~ не более 2,5 см

~ не более 1,5 см}

398. В НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ (СОГЛАСНО ЗОНАЛЬНОЙ АНАТОМИИ) ВЫДЕЛЯЮТ:{

~ две железистые зоны

~ три железистые зоны

= четыре железистые зоны

~ пять железистых зон}

399. (СОГЛАСНО ЗОНАЛЬНОЙ АНАТОМИИ) В НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ВЫДЕЛЯЮТ:{

~ две фибро-мускулярные зоны

~ три фибро-мускулярные зоны

= четыре фибро-мускулярные зоны

~ пять фибро-мускулярные зоны}

400. СОБСТВЕННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛОЖЕНЫ:{

~ в переходной зоне

~ в центральной зоне

= в периферической зоне

~ в простатической уретре}

401. САМАЯ БОЛЬШАЯ ФИБРО-МУСКУЛЯРНАЯ ЗОНА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТОИТ ИЗ:{

~ продольных волокон уретры

= передней фибро-мускулярной стромы

~ волокон т.н. препростатического сфинктера

~ волокон постпростатического сфинктера}

402. ФОРМА ПОПЕРЕЧНОГО ЭХОГРАФИЧЕСКОГО СРЕЗА НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:{

~ округлая

= треугольная

~ овальная

~ трапециевидная}

403. К ВНУТРЕННЕЙ ЧАСТИ В НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ОТНОСИТСЯ:{

~ собственно железистые клетки

= передняя фибро-мускулярная строма

~ железы переходных зон

~ железы центральных зон}

404. НЕ ОТНОСИТСЯ К ЭЛЕМЕНТАМ НАРУЖНОЙ ЧАСТИ НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:{

~ собственные железистые клетки

= передняя фибро-мускулярнаю строма

~ железы переходных зон

~ железы центральных зон}

405. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД:{

~ трансабдоминального сканирования

= трансректального сканирования

~ трансуретрального сканирования

~ транслюмбального сканирования}

406. МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ СКРИНИНГА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - ЭТО:{

~ определение уровня щелочной фосфатазы крови больного

= определения уровня специфического антигена предстательной железы в сыворотке крови больного

~ определение антигенов системы HLF

~ определение LE-клеток в толстой капле крови}

407. ЭХОГЕННОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:{

~ выше эхогенности нормальной паренхимы печени

= равна эхогенности нормальной паренхимы печени

~ ниже эхогенности нормальной паренхимы печени

~ смешанная}

408. АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ-ЭТО:{

=%50% гиперплазия периуретральных желез, разрастание фибромускулярной стромы

~ гиперплазия собственных желез

=%50% гиперплазия желез переходных зон}

409. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ -ЭТО:{

~ узловые образования в периферической зоне

= узловые или диффузные изменения во внутренней части железы}

~ ретенционные кисты в центральной зоне и по периферии

~ петрификаты по ходу уретры

410. ЧАЩЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:{

~ в центральной зоне

= в переходных зонах

~ в периферической зоне

~ по ходу хирургической капсулы}

411. АДЕНОМАТОЗНЫЙ УЗЕЛ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:{

~ сниженной эхогенности

= может иметь эхогенность любую из вышеперечисленных}

~ средней эхогенности

~ смешанной эхогенности

412. АДЕНОМАТОЗНЫЙ УЗЕЛ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:{

~ хрящевой плотности

= плотно-эластичной консистенции

~ каменистой плотности

~ "дряблой" консистенции}

413. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КАПСУЛА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ-ЭТО:{

~ капсула предстательной железы

= капсула между наружной и внутренней частями железы

~ пространство между центральной и периферической зоной

~ перипростатическая капсула}

414. РАКОВЫЙ УЗЕЛ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:{

=%50% хрящевой плотности

~ плотно-эластической консистенции

=%50% каменистой плотности}

415. ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕФОРМАЦИЯ:{

~ правого контура поперечного среза

= ректального контура поперечного среза

~ левого контура поперечного среза

~ апикальной части}

416. ПЕРВИЧНЫЙ РАКОВЫЙ УЗЕЛОК В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В:{

~ в центральной зоне

= в периферической зоне

~ в средней зоне

~ в переходных зонах}

417. РАКОВЫЙ УЗЕЛ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ:{

~ имеет

= не имеет

~ имеет, при условии наличия высокодифференцированной аденокарциномы

~ имеет, при наличии инфильтрирующего процесса}

418. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ перерождением периуретральных желез

= перерождением собственных желез предстательной железы

~ перерождением парауретральных желез

~ неупорядоченным разрастанием фиброзномускулярной стромы}

419. ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, НАЧИНАЯ СО СТАДИИ:{

~ Т1

= Т3

~ Т2

~ верно все перечисленное}

420. ПРИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗМОЖНА В СТАДИЙ:{

~ Т1

~ Т2

~ Т3

= верно все перечисленное}

421. ПЕРВИЧНЫЙ РАКОВЫЙ УЗЕЛОК В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЗОНЕ ЧАЩЕ:{

~ повышенной эхогенности

= сниженной эхогенности

~ смешанной эхогенности

~ анэхогенный}

422. ДЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДАТЧИКИ:{

~ 5 МГц

= 7,5 МГц и выше

~ 2,5 МГц

~ 3,5 МГц}

423. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА:{

~ существуют

= не существуют

~ существуют только при наличии клеточной инфильтрации

~ существуют только при наличии отёка стромы}

424. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ СНИЖЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ клеточная инфильтрация

= отёк и воспалительная инфильтрация

~ образование зон петрификации

~ перипростатическая инфильтрация}

425. ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНО:{

~ увеличение всей железы, с преимущественным увеличением центральной зоны, резкая неоднородность структуры центральной зоны с ретенционными кистами и петрификатами в ней

= увеличение размеров железы, нарушение дифференциации внутренней и наружной частей, снижение эхогенности

~ резкое уменьшение железы с отчётливым повышением эхогенности, наличием полей петрификации

~"изъеденность" контура предстательной железы}

426. ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ:{

~ существуют

= не существуют

~ существуют только при наличии клеточной инфильтрации

~ существуют только при наличии отёка стромы}

427. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ПОВЫШЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=%50% клеточная инфильтрация

=%50% склероз железы

~ отёк и воспалительная инфильтрация}

428. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНО:{

~ снижение эхогенности всей железы с нарушением дифференциации внутренней и наружной частей железы

=%50% повышение эхогенности железы, зоны петрификации, неоднородность структуры

=%50%"изьеденность" контура предстательной железы}

429. У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НЕ ВЫЯВЛЕНЫ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА. ОТВЕРГНУТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА:{

~ можно

= нельзя

~ можно, при наличии стойкой клинико-лабораторной ремиссии

~ можно, при отсутствии расширения перипростатических вен}

430. ПО УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ОТЛИЧИТЬ ЗОНУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ОТ ЗОНЫ РАКОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ:{

~ можно

= нельзя

~ можно, при наличии расширения вен семенного канатика

~ можно, при наличии расширения перипростатических вен}

431. УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ПРИЗНАКАМИ АБСЦЕССА В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ наличие гипоэхогенной зоны по периферии железы с нечёткой границей

= анэхогенная полость с толстой, неровной капсулой и взвесью

~ анэхогенная полость с тонкой капсулой

~ повышение эхогенности железы, зоны петрификации, неоднородность структуры}

432. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКОВОГО ПРОЦЕССА В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ:{

~ основание предстательной железы

= верхушка предстательной железы

~ мочеиспускательный канал

~ передняя фибромускулярная строма}

433. ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО:{

~ размеры семенных пузырьков

~ структура семенных пузырьков

= наличие симметрии семенных пузырьков

~ эхогенность семенных пузырьков}

434. УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ВЕЗИКУЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ уменьшение и запустевание (повышение эхогенности) семенных пузырьков

= увеличение размеров, снижение эхогенности, возможные образования в семенных пузырьках

~ опухолевидные массы в проекции семенных пузырьков}

435. ДЛЯ ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:{

~ симметричное увеличение семенных пузырьков

= асимметричное увеличение семенных пузырьков

~ диффузное повышение эхогенности обоих семенных пузырьков

~ наличие кальцинатов в проекции семенных пузырьков}

436. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МОШОНКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАТЧИКА:{

~ 2,5 МГц

= 7,5 МГц

~ 3,5 МГц

~ 10 МГц}

437. ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ НОРМАЛЬНОГО ЯИЧКА:{

~ ниже эхогенности паренхимы печени

= выше эхогенности паренхимы печени

~ равна эхогенности паренхимы печени

~ сопоставима с эхогенностью мышечной ткани}

438. ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ НОРМАЛЬНОГО ЯИЧКА:{

~ выше эхогенности ткани щитовидной железы

= равна эхогенности ткани щитовидной железы

~ ниже эхогенности ткани щитовидной железы

~ сопоставима с эхогенностью мышечной ткани}

439. МАКСИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА ГОЛОВКИ НОРМАЛЬНОГО ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:{

~ 0,5 см

= 1,0 см

~ 1,5 см

~ 2,0 см}

440. В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ НЕИЗМЕНЁННОГО ПО СТРУКТУРЕ ЯИЧКА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРЭХОГЕННАЯ СТРУКТУРА, РАЗДЕЛЯЮЩАЯ ЯИЧКО НА ДВЕ СИММЕТРИЧНЫЕ ЧАСТИ - ЭТО:{

~ врождённая аномалия развития, сопровождающаяся уплотнением, фиброзом канальцевых структур яичка

= эхографический субстрат средостения яичка

~эхографический признак хронического орхоэпидидимит рубцовые постинфарктные изменения}

441. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА:{

~ увеличение размеров придатка яичка и резкое повышение эхогенности яичка и придатка за счёт клеточной инфильтрации

= увеличение придатка и яичка, снижение эхогенности ткани яичка и придатка за счёт появления множественных мелких гипо-анэхогенных зон или гипоэхогенных зон больших размеров с нечёткой границей

~ уменьшение размеров придатка и яичка с повышением эхогенности их и явлениями атрофии}

442. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА:{

~ увеличение размеров придатка яичка и резкое повышение эхогенности яичка и придатка за счёт клеточной инфильтрации

= увеличение придатка и яичка, снижение эхогенности ткани яичка и придатка за счёт появления множественных мелких гипо-анэхогенных зон или гипоэхогенных зон больших размеров с нечёткой границей

~ уменьшение размеров придатка и яичка с повышением эхогенности их и явлениями атрофии}

443. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ И ОСТРЫЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:{

~ можно

= нельзя

~ можно, при наличии расширения вен семенного канатика

~ можно, при наличии расширения перипростатических вен}

444. МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ОРХОЭПИДИДИМИТ И ОСТРЫЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ ультразвуковое исследование

= цветная допплерография

~ компьютерная томография

~ лимфография}

445. ВАРИКОЦЕЛЕ - ЭТО:{

~ жидкость в полости мошонки между оболочками яичка

= расширение вен семенного канатика

~ киста придатка яичка

~ расширение канальцевых структур яичка}

446. ГИДРОЦЕЛЕ - ЭТО:{

~ киста придатка яичка

= жидкость в полости мошонки между оболочками яичка

~ расширение вен семенного канатика

~ расширение канальцевых структур яичка}

447. СПЕРМАТОЦЕЛЕ - ЭТО:{

~ жидкость в полости мошонки между оболочками яичка

= киста семенного канатика

~ расширение вен семенного канатика

~ расширение канальцевых структур яичка}

448. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:{

~ проба с фентоламином

= проба Вальсальвы, ортостатическая проба

~ маршевая проба

~ проба с лазиксом}

449. У ВАШЕГО ПАЦИЕНТА СПУСТЯ 10 ДНЕЙ ПОСЛЕ ТРАВМЫ МОШОНКИ МЕЖДУ ОБОЛОЧКАМИ ЯИЧКА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ АНЭХОГЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИМЕСЕЙ, МЕНЯЮЩЕЕ ФОРМУ ПРИ НАЖАТИИ ДАТЧИКОМ НА МОШОНКУ, УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ЯИЧКА И ПРИДАТКА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:{

~ гематома мошонки

= посттравматический орхоэпидидимит с гидроцеле

~ опухоль яичка}

450. МЕТАСТАЗЫ ПРИ ОПУХОЛИ ЯИЧКА, ВЫЯВЛЯЕМОЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ:{

~ в поджелудочной железе

= в забрюшинных лимфоузлах

~ в надпочечниках

~ в предстательной железе}

451. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ лейдигома

= семинома

~ тератома

~ тестикулярная аденома}

452. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЬ ЯИЧКА СЛЕДУЕТ С:{

=%50% очагом воспалительной инфильтрации

=%50% гематомой

~ ретенционной кистой}

453. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЛЕЙДИГОМЫ:{

~ кистозное перерождение яичка и придатка

=%50% медленный рост

=%50%солидная структура без признаков некроза}

454. НАДПОЧЕЧНИКИ РАСПОЛОЖЕНЫ:{

~ в верхнем этаже брюшной полости

= забрюшинно

~ в среднем этаже брюшной полости

~ в латеральных каналах брюшной полости}

455. ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА:{

~ интеркостальный по средней аксиллярной линии справа

= субкостальный

~ интеркостальный по передней аксиллярной линии справа

~ субксифоидальный}

456. ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА:{

~ интеркостальный по передней аксиллярной линии справа

= интеркостальный по средней аксиллярной линии справа

~ субкостальный

~ субксифоидальный}

457. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ОПУХОЛИ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ С ПОМОЩЬЮ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:{

~ 1,0 см

= всё зависит от эхоструктуры опухоли

~ 2,5 см

~ 3,5 см}

458. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ОПУХОЛИ ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ С ПОМОЩЬЮ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:{

~ 1,0 см

= всё зависит от эхоструктуры опухоли

~ 2,5 см

~ 3,5 см}

459. ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ ПО ДАННЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВУЮ АДЕНОМУ ОТ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ КАРЦИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ эхоструктура опухоли

= размер опухоли

~ контур опухоли

~ наличие дистального псевдоусиления}

460. ОСОБЕННОСТЬЮ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА ПО ДАННЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ наличие множественных кальцинатов в ткани надпочечника

= билатеральность поражения

~ наличие гиперэхогенной опухолевой массы с анэхогенной зоной в центре, имеющей неровные, "подрытые" контуры

~ наличие значительного кистозного компонента в структуре опухоли с дистальным псевдоусилением}

461. ОСОБЕННОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПО ДАННЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ наличие гиперэхогенной массы с анэхогенной зоной в центре, имеющей неровный, "подрытые" контуры

= наличие множественных кальцинатов в ткани надпочечника

~ наличие значительного кистозного компонента в структуре опухоли с дистальным псевдоусилением

~ билатеральность поражения}

 462. МАКРО МОДУЛЯРНУЮ ФОРМУ ГИПЕРПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПО ДАННЫМ ЭХОГРАФИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:{

~ с туберкулёзным поражением надпочечников

= с аденомой надпочечника

~ с надпочечниковой гематомой

~ с воспалительным поражением надпочечника}

463. АДЕНОМУ НАДПОЧЕЧНИКА ЭХОГРАФИЧЕСКИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:{

~ с надпочечниковой гематомой

= с простой кистой надпочечника

~ с туберкулёзным поражением надпочечника

~ с диффузной формой гиперплазии надпочечника}

464. В СОСТАВЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕТ ТКАНИ:{

~ соединительной

= мышечной

~ железистой

~ жировой}

465. ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЕДИНИЦЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ ацинус

= железистая долька

~ железистая доля

~ жировая долька}

466. В СТРУКТУРЕ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ ОТСУТСТВУЮТ:{

~ нервные окончания

= связки Купера

~ кровеносные сосуды мелкого калибра

~ нежные фибриллярные волокна

~ млечные протоки}

467. В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НЕТ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ:{

~ в области верхнего наружного квадранта

= в области ареолы

~ в области верхнего внутреннего квадранта

~ в проекции кожной складки в нижних отделах молочной железы}

468. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ЗАВИСИТ:{

~ от размеров молочной железы

= от формы и расположения молочной железы

~ от гормонального статуса

~ от возрастных особенностей}

469. ДЛЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНЩИНЫ 30-45 ЛЕТ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА:{

~ много железистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы

= много железистой ткани, определяемой в виде гиперэхогенного пласта в центре железы. Жировая ткань визуализируется в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов

~ много гипоэхогенной жировой клетчатки, железистая ткань определяется в виде небольших гиперэхогенных включений между жировой тканью

~ много жировой ткани в виде переднего и заднего гипоэхогенного пластов, а также в виде включений между железистой тканью}

470. ДЛЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНЩИНЫ ДО 25 ЛЕТ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА:{

~ много железистой ткани, определяемой в виде гиперэхогенного пласта в центре железы. Жировая ткань визуализируется в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов

= много железистой гиперэхогнной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы

~ много жировой клетчатки, железистая ткань определяется в виде небольших гиперэхогенных включений между жировой тканью

~ много жировой ткани в виде переднего заднего гипоэхогенных пластов, а также в виде включений между железистой тканью}

471. В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ НАЧИНАЮТСЯ ПРОЦЕССЫ ИНВОЛЮЦИИ:{

~ впредменопаузный период

= после первой беременности

~ в менопаузу

~ впостменопаузный период}

472. ДЛЯ ИНВОЛЮЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ТИПИЧНЫ:{

~ жировая инфильтрация

= протоковая пролиферация

~ разрастание соединительной ткани

~ склероз протоков с образованием карманов и кист}

473. ЖИРОВАЯ ИНВОЛЮЦИЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:{

~ снижение общей эхогенности жировой клетчатки

= увеличение количества жировой клетчатки на фоне уменьшения железистых структур

~ образование вокруг скопления жировой ткани соединительнотканной "капсулы"

~ стирание границ между отдельными скоплениями с тенденцией к образованию единого массива}

474. ДЛЯ ИНВОЛЮЦИИ МЛЕЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ТИПИЧНО:{

~ уменьшение количества млечных протоков

= дилятация всех протоков с размыванием контура стенки

~ кистозное расширение некоторых протоков с формированием мелких кист

~ формирование единичных больших кистозных полостей}

475. К "ПРЕДРАКАМ" ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:{

~ диффузная форма мастита

= узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии

~ узловая форма мастита

~ диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ)}

476. ПЛОХО ДОСТУПНЫ ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОНТРОЛЯ СЛЕДУЮЩИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЗОНЫ ЛИМФООТТОКА:{

~ надключичные

= загрудинные

~ подключичные

~ подмышечные}

477. ПРИ ИСТИННОЙ ГИПЕРТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЁТ:{

~ разрастания соединительной ткани

= увеличения количества всех тканей, формирующих молочную железу

~ увеличения количества железистой ткани

~ увеличение количества жировой клетчатки}

478. ПРИ ЛОЖНОЙ ГИПЕРТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЁТ:{

~ разрастания соединительной ткани

= увеличения количества жировой клетчатки

~ увеличения количества железистой ткани

~ увеличения количества всех тканей, формирующих молочную железу}

479. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТ МОЛОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ СЛЕДУЮЩАЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ:{

~ липома

= фиброаденома

~ цистаденома

~ лифангиома}

480. ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ИХ ОРИЕНТАЦИЯ В ОРГАНЕ:{

~ вертикальная

= горизонтальная

~ смешанная

~ верно все}

481. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ИХ ОРИЕНТАЦИЯ В ОРГАНЕ:{

~ горизонтальная

= вертикальная

~ смешанная

~ верно все}

482. САМОЕ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:{

~ медуллярной

= скиррозной

~ цистаденокарциноме

~ папиллярной}

483. НАИМЕНЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:{

~ скиррозной

= медуллярной

~ цистаденокарциноме

~ папиллярной}

484. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ИЗМЕРЯТЬ:{

~ длину, косой размер долей и толщину перешейка

= длину, ширину и толщину каждой доли и толщину перешейка

~ по одному размеру каждой доли

~ периметр щитовидной железы на поперечной томограмме}

485. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОПЕРЕЧНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ полумесяц

= изогнутая гантель

~ подкова

~ бабочка}

486. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДИФФУЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПТИМАЛЬНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ:{

~ ультразвуковое исследование и сканирование щитовидной железы

= ультразвуковое исследование и определение гормонов щитовидной железы

~ ультразвуковое исследование и рентгеновская компьютерная томография

~ ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография}

487. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПРОЦЕСС В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ОПТИМАЛЬНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ:{

~ ультразвуковое исследование и сканирование щитовидной железы

= пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с морфологической верификацией

~ ультразвуковое исследование и рентгеновская компьютерная томография

~ определение гормонов щитовидной железы и рентгенологическое обследование органов шеи}

488. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДИФФУЗНОГО ЗОБА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩИЕ РАЗМЕРЫ:{

~ увеличенные

~ уменьшенные

~ нормальные

= верно всё}

 489. ЭХОГРАФИЧЕСКИ ПРИ ТИРЕОИДИТАХ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ БЫТЬ:{

~ увеличена в размерах

~ уменьшена в размерах

~ нормальных размеров

= всё перечисленное верно}

490. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ТИПИЧНО СЛЕДУЮЩЕЕ СОЧЕТАНИЕ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И РАДИОНУКЛИДНОГО ИССЛЕДОВАНИЙ:{

~ изоэхогенное и "горячее" образование

= гипоэхогенное и "холодное" образование

~ гиперэхогенное и "горячее" образование

~ гипоэхогенное и "горячее" образование}

491. ЭХОГРАФИЧЕСКИ ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:{

~ гиперэхогенное образование

~ гиоэхогенное образование

~ изоэхогенное образование

= верно все перечисленное}

492. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДИФФУЗНОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ:{

~ длины долей

= ширины долей

~ перешейка

~ передне-заднего размера долей}

493. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ ЖИДКОСТЬ-СОДЕРЖАЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В ТЕКСТУРЕ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПРИ:{

~ кистозной дегенерации

= проявлении тиреоидита

~ кровоизлиянии в изоэхогенном образовании

~ варианте физиологического изменения тиреоидной ткани}

494. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОЗМОЖНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ:{

~ нарушение архитиктоники

= изменение общей эхогенности

~ изменение эхогенности выявленных образований

~ появление дополнительных структур}

495. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОВЫШЕНИЕ ОБЩЕЙ ЭХОГЕННОСТИ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ:{

~ о повышении функции щитовидной железы

= о понижении функции щитовидной железы

~ не верно ничего

~ верно всё}

496. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ осуществление окислительных процессов в периферических отделах человеческого организма

= дренаж тканей и перенос лимфы в систему венозного коллектора

~ обогащение тканей кислородом

~ забор от периферических тканей продуктов жизнедеятельности}

497. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ О ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:{

~ обязательное увеличение размеров лимфатических узлов

= возможность дифференциации узлов

~ только изменение общей эхогенности лимфатических узлов

~ изменение формы лимфатических узлов}

498. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАРЯДУ С ДРУГИМИ ПРИЗНАКАМИ ДЛЯ ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ХАРАКТЕРНО:{

~ увеличение размеров лимфатических узлов

= приобретение лимфатическими узлами формы шара

~ уплощение его формы

~ понижение общей эхогенности}

499. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСМОТР ПОВЕРХНОСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:{

~ осмотр боковых поверхностей шеи, надключичных, подключичных групп лимфатических узлов

= осмотр боковых поверхностей шеи, надключичных, подключичных, подмышечных и паховых групп лимфатических узлов

~ осмотр надключичных, подключичных, подмышечных групп лимфатических узлов

~ осмотр надключичных, подключичных групп лимфатических узлов, подмышечного и пахового региона}

500. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ О ПОРАЖЕНИИ, УВЕЛИЧЕНИИ ЗАБРЮШИННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ КОСВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ:{

~ тромбоз магистральных сосудов

= картина гидронефроза

~ спленомегалия

~ явления застоя по большому кругу кровообращения}

501.ОСНОВНЫМИ ПОРАЖАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ПОЖАРА ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ непосредственное воздействие открытого пламени

~ тепловое воздействие (перегревание организма человека)

~ отравления угарным газом и другими токсичными веществами

= всё перечисленное}

502. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АВАРИЙНО-СПАСАТЕЛЬНЫХ РАБОТ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ДТП НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ:{

~ средства тушения пожаров, сбора и обеззараживания опасных веществ, жизнеобеспечения для работы под водой, альпинистское снаряжение

~ инструменты и оборудование для подъёма и перемещения тяжёлых предметов, резки профильного металла, разжима (перекусывания) конструкций

~ средства поиска пострадавших и автотранспорта, освещения, связи, оказания первой помощи пострадавшим и их эвакуации

= всё перечисленное}

503. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ:{

~ через 1 – 2 ч с момента поражения

= первые 30 мин с момента поражения

~ 2 – 4 ч с момента поражения

~ 4 – 6 ч с момента поражения}

504. ЧЕМ БОЛЬШЕ ДОЗА ОБЛУЧЕНИЯ, ТЕМ ПЕРВИЧНАЯ ОБЩАЯ РЕАКЦИЯ НА ОБЛУЧЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ:{

~ позже

= раньше

~ связь отсутствует

~ одновременно с изменениями в периферической крови}

505. АВАРИЙНО-СПАСАТЕЛЬНЫЕ РАБОТЫ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ЧС – ЭТО ДЕЙСТВИЯ:{

~ по спасению людей

= все перечисленное спасению материальных и культурных ценностей

~ защите природной среды в зоне ЧС

~ спасению материальных и культурных ценностей}

506. УКАЖИТЕ СИНОНИМ ТЕРМИНУ «ЯД»:{

~ аллерген

= токсикант

~ поллютант

~ антиген}

507. К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ ОТНОСЯТСЯ:{

~ средства индивидуальной и коллективной защиты

= все перечисленное

~ вакцинно-сывороточные препараты, антибиотики

~ дезинфицирующие вещества}

508. ЧЕМ НУЖНО СМАЧИВАТЬ ПОВЯЗКУ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ОТ ПАРОВ АММИАКА:{

~ раствором питьевой соды

= 5% раствором лимонной или уксусной кислоты

~ концентрированной соляной кислотой

~ любой жидкостью

~ растительным маслом}

509. ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ – ЭТО:{

~ чрезвычайное положение на всей территории РФ

= обстановка на определённой территории, которая может повлечь за собой

~ наиболее экстремальное природное явление

~ чрезвычайное положение в отдельных местностях РФ

~ когда всё очень плохо}

510. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ СПОСОБЫ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЧС:{

~ оповещение населения, локализация районов ЧС

= эвакуация, укрытие в защитных сооружениях, использование ИСЗ

~ проведение спасательных работ, тушение пожаров

~ оказание мед. помощи, разбор завалов

~ все ответы верны}

511. ПРЕДМЕТОМ ИЗУЧЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ здоровье индивидуума

= здоровье населения и факторы, влияющие на него

~ эпидемиология заболеваний

~ здоровье работающего населения

~ экономика здравоохранения}

512. ОСНОВНЫМИ ГРУППАМИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ показатели заболеваемости, летальности, инвалидности

= показатели инвалидности, заболеваемости, физического развития, демографические показатели

~ показатели соотношения, наглядности, инвалидности

~ демографические показатели, физического развития, обеспеченности кадрами}

513. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ:{

~ исторический

= экономический, исторический, статистический, социологический

~ этнический, статистический, корреляционный

~ статистический, исторический, географический}

514.САНОЛОГИЯ - ЭТО:{

~ наука о здоровье больных

= наука о здоровье здоровых

~ наука о здоровье группы риска

~ наука об общественном здоровье}

515. ВАЛЕОЛОГИЯ - ЭТО:{

~ наука об общественном здоровье

= наука об индивидуальном здоровье

~ наука о здоровье здоровых и влияние на него образа жизни

~ наука об общественном здоровье}

516. МЕДИЦИНСКАЯ (САНИТАРНАЯ) СТАТИСТИКА ЭТО:{

~ отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости

= отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением)

~ совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения

~ экстраполяцию и прогнозирование

~ анализ деятельности ЛПУ}

517. КОЭФФИЦИЕНТ СТЬЮДЕНТА - ЭТО:{

~ стандартизированный показатель

= коэффициент достоверности

~ коэффициент корреляции

~ средняя величина

~ характеристика разнообразия признака}

518. ВАРИАНТА - ЭТО:{

~ средняя величина

= числовое выражение признака

~ относительный показатель

~ абсолютная величина

~ качественная характеристика признака}

519. ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЯВЛЯЕТСЯ СТАТИСТИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ:{

~ текущим

= единовременным

~ непосредственным

~ анамнестическим

~ когортным}

520. ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧАМИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:{

~ показатель интенсивности

= показатель соотношения

~ показатель экстенсивности

~ средняя арифметическая величина

~ любой относительный показатель}

521. ПОНЯТИЕ, ЯВЛЯЮЩЕЕСЯ БОЛЕЕ ШИРОКИМ ПО ЗНАЧЕНИЮ:{

~ обучение

= образование

~ воспитание

~ учение

~ научение}

522. ОБРАЗОВАНИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ:{

~ организация познавательной деятельности обучающихся

= целенаправленный, сознательно регулируемый процесс присвоения человеком социального (профессионального) опыта, системы культурных ценностей и социальных ролей общества

~ процесс передачи социального (профессионального) опыта преподавателей обучающимся

~ изучение социальных проблем в развитии личности}

523. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ИСХОДНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СИСТЕМУ ТРЕБОВАНИЙ К ОРГАНИЗАЦИИ, СОДЕРЖАНИЮ И МЕТОДИКЕ ОБУЧЕНИЯ:{

~ методы обучения

= принципы обучения

~ средства обучения

~ формы обучения}

524. СЛОВЕСНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЙ УСТНОЕ ПОВЕСТВОВАТЕЛЬНОЕ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА:{

~ беседа

= рассказ

~ учебный диалог

~ лекция

~ доклад}

525. МЕТОД ОБУЧЕНИЯ – ЭТО:{

~ упорядоченная система действий, выполнение которых приводит к гарантированному достижению педагогических целей

= способ взаимосвязанной деятельности преподавателя и обучаемых, направленной на достижение заданных педагогических целей

~ способ организации познавательной деятельности учащихся}

526. СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ МЕТОДА:{

~ задание

= приём

~ средство

~ учение}

527. МЕТОД ОБУЧЕНИЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ УСВОЕНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА ПУТЁМ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ РАЗМЫШЛЕНИЙ, ПОИСКА, «ОТКРЫТИЯ»:{

~ рассказ

= проблемный метод

~ объяснение

~ частично-поисковый метод

~ демонстрация}

528. ЦЕЛЯМИ ЛЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ формирование теоретических и практических умений будущего специалиста

= формирование теоретического мышления будущего специалиста, обоснование ориентировочной основы его деятельности

~ формирование профессиональных умений, умений общаться и взаимодействовать в процессе практической деятельности

~ реализация модели деятельности специалиста (квалификационной характеристики)

~ формирование умений экспериментального подтверждения теоретических положений}

529. ФОРМА ОБУЧЕНИЯ «ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА» ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ПЕДАГОГИЧЕСКУЮ ЦЕЛЬ:{

~ формирование и отработка умений

= формирование основ научных знаний обучение практическому применению сформированных на занятиях компетенций, знаний и умений в реальных условиях профессиональной деятельности

~ формирование основ научных знаний

~ углубление знаний в области изучаемого предмета

~ приобщение к принципам, правилам и технологии проведения научно-исследовательской работы}

530. ФОРМА ОБУЧЕНИЯ «ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ» ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ОСНОВНУЮ ПЕДАГОГИЧЕСКУЮ ЦЕЛЬ:{

~ закладывает основы научных знаний

= закладывает основы научных знаний формирование и отработка умений

~ применение знаний и умений в практике

~ углубление знаний в области изучаемого предмета

~ приобщение к принципам, правилам технологии научно-исследовательской работы}

531. ИЗ ПЯТИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛОВ ЧЕТЫРЕ ОБЪЕДИНЯЮТСЯ РОДОВЫМ ПОНЯТИЕМ. КАКОЕ СЛОВО НЕ ОТНОСИТСЯ К ДАННОМУ ПОНЯТИЮ{

~ семинар

= закрепление учебного материала

~ экскурсия

~ практикум по решению задач

~ факультативное занятие}

532. ОСНОВНЫМИ СТРУКТУРНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ нуклеоид, капсула, цитоплазма, ЦПМ, включения, жгутики

= нуклеоид, цитоплазма, рибосомы, ЦПМ, клеточная стенка

~ ядро, цитоплазма, рибосомы, ЦПМ, включения, клеточная стенка}

533. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ СТРУКТУРЫ КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКИ МИКРООРГАНИЗМОВ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛОЖНЫЙ МЕТОД ОКРАСКИ:{

~ по Циль Нильсону

= по Грамму

~ по Романовскому – Гимзе

~ по Бури-Гинссу}

534. ПЕРВЫЙ ПРИНЦИП ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:{

~ определение специфических изменений в организме

= обнаружение возбудителя

~ определение антител

~ определение ГЗТ}

535. ВТОРОЙ ПРИНЦИП ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:{

~ обнаружение ДНК вирусов

= определение специфических изменений в организме

~ определение антигенов

~ определение чувствительности к антибиотикам}

536. ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО{

=%50% соблюдать температурный режим

=%50% определённое значение рН среды

~ обеспечивать определённую степень аэрации среды

~ верно всё}

537. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФЕРМЕНТОВ МИКРОБОВ:{

~ участвуют в процессах питания

~ участвуют в процессах деления клетки

~ используются в промышленности

~ используются для идентификации бактерий

~ участвуют в процессах дыхания}

= всё перечисленное

538. САНИТАРНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ДОЛЖНЫ: 1) постоянно содержаться в выделениях человека и теплокровных животных, 2) легко обнаруживаться современными микробиологическими методами, 3) легко дифференцироваться от других видов, 4) интенсивно размножаться в окружающей среде, 5) после выделения в окружающую среду быстро погибать. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА:{

= верно 1,2,3

~ верно 1,3,4

~ верно 1,2,5}

539. НАЗОВИТЕ НЕБЕЛКОВЫЕ ТОКСИНЫ, ВЫРАБАТЫВАЕМЫЕ БАКТЕРИЯМИ:{

~ Мембранотоксины

= Эндотоксины

~ Цитотоксины

~ Эксфолиатины

~ Эритрогенины}

540.БАКТЕРИЕМИЯ – ЭТО:{

~ повторное заражение тем же микробом после выздоровления

= циркуляция микробов в крови

~ возврат симптомов болезни

~ циркуляция токсинов в крови

~ длительное нахождение вируса в организме}

541. НАЗОВИТЕ АНТИГЕНЫ ВИРУСА ГРИППА:{

=%50% гемагглютинин

~ коллагеназа

=%50% нейраминидаза

~ фибринолизин}

542. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТ:{

~ хламидии

= условно-патогенные микобактерии

~ микобактерии

~ сальмонеллы

~ стафилококки}

543. ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ SARS-Cov

= SARS-Cov-2

~ MERS-Cov

~ HCoV-229E}

544. КОРОНАВИРУС ОТНОСИТСЯ К:{

~ зоонозам

= антропонозам

~ антропозоонозам

~ сапронозам}

545. КАКИМИ ПУТЯМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПЕРЕДАЧА КОРОНАВИРУСА SARS-COV-2:{

~ водный, трансмиссивный, контактно-бытовой

= воздушно-капельный, воздушно-пылевой, контактно-бытовой

~ воздушно-капельный, пищевой, парентеральный

~ парентеральный, половой, воздушно-капельный}

546. ОСНОВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ РАБОТЕ С ЛИЦАМИ, ИНФИЦИРОВАННЫМИ COVID-19, ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ медицинская шапочка

= противочумный костюм

~ защитные очки или экран

~ халат с длинным рукавом}

547. ВЕДУЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ COVID-19 ЯВЛЯЮТСЯ:{

~ фарингит, ринит, налёты на миндалинах

= лихорадка, кашель, одышка

~ конъюнктивит, фарингит, увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов

~ лихорадка, головная боль, миалгия}

548. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ COVID-19 ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ отёк лёгких и мозга

= присоединение бактериальных осложнений

~ при лёгких формах болезни

~ в обязательном порядке}

549. ПРИ ТЯЖЁЛОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ С ПРИЗНАКАМИ ЦИТОКИНОВОГО ШТОРМА:{

~ ритуксимаб

= тоцилизумаб

~ инфликсимаб

~ адалимумаб}

550. НОВЫЙ КОРОНАВИРУС SARS-COV-2 ОТНОСИТСЯ К РОДУ:{

~ alphacoronavirus

= betacoronavirus

~ deltacoronavirus

~ gammacoronavirus}

551. ОСНОВНЫМ ВИДОМ БИОМАТЕРИАЛА ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА SARS-COV-2 ЯВЛЯЕТСЯ:{

~ материал, полученный при заборе

= мазка из носоглотки и/или ротоглотки

~ промывные воды бронхов

~ назофарингеальный аспират

~ фекалии}

552. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ:{

~ противосудорожные препараты

= купирование лихорадки

~ психотропные препараты

~ применение антитоксических сывороток}