

Федеральное государственное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра лучевой диагностики ИПО

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА**

Сборник тестовых заданий с эталонами ответов  
для ординаторов, обучающихся по специальности  
31.08.11 Ультразвуковая диагностика

Красноярск  
2018

Составители: канд. мед. наук, доц. Е.Ю. Евдокимова; канд. мед. наук, доц. Тяжельникова З.М.;

Рецензенты: зав. каф. кардиологии, функциональной и клинико-лабораторной диагностики ИПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. Г. В. Матюшин; зав. каф. внутренних болезней № 2 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. И. В. Демко

Ультразвуковая диагностика : сб. тестовых заданий с эталонами ответов для К21 ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика / Е.Ю. Евдокимова, З.М. Тяжельникова. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 63 с.

Тестовые задания с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от «25» июня 2018 г.)

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень при-менения	Код форму-лируемой компетенции
1.	<p>АКУСТИЧЕСКОЙ ПЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. частота</li> <li>2. давление</li> <li>3. скорость</li> <li>4. период</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
2.	<p>АРТЕФАКТ В ВИДЕ "ХВОСТА КОМЕТЫ" СПОСОБСТВУЕТ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. жидкостных образований от твердых структур</li> <li>2. злокачественных и доброкачественных образований</li> <li>3. металлических инородных тел от кальцинатов</li> <li>4. твердых образований от кальцинатов</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
3.	<p>БИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАЗВУКА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. не изменяет сердечный ритм при экспозиции ультразвуковыми колебаниями 130 дБ на частоте 25 кГц</li> <li>2. не наблюдается</li> <li>3. не наблюдается при использовании диагностических приборов</li> <li>4. не подтверждено при пиковых мощностях, усредненных во времени ниже 100 мВт/кв.см</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
4.	<p>В МЯГКИХ ТКАНЯХ КОЭФФИЦИЕНТ ЗАТУХАНИЯ ДЛЯ ЧАСТОТЫ 5 МГЦ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 дБ/см</li> <li>2. 2 дБ/см</li> <li>3. 3 дБ/см</li> <li>4. 5 дБ/см</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
5.	<p>В ФОРМУЛЕ, ОПИСЫВАЮЩЕЙ ПАРАМЕТРЫ ВОЛНЫ, ОТСУТСТВУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. амплитуда</li> <li>2. длина волны</li> <li>3. период</li> <li>4. скорость распространения</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-6
6.	<p>ДЛЯ ЛУЧШЕЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОБЪЕКТА НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. использовать датчик большей разрешающей способности</li> <li>2. использовать датчик меньшей разрешающей способности</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК1. ПК-2

	3. увеличить мощность ультразвука 4. уменьшить мощность ультразвука			
7.	ЗАТУХАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СИГНАЛА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ 1. отражение 2. поглощение 3. рассеивание 4. рассеивание, поглощение и отражение	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-2
8.	ИМЕЯ ЗНАЧЕНИЯ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА И ЧАСТОТЫ МОЖНО РАССЧИТАТЬ 1. амплитуду 2. амплитуду и период 3. длину волны 4. период и длину волны	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
9.	ИСКАЖЕНИЯ СПЕКТРА ПРИ ДОППЛЕРОГРАФИИ НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ, ЕСЛИ ДОППЛЕРОВСКОЕ СМЕЩЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОВТОРЕНИЯ ИМПУЛЬСОВ 1. больше 2. равно 3. меньше 4. меньше или равно	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
10.	КОНТРОЛЬ КОМПЕНСАЦИИ /GAIN/ 1. компенсирует затухание 2. компенсирует нестабильность работы прибора в момент разогрева 3. увеличивает время обследования больного 4. уменьшает время обследования	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-5
11.	МАКСИМАЛЬНОЕ ДОППЛЕРОВСКОЕ СМЕЩЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ДОППЛЕРОВСКОГО УГЛА РАВНОГО 1. 0 градусов 2. 45 градусов 3. 45 градусов 4. 90 градусов	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 3
12.	НАИБОЛЬШАЯ СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА НАБЛЮДАЕТСЯ В 1. вакууме 2. воде 3. водороде 4. железе	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
13.	ПОПЕРЕЧНАЯ РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ 1. расстоянием до объекта 2. средой 3. типом датчика	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-5

	4. фокусировкой			
14.	ПРИ ВОЗРАСТАНИИ ЧАСТОТЫ ОБРАТНОЕ РАССЕИВАНИЕ 1. исчезает 2. не изменяется 3. преломляется 4. увеличивается	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
15.	ПРОЦЕСС, НА КОТОРОМ ОСНОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА - ЭТО 1. взаимодействие ультразвука с тканями человека 2. визуализация органов и тканей на экране прибора 3. прием отраженных сигналов 4. распространение ультразвуковых волн	1	ВК ТК ГИА	УК1, ПК-5
16.	С УВЕЛИЧЕНИЕМ ЧАСТОТЫ КОЭФФИЦИЕНТ ЗАТУХАНИЯ В МЯГКИХ ТКАНЯХ 1. зависит от настройки аппарата 2. остается неизменным 3. увеличивается 4. уменьшается	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
17.	СВОЙСТВА СРЕДЫ, ЧЕРЕЗ КОТОРУЮ ПРОХОДИТ УЛЬТРАЗВУК ОПРЕДЕЛЯЕТ 1. амплитуда 2. интенсивность 3. период 4. сопротивление	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
18.	СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В ВОЗДУШНОЙ СРЕДЕ ПО СРАВНЕНИЮ С МЫШЕЧНОЙ ТКАНЬЮ 1. выше 2. зависит от мощности ультразвука 3. зависит от частоты ультразвука 4. ниже	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
19.	СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА В ТВЕРДЫХ ТЕЛАХ ВЫШЕ, ЧЕМ В ЖИДКОСТЯХ, Т.К. ОНИ ИМЕЮТ БОЛЬШУЮ 1. акустическое сопротивление 2. вязкость 3. плотность 4. упругость	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
20.	УЛЬТРАЗВУК - ЭТО ЗВУК, ЧАСТОТА КОТОРОГО НЕ НИЖЕ 1. 1 мгц 2. 15 кгц 3. 20 гц 4. 20000 гц	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
21.	УЛЬТРАЗВУК ОТРАЖАЕТСЯ ОТ	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

	<p>ГРАНИЦЫ СРЕД, ИМЕЮЩИХ РАЗЛИЧИЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. акустическом сопротивлении</li> <li>2. плотности</li> <li>3. скорости распространения ультразвука</li> <li>4. скорости распространения ультразвука и упругости</li> </ol>			
22.	<p>ЧАСТОТА ДОППЛЕРОВСКОГО СМЕЩЕНИЯ НЕ ЗАВИСИТ ОТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. амплитуды</li> <li>2. доплеровского угла</li> <li>3. скорости кровотока</li> <li>4. скорости распространения ультразвука</li> <li>5. частоты датчика</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
70.	<p>АНАТОМИЧЕСКИ В ПЕЧЕНИ ВЫДЕЛЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 8 сегментов</li> <li>2. 4 сегмента</li> <li>3. 5 сегментов</li> <li>4. 6 сегментов</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
71.	<p>ВОДЯНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В УЗ-ИЗОБРАЖЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. увеличением длинника желчного пузыря более 10 см</li> <li>2. расширением внутривисцеральных желчных протоков</li> <li>3. увеличением длинника желчного пузыря более 5 см</li> <li>4. увеличением длинника желчного пузыря более 7 см</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
72.	<p>ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ОСНОВАНИИ ТОЛЬКО УЗИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. воспалительные заболевания поджелудочной железы</li> <li>2. острый панкреатит</li> <li>3. отек поджелудочной железы</li> <li>4. эхо-признаки выраженных диффузных изменений поджелудочной железы</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
73.	<p>ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ УЗИ ОПУХОЛЕВЫЙ ТРОМБ В ВОРОТНОЙ ВЕНЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. первичного рака печени</li> <li>2. злокачественной опухоли поджелудочной железы</li> <li>3. злокачественной опухоли почек</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1

	4. метастатического поражения печени			
74.	<p>ДЛЯ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. истончение стенки желчного пузыря</li> <li>2. локальное выбухание стенки желчного пузыря</li> <li>3. неравномерный характер поражения стенки желчного пузыря</li> <li>4. расширение внутрипеченочных протоков желчного пузыря</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
75.	<p>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ УСТАНОВЛЕНИЮ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выявление жидкости в малом сальнике</li> <li>2. зубчатость или бугристость контура</li> <li>3. нечеткость дифференциации поджелудочной железы от окружающих тканей</li> <li>4. расширение панкреатического протока</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК 6
76.	<p>К ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИМ ПРОТОКАМ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. долевые протоки, общий печеночный проток</li> <li>2. общий желчный проток</li> <li>3. общий печеночный проток, общий желчный проток</li> <li>4. общий печеночный проток, общий желчный проток, проток желчного пузыря</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
77.	<p>КИСТОЗНЫЙ ФИБРОЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. врожденной аномалией поджелудочной железы</li> <li>2. признаком опухолевого поражения поджелудочной железы</li> <li>3. следствием быстро протекающего воспалительного процесса</li> <li>4. следствием быстро протекающего сахарного диабета</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК 6
78.	<p>МЕТОДИКА ЦВЕТОВОГО ДОПЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ КРОВОТОКА ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ВИЗУАЛИЗАЦИИ А. СУСТІСА И ЕЕ ГЛАВНЫХ ВЕТВЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при остром воспалительном</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2

	<p>процессе в желчном пузыре</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. в норме</li> <li>3. при синдроме портальной гипертензии</li> <li>4. наличии асцита</li> </ol>			
79.	<p>МЕТОДИЧЕСКИ ПРАВИЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в контрлатеральном (горизонтальном) направлении для каждого отдела железы</li> <li>2. в направлении перпендикулярном плоскости передней поверхности каждого отдела железы</li> <li>3. направление измерений значения не имеет</li> <li>4. строго в передне-заднем направлении для каждого отдела поджелудочной железы</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
80.	<p>МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТОЧЕЧНЫЕ ГИПЕРЭХОГЕННЫЕ СТРУКТУРЫ В ТОЛЩЕ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ ЕЕ ТОЛЩИНЫ И КОНТУРОВ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ УЗИ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. холестероза желчного пузыря</li> <li>2. аденомиоматоза желчного пузыря</li> <li>3. верно все перечисленное</li> <li>4. желчекаменной болезни</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК 6
81.	<p>НЕКОТОРЫМИ ИЗ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОКОЛОПУЗЫРНОГО АБСЦЕССА ОТ ДРУГИХ ЖИДКОСТНЫХ СТРУКТУР ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выявление зоны инфильтрации вокруг околопузырного образования и динамическое изменение картины</li> <li>2. выявление сообщения с полостью желчного пузыря</li> <li>3. динамическое изменение эхографической картины</li> <li>4. нет специфических признаков</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
82.	<p>ОГРАНИЧЕННЫЙ АДЕНОМИОМАТОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ, ПРИ КОТОРОМ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неравномерно утолщение стенки желчного пузыря в некоторых отделах преимущественно в</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2



	<p>области слизистой оболочки с гипер- и анэхогенными участками и множественными полипами</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. множественные мелкие и средние (3-5 мм и 4-7 мм) образования по наружному контуру желчного пузыря в области серозной оболочки</li> <li>3. множественные отдельные участки утолщения стенки желчного пузыря по типу "четок" на протяжении всего контура в области мышечного слоя</li> <li>4. множественные сливающиеся участки утолщения стенки желчного пузыря по типу "четок" на протяжении всего контура в области мышечного слоя</li> <li>5.</li> </ol>			
83.	<p>ОДНИМ ИЗ ВАЖНЫХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выявление диффузно-очаговой неоднородности паренхимы поджелудочной железы</li> <li>2. выявление отдельных участков повышенной эхогенности паренхимы поджелудочной железы</li> <li>3. выявление четко очерченной очаговой пятнистости паренхимы поджелудочной железы</li> <li>4. сохранение структуры паренхимы поджелудочной железы на фоне повышения ее эхогенности</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
84.	<p>ОДНИМ ИЗ ОТЛИЧИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДИВЕРТИКУЛА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТ ОКОЛОПУЗЫРНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. появление пузырьков газа в полости дивертикула</li> <li>2. выявление взвешенных частиц в полости дивертикула</li> <li>3. наличие сообщения между полостью желчного пузыря и жидкостной структуры рядом</li> <li>4. отсутствие сообщения между полостью желчного пузыря и жидкостной структурой рядом</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5

85.	<p>ОПУХОЛЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в головке поджелудочной железы</li> <li>2. в области фатерова соска</li> <li>3. в теле поджелудочной железы</li> <li>4. в хвосте поджелудочной железы</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
86.	<p>ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ В УЗ-ИЗОБРАЖЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. деформацией поджелудочной железы</li> <li>2. невозможностью ее визуализации</li> <li>3. появлением выпота в парапанкреатическом пространстве</li> <li>4. увеличением поджелудочной железы и снижением эхогенности ее паренхимы</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 7
87.	<p>ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЗИ ДАВАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБ УПЛОТНЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ЕЕ ЭХОГЕННОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Можно в любом случае</li> <li>2. Можно при наличии хронического панкреатита</li> <li>3. Можно, при наличии кальцификатов или конкрементов в паренхиме поджелудочной железы</li> <li>4. Нельзя</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
88.	<p>ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неспецифическим признаком, выявляемым при различной патологии</li> <li>2. специфическим признаком, выявляемым при остром панкреатите</li> <li>3. специфическим признаком, выявляемым при панкреанекрозе</li> <li>4. специфическим признаком, выявляемым при портальной гипертензии</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
89.	<p>ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПЕЧЕНИ ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ухудшения звукопроводимости тканью печени</li> <li>2. правильной настройки уз- прибора</li> <li>3. улучшения звукопроводимости тканью печени</li> <li>4. улучшения качества ультразвуковых приборов</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-5

90.	<p>ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки</li> <li>2. в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы</li> <li>3. между контуром капсулы печени (или селезенки) и основной массой паренхимы</li> <li>4. между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
91.	<p>ПОРТО-ПОРТАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. анастомозы между основным стволом воротной вены и ее внутрипеченочными ветвями</li> <li>2. анастомозы между основным стволом воротной вены и верхней брыжеечной веной</li> <li>3. анастомозы между основным стволом воротной вены и ветвями нижней полой вены</li> <li>4. анастомозы между основным стволом воротной вены и печеночными венами</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 7
92.	<p>ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ, ХАРАКТЕРНОМ ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ, НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. отсутствие изменений желчных путей</li> <li>2. расширение желчного пузыря</li> <li>3. расширение общего желчного протока</li> <li>4. расширение общего желчного протока, желчного пузыря, общего печеночного протока и внутрипеченочных протоков</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
93.	<p>ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ УЗИ ПЕЧЕНИ ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНО УСТАНОВИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инструментальный диагноз</li> <li>2. клинический диагноз</li> <li>3. морфологический диагноз</li> <li>4. нозологическую форму поражения</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
94.	<p>ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ УЗИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. установить клинический и морфологический диагноз</li> <li>2. установить инструментальный</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 7

	<p>диагноз</p> <p>3. установить клинический диагноз</p> <p>4. установить морфологический диагноз</p>			
95.	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦДК ПЕЧЕНИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ ОТМЕЧАЮТ</p> <p>1. ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и ламинарный характер</p> <p>2. невозможно оценить характер кровотока</p> <p>3. ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и турбулентный характер</p> <p>4. ток крови в печеночных венах имеет разнонаправленный и ламинарный характер</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 7
96.	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦДК ТОК КРОВИ В ВЕТВЯХ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕТВЯХ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В НОРМЕ</p> <p>1. имеет однонаправленный характер</p> <p>2. имеет разнонаправленный характер</p> <p>3. невозможно сопоставить и оценить</p> <p>4. картируются разными цветами</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 2
97.	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦДК ТОК КРОВИ В ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕНАХ И ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕТВЯХ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В НОРМЕ</p> <p>1. имеет разнонаправленный характер</p> <p>2. имеет однонаправленный характер</p> <p>3. невозможно сопоставить и оценить</p> <p>4. картируются одним цветом</p> <p>5. имеют элайзинг эффект</p>	1	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-6
98.	<p>ПРИ СИНДРОМЕ BUDD-CHIARI УЗИ В ОСТРУЮ ФАЗУ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ</p> <p>1. сужение устьев печеночных вен</p> <p>2. расширение воротной вены</p> <p>3. расширение желчевыводящих протоков</p> <p>4. расширение нижней полой вены в области хвостатой доли печени</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
99.	<p>ПРИ УЗ - ИССЛЕДОВАНИИ ВЗРОСЛЫХ МЕТОДИЧЕСКИ ПРАВИЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <p>1. в положении продольного сканирования</p> <p>2. в положении датчика вдоль 8 межреберья</p> <p>3. в положении косоугольного сканирования</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1

	4. в положении поперечного сканирования			
100.	ПРИ УЗИ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ГРАНИЦЫ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ 1. воротная вена 2. гастродуоденальная артерия 3. горизонтальная часть 12-перстной кишки 4. нижняя полая вена	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 7
101.	ПРИ УЗИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МОЖНО С ДОСТАТОЧНО ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ДОСТОВЕРНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ 1. аденомиоматоз и холестероз желчного пузыря 2. липоматоз желчного пузыря 3. нейрофиброматоз желчного пузыря 4. фиброматоз желчного пузыря	1	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
102.	ПРИ УЗИ ПРИЗНАКОМ ИНВАЗИВНОГО РОСТА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования 2. анэхогенный ободок 3. зоны кальцинации опухоли 4. нечеткость границ	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
103.	ПРИ УЗИ У ПАЦИЕНТА С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ЖЕЛТУХИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ И ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. ТАКАЯ КАРТИНА МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ УЧАСТКУ ОБСТРУКЦИИ, РАСПОЛОЖЕННОМУ В ЗОНЕ: 1. ниже впадения пузырного протока 2. локализация не имеет значения 3. общего печеночного протока 4. собственно пузырного протока	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
104.	ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ГРАНИЦЫ МЕЖДУ КВАДРАТНОЙ И ЛЕВОЙ ДОЛЯМИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. основной ствол воротной вены 2. ворота печени 3. круглая связка и ее борозда 4. ложе желчного пузыря	3	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
105.	ПУНКЦИЯ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ	4	ВК ТК ГИА	ПК 6

	<p>ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ (ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭХИНОКОККОЗ) МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ТОЛЬКО ПРИ УСЛОВИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. визуализации взвеси в полости образования</li> <li>2. визуализации взвеси, перегородок в полости образования</li> <li>3. визуализации кальцификации капсулы образования</li> <li>4. получения отрицательных результатов серологических проб</li> </ol>			
106.	<p>РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ В ТЕРМИНАЛЬНУЮ СТАДИЮ ЦИРРОЗА ПРИ УЗИ ЧАЩЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. уменьшены за счет правой доли</li> <li>2. в пределах нормы</li> <li>3. значительно увеличены - всего объема органа</li> <li>4. увеличены за счет правой доли</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
107.	<p>РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЦИРРОЗА ПРИ УЗИ ЧАЩЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. увеличены</li> <li>2. в пределах нормы</li> <li>3. значительно уменьшены</li> <li>4. уменьшены</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
189.	<p>СРЕДИ ПАРАМЕТРОВ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО РИСУНКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. четкость выявления стенок сосудистой сети</li> <li>2. направление сосуда</li> <li>3. равномерность и углы отхождения ветвей от более крупных сосудов</li> <li>4. характер изменения диаметра крупных и средних сосудов</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК 7
190.	<p>СРЕДНЯЯ ТОЛЩИНА СТЕНКИ НЕИЗМЕНЕННОГО ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ФАЗУ УМЕРЕННОГО НАПОЛНЕНИЯ ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1,5-3 мм</li> <li>2. 0,5-1 мм</li> <li>3. 1-2 мм</li> <li>4. 2-4,5 мм</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
191.	<p>ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ "КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ПАНКРЕАТИТ"</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. развивается из-за обструкции общего соустья холедоха и вирсунгова протока желчным камнем</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2

	<p>2. сопровождается формированием кальцификатов в протоковой системе поджелудочной железы на фоне частых обострений, на фоне злоупотребления алкоголем</p> <p>3. является названием хронического воспалительного процесса поджелудочной железы, приводящего к образованию конкрементов в желчном пузыре</p> <p>4. является синонимом острого панкреатита или обострения хронического панкреатита при наличии желчно-каменной болезни</p>			
192.	<p>ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ "ОБСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ" - ЭТО ВАРИАНТ ПРОТЕКАНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА СО СЛЕДУЮЩИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ</p> <p>1. со сдавлением воротной вены и последующим развитием портальной гипертензии</p> <p>2. со сдавлением и последующим нарушением перистальтики 12-перстной кишки</p> <p>3. со сдавлением и последующим расширением вирсунгова протока</p> <p>4. со сдавлением и последующим расширением общего желчного протока с развитием билиарной гипертензии</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
193.	<p>УЗ - ПРИЗНАКАМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА НАЧАЛЬНЫХ ЕЕ СТАДИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1. увеличение размеров печени и селезенки с вероятными изменениями воротной вены</p> <p>2. нормальное состояние печени при увеличении селезенки и уменьшением просвета воротной вены</p> <p>3. увеличение левой доли печени и селезенки с повышением их эхогенности</p> <p>4. уменьшение размеров печени при увеличенной селезенке с нормальным состоянием воротной вены</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
194.	<p>УЗЛОВАЯ (ОЧАГОВАЯ) ГИПЕРПЛАЗИЯ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. врожденной аномалией развития с прогрессирующим течением</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. воспалительным поражением с прогрессирующим течением</li> <li>3. доброкачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением</li> <li>4. злокачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением</li> </ul>			
195.	<p>УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИ УЗ-ПРИЗНАК КАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО БОЛЬШОМУ КРУГУ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. расширение и деформация печеночных вен, увеличение размеров печени</li> <li>2. деформация печеночных вен, 1,5-2-х кратное уменьшение размеров печени</li> <li>3. размеры печени не увеличены, сосудистый рисунок обеднен</li> <li>4. расширение желчевыводящих протоков</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
196.	<p>ХАРАКТЕРНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВОДЯНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. значительно увеличенные размеры желчного пузыря, стенка тонкая повышенной эхогенности, полость с эхогенной желчью</li> <li>2. нормальные размеры желчного пузыря, неоднородная гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью</li> <li>3. нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая стенка, эхонегативная полость</li> <li>4. различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 7
197.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. округлая инкапсулированная киста с пристеночным образованием</li> <li>2. солидное неоднородное образование печени</li> <li>3. солидное однородное образование</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1



	печени 4. увеличение размеров печени за счет образования гетерогенной структуры			
198.	ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ 1. визуализация поджелудочной железы невозможна 2. не изменена 3. повышена 4. понижена	3	ВК ТК ГИА	ПК 2
199.	ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ПЕЧЕНИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА 1. визуализации округлых гипоэхогенных или анэхогенных образований с четкими контурами 2. визуализации неоднородных образований полиморфной эхоструктуры с четкими контурами 3. визуализации солидных структур в паренхиме печени 4. визуализации солидных структур с четкими контурами в паренхиме печени	1	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
200.	ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА - УТОЛЩЕНИЕ СТЕНКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЗА СЧЕТ СЛИЗИСТОЙ И ПОДСЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧЕК С НАЛИЧИЕМ В НЕЙ ГИПЕР- И АНЭХОГЕННЫХ УЧАСТКОВ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА, ПОЛИПООБРАЗНЫЕ СТРУКТУРЫ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТУРУ СТЕНКИ, НЕОДНОРОДНАЯ СТРУКТУРА СТЕНКИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ВСЕХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ - ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1. острого флегмонозного холецистита 2. эмпиемы желчного пузыря 3. полипоза желчного пузыря 4. распространенного аденомиоматоза желчного пузыря	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
201.	ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАПИЛЛЯРНЫХ ГЕМАНГИОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1. определением одиночных или множественных округлых образований повышенной эхогенности с однородной структурой 2. определением неоднородных	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

	<p>преимущественно солидных образований паренхимы печени</p> <p>3. определением одиночных гипоехогенных кистозных образований</p> <p>4. увеличением размеров печени без изменения ее структуры</p>			
202.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕСМЕЩАЕМОГО КАМНЯ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА (БДС) ПРИ УЗИ ЧАСТО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАКА БДС ТОЛЬКО:</p> <p>1. наличием стойкой акустической тени или эффекта дистального ослабления за зоной БДС</p> <p>2. значительно расширенными протоками</p> <p>3. наличием объемного образования в зоне бдс</p> <p>4. наличием эффекта дистального усиления за зоной БДС</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
203.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1. полиморфизмом эхографических изменений диффузного или очагового характера</p> <p>2. гипоехогенными кистозными образованиями в одной из долей печени</p> <p>3. увеличением размеров печени без изменения ее структуры</p> <p>4. явлениями портальной гипертензии</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
204.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1. неоднородностью паренхимы печени, с паренхимой повышенной эхогенности</p> <p>2. нормальной по размерам печенью с бугристым краем, расширением портальной системы</p> <p>3. нормальной по размерам печенью, с нарушением архитектоники печени, увеличением количества стромальных элементов</p> <p>4. уменьшенной в размерах печенью с паренхимой пониженной эхогенности</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5,ПК-6
205.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЙНОЙ ПЕЧЕНИ ПРИ</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК 7

	<p><b>ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гепатомегалия, с паренхимой пониженной эхогенности, с расширенными собственными венами</li> <li>2. гепатомегалия с паренхимой повышенной эхогенности, с расширенными собственными венами</li> <li>3. гепатомегалия, неоднородная структура печени</li> <li>4. уменьшение печени в размерах, повышенной эхогенности с расширением основного ствола v.portae</li> </ol>			
227.	<p><b>ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. лимфоузлом</li> <li>2. злокачественным солидным поражением поджелудочной железы</li> <li>3. обширным панкреанекрозом</li> <li>4. цистаденокарциномой поджелудочной железы</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
228.	<p><b>АНГИОМИОЛИПОМА ПРИ УЗИ - ЭТО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. повышенной эхогенности солидное образование с четкой границей с небольшим задним ослаблением в проекции синуса или паренхимы</li> <li>2. анэхогенное образование без дистального усиления</li> <li>3. изоэхогенное солидное образование с анэхогенным ободком в проекции паренхимы почки без дорсального усиления или ослабления</li> <li>4. смешанное по эхогенности образование с дистальным псевдоусилением</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
229.	<p><b>В НОРМАЛЬНОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ (СОГЛАСНО ЗОНАЛЬНОЙ АНАТОМИИ MC NEAL) ВЫДЕЛЯЮТ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. две железистые зоны</li> <li>2. одну железистую зону, состоящую из собственных желез предстательной железы</li> <li>3. пять железистых зон</li> <li>4. три железистые зоны</li> </ol>	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
230.	<p><b>В ОСТРОЙ ФАЗЕ ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ ПРИ УЗИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ</b></p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. симптом гиперэхогенных пирамид</li> <li>2. симптом перимедуллярного кольца</li> <li>3. увеличение почки, утолщение паренхимы, снижение эхогенности паренхимы</li> <li>4. увеличение почки, полная дезорганизация структуры паренхимы с появлением в ней мелких анэхогенных зон</li> </ol>			
231.	<p>В ПАРЕНХИМАТОЗНОМ СЛОЕ СРЕЗА ПОЧКИ МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пирамидки</li> <li>2. лимфатические протоки почечного синуса</li> <li>3. сегментарные артерии</li> <li>4. чашечки второго порядка</li> <li>5. чашечки первого порядка</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
232.	<p>В ПРОСТОЙ КИСТЕ ПОЧКИ ПРИ УЗИ ОБНАРУЖЕНО ПРИСТЕНОЧНОЕ ГИПЕРЭХОГЕННОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ ДИАМЕТРОМ 3 ММ, НЕСМЕЩАЕМОЕ, ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С ЧЕТКОЙ ГРАНИЦЕЙ И АКУСТИЧЕСКОЙ ТЕНЬЮ - РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. динамическое наблюдение один раз в три месяца</li> <li>2. оперативное лечение</li> <li>3. проведение ангиографического исследования</li> <li>4. пункция кисты</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
233.	<p>ВАРИКОЦЕЛЕ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. жидкость в полости мошонки между оболочками яичка</li> <li>2. киста придатка яичка</li> <li>3. расширение вен семенного канатика</li> <li>4. расширение канальцевых структур яичка</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5,ПК-6
234.	<p>ГИДРОЦЕЛЕ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. жидкость в полости мошонки между оболочками яичка</li> <li>2. киста придатка яичка</li> <li>3. расширение вен семенного канатика</li> <li>4. расширение канальцевых структур яичка</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5,ПК-6
235.	<p>ГИПЕРНЕФРОМА ПРИ УЗИ ЧАЩЕ ИМЕЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. солидное строение</li> <li>2. кистозно-солидное строение</li> <li>3. кистозное строение</li> <li>4. кистозное строение с внутренней эхоструктурой</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
236.	ГИПОПЛАЗИРОВАННАЯ ПОЧКА ПРИ	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2

	<p>УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. почка меньших, чем в норме размеров, с нормальными по толщине и структуре паренхимой и почечным синусом</li> <li>2. почка маленьких размеров, с резко нарушенной дифференциацией "паренхима-почечный синус"</li> <li>3. почка не поднявшаяся в процессе эмбриогенеза до обычного уровня</li> <li>4. почка, ротированная кпереди воротами, с нарушенными взаимоотношениями сосудов и мочеточника</li> </ol>			
237.	<p>ДИСТОПИЯ ПОЧКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неправильное перемещение почки в процессе эмбриогенеза</li> <li>2. патологическая смещаемость почки при дыхании</li> <li>3. патологическая смещаемость при перемене положения тела</li> <li>4. сращение почек нижними полюсами</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
238.	<p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОТЛИЧИЕМ КОНЕЧНОЙ СТАДИИ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ОТ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. характерное расположение нескольких кистозных полостей вокруг одной, большей по диаметру, центрально расположенной</li> <li>2. двусторонность поражения</li> <li>3. наличие содержимого кистозных структур</li> <li>4. отсутствие солидного компонента</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
239.	<p>ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЬ ЯИЧКА СЛЕДУЕТ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гематомой</li> <li>2. Очагом воспаления или гематомой</li> <li>3. очагом воспалительной инфильтрации</li> <li>4. ретенционной кистой</li> <li>5. туберкулезной каверной</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
240.	<p>ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ И ОСТРЫЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА ПО ДАННЫМ УЗИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. можно</li> <li>2. можно, при наличии анэхогенного ободка по периферии среза яичка</li> <li>3. можно, при наличии расширения</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5

	вен семенного канатика 4. нельзя			
241.	ДЛЯ "ПОДАГРИЧЕСКОЙ" ПОЧКИ ХАРАКТЕРЕН ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ СИМПТОМ 1. гиперэхогенных пирамидок 2. "выделяющихся" пирамидок 3. "горбатой" почки 4. перимедуллярного кольца	1	ВК ТК ГИА	ПК 5,ПК-6
242.	ДЛЯ ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО 1. асимметричное увеличение семенных пузырьков 2. диффузное повышение эхогенности семенных пузырьков 3. наличие кальцинатов в проекции семенных пузырьков 4. симметричное увеличение семенных пузырьков	1	ВК ТК ГИА	ПК 5,ПК-6
243.	ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ УЗИ ХАРАКТЕРНО 1. "изъеденность" контура предстательной железы 2. неизменные размеры железы и неоднородность внутренней структуры 3. резкое уменьшение железы с отчетливым повышением эхогенности, наличием полей петрификации 4. увеличение размеров железы, нарушение дифференциации внутренней и наружной частей, снижение эхогенности	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
244.	ДЛЯ ПОЧКИ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРЕН ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ СИМПТОМ 1. "выделяющихся" пирамидок 2. "горбатой" почки 3. гиперэхогенных пирамидок 4. перимедуллярного кольца	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
245.	ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНЫ 1. множественные петрификаты в паренхиме, расширение и деформация чашечек, кистозные массы с толстой, неровной стенкой 2. почки представлены неоднородной солидно-кистозной структурой с чередованием гипоэхогенных и	1	ВК ТК ГИА	ПК 5,ПК-6

	<p>анэхогенных зон без дифференциации "паренхима-почечный синус"</p> <p>3. синдром гиперэхогенных пирамид</p> <p>4. утолщение паренхимы, повышение эхогенности пирамид</p>			
246.	<p>ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК УДВОЕНИЯ ПОЧКИ ПРИ УЗИ - ЭТО</p> <p>1. визуализация двух почек, сращенных полюсами</p> <p>2. гидронефротическая трансформация одной половины почки</p> <p>3. изменение соотношения толщины паренхимы и толщины почечного синуса</p> <p>4. наличие паренхиматозной перемычки, разделяющей почечный синус на две части</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
247.	<p>КАРБУНКУЛ ПОЧКИ ЛУЧШЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ</p> <p>1. УЗИ</p> <p>2. ангиографии</p> <p>3. внутривенной урографии</p> <p>4. КТ</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
248.	<p>КАРБУНКУЛ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ</p> <p>1. дальнейшего прогрессирования ксантогранулематозного пиелонефрита</p> <p>2. дальнейшего прогрессирования хронического пиелонефрита</p> <p>3. образование каверн при туберкулезе почки</p> <p>4. септического инфаркта с последующим воспалением и гнойным распадом</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
249.	<p>ЛУЧШЕ ВЫЯВЛЯЕТ ПАТОЛОГИЮ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МЕТОД</p> <p>1. трансабдоминального сканирования</p> <p>2. Трансректального и трансуретрального сканирования</p> <p>3. трансректального сканирования датчиком радиального сканирования</p> <p>4. трансуретрального сканирования</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
250.	<p>МЕДУЛЛЯРНАЯ ГУБЧАТАЯ ПОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УЗ-СИМПТОМОМ</p> <p>1. "выделяющихся" пирамидок</p> <p>2. "горбатой" почки</p> <p>3. гиперэхогенных пирамидок</p> <p>4. фетальной дольчатости почки</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

251.	МЕТАСТАЗЫ ПРИ ОПУХОЛИ ЯИЧКА, ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ УЗИ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ 1. в забрюшинных лимфоузлах 2. в надпочечниках 3. в поджелудочной железе 4. в предстательной железе	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
252.	МЕТОДОМ ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГИПЕРНЕФРОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. полюса почки 2. ворота почки 3. латеральный край почки 4. передняя губа почки	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
253.	МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ОРХОЭПИДИДИМИТ И ОСТРЫЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ 1. КТ 2. лимфография 3. флебография 4. цветное доплеровское картирование	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
291.	МОЖНО ВЫЯВИТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПОМОЩИ 1. внутривенной урографии 2. доплерографии 3. компьютерной томографии 4. УЗИ	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК 6
292.	МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ АНЭХОГЕННОЙ ЗОНЫ С НЕРОВНЫМ КОНТУРОМ В ЦЕНТРЕ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. гематома 2. кальциноз сосудов опухоли 3. некроз 4. перифокальное воспаление с кальцинозом опухолевых сосудов	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
293.	МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ СНИЖЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. клеточная инфильтрация 2. образование зон петрификации 3. отек и воспалительная инфильтрация 4. перипростатическая инфильтрация	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
294.	НА ГРАНИЦЕ КОРТИКАЛЬНОГО И МЕДУЛЛЯРНОГО СЛОЕВ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРЭХОГЕННЫЕ СТРУКТУРЫ ТОЛЩИНОЙ 1-2 ММ -	1	ВК ТК ГИА	ПК 5,ПК-6



	<p>ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. визуализирующиеся aa.arcuatae</li> <li>2. проявления атеросклероза сосудов паренхимы</li> <li>3. проявления нефронофтиза фанкони</li> <li>4. проявления поражения почек при подагре</li> </ol>			
295.	<p>НАИБОЛЕЕ РАННИМ УЗ-СИМПТОМОМ ОСТРОГО ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. образование околопочечных затеков</li> <li>2. повышение эхогенности коркового вещества почки</li> <li>3. резкое повышение эхогенности пирамидок</li> <li>4. увеличение переднезаднего размера почки</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
296.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗЫ АДЕНОКАРЦИНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА НАБЛЮДАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в лимфатических узлах средостения</li> <li>2. в почке</li> <li>3. в селезенке</li> <li>4. парааортальных лимфатических узлах</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
297.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭХОГЕННОСТИ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ишемия коркового вещества</li> <li>2. межуточный отек</li> <li>3. мелкокистозная трансформация коркового вещества</li> <li>4. склероз</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
298.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕДУЛЛЯРНОГО НЕФРОКАЛЬЦИНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гиперкалийурия</li> <li>2. гиперкальцийурия</li> <li>3. образование в пирамидках специфических гранулем</li> <li>4. отек канальцев пирамидок</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
299.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. парауретральный фиброз</li> <li>2. петрификаты по ходу уретры</li> <li>3. ретенционные кисты в центральной</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5

	<p>зоне и по периферии</p> <p>4. узловые или диффузные изменения во внутренней части железы</p>			
300.	<p>НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ ПО ДАННЫМ УЗИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. нефрокальцинозом</li> <li>2. с острым кортикальным некрозом</li> <li>3. с острым пиелонефритом</li> <li>4. с почечным абсцессом</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
301.	<p>НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ И</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. простую кисту</li> <li>2. амилоидоз почки</li> <li>3. карбункул почки</li> <li>4. ксантогранулематозный пиелонефрит</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
302.	<p>НЕФРОСКЛЕРОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЧАЩЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. асимметричен</li> <li>2. симметричен</li> <li>3. сопровождается гидронефротической трансформацией почек</li> <li>4. сопровождается резким увеличением размеров почек и повышением экзогенности почечного синуса</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
303.	<p>НЕФРОСКЛЕРОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЧАЩЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. асимметричен</li> <li>2. симметричен</li> <li>3. сопровождается гидронефротической трансформацией почек</li> <li>4. сопровождается резким увеличением размеров почек и повышением экзогенности почечного синуса</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5,ПК-6
304.	<p>ОБ ИНВАЗИИ МЫШЕЧНОГО СЛОЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОПУХОЛЬЮ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. деформация внутреннего контура мочевого пузыря</li> <li>2. поражение мочеточниковых устьев</li> <li>3. поражение шейки мочевого пузыря</li> <li>4. утолщение стенки мочевого пузыря в месте расположения опухоли</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
305.	<p>ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5

	<p>ГИДРОКАЛИКОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Папиллярный некроз и полиурия</li> <li>2. диабетический гломерулосклероз</li> <li>3. интерстициальный нефрит</li> <li>4. склерозирование чашечек с нарушением сократительной функции в результате папиллярного некроза</li> </ol>			
306.	<p>ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОТЛИЧИЕМ СМОРЩЕННОЙ ПОЧКИ ОТ ГИПОПЛАЗИРОВАННОЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. повышение эхогенности паренхимы сморщенной почки</li> <li>2. истончение паренхимы гипоплазированной почки</li> <li>3. неровность контура у гипоплазированной почки</li> <li>4. ровный контур сморщенной почки</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
307.	<p>ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ ПОЛИКИСТОЗНУЮ ПОЧКУ ВЗРОСЛОГО ОТ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ПОЧКИ ВЗРОСЛОГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. маленькие размеры мультикистозной почки</li> <li>2. бобовидная форма мультикистозной почки</li> <li>3. присоединение нефрокальциноза</li> <li>4. хроническая почечная недостаточность при поликистозе</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5,ПК-6
308.	<p>ОСОБЕННОСТЬЮ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА ПО ДАННЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. билатеральность поражения</li> <li>2. наличие гиперэхогенной опухолевой массы с анэхогенной зоной в центре, имеющей неровные, "подрытые" контуры</li> <li>3. наличие множественных кальцинатов в ткани надпочечников</li> <li>4. наличие округлого гетерогенного образования</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1
309.	<p>ОСОБЕННОСТЬЮ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА У ВЗРОСЛЫХ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЙ ПО ДАННЫМ УЗИ</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2

	<p>ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ ЭТОГО ВИДА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. тенденция к некрозу с образованием кистозных полостей</li> <li>2. анэхогенный ободок</li> <li>3. массивная кальцинация в опухоли</li> <li>4. нечеткость контура</li> </ol>			
310.	<p>ОСОБЕННОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПО ДАННЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. билатеральность поражения</li> <li>2. наличие гиперэхогенной опухолевой массы с анэхогенной зоной в центре, имеющей неровные, "подрытые" контуры</li> <li>3. наличие значительного кистозного компонента в структуре с дистальным псевдоусилением</li> <li>4. наличие множественных кальцинатов в ткани надпочечников</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
311.	<p>ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ПРИ УЗИ ЧАЩЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дает появление синдрома "выделяющихся пирамидок"</li> <li>2. дает двустороннее увеличение почек, с отеком паренхимы, снижением эхогенности паренхимы</li> <li>3. дает уменьшение почек с двух сторон с повышением эхогенности коркового слоя паренхимы</li> <li>4. дает расширение лоханки и утолщение её стенок</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
312.	<p>ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЛЕЙДИГОМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. быстрый рост</li> <li>2. кистозное перерождение яичка и придатка</li> <li>3. медленный рост</li> <li>4. Солидная структура с признаками медленного роста</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
313.	<p>ПАРЕНХИМА ДИСПЛАЗИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЭХОГРАФИЧЕСКИ ПРЕДСТАВЛЕНА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неоднородной солидной, солидно-кистозной структурой, с отсутствием кортико-медуллярной дифференциацией</li> <li>2. гиперэхогенной солидной структурой не более 5 мм толщиной</li> <li>3. мелко кистозными изменениями в</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2

	<p>кортикальном веществе</p> <p>4. склерозом медуллярного вещества и кальцинозом сосочков пирамидок</p>			
314.	<p>ПАТОГМОНИЧНЫЕ УЗ-ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ В В-РЕЖИМЕ</p> <p>1. имеются</p> <p>2. имеются, при наличии острого кортикального некроза</p> <p>3. имеются, при наличии острой почечной недостаточности</p> <p>4. отсутствуют</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
315.	<p>ПАТОГМОНИЧНЫЕ УЗ-ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ (РУТИННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В В-РЕЖИМЕ)</p> <p>1. имеются</p> <p>2. имеются, при наличии острого кортикального некроза</p> <p>3. имеются, при наличии отека почки</p> <p>4. отсутствуют</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
316.	<p>ПЕРВИЧНЫЙ РАКОВЫЙ УЗЕЛОК В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЗОНЕ ЧАЩЕ</p> <p>1. анэхогенный</p> <p>2. повышенной эхогенности</p> <p>3. смешанной эхогенности</p> <p>4. сниженной эхогенности</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
317.	<p>ПИЭЛОЭКТАЗИЯ ПРИ АКТИВНОМ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ ВОЗМОЖНА</p> <p>1. после мочеиспускания</p> <p>2. до мочеиспускания</p> <p>3. при присоединении хронического пиелонефрита</p> <p>4. при проведении пробы с фентоламином</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
318.	<p>ПО ДАННЫМ УЗИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ И ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ</p> <p>1. можно только при наличии симптома перимедуллярного кольца</p> <p>2. можно только при наличии мелкокистозной трансформации пирамид</p> <p>3. можно только при наличии симптома гиперэхогенных пирамид</p> <p>4. нельзя</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
319.	<p>ПО ДАННЫМ УЗИ ОПРЕДЕЛИТЬ ЛОКАЛИЗАЦИЮ КОНКРЕМЕНТА (В</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2

	<p>ЧАШЕЧКЕ ИЛИ ЛОХАНКЕ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. можно</li> <li>2. можно только при наличии камней мочевой кислоты</li> <li>3. можно только при наличии камней щавелевой кислоты</li> <li>4. можно, если чашечка или лоханка заполнены жидкостью</li> </ol>			
320.	<p>ПОЛИКИСТОЗ ИНФАНТИЛЬНОГО ТИПА (МЕЛКОКИСТОЗНОГО ТИПА) ДАЕТ ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. больших "белых" почек</li> <li>2. больших "пестрых" почек</li> <li>3. маленьких почек с мелкими кистозными структурами с толстыми фиброзными стенками, по форме напоминающих кисть винограда</li> <li>4. синдрома гиперэхогенных пирамидок</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5,ПК-6
321.	<p>ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С ПОЛИКИСТОЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. печени</li> <li>2. печени и поджелудочной железы</li> <li>3. поджелудочной железы</li> <li>4. яичников</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
322.	<p>ПОЧКИ, ОКОЛОПОЧЕЧНАЯ ЖИРОВАЯ ТКАНЬ И НАДПОЧЕЧНИКИ ПОКРЫТЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. фасцией герота</li> <li>2. брюшиной</li> <li>3. капсулой глиссона</li> <li>4. собственной капсулой почки</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
323.	<p>ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. с опухолевым поражением почки</li> <li>2. с апостематозным пиелонефритом</li> <li>3. с губчатой почкой</li> <li>4. с карбункулом почки</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
324.	<p>ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ УЗ-СИМПТОМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. одностороннее увеличение почки с повышением кортикального слоя</li> <li>2. увеличение или уменьшение почек с двух сторон, повышение эхогенности коры, симптом "выделяющихся пирамидок"</li> <li>3. увеличение почек с двух сторон, неоднородность паренхимы с чередованием мелких гипер- и</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5

	<p>гипоэхогенных зон, нарушение дифференциации "паренхима-почечный синус"</p> <p>4. одностороннее уменьшение почки, повышение эхогенности коркового слоя, бугристость контура</p>			
325.	<p>ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО</p> <p>1. наличие симметрии семенных пузырьков</p> <p>2. размеры семенных пузырьков</p> <p>3. структура семенных пузырьков</p> <p>4. эхогенность семенных пузырьков</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
326.	<p>ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ СКАНИРОВАНИИ ОБЛАСТИ ВОРОТ ПОЧКИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ВВЕРХУ РАЗВЕРТКИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ</p> <p>1. почечная вена</p> <p>2. лимфатические протоки почечного синуса</p> <p>3. лоханка почки</p> <p>4. мочеточник</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
327.	<p>ПРИ ПРОДОЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА НА УРОВНЕ ДИАФРАГМАЛЬНОГО КОНТУРА ПЕЧЕНИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ</p> <p>1. верхний полюс правой почки</p> <p>2. ворота почки</p> <p>3. задняя губа почки</p> <p>4. нижний полюс правой почки</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
328.	<p>ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕФОРМАЦИЯ</p> <p>1. апикальной части</p> <p>2. левого контура поперечного среза</p> <p>3. периуретральной зоны</p> <p>4. ректального контура поперечного среза</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
329.	<p>ПРИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОМ УЗИ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗМОЖНА В СТАДИИ</p> <p>1. в любой стадии</p> <p>2. T1</p> <p>3. T2</p> <p>4. T3</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
330.	<p>ПРИ УЗИ В ПОЧКЕ ВЫЯВЛЕНО КИСТОЗНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ С ТОЛСТОЙ СТЕНКОЙ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ В ПОЛОСТИ -</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

	<p>РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведение серологических проб и КТ</li> <li>2. компьютерная томография с контрастным усилением</li> <li>3. проведение внутривенной урографии</li> <li>4. проведение серологических проб для исключения паразитарного образования</li> </ol>			
331.	<p>ПРИ УЗИ ВЫЯВЛЕН ДИВЕРТИКУЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. исследовать забрюшинные и паховые лимфоузлы</li> <li>2. исследовать предстательную железу</li> <li>3. исследовать лоханки почек для выявления возможного заброса жидкости в лоханки</li> <li>4. определить объем остаточной мочи в мочевом пузыре и дивертикуле</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
332.	<p>ПРОЕКЦИЯ НОРМАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕННОГО НАДПОЧЕЧНИКА СООТВЕТСТВУЕТ УРОВНЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 11-12 грудного позвонка</li> <li>2. 2-3 поясничных позвонков</li> <li>3. 9-10 грудного позвонка</li> <li>4. 1-2 поясничных позвонков</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
333.	<p>ПРОСТАЯ КИСТА ПОЧКИ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. аномалия развития канальцевых структур</li> <li>2. "холодный" абсцесс почки</li> <li>3. отшнурованная чашечка первого порядка</li> <li>4. результат метаплазии эпителия канальцевых структур</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
334.	<p>СООТНОШЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ПАРЕНХИМЫ И ТОЛЩИНЫ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА У ГИПОПЛАЗИРОВАННОЙ ПОЧКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. не нарушено</li> <li>2. нарушено</li> <li>3. нарушено в сторону уменьшения значения соотношения</li> <li>4. нарушено при наличии нефрокальциноза</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
335.	<p>СПЕРМАТОЦЕЛЕ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. жидкость в полости мошонки между оболочками яичка</li> <li>2. киста семенного канатика</li> <li>3. расширение вен семенного</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6



	канатика 4. расширение канальцевых структур и вен семенного канатика			
336.	СПЕЦИФИЧЕСКИЕ УЗ-ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА 1. не существуют 2. существуют 3. существуют только при наличии клеточной инфильтрации 4. существуют только при наличии отека стромы	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-7
337.	СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ЦИСТИТА 1. имеются 2. имеются, при выявлении взвеси в мочевом пузыре 3. имеются, при выявлении полипозных разрастаний по внутреннему контуру мочевого пузыря 4. не существуют	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
338.	У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ (1 ТРИМЕСТР) ПРИ УЗИ ОТМЕЧАЕТСЯ ДИЛАТАЦИЯ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ ДО 1,0 СМ - ЭТО 1. это может быть как в норме, так и при патологии 2. норма 3. норма при наличии крупного плода 4. патология при наличии в анамнезе хронического пиелонефрита	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
339.	У ВЗРОСЛЫХ ПРИ УЗИ В НОРМЕ 1. лоханка не визуализируется при исследовании натощак или при обычном питьевом режиме 2. лоханка не визуализируется 3. передне-задний размер лоханки не превышает 1,5 см 4. передне-задний размер почечной лоханки не превышает 1,0 см	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
340.	У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. корковое вещество надпочечников 2. мозговое вещество надпочечников 3. эмбриональное корковое вещество надпочечников 4. синус надпочечников	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
341.	У ПАЦИЕНТА С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ УЗИ ОТМЕЧАЕТСЯ ДИЛАТАЦИЯ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОБЕИХ ПОЧЕК, НАИБОЛЕЕ	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

	<p>ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ЕЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. полиурия</li> <li>2. интерстициальный нефрит</li> <li>3. некротические изменения в стенке мочеточников</li> <li>4. склеротические изменения в стенке чашечно-лоханочной системы</li> </ol>			
342.	<p>УЗ-ПРИЗНАКАМИ АБСЦЕССА В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. анэхогенная полость с толстой, неровной капсулой и взвесью</li> <li>2. анэхогенная полость с тонкой капсулой</li> <li>3. железа плотно-эластической консистенции</li> <li>4. железа хрящевой плотности</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-7
343.	<p>УЗ-ПРИЗНАКАМИ КСАНТУГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. опухолевидные структуры в паренхиме, коралловидный камень в почке</li> <li>2. множественные петрификаты в паренхиме</li> <li>3. 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 зон</li> <li>4. синдром "выделяющихся" пирамидок</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
344.	<p>УЗ-ПРИЗНАКОМ КАРБУНКУЛА ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гиперэхогенная зона с четкой границей, либо - гипоехогенная зона с нечеткой границей в паренхиме</li> <li>2. анэхогенная зона овально-вытянутой формы в почечном синусе</li> <li>3. диффузная неоднородность паренхимы, снижение эхогенности почечного синуса</li> <li>4. синдром "выделяющихся" пирамидок</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5

345.	<p>УРЕТЕРОЦЕЛЕ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря</li> <li>2. мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыря с образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря</li> <li>3. полиповидное разрастание в области устья мочеточника</li> <li>4. киста, связанная с лоханкой или чашечкой</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
346.	<p>ХИРУРГИЧЕСКАЯ КАПСУЛА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. капсула между наружной и внутренней частями железы</li> <li>2. капсула предстательной железы</li> <li>3. перипростатическая капсула</li> <li>4. периуретральная зона</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6
347.	<p>ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ХПН ЧАЩЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дает уменьшение почки с одной стороны и увеличение контралатеральной почки</li> <li>2. дает двустороннее увеличение почек, с отеком паренхимы, снижением эхогенности паренхимы</li> <li>3. дает одностороннее увеличение почек с повышением эхогенности кортикального слоя</li> <li>4. не дает уз-изменений</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
348.	<p>ЧАЩЕ АДЕНОМУ НАДПОЧЕЧНИКА ЭХОГРАФИЧЕСКИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. с диффузной формой гиперплазии надпочечника</li> <li>2. с надпочечниковой гематомой</li> <li>3. с простой кистой надпочечника</li> <li>4. с туберкулезным поражением надпочечников</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК1, ПК-5
349.	<p>ЧАЩЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в передней фибромускулярной зоне</li> <li>2. в переходных зонах</li> <li>3. в периферической зоне</li> <li>4. в центральной зоне</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
350.	<p>ЭХОГЕННОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выше эхогенности нормальной паренхимы печени</li> <li>2. ниже эхогенности нормальной</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

	<p>паренхимы печени</p> <p>3. равна эхогенности нормальной паренхимы печени</p> <p>4. пониженная</p>			
351.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКИ В ВОРОТАХ НОРМАЛЬНОЙ ПОЧКИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА НАТОЩАК ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ</p> <p>1. почечная вена, почечная артерия</p> <p>2. лимфатические протоки почечного синуса</p> <p>3. почечная вена, почечная артерия, лоханка и чашечки первого порядка</p> <p>4. только почечная вена</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6
352.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА</p> <p>1. увеличение придатка и яичка, снижение эхогенности ткани яичка и придатка за счет появления множественных мелких гипоанэхогенных зон больших размеров с нечеткой границей</p> <p>2. увеличение придатка и яичка, снижение эхогенности ткани яичка и придатка, появления множественных зон повышенной эхогенности</p> <p>3. уменьшение размеров придатка и яичка с повышением эхогенности их и явлениями атрофии</p> <p>4. уменьшение размеров яичка с понижением его эхогенности</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
353.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА</p> <p>1. увеличение придатка и яичка, снижение эхогенности ткани яичка и придатка за счет появления множественных мелких гипоанэхогенных зон или гипозхогенных зон больших размеров с нечеткой границей</p> <p>2. увеличение придатка и яичка, снижение эхогенности ткани яичка и придатка, появления множественных зон повышенной эхогенности</p> <p>3. увеличение размеров придатка яичка и резкое повышение эхогенности яичка и придатка за счет клеточной инфильтрации</p> <p>4. уменьшение размеров придатка и яичка с повышением эхогенности</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6

	их и явлениями атрофии			
354.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОЛИКИСТОЗА ВЗРОСЛОГО ТИПА ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>множественные кисты почек, двусторонний характер поражения</li> <li>гиперэхогенные включения 1-2 мм в почках</li> <li>Множественные кисты, односторонний характер поражения</li> <li>зоны пониженной эхогенности, деформирующие наружный контур паренхимы почки</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
355.	<p>СПЛЕНОМА ИЛИ СПЛЕНОАДЕНОМА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>доброкачественная опухоль селезенки</li> <li>злокачественная опухоль селезенки</li> <li>узловая гиперплазия селезенки</li> <li>узловая гипертрофия селезенки</li> <li>врожденная аномалия развития селезенки</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
356.	<p>ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА СЕЛЕЗЕНКИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>в области полюсов</li> <li>в средней части органа</li> <li>нет преимущественной локализации</li> <li>субкапсулярно</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-7
357.	<p>ЛИМФОСАРКОМА СЕЛЕЗЕНКИ НА ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ КАК</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>гиперэхогенное образование со смешанной структурой</li> <li>гиперэхогенное образование, прорастающее за пределы капсулы селезенки и деформирующее ее</li> <li>гипоэхогенное образование со смешанной структурой</li> <li>мультилокулярное образование смешанной эхогенности и неоднородной структуры занимающее обычно большую часть паренхимы</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
358.	<p>ПРИ УЗИ ИНФАРКТ СЕЛЕЗЕНКИ В ОСТРОЙ СТАДИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>образование с нечеткими контурами, повышенной эхогенностью</li> <li>образование с нечеткими контурами, пониженной эхогенностью</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-2

	<p>3. образование с четкими контурами, повышенной эхогенностью</p> <p>4. образование с четкими контурами, пониженной эхогенностью</p>			
359.	<p>ПРИ УЗИ ИНФАРКТ СЕЛЕЗЕНКИ В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. образование с нечеткими контурами, повышенной эхогенностью</p> <p>2. образование с нечеткими контурами, пониженной эхогенностью</p> <p>3. образование с четкими контурами, повышенной эхогенностью</p> <p>4. образование с четкими контурами, пониженной эхогенностью</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
360.	<p>В НОРМЕ КРОВОТОК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЦДК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>1. невыраженным паренхиматозным кровотоком</p> <p>2. наличием сосудов в области полюсов железы</p> <p>3. хорошо выраженным паренхиматозным кровотоком</p> <p>4. выраженный кровоток картируется только по периферии щитовидной железы</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
361.	<p>В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА СОСТОИТ В ОСНОВНОМ ИЗ:</p> <p>1. жировой ткани</p> <p>2. соединительной ткани</p> <p>3. элементов железистой и жировой ткани, протоков</p> <p>4. элементов формирующейся железистой ткани и протоков</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 9
362.	<p>ВО ВТОРУЮ ФАЗУ ЦИКЛА ЭХОГЕННОСТЬ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ БУДЕТ:</p> <p>1. выше чем в первую фазу</p> <p>2. ниже чем в первую фазу</p> <p>3. такой же как и в первую фазу</p> <p>4. эхогенность не зависит от фазы цикла</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
363.	<p>ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ПРИ ЦДК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1. отсутствием или минимальным паренхиматозным кровотоком</p> <p>2. появлением локальной гиперваскуляризации в виде островков паренхимы с усиленным кровотоком</p> <p>3. тотальным усилением</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

	<p>паренхиматозного кровотока в виде симптома "пожара"</p> <p>4. усилением паренхиматозного кровотока в виде единичных светящихся точек</p> <p>5.</p>			
364.	<p>ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ИХ ОРИЕНТАЦИЯ В ОРГАНЕ:</p> <p>1. диагональная</p> <p>2. вертикальная</p> <p>3. горизонтальная</p> <p>4. смешанная</p> <p>5.</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-5
365.	<p>ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ИХ ОРИЕНТАЦИЯ В ОРГАНЕ:</p> <p>1. диагональная</p> <p>2. вертикальная</p> <p>3. горизонтальная</p> <p>4. ориентация значения не имеет</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 9
366.	<p>ДЛЯ ИНВОЛЮЦИИ МЛЕЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ТИПИЧНО:</p> <p>1. дилатация всех протоков с размыванием контура стенки</p> <p>2. кистозное расширение некоторых протоков с формированием мелких кист</p> <p>3. уменьшение количества млечных протоков</p> <p>4. формирование единичных больших кистозных полостей</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
367.	<p>ДЛЯ ОСТРОГО СТРУМИТА И ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>1. изменение размеров щитовидной железы не имеет значения</p> <p>2. неизменные размеры щитовидной железы</p> <p>3. увеличение размеров щитовидной железы</p> <p>4. асимметрия размеров долей щитовидной железы</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
368.	<p>ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:</p> <p>1. любую форму, четкие/нечеткие контуры, дорсальное ослабление</p> <p>2. овальную форму, ровные четкие/нечеткие контуры, однородную эхоструктуру, различную эхогенность</p> <p>3. округлую форму, неровные</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-5

	<p>контуры, низкую экзогенность, дорзальное усиление/ослабление</p> <p>4. овальную форму, вертикальную ориентацию в органе, гетерогенную структуру, преимущественно гипозоногенная</p>			
369.	<p><b>ЗВЕЗДЧАТАЯ ФОРМА ОБРАЗОВАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</b></p> <p>1. нетипичную кисту</p> <p>2. скirrosную форму рака</p> <p>3. узловую форму дисгормональной гиперплазии</p> <p>4. фиброаденому.</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
370.	<p><b>ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</b></p> <p>1. кистозно-солидной структурой сниженной экзогенности</p> <p>2. однородной солидной структурой сниженной экзогенности</p> <p>3. однородной/неоднородной, смешанной/солидной структурой</p> <p>4. анэхогенной структурой с толстыми стенками и эховзвесью в просвете</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-7
371.	<p><b>МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН ДО 40 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ:</b></p> <p>1. КТ</p> <p>2. КТ и эхография</p> <p>3. рентгеновская маммография</p> <p>4. эхография молочных желез.</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-5
372.	<p><b>НАИМЕНЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:</b></p> <p>1. медулярной</p> <p>2. папиллярной</p> <p>3. скirrosной</p> <p>4. цистаденокарциноме</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
373.	<p><b>ОБ АПЛАЗИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:</b></p> <p>1. отсутствие изображения ткани железы</p> <p>2. смещение мышц</p> <p>3. смещение сосудистого пучка</p> <p>4. отсутствие левой доли щитовидной железы</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-5
374.	<p><b>ПЛОХО ДОСТУПНЫ ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОНТРОЛЯ СЛЕДУЮЩИЕ РЕГИОНАРНЫЕ ЗОНЫ ЛИМФООТТОКА:</b></p> <p>1. загрудинные</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6



	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. надключичные</li> <li>3. подключичные</li> <li>4. подмышечные</li> </ul>			
375.	<p>ПОСЛЕ "РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ" УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. отека и разрастания соединительной ткани</li> <li>2. увеличения количества всех тканей, формирующих молочную железу</li> <li>3. увеличения количества железистой ткани</li> <li>4. увеличения количества жировой клетчатки.</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 2
376.	<p>ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВЕРХНЕ-ВНУТРЕННЕМ КВАДРАНТЕ РАНЬШЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ ЛИМФОУЗЛЫ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. переднего средостения</li> <li>2. передние и центральные подмышечные прилежащей стороны</li> <li>3. передние подмышечные прилежащей стороны</li> <li>4. подмышечные с противоположной стороны</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	УК 3, ПК-5
377.	<p>ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДИФFUЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПТИМАЛЬНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. УЗИ и МРТ</li> <li>2. УЗИ и определение гормонов щитовидной железы</li> <li>3. УЗИ и рентгеновская компьютерная томография</li> <li>4. сцинтиграфия</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 9
378.	<p>КПЕРЕДИ ОТ ПЕРЕШЕЙКА И ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ДОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЫШЦЫ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. грудино-ключично-сосцевидная</li> <li>2. нет никаких мышц</li> <li>3. подкожная</li> <li>4. предщитовидные</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6
379.	<p>ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. неправильная форма</li> <li>2. округлая форма</li> <li>3. округлая форма с четкими</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5

	<p>неровными контурами</p> <p>4. правильная форма</p>			
380.	<p>ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неровные размытые контуры</li> <li>2. неровные, но четкие контуры</li> <li>3. ровные, четкие контуры</li> <li>4. четкая дифференцировка передней и задней стенки</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
381.	<p>ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПИЩЕВОД ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. слева от трахеи</li> <li>2. справа от сосудистого пучка</li> <li>3. справа от трахеи</li> <li>4. позади трахеи</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-5
382.	<p>ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ИЗМЕРЯТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. длину, кривизну, размер долей и толщину перешейка</li> <li>2. длину, ширину и толщину каждой доли и толщину перешейка</li> <li>3. периметр щитовидной железы на поперечной томограмме</li> <li>4. площадь всей железы</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
383.	<p>ПРИЗНАКИ ДИФFUЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. диффузном токсическом и нетоксическом зобах, тиреоидитах</li> <li>2. смешанном диффузно-узловом зобе</li> <li>3. тиреоидитах, раке щитовидной железы</li> <li>4. узловом зобе, аутоиммунных тиреоидитах.</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
384.	<p>САМОЕ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. медуллярной</li> <li>2. папиллярной</li> <li>3. скirrosной</li> <li>4. смешанной</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 9
385.	<p>СВЯЗКИ КУПЕРА У ЖЕНЩИН 30-45 ЛЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. визуализируется в виде гиперэхогенных толстых (более 3 мм)</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 2, ПК-6

	<p>тяжей вокруг жировой ткани</p> <p>2. визуализируется в виде гипоехогенных тяжей вокруг жировой ткани</p> <p>3. визуализируется в виде тонких (менее 1 мм) гиперэхогенных линейных структур в передних отделах молочной железы</p> <p>4. практически не дифференцируется</p>			
386.	<p>УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ВНУТРИПРОТОВОКОВЫХ ПАПИЛЛОМ:</p> <p>1. изолированное расширение протока</p> <p>2. солидное образование на фоне дилатированного протока</p> <p>3. солидное образование округлой формы различной эхогенности</p> <p>4. анэхогенное многокамерное образование</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6
387.	<p>ЭХОГЕННОСТЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РЕБЕНКА СОПОСТАВЛЯЮТ</p> <p>1. с печенью</p> <p>2. с шейными лимфоузлами</p> <p>3. с яичком</p> <p>4. со слюнными железами.</p>	4		УК-3, ПК-5
388.	<p>АМПЛИТУДА ДВИЖЕНИЯ КОРНЯ АОРТЫ В СИСТОЛУ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>1. 2-5 мм</p> <p>2. 5-7 мм</p> <p>3. более 7 мм</p> <p>4. менее 2 мм</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
389.	<p>В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ КАРЦИНОИДНОМ СИНДРОМЕ ПОРАЖАЕТСЯ..... КЛАПАН:</p> <p>1. аортальный</p> <p>2. верно все перечисленное</p> <p>3. легочной артерии</p> <p>4. трикуспидальный</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
390.	<p>В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:</p> <p>1. лимфома</p> <p>2. липома</p> <p>3. миксома</p> <p>4. саркома</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
391.	<p>ВЕГЕТАЦИИ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ СОСТАВЛЯЮТ В ДИАМЕТРЕ:</p> <p>1. 5-10 мм</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. более 10 мм</li> <li>3. менее 7 мм</li> <li>4. менее 5 мм</li> </ol>			
392.	<p>ДЛЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ТРАНСМИТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ПОЗИЦИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. апикальная четырехкамерная</li> <li>2. парастервальная длинная ось левого желудочка</li> <li>3. парастервальная короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц</li> <li>4. супрастервальная короткая ось</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
393.	<p>ДЛЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАПИЛЛЯРНЫХ МЫШЦ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛУЖИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. парастервальная длинная ось левого желудочка</li> <li>2. парастервальная короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц</li> <li>3. парастервальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты</li> <li>4. супрастервальная длинная ось</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
394.	<p>ДЛЯ СТЕНОЗА ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. аортальная регургитация</li> <li>2. замедление потока крови через него</li> <li>3. легочная регургитация</li> <li>4. ускорение потока крови через него</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
395.	<p>ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ СУБАОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАГНОСТИРУЮТ ПО ГРАДИЕНТУ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ АОРТОЙ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ В СИСТОЛУ, РАВНОМУ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10-30 мм рт. ст.</li> <li>2. 30-50 мм рт. ст.</li> <li>3. 5-10 мм рт. ст.</li> <li>4. Более 50 мм рт ст.</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК1, ПК-6
396.	<p>НЕБОЛЬШОЙ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 300 мл</li> <li>2. до 100 мл</li> <li>3. до 1200 мл</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6

	4. до 200 мл			
397.	ОПТИМАЛЬНОЙ ПОЗИЦИЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ КОМИССУР СТВОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. апикальная двухкамерная позиция 2. апикальная пятикамерная позиция 3. парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц 4. парастернальная позиция- короткая ось на уровне корня аорты	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
398.	ОТКРЫТИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ СТЕНОЗЕ РАВНО: 1. 10-12 мм 2. 12 мм 3. 12-14 мм 4. 15-17 мм	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-3
399.	ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СТРЕСС-ЭХОКГ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. ишемическая болезнь сердца 2. миксома 3. перикардит 4. аневризма аорты	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
400.	ПОКАЗАТЕЛЬ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НА ФОНЕ АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ ИЗМЕНЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ 1. возрастает 2. остается неизменным 3. составляет 50-70% 4. резко уменьшается до 30%	1	ВК ТК ГИА	УК1, ПК-5
401.	РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА НА ОСНОВАНИИ: 1. атеросклероза стенок аорты 2. кальциноза стенок аорты 3. митральной регургитации 4. участка отслойки интимы аорты	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
402.	СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: 1. 0,3-0,6 м/с 2. 0,6-1,1 м/с 3. 1,1-1,5 м/с 4. 1,5-2,0 м/с	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК6

403.	СОСТОЯНИЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ОЦЕНИВАЮТ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИЕ В СЛЕДУЮЩЕЙ СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИИ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. апикальная четырехкамерная</li> <li>2. парастеральная длинная ось левого желудочка</li> <li>3. парастеральная позиция - короткая ось на уровне корня аорты</li> <li>4. субкостальная</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
404.	СТЕПЕНЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ПРИ ЦДК МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ КАК НЕБОЛЬШУЮ, ЕСЛИ ПЛОЩАДЬ СТРУИ ЗАНИМАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ПРОЦЕНТ ОТ ОБЪЕМА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 20-30%</li> <li>2. 30-40%</li> <li>3. более 40%</li> <li>4. менее 20%</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
405.	СТРУЮ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ПРИ ДОППЛЕРОВСКОМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОЦЕНИВАЮТ В СЛЕДУЮЩЕЙ СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИИ: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. апикальная двухкамерная позиция</li> <li>2. апикальная четырехкамерная позиция</li> <li>3. парастеральная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц</li> <li>4. субкостальная</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
406.	ТОЛЩИНА СТЕНКИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. увеличена</li> <li>2. увеличена или нормальная</li> <li>3. уменьшена</li> <li>4. уменьшена или нормальная</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
407.	ТОЛЩИНА СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТРОФИИ НЕБОЛЬШОЙ СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10-12 мм</li> <li>2. 12-14 мм</li> <li>3. 14-16 мм</li> <li>4. Более 20 мм</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
408.	УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ БЫТЬ	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6

	<p>ПРИЗНАКОМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. бактериального эндокардита</li> <li>2. гиповолемии</li> <li>3. декомпенсированного порока</li> <li>4. легочном сердце</li> </ol>			
409.	<p>В НОРМЕ В ВЕРХНЕЙ БРЪЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КРОВОТОК С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. высоким</li> <li>2. низким</li> <li>3. средним</li> <li>4. умеренным</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
410.	<p>В НОРМЕ В ЧРЕВНОМ СТВОЛЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КРОВОТОК С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. высоким</li> <li>2. низким</li> <li>3. средним</li> <li>4. умеренным</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
411.	<p>В НОРМЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ В ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЯХ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0,7-1,0</li> <li>2. более 1,0</li> <li>3. менее 0,7</li> <li>4. 0,7-0,75</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-3
412.	<p>В НОРМЕ ОТНОШЕНИЕ ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ В ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ К ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ В АОРТЕ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. более 3,5</li> <li>2. менее 3,5</li> <li>3. равно 3,5</li> <li>4. менее или равно 4,0</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
413.	<p>ДИАМЕТР АОРТЫ ПРИ АНЕВРИЗМЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 20-30 мм</li> <li>2. более 30 мм</li> <li>3. более 40 мм</li> <li>4. более 15 мм</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
414.	<p>КЛАССИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ АРТЕРИЙ ВИЛЛИЗИЕВОГО КРУГА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 1 передняя соединительная артерия, 2 задние соединительные артерии</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1

	<p>2. 2 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 2 передние соединительные артерии, 1 задняя соединительная артерия</p> <p>3. 1 передняя мозговая артерия, 2 средние мозговые артерии, 2 задние мозговые артерии, 1 соединительная артерия</p> <p>4. 2 передние мозговые артерии, 1 передние мозговые артерии, 2 средние мозговые артерии, 1 задняя мозговая артерия, 2 соединительные артерии</p>			
415.	<p>КОЛИЧЕСТВЕННОЙ МЕРОЙ ТУРБУЛЕНТНОСТИ ПОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. Индекс Пурсело</p> <p>2. Плотность крови</p> <p>3. Число Рейнольдса</p> <p>4. Ренально-аортальный индекс</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
416.	<p>КОЛЛАТЕРАЛЬНЫЙ ТИП КРОВОТОКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>1. острой вершиной в систолу, обратным кровотоком в период ранней диастолы и кровотоком в период поздней диастолы</p> <p>2. расширением, расщеплением пика в систолу, отсутствием обратного кровотока в диастолу</p> <p>3. снижением и закруглением систолического пика, замедленным подъемом и спадом кривой скорости кровотока</p> <p>4. обратным кровотоком в период поздней диастолы</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6
417.	<p>ЛЕВАЯ ПОДКЛЮЧИЧНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ</p> <p>1. Аорты</p> <p>2. Брахиоцефального ствола</p> <p>3. ОСА</p> <p>4. Позвоночной артерии</p>	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-3
418.	<p>ЛИНЕЙНАЯ СКОРОСТЬ КРОВОТОКА - ЭТО:</p> <p>1. масса крови в кг/мин и г/сек</p> <p>2. перемещение частиц потока за единицу времени в м/сек, измеренное в конкретной точке</p> <p>3. перемещение частиц потока за единицу времени в см/сек, измеренное в конкретной точке</p> <p>4. длина сосуда, которую преодолевает</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5



	частица за единицу времени, измеренное в конкретных точках			
419.	<p><b>МАГИСТРАЛЬНЫЙ ТИП КРОВОТОКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. острой вершиной в систолу, обратным кровотоком в период ранней диастолы и кровотоком в период поздней диастолы</li> <li>2. расширением, расщеплением пика в систолу, отсутствием обратного кровотока в диастолу</li> <li>3. снижением и закруглением систолического пика, замедленным подъемом и спадом кривой скорости кровотока</li> <li>4. расщепленной вершиной в систолу, резким спадом кровотока в период ранней диастолы и постепенным снижением кровотока в период поздней диастолы</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
420.	<p><b>НА УЧАСТКЕ ОККЛЮЗИРУЮЩЕГО ТРОМБА СИГНАЛ КРОВОТОКА</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствует</li> <li>2. Регистрируется</li> <li>3. Регистрируется монофазный тип потока</li> <li>4. Регистрируется ретроградный тип кровотока</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
421.	<p><b>НАПРАВЛЕНИЕ КРОВОТОКА В НОРМЕ В ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. К датчику</li> <li>2. Может быть различным</li> <li>3. От датчика</li> <li>4. Непостоянное</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
422.	<p><b>ОБЪЕМНАЯ СКОРОСТЬ КРОВОТОКА - ЭТО:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. быстрота движения конкретных частиц крови и переносимых ею веществ</li> <li>2. количество крови, протекающее через поперечное сечение сосуда за единицу времени в мл/мин или мл/сек</li> <li>3. количество крови, протекающее через продольное сечение сосуда за единицу времени в мл/мин или мл/сек</li> <li>4. длина сосуда, которую преодолевает частица за единицу времени, измеренное в конкретных точках</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК1, ПК-6
423.	<b>ОККЛЮЗИЯ НАЧАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ</b>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1

	<p>ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. "Молчание" позвоночной артерии в среднем сегменте</li> <li>2. Затрудненная перфузия на всем протяжении позвоночной артерии</li> <li>3. Отсутствие сигнала от устья позвоночной артерии, остаточный поток в субкраниальных сегментах, признаки функционирования мышечных коллатералей</li> <li>4. Повышение периферического сопротивления в бассейне позвоночной артерии</li> </ol>			
424.	<p>ПЕРЕХОДНЫЙ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНЫЙ СИНДРОМ ОБКРАДЫВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Окклюзии подключичной артерии</li> <li>2. Стенозе более 60% подключичной артерии</li> <li>3. Стенозе менее 60% подключичной артерии</li> <li>4. Стенозе более 30% подключичной артерии</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
425.	<p>ПРАВАЯ ПОДКЛЮЧИЧНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Аорты</li> <li>2. Брахиоцефального ствола</li> <li>3. Общей сонной артерии</li> <li>4. Позвоночной артерии</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
426.	<p>ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ В АРТЕРИИ, ПИТАЮЩЕЙ МАЛЬФОРМАЦИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не изменяется</li> <li>2. Повышено</li> <li>3. Понижено</li> <li>4. Переменное</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
427.	<p>ПРИ ГИПОКАПНИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПРОИСХОДИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вазоспазм магистрального сосуда</li> <li>2. Расширение резистивных сосудов</li> <li>3. Снижение тонуса магистрального сосуда</li> <li>4. Сужение резистивных сосудов</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
428.	<p>ПРИ ОККЛЮЗИИ ИЛИ ТОТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВСА КРОВОТОК В ОДНОИМЕННОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Коллатерального типа</li> <li>2. Магистрального типа</li> <li>3. Не регистрируется</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6

	4. Переменного типа			
429.	<p>ПРИ ОККЛЮЗИИ ОСНОВНОЙ АРТЕРИИ ОТМЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. периферического сопротивления в позвоночной артерии на одной стороне</li> <li>2. периферического сопротивления в позвоночных артериях с обеих сторон</li> <li>3. Снижение кровотока в ОСА</li> <li>4. Снижение кровотока и повышение индекса</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-3
430.	<p>ПРИ СДАВЛЕНИИ ВЕН ДАТЧИКОМ ПРИ ОККЛЮЗИРУЮЩЕМ ТРОМБОЗЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стенки не спадаются, исчезает просвет</li> <li>2. Стенки спадаются, исчезает просвет</li> <li>3. Стенки спадаются, просвет не исчезает</li> <li>4. Стенки спадаются не полностью, не исчезает просвет</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
431.	<p>ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ ТЕСТЕ РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИИ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ Vs В ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возрастает</li> <li>2. Не меняется</li> <li>3. Снижается одновременно</li> <li>4. Имеет переменный тип</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6
432.	<p>ПРИ СТЕНОЗАХ ВСА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ДИСТАЛЬНОЕ УСТЬЯ ГЛАЗНОЙ АРТЕРИИ 80% ПО ДИАМЕТРУ НАПРАВЛЕНИЕ КРОВОТОКА ПО ГОМОЛАТЕРАЛЬНОЙ ГЛАЗНОЙ АРТЕРИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антеградное</li> <li>2. Отсутствует</li> <li>3. Ретроградное</li> <li>4. Реверсивное</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
433.	<p>ПРИ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ БОЛЕЕ 60% ОТНОШЕНИЕ ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ В ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ К ПИК-СИСТОЛИЧЕСКОЙ В АОРТЕ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. более 3,5</li> <li>2. менее 3,5</li> <li>3. равно 3,5</li> <li>4. более 2,5</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5

434.	<p>ТИП КРОВОТОКА В ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПОЛНОМ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНОМ СИНДРОМЕ ОБКРАДЫВАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Коллатеральный</li> <li>2. Магистрально-измененный</li> <li>3. Магистральный</li> <li>4. Напряженный</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
435.	<p>ТУРБУЛЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. большого количества вихрей разного размера с хаотичным изменением скорости</li> <li>2. параллельно перемещающихся слоев жидкости, которые не перемешиваются друг с другом</li> <li>3. потоков, направленных противоположно к направлению тока крови</li> <li>4. хаотично перемещающихся слоев жидкости, которые не перемешиваются друг с другом</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
436.	<p>III СТАДИЯ РАКА МАТКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инвазия процесса на глубину 2/3 толщины миометрия</li> <li>2. опухолевый процесс с ближайшими метастазами</li> <li>3. опухолевый процесс с отдаленными метастазами</li> <li>4. опухоль, проросшая весь миометрий до серозной оболочки</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
437.	<p>ВАРИАНТАМИ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипозоженная внутренняя структура с мелкодисперсной взвесью</li> <li>2. неравномерно утолщенные стенки</li> <li>3. однородная внутренняя структура повышенной эхогенности</li> <li>4. смешанное внутреннее строение</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-3
438.	<p>ВИЗУАЛИЗАЦИЯ СОСУДИСТОГО СПЛЕТЕНИЯ В ОБЛАСТИ БОКОВОГО КРАЯ ТЕЛА МАТКИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. аркуатным сосудам</li> <li>2. внутренней подвздошной вене</li> <li>3. маточным артерии и вене</li> <li>4. наружной подвздошной артерии</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
439.	<p>ГРАВИДАРНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ МОЖЕТ НЕ</p>	3	ВК ТК ГИА	УК1, ПК-5

	<p>ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. маточной беременности малого срока</li> <li>2. шеечной беременности</li> <li>3. эктопической беременности иных локализаций</li> <li>4. беременности двурогой матки</li> </ol>			
440.	<p>ДЕФОРМАЦИЯ "М-ЭХО" В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МИОМ МАТКИ ЛОКАЛИЗАЦИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. интрамуральной</li> <li>2. наблюдается при любых видах локализаций миом</li> <li>3. субмукозной</li> <li>4. субсерозно-интрамуральной</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6
441.	<p>ДОСТОВЕРНЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ложное плодное яйцо</li> <li>2. плодное яйцо с эмбрионом вне полости матки</li> <li>3. свободная жидкость в позадиматочном пространстве</li> <li>4. увеличение размеров матки</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
442.	<p>ЗНАЧЕНИЕ ОБЪЕМА НЕИЗМЕНЕННОГО ЯИЧНИКА ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НЕ ПРЕВЫШАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10 см<sup>3</sup></li> <li>2. 2 см<sup>3</sup></li> <li>3. 5 см<sup>3</sup></li> <li>4. 8 см<sup>3</sup></li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК1, ПК-5
443.	<p>ЗНАЧЕНИЯ М-ЭХО МАТКИ В НОРМЕ У ПАЦИЕНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 мм</li> <li>2. 10 мм</li> <li>3. 3 мм</li> <li>4. 5 мм</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6
444.	<p>КРИВЫЕ СКОРОСТЕЙ КРОВОТОКА В ОПУХОЛЕВОМ УЗЛЕ ПРИ РАКЕ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. возрастанием систолической скорости</li> <li>2. возрастанием численных значений индекса резистентности</li> <li>3. снижением диастолической скорости</li> <li>4. снижением численных значений индекса резистентности</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5. ПК-6

445.	<p>КРИВЫЕ СКОРОСТЕЙ КРОВОТОКА В ЯИЧНИКОВЫХ СОСУДАХ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. возрастанием численных значений индекса резистентности</li> <li>2. снижением диастолической скорости</li> <li>3. снижением систолической скорости</li> <li>4. снижением численных значений индекса резистентности</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
446.	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. деформация и смещение "м-эхо"</li> <li>2. деформация контуров матки</li> <li>3. отклонение матки от средней линии малого таза</li> <li>4. смещение матки кпереди</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-5
447.	<p>НОРМАТИВНЫМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ДЛИНЫ ТЕЛА МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 20-41 мм</li> <li>2. 30-59 мм</li> <li>3. 40-60 мм</li> <li>4. 50-80 мм</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК-5
448.	<p>ОБЫЧНО СОЧЕТАЮТСЯ С ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. желтого тела</li> <li>2. параовариальные</li> <li>3. тека-лютеиновые</li> <li>4. фолликулярные</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-5
449.	<p>ОСНОВНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ И КИСТЫ НАБОТОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. включение анэхогенной структуры вблизи наружного зева</li> <li>2. гиперэхогенная полоска вокруг анэхогенного включения</li> <li>3. мелкодисперсная взвесь внутри включения</li> <li>4. гиперэхогенное включение в стенке кисты</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
450.	<p>ОТЕК МИОМАТОЗНОГО УЗЛА МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПРИ:</p>	4	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. исчезновении дальнего контура образования</li> <li>2. наличии включений в узле миомы</li> <li>3. повышении эхогенности образования в матке</li> <li>4. снижении эхогенности и усилении дальнего контура образования</li> </ol>			
451.	<p>ОСНОВНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА И ГИПОПЛАЗИИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дифференциальную диагностику проводить не следует, так как понятия "генитальный инфантилизм" и "гипоплазия матки" являются синонимами</li> <li>2. уменьшение размеров в сочетании с изменением соотношения длины тела матки к длине шейки</li> <li>3. уменьшение размеров правильно сформированных тела и шейки матки</li> <li>4. уменьшение любого из размеров матки</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
452.	<p>ПРОДОЛЬНЫЙ РАЗМЕР ЯИЧНИКА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 40 мм</li> <li>2. 45 мм</li> <li>3. 50 мм</li> <li>4. 55 мм</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-3
453.	<p>СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ДИАМЕТРА ЗРЕЛОГО Фолликула при ультразвуковом исследовании составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10-14 мм</li> <li>2. 12-15 мм</li> <li>3. 14-16 мм</li> <li>4. 18-23 мм</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
454.	<p>ТОЛЩИНА НЕИЗМЕНЕННОГО М-ЭХО МАТКИ В РАННЮЮ СТАДИЮ ФАЗЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10 мм</li> <li>2. 12 мм</li> <li>3. 2 мм</li> <li>4. 6 мм</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-5
455.	<p>УКАЖИТЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕКРОЗА МИОМАТОЗНОГО УЗЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гиперэхогенный ободок вокруг миоматозного узла</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. наличие ан-, гипоэхогенных зон в узле</li> <li>3. отдельные гиперэхогенные включения небольших размеров</li> <li>4. повышение эхогенности миоматозного узла</li> </ul>			
456.	<p><b>АБСОЛЮТНЫМИ ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. изменение формы плодного яйца</li> <li>2. локализация плодного яйца в средней трети полости матки</li> <li>3. локальное утолщение миометрия</li> <li>4. отсутствие сердечной деятельности эмбриона</li> </ul>	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-5
457.	<p><b>АГЕНЕЗИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Арахноидальными кистами</li> <li>2. Порэнцефалией</li> <li>3. Синдромом Денди-Уокера</li> <li>4. Синдромом Меккеля</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
458.	<p><b>БРОНХОГЕННАЯ КИСТА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В ВИДЕ ОБРАЗОВАНИЯ .....СТРУКТУРЫ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. гиперэхогенной</li> <li>2. кистозно-солидной</li> <li>3. кистозной</li> <li>4. гипоэхогенной с гиперэхогенными включениями</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-3
459.	<p><b>В НОРМЕ СЕРДЦЕ ЭМБРИОНА В 12 НЕДЕЛЬ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. двухкамерное</li> <li>2. трехкамерное</li> <li>3. четырехкамерное</li> <li>4. однокамерное</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
460.	<p><b>ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЭМБРИОНА ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНА:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. с 12 недель</li> <li>2. с 5 недель</li> <li>3. с 7 недель</li> <li>4. с 9 недель</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
461.	<p><b>ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЛИССЭНЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. большой цистерны</li> <li>2. зрительных бугров</li> <li>3. извилин полушарий мозга</li> <li>4. мозжечка</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-8



462.	<p>ДЛЯ АСИММЕТРИЧНОЙ ФОРМЫ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. непропорциональное отставание основных фетометрических показателей</li> <li>2. пропорциональное отставание основных фетометрических показателей</li> <li>3. фетометрические показатели неинформативны</li> <li>4. несоответствие массы плода и окружности живота 95-му перцентилю</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
463.	<p>ЖЕЛУДОЧКОВО-ПОЛУШАРНЫЙ ИНДЕКС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. отношение ширины тел боковых желудочков к бипариетальному размеру</li> <li>2. отношение ширины тел боковых желудочков к половине бипариетального размера</li> <li>3. отношение ширины тела бокового желудочка к бипариетальному размеру</li> <li>4. отношение ширины тела бокового желудочка к половине бипариетального размера</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
464.	<p>КИСТЫ СОСУДИСТЫХ СПЛЕТЕНИЙ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЮТСЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ В</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 12-16 недель</li> <li>2. 20-28 недель</li> <li>3. 30-34 недели</li> <li>4. 35-38 недель</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
465.	<p>НАИБОЛЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫ ЧИСЛЕННЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЭМБРИОНА В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. более 180 уд/мин</li> <li>2. менее 100 уд/мин</li> <li>3. менее 140 уд/мин</li> <li>4. менее 150 уд/мин</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-5
466.	<p>НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ПАРАМЕТРОМ БИОМЕТРИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ В 1 ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. бипариетальный размер головки эмбриона</li> <li>2. диаметр туловища эмбриона</li> <li>3. копчико-теменной размер эмбриона</li> <li>4. размеры матки</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
467.	<p>ОБНАРУЖЕНИЕ ГИПЕРЭХОГЕННЫХ УВЕЛИЧЕННЫХ ПОЧЕК ЧАЩЕ</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1

	<p>ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. двустороннего гидронефроза</li> <li>2. заднего уретрального клапана</li> <li>3. мультикистозной болезни почек</li> <li>4. поликистозной болезни почек инфантильного типа</li> </ol>			
468.	<p>ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 11-15 нед</li> <li>2. 16-22 нед.</li> <li>3. 23-27 нед.</li> <li>4. 28-32 нед.</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-3
469.	<p>ПИГОПАГИ ДИАГНОСТИРУЮТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НЕРАЗДЕЛЕНИЯ БЛИЗНЕЦОВ В ОБЛАСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. абдоминальной</li> <li>2. краниальной</li> <li>3. торакальной</li> <li>4. ягодичной</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
470.	<p>ПРАВИЛЬНО ИЗМЕРЯТЬ ДИАМЕТР ПЛОДНОГО ЯЙЦА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. не имеет значения</li> <li>2. по внутреннему контуру</li> <li>3. по наружному контуру</li> <li>4. от внутреннего контура с одной стороны до наружного контура с противоположной стороны</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
471.	<p>ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ СРЕДИННЫЕ СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА МОЖНО ИДЕНТИФИЦИРОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. с 10 недель</li> <li>2. с 13 недель</li> <li>3. с 16 недель</li> <li>4. с 8 недель</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
472.	<p>ПРИЗНАК, НЕСООТВЕТСТВУЮЩИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ВОДЯНКИ ПЛОДА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. асцит</li> <li>2. гидроперикард</li> <li>3. гидроторакс</li> <li>4. гидроцефалия</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-3
473.	<p>РАННЯЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ ВОЗМОЖНА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. с 2 недель</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. с 4-5 недель</li> <li>3. с 5-6 недель</li> <li>4. с 7 недель</li> </ul>			
474.	<p>СЕРДЕЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭМБРИОНА ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ ВОЗМОЖНО ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. с 5 недель</li> <li>2. с 7 недель</li> <li>3. с 8 недель</li> <li>4. с 9 недель.</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-3
475.	<p>УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ПЛАЦЕНТЫ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. агенезии почек</li> <li>2. водянке плода</li> <li>3. синдроме амниотических перетяжек</li> <li>4. синдроме Денди-Уокера</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК-5
476.	<p>УЛЬТРАЗВУКОВУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПРИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. опорожненном мочевом пузыре</li> <li>2. переполненном мочевом пузыре</li> <li>3. степень наполнения мочевого пузыря не имеет значения</li> <li>4. умеренном наполнении мочевого пузыря</li> </ul>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
477.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ "ЛИМОНА" И "БАНАНА" ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. микроцефалии</li> <li>2. наружной гидроцефалии</li> <li>3. порэнцефалии</li> <li>4. расщепления позвоночника</li> </ul>	4	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК-5
478.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ НИЗКОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ ЕЕ НИЖНЕГО КРАЯ ОТ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА НА РАССТОЯНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. менее 10 см</li> <li>2. менее 3 см</li> <li>3. менее 5 см</li> <li>4. менее 7 см</li> </ul>	4	ВК ТК ГИА	УК-5, ПК 6
479.	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. наличие "черных дыр" в плаценте</li> <li>2. наличие эхонегативного пространства между стенкой матки и плацентой</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5

	3. преждевременное созревание плаценты 4. утолщение плаценты			
480.	ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. изменение формы плодного яйца 2. локализация плодного яйца в средней трети полости матки 3. локальное утолщение миометрия 4. отсутствие сердечной деятельности эмбриона	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК-6
481.	СОСУДИСТЫЕ СПЛЕТЕНИЯ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЛОДА ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ОТЧЕТЛИВО ВИДНЫ В СРОКЕ 1. 12 недель 2. 16 недель 3. 20 недель 4. 24 недель	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
482.	СООТВЕТСТВИЕ НУМЕРАЦИИ РАЗМЕРА ДРЕНАЖА (F) ПО ШКАЛЕ ШАРЬЕРА: 1. 1f – 0,54мм 2. 1f – 0,33мм 3. 1f – 0,27мм 4. 1f – 0,19мм	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
483.	ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ: 1. пункция и аспирация кисты печени 2. склеротерапия кисты почки 3. забор стерильного материала при подозрении на деструктивный панкреатит 4. пункция кисты почки	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-8
484.	НЕДОСТАТКИ МЕТОДА «СВОБОДНОЙ РУКИ»: 1. ухудшение визуализации инструмента по сравнению с пункционным датчиком 2. угол вхождения инструмента в ткани фиксирован, 3. жесткая фиксация инструмента с пункционным датчиком, 4. уменьшение «мертвого пространства» по сравнению с адаптерной пункцией	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
485.	АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К МАЛОИНВАЗИВНЫМ	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1

	<b>ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ:</b> 1. ВИЧ - инфекция, 2. «открытая» клиническая форма туберкулеза, 3. алкогольный делирий (острая фаза), 4. расширение внутрипеченочных желчных протоков			
486.	<b>ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ:</b> 1. минимальная длина пункционной трассы, 2. безопасная траектория пункционной трассы, 3. полная визуализация очага, 4. полная визуализация очага и органа	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
487.	<b>ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПУНКЦИИ:</b> 1. очаговое поражение внутренних органов, 2. диффузные изменения в печени, 3. диагностически неясный нефросклероз, 4. хронический вирусный гепатит	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
488.	<b>ВЫЯВЛЕННОЕ ПРИ УЗИ ЗАМЕДЛЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО СВЯЗАНО С</b> 1. не является каким-либо патогномичным симптомом 2. патологией желудка и двенадцатиперстной кишки 3. патологией желчного пузыря 4. патологией печени	2	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК 5
489.	<b>МАКСИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА ПЕРЕШЕЙКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ ..... ММ</b> 1. 1,0 2. 3,0 3. 5,0 4. 9,0	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5
490.	<b>МАКСИМАЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</b> 1. аутоиммунном тиреоидите 2. диффузно-токсическом зобе 3. злокачественном поражении 4. йодной недостаточности	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
491.	<b>МАКСИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР СТОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ УЗИ В НОРМЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ДОСТИГАЕТ:</b>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10 мм</li> <li>2. 12 мм</li> <li>3. 13 мм</li> <li>4. 8 мм</li> </ol>			
492.	<p>ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, С КОТОРЫМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МУЛЬТИКИСТОЗ ПОЧЕК, ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гидронефроз</li> <li>2. губчатая почка</li> <li>3. опухоль почки</li> <li>4. поликистоз почек</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6
493.	<p>ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. костно-мышечной системы</li> <li>2. мочевыделительной системы</li> <li>3. органов пищеварения</li> <li>4. сердечно-сосудистой системы</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
494.	<p>ПРИЧИНОЙ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПАРЕНХИМЫ НАДПОЧЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гормональная неустойчивость ребенка</li> <li>2. естественное отложение липидов в паренхиме железы:</li> <li>3. кровоизлияния</li> <li>4. частые вирусные инфекции</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК-6
495.	<p>ПОЯВЛЕНИЕ ГИПОЭХОГЕННЫХ ВКЛЮЧЕНИЙ ТКАНЕВОГО ХАРАКТЕРА В ПАРЕНХИМЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ НА ФОНЕ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ И УСКОРЕННОЙ СОЭ У РЕБЕНКА НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. злокачественную лимфому</li> <li>2. иерсиниоз</li> <li>3. мононуклеоз</li> <li>4. сепсис</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-5
496.	<p>ПРИ ИНСУЛИНОЗАВИСИМОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. изменяются контуры поджелудочной железы</li> <li>2. поджелудочной железы</li> <li>3. практически не встречаются ультразвуковые признаки поражения</li> <li>4. расширяется проток поджелудочной железы</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 6
497.	<p>ПРИ ПРИЕМЕ СТАНДАРТНОГО ЖЕЛЧЕГОННОГО ЗАВТРАКА У</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5

	<p>ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРИ УЗИ МАКСИМАЛЬНОЕ СОКРАЩЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРОИСХОДИТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. к 15 минуте</li> <li>2. к 20 минуте</li> <li>3. к 25 минуте</li> <li>4. к 30 минуте</li> </ol>			
498.	<p>ТОЛЩИНА ПРОСВЕТА ИНТРАРЕНАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ЛОХАНКИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 6-10 ЛЕТ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 мм</li> <li>2. 3 мм</li> <li>3. 4 мм</li> <li>4. 5 мм</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 1
499.	<p>ТОЛЩИНА ПРОСВЕТА ИНТРАРЕНАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ЛОХАНКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 мм</li> <li>2. 2 мм</li> <li>3. 3 мм</li> <li>4. 4 мм</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК-6
500.	<p>У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дермоидные</li> <li>2. желтого тела</li> <li>3. параовариальные</li> <li>4. ретенционные</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК 5