

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 14.10.2023 10:00:03
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

Приложение 11 к ОПОП

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО

 Н. И. Свиридова

« 29 » августа 2023 г.

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета

Института НМФО

№ 1 от

« 29 » августа 2023 г.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам

Наименование дисциплины: **Ультразвуковая диагностика**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.11 Ультразвуковая диагностика**

Квалификация (степень) выпускника: **врач ультразвуковой диагностики**

Кафедра: **лучевой, функциональной и лабораторной диагностики Института НМФО**

Форма обучения – очная

Волгоград, 2023

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Лютая Елена Дмитриевна	Заведующий кафедрой	д.м.н./профессор	Лучевой, функциональной и лабораторной диагностики Института НМФО
2	Кириллова Светлана Николаевна	Доцент	к.м.н.	Лучевой, функциональной и лабораторной диагностики Института НМФО
3	Глинская Алёна Викторовна	Доцент	к.м.н.	Лучевой, функциональной и лабораторной диагностики Института НМФО
4	Белобородова Елизавета Викторовна	Ассистент		Лучевой, функциональной и лабораторной диагностики Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика рассмотрен на заседании кафедры протокол №1 от «28» 08 2023 г.

Рецензенты:

1. Поморцев А. В. - заведующий кафедрой лучевой диагностики ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России д.м.н., профессор;
2. Чехонацкая М.Л. - заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии им. Н.Е. Штерна ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» МЗ Российской Федерации д.м.н., профессор.

Рабочая программа рассмотрена на заседании кафедры протокол № 1 от « » июня 2023г.

Заведующий кафедрой лучевой, функциональной и лабораторной диагностики Института НМФО, д.м.н., профессор



Е.Д. Лютая

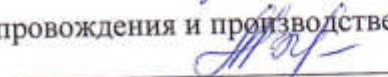
Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол №1 от «29» июня 2023 г.

Председатель УМК



М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л.Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от «29» июня 2023г. года



В.Д.Заклякова

Секретарь Ученого совета

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	<ol style="list-style-type: none">1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.6. Гигиеническое воспитание и образование населения.7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.8. Система обязательного социального страхования в России.9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.13. Качество медицинской помощи, основные понятия.14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.3. Особенности изучения общей заболеваемости4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ... а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей; б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения; в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают: а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний; б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах; в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году; г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это: а) заболеваемость по данным обращаемости; б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации; в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году; г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения: а) 50–55 %; б) 20–25 %; в) 15–20 %; г) 10–15 %</p> <p>5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы: а) исторический; б) статистический; в) экспериментальный; г) экономический; д) социологический; е) все вышеперечисленные</p> <p>6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры: а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки; б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки; в) все лица перед проведением профилактических прививок</p> <p>7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются: а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни; б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения; в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность; г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения; д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах</p>
---	--

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...

а) государственное социальное страхование;

б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;

в) менеджмент здравоохранения;

г) экономика здравоохранения

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...

а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;

б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;

в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации

10. Временная нетрудоспособность – это ...

а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;

б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;

в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме

11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:

а) до 10 дней;

б) до 15 дней;

в) до 4 месяцев;

г) до 6 месяцев

12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...

а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;

б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;

в) не выдается

13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:

а) своевременность оказания медицинской помощи;

б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

в) степень достижения запланированного результата;

г) совокупность вышеуказанных характеристик

14. Виды контроля качества медицинской помощи:

а) государственный контроль;

б) ведомственный контроль;

г) внутренний контроль;

д) все вышеперечисленное верно

15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...

а) листок нетрудоспособности;

б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;

в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;

	г) врачебное свидетельство о смерти
--	-------------------------------------

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Задача № 1. Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p>Задача № 2. В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p>Задача № 3. При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p>Задача № 4. Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p>Задача №5. По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	3	1-15	1-15	1-5	1-15	-
ОПК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	4	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	5	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	7	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	8	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	9	1-15	1-15	1-5	1-15	-

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
Первый уровень (УК-1) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II Уметь: применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II Знать: теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II			+		
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;			+		
Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 Уметь: толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) -1 Знать: теоретико-			+		

	методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II Уметь: применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II Знать: теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II			+	+	
Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III Знать: отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III			+	+	+
Первый уровень (УК-3) - I Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) -1 Знать: теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) -1			+		
Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - II Уметь: осуществлять категориальный анализ			+	+	
				+	+	

	<p>психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - П</p> <p>Знать: основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - П</p>				+	+	
<p>Третий уровень (УК-3) - Ш</p> <p>Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p>Владеть: интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе В (УК-3) - Ш</p> <p>Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-3) - Ш</p> <p>Знать: психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления 3(УК-3) - Ш</p>			+	+	+	
<p>Первый уровень (ОПК-9)-I</p> <p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Владеть: санологическим мышлением</p> <p>Уметь: осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровьe сбережения</p> <p>Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>			+			
<p>Второй уровень (ОПК-9)- П</p> <p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Владеть: навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья</p> <p>Знать: техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>			+	+		
<p>Третий уровень (ОПК-9) - Ш</p>	<p>Владеть: навыками формирования у населения,</p>			+	+	+	

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих					
	Уметь: приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья Знать: особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей					

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 от первоисточника)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению

- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	5. Грамотность
---	----------------

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5)	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

Продуктивный уровень	
----------------------	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень	
- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100 Отлично (5)	

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям Хорошо (4)	
-пяти или шести критериям Отлично (5)	

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности	Оценка
-----------------------	-------------	-------------	--------------------------	--------

			КОМПЕТЕНТНОСТИ по дисциплине	
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности</p>	A	100–96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.</p>	B	95–91		5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.</p>	C	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако</p>	D	80-76		4 (4-)

допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.				
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.	Е	75-71	НИЗКИЙ (ознакомительный)	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.	Е	70-66		3 (3-)
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.	Е	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)	9 3 (3-)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность	Fx	60-41		2

изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.				
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций. Компетентность отсутствует.	F	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	2

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное / групповое)	Проект	Зачёт
УК-1	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+	+	+	+	+
УК-3		+	+	+	+	+
ОПК-9	+	+	+	+	+	+

12.1. Представление оценочных средств в фонде

Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.

2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика:** учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- | | |
|----|------------------------|
| 1) | воспитание |
| 2) | образование |
| 3) | педагогический процесс |
| 4) | обучение |

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей

- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- 1. описательном А. выявление состояния педагогических явлений и процессов
- 2. диагностическом Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности
- 3. прогностическом В. изучение передового и новаторского педагогического опыта

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- 1. проективном А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции
- 2. преобразовательном Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания
- 3. рефлексивном В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции

Выберите один или несколько правильных ответов

12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным

- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность

4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.

2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.

3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы

4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.

3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.

4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) методикой воспитания
- 2) воспитательной технологией
- 3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

Дополните высказывание

46. . РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ-_____ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - _____ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - _____

Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ _____ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией

- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАНИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ __ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

Установите соответствие

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. умения управлять собой | А. владение своим телом |
| | Б. владение эмоциональным состоянием |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские |
| | Г. владение техникой контактного взаимодействия |
| | Д. дидактические |
| | Е. владение техникой речи |

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- | | |
|--------------------|--|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития |
| 2. нормативный | Б. создание системы своих взаимодействий с |

- воспитанниками
3. технологический В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий
4. системный Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним
5. концептуальный Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

1. присущие многим сферам человеческой деятельности
- А. информационная
- Б. конструктивная
- В. организаторская
2. специфические педагогические
- Г. коммуникативная
- Д. гностическая
- Е. воспитательно-развивающая
- Ж. ориентационная
- З. мобилизационная
- И. исследовательская

Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - _____
36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ _____
37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМООБУСЛОВЛЕННЫ - _____
38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____
39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - _____
40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - _____
41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ РЕАЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ»

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ- _____

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - _____

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - _____

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - _____

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания

- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией

- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ОПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ОПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ОПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ОПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ОПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ОПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ОПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ОПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ОПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ОПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ОПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ОПК-9

18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ОПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ОПК-9

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.

24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
 - а. функциональная подсистема РСЧС;
 - б. территориальная подсистема РСЧС;
 - в. структурное подразделение МЧС;
 - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
 - а. для оказания первой помощи;
 - б. для оказания первой врачебной помощи;
 - в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;
 - г. для оказания специализированной медицинской помощи.
3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. хирургическое отделение;
 - б. травматологическое отделение;
 - в. неврологическое отделение;
 - г. нейрохирургическое отделение.
4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. бригады доврачебной помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;
 - в. бригады специализированной медицинской помощи;
 - г. бригады экстренного реагирования.
5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. бригады доврачебной помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;
 - в. бригады специализированной медицинской помощи;
 - г. бригады экстренного реагирования.

6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:
- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;**
 - в. бригады специализированной медицинской помощи.
7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:
- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
 - б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
 - в. бригады специализированной медицинской помощи;**
 - г. областная клиническая больница
8. Основным принципом организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:
- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
 - б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
 - в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.
9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:
- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
 - б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
 - в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных
10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:
- а. двухэтапная система ЛЭО;**
 - б. трехэтапная система ЛЭО;
 - в. четырехэтапная система ЛЭО;
 - г. одноэтапная система ЛЭО.
11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:
- а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
 - б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
 - в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
 - г. все вышеперечисленное верно.
12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:
- а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;
 - б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серофилактика столбняка;**
 - в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;
 - г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.
13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:
- а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирующее ватно-марлевое тампонирование раны, противошоковая терапия;**
 - б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;
 - в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;
 - г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:
- а. повреждение легких;
 - б. пневмоторакс;
 - в. гемоторакс;
 - г. **повреждение сердца.**
15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:
- а. в операционную;
 - б. **в перевязочную в первую очередь;**
 - в. в перевязочную во вторую очередь;
 - г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.
16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:
- а. в операционную;
 - б. **в перевязочную в первую очередь;**
 - в. в перевязочную во вторую очередь;
 - г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.
17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?
- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
 - б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
 - в. **в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
 - г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.
18. Симптом, характерный для перелома костей таза:
- а. гематома в области промежности;
 - б. крепитация в области верхней трети бедра;
 - в. императивный позыв на мочеиспускание;
 - г. **симптом «прилипшей пятки».**
19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:
- а. снижение синтеза ацетилхолина;
 - б. **инактивация холинэстеразы;**
 - в. активация холинэстеразы;
 - г. повышение синтеза ацетилхолина.
20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:
- а. адrenomиметическое;
 - б. адренолитическое;
 - в. **холиномиметическое;**
 - г. холинолитическое.
21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. **прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
 - б. снижение синтеза ацетилхолина;

- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
 - б. снижение синтеза ацетилхолина;
 - в. реактивация холинэстеразы;
 - г. **повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**
23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. **усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
 - б. снижение синтеза ацетилхолина;
 - в. реактивация холинэстеразы;
 - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
24. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
 - б. **ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
 - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - г. иммуностимулирующее.
25. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - б. **иммунодепрессивное;**
 - в. тормозят перекисное окисление липидов;
 - г. уменьшают проницаемость мембран.
26. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
 - б. **активируют перекисное окисление липидов;**
 - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - г. иммуностимулирующее.
27. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - б. иммуностимулирующее;
 - в. тормозят перекисное окисление липидов;
 - г. **повышают проницаемость мембран.**
28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:
- а. через кожу и слизистые оболочки;
 - б. ингаляционно;
 - в. через желудочно-кишечный тракт;
 - г. **при любом пути поступления.**
29. Реактиватором холинэстеразы является:
- а. атропин;
 - б. метацин;
 - в. унитиол;
 - г. **дипироксим.**
30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:
- 1. легкой степени поражения;

- 2. **средней тяжести;**
- 3. тяжелой;
- 4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аеи), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
- в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**
- г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аеи и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

- а. > 10 МэВ/мкм;
- б. < 10 кэВ/мкм;
- в. < 10 МэВ/мкм;
- г. > 10 кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

- а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
- б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
- в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
- г. поражением не только кожи, но глубже лежащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;
- б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**
- в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;

г.химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37.Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

38.Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. 10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39.Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. свыше 80 Гр.**

40.Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

Банк ситуационных клинических задач

Задача №1. Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №2. Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №3. В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100\60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3х2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 5. Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 6. Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 8. Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 9. Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я **ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 10. ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я **ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3)	
- 76 – 90%	
Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1, 3, 4	1-40	1-10	1-30
ОПК	2	19-27, 29-40	6-10	18-30
	9	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	10	1-11,16,17	1-10	1-11

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови
- Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:

- **Болезнь Вакеза-Ослера**
- Горная болезнь.
- **Неукротимая рвота**
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- **Эритроцитоз**
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**

- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии

- Анемия приобретенная
- Анемия наследственная
- Анемия гипохромная
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- Селезенка увеличена

ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- **Да**
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглобинопатия S
- Гемоглобинопатия E
- **Гемоглобинопатия M**
- Гемоглобинопатия C
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?

- Желудок
- Пищевод
- Ротовая полость
- Двенадцатиперстная кишка
- Толстая кишка
- Проксимальный отдел тонкой кишки

ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:

- Слабость
- Повышенная утомляемость.
- Адинамия
- Миалгия
- Головокружение
- Глоссит
- Кариез
- Ангулярный стоматит
- Клойнихия (койлонихия)
- Снижение умственной и физической трудоспособности
- Тахикардия
- Нарушение глотания
- Гепатомегалия
- Ахлоргидрия
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- Извращение вкуса и запаха

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

- Гипохромной
- Гиперхромной
- Микроцитарной
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- Нормобластической
- Гемолитической
- Дисэритропоэтической

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

- для талассемии
- для анемии при уремии
- для железорефрактерной анемии

- для аутоиммунной гемолитической анемии

ВОПРОС N 14. При В12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:

- **В системе пищеварения**
- **В нервной системе**
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- **В системе крови**

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для В12-дефицитной анемии:

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- **Анизоцитоз**
- **Мегалоцитоз**
- **Пойкилоцитоз**
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**

- Локальная ишемия почки (поликистоз)
- Внутрисердечный сброс крови справа налево
- Гемангиобластома

ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:

- Количество ретикулоцитов в крови
- Массу циркулирующих эритроцитов
- Содержание эритропоэтина

ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:

- Хроническое кровотечение
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови
- Повышение содержания стеркобилиногена в кале
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- Гемоглобинурия
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- Анемия
- Эритроцитоз
- Ретикулоцитоз
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- Эритроидная гиперплазия костного мозга

ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:

- Микросфероцитоз
- Цветовой показатель в норме
- Ретикулоцитоз
- Увеличено содержание непрямого билирубина
- Спленомегалия
- Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов
- Верного нет

ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглобинопатиях, обусловленных носительством гемоглобинов со сниженным сродством к кислороду:

- P_{O_2} снижено
- P_{O_2} повышено
- **P_{O_2} в норме**
- SO_2 увеличено
- **SO_2 снижено**
- SO_2 в норме
- **Содержание дезоксигемоглобина повышено**
- **Содержание гемоглобина снижено**
- **Содержание гемоглобина в норме**

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:

- **Снижение цветового показателя**
- **Повышение цветового показателя**
- **Микроцитоз**
- **Макроцитоз**
- **Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- **Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- **Уменьшение содержания железа в сыворотке крови**
- **Содержание железа в сыворотке крови не изменено**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- **Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- **Снижение выделения железа с мочой**
- **Увеличение выделения железа с мочой**
- **Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- **Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах**

ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодефицитной анемии:

- **Снижение содержания гемоглобина и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**
- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

Банк ситуационных задач
Задача №1
«Патология Гемостаза»

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально

протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстравазаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 380×10^9 /л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?
2. Патогенез данного заболевания.
3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.
4. Виды тромбоцитопатий.
5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

Задача №2 «Патология Гемостаза»

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Нв-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9$ /л), лейкоциты- $1,3 \times 10^9$ /л (N6- 8×10^9 /л), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

1. Какая форма патологии гемостаза у больной?
2. Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
3. Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.
4. Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.
5. Терапия тромбоцитопений.

Задача №3 «Патология Гемостаза»

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – 300×10^9 /л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
5. Принципы терапии.

Задача №4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог IIIА-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 24×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

Клинический случай (III)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40°C в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39°C , появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах $39-40^{\circ}\text{C}$, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка ($38-38,5^{\circ}\text{C}$), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г. — гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела 38,2 °С, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание снижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нь	Эр.	Ц.п.	Тромб.	Г	СОЭ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
Т-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
Т-хелперы/Т-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
Т-супрессоры/Т-цитотоксические (CD4 ⁺ CD8 ⁺)	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 ⁺ CD56 ⁺)	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
В-лимфоциты (CD3 ⁻ CD 19 ⁺)		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.
2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерилен.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.

10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.

11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.

12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.

13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.

14. Инструментальные обследования:

— R-грамма ОГК — без особенностей;

— эхокардиограмма — без патологии;

— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипоехогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипоехогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

— фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.

— кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;

— хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;

— иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;

— гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительное обследование.
3. Определить (предположить) этиологию заболевания.
4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения

Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока.
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщину стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.

2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1°C. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клиничко-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностями разрезов, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в

области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 5

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38°C. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах

серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 6

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия»

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.

6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов

Формы контроля – рефераты.

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов.Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

Темы рефератов

Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	<p>1 Значение современных морфологических методов исследования.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы. 2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	<ol style="list-style-type: none"> 1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. 2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов. 3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза 4. Современные методы изучения биоптата.
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии. 2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении. 3.Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	<ol style="list-style-type: none"> 1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии. 2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности. 3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита. 4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей. 5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких. 6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Раздел №1- Б1.Б6.1 Правовые основы медицинской деятельности. Организация работы службы лучевой диагностики. История лучевой диагностики	<ol style="list-style-type: none">1. История методов лучевой диагностики2. Ультразвуковая диагностика как клиническая дисциплина3. Построение заключения ультразвукового исследования4. Составление алгоритма ультразвукового исследования пациента5. Медицинские технологии - основа моделирования структурного подразделения – отделения (кабинета) ультразвуковой диагностики.6. Организация структурных подразделений, занимающихся ультразвуковой диагностикой: выбор помещений, проектирование, особенности подготовки помещений к установке аппаратуры и оборудования, регламент ввода в эксплуатацию7. Требования к устройству и техническому оснащению кабинетов ультразвуковой диагностики8. Виды ультразвуковых исследований в ультразвуковой диагностике9. Управление и планирование деятельности структурного подразделения ультразвуковой диагностики: методы, система, инфраструктуры10. Вопросы статистики11. Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача ультразвуковой диагностики
--	--

12. Санитарно-противоэпидемическая работа в подразделениях лучевой диагностики
13. Понятие толерантности
14. Проблемы толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий контингента пациентов
15. Социальные особенности пациентов
16. Национальные особенности различных народов и религий
17. Психологические, социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия
18. Права и обязанности медицинских работников кабинетов и отделений ультразвуковой диагностики
19. Трудовой договор с медицинскими работниками
20. Ответственность медицинских работников
21. Охрана труда медицинских работников подразделения ультразвуковой диагностики
22. Основы медицинского страхования
23. Вопросы медико-социальной экспертизы
24. Планирование и организация повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей ультразвуковой диагностики
25. Обязанности администрации, врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций
26. Права пациентов
27. Диспансеризация населения
28. Кодирование информации, двоичная система счисления
29. Количество информации, единицы измерения информации (основные - бит, байт и производные)
30. Функциональная организация компьютера. Основные понятия: процессор, оперативная память, внешняя память, устройство ввода информации, устройство вывода информации, файл, операционная система, прикладные программы. Модульный принцип построения компьютера
31. Периферийные и внутренние устройства компьютера: назначение и основные характеристики. Основные носители информации и их важнейшие характеристики
32. Локальные и глобальные вычислительные сети - принципы построения
33. Непрерывные и дискретные диагностические изображения
34. Пространственное и частотное представление дискретных изображений
35. Цифровые приемники рентгеновских изображений, способы реализации, классификация
36. Аппаратное оснащение автоматизированных рабочих мест (далее - АРМ)
37. Математическое обеспечение АРМ. Способы математической обработки изображений. Специализированные программы - ассистенты врача
38. Архивирование информации, полученной по результатам исследований. Международный стандарт Digital Imaging and Communications in Medicine (далее - DICOM 3.0)
39. Информационно-телекоммуникационная сеть «Интернет» и лучевая диагностика

	<p>40. Защита информации, методы кодирования. Ограничение несанкционированного доступа к защищаемой информации</p>
<p>Раздел №2 -Б1.Б6.2 Физико-технические основы ультразвукового метода исследования</p>	<p>41. Физические основы ультразвукового исследования (понятие ультразвука, характеристики, свойства).</p> <p>42. Физико-технические основы УЗД: отражение ультразвука, коэффициент отражения.</p> <p>43. Физико-технические основы УЗД: скорость распространения в среде ультразвуковых волн в зависимости от плотности, упругих свойств, температуры; распространение ультразвуковых колебаний.</p> <p>44. Физико-технические основы УЗД: частота колебаний, длина волн.</p> <p>45. Физико-технические основы: получение изображения в ультразвуковой диагностике. Режимы сканирования</p> <p>46. Физико-технические основы УЗД: датчики, виды датчиков в ультразвуковой диагностике.</p> <p>47. Понятие о контрастных методах УЗД. Способы контрастирования и их значение.</p> <p>48. Физико-технические основы: доплерография – понятие, виды, задачи.</p> <p>49. Физические основы доплерографии: доплеровский сдвиг.</p> <p>50. Физико-технические основы: Характеристики доплеровских сигналов.</p> <p>51. Физико-технические основы доплерографии: Цветовое и энергетическое картирование</p> <p>52. Физико-технические основы: Тканевой доплер, конвергентное картирование</p> <p>53. Физико-технические основы: режим соноэластографии</p> <p>54. Принцип работы ультразвукового сканера. Основные режимы сканирования.</p> <p>55. Принцип работы ультразвукового датчика. Виды датчиков.</p> <p>56. Элементы, обеспечивающие пьезоэлектрический эффект в ультразвуковых сканерах. Прямой и обратный пьезоэлектрический эффект.</p> <p>57. Формирование серошкального изображения на экране.</p> <p>58. Физические основы доплерография. Цветовая, энергетическая и спектральная доплерография.</p> <p>59. Постоянно-волновая и импульсная доплерография, области применения, оптимизация настроек.</p> <p>60. Артефакты ультразвукового исследования в В и D-режимах.</p> <p>61. ЦДК. Оптимизация настроек при исследовании. Диагностическая ценность.</p> <p>62. ЦДК. Ламинарный и турбулентный потоки при цветном картировании.</p> <p>63. ЦДК и ЭДК. Оптимизация настроек при исследовании (усиление, частота повторения импульсов (PRF), фильтры).</p>

	<p>64. Спектральная доплерография. Оптимизация настроек при исследовании (усиление, частота повторения импульсов (PRF), базовая линия, фильтры). Типы кровотока в норме и патологии.</p> <p>65. Основные принципы получения объемного ультразвукового изображения, режимы 3D и 4D.</p> <p>66. Акустическое окно.</p> <p>67. Типы ультразвукового сканирования.</p>
<p>Раздел №3 Б1.Б6.3 Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости</p>	<p>68. Подготовка пациента к исследованию печени. Положение больного при проведении исследования печени.</p> <p>69. Ультразвуковая анатомия печени. Сегментарное строение печени.</p> <p>70. Очаговое и диффузное поражение печени.</p> <p>71. Ультразвуковая диагностика неопухолевых очаговых заболеваний и поражений печени.</p> <p>72. Ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей печени. Дифференциальная ультразвуковая диагностика.</p> <p>73. Ультразвуковая диагностика диффузных поражений печени. Жировая дистрофия печени. Острый гепатит. Хронический гепатит. Цирроз печени. Кардиальный фиброз печени.</p> <p>74. Допплерография сосудов печени в норме и патологии (тромбоз</p> <p>75. портальной вены, синдром Бадда-Киари).</p> <p>76. Портальная гипертензия. Эхографические и доплерографические признаки.</p> <p>77. Подготовка пациента к исследованию желчного пузыря. Определение моторной функции желчного пузыря. Выявление камней в желчевыводящей системе.</p> <p>78. Эхографическая картина желчного пузыря и желчевыводящих путей.</p> <p>79. Методика исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей. Критерии расширения желчевыводящих путей.</p> <p>80. Невизуализируемый желчный пузырь (возможные причины).</p> <p>81. Диффузные изменения стенки желчного пузыря (возможные причины).</p> <p>82. Эхографическая картина острого холецистита (неосложненного и осложненного).</p> <p>83. Очаговые изменения стенки желчного пузыря (возможные причины).</p> <p>84. Эхографическая картина полипов, холестероза, очагового аденомиоматоза,</p> <p>85. Эхографическая картина желчекаменной болезни (калькулезный холецистит, холедохолитиаз). Водянка желчного пузыря.</p> <p>86. Биллиарная гипертензия (холедохолитиаз, стриктуры</p>

желчевыводящих путей.

87. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей желчного пузыря, внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков.
88. Ультразвуковая анатомия поджелудочной железы.
89. Анатомия поджелудочной железы. Подготовка больного к исследованию поджелудочной железы. Показания для УЗИ поджелудочной железы.
90. Нормальная эхографическая картина поджелудочной железы. Основные сосудистые ориентиры.
91. Ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей поджелудочной железы. Дифференциальная диагностика.
92. Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний поджелудочной железы. Острый панкреатит. Осложнения острого панкреатита.
93. Хронический панкреатит. Эхографическая картина хронического панкреатита (кальцифицирующего, обтуративного, индуративного). Псевдокисты поджелудочной железы.
94. Селезенка, анатомия. Методика эхографического исследования. Показания к исследованию. Нормальная эхографическая картина селезенки.
95. Очаговые образования селезенки (киста, гемангиома, абсцесс, инфаркт, лимфома, метастазы). Особенности эхографической картины, диагностическая тактика.
96. Ультразвуковая диагностика неопухолевых заболеваний селезенки. Диффузные заболевания селезенки. Спленомегалии, обусловленные различными причинами.
97. Особенности ультразвуковой картины селезенки при гематологических заболеваниях. Изменения регионарной лимфатической системы при заболеваниях селезенки
98. Ультразвуковая диагностика заболеваний брюшного отдела аорты. Ультразвуковая диагностика заболеваний висцеральных ветвей брюшного отдела аорты.
99. Эхографическая картина абсцесса в органах и тканях брюшной полости, забрюшинного пространства.
100. Диагностическая ценность эхографии при тупой травме живота.
101. Эхографическая картина гемоперитонеума, травматических повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
102. Аппендикс. Методика и показания к исследованию. Эхографическая картина в норме и патологии (острый катаральный, перфоративный, сегментарный аппендицит).
103. Эхографическое исследование кишечника. Методика проведения исследования. Возможности метода. Симптом поражения полого органа (ППО).
104. Аневризма брюшного отдела аорты и подвздошных

	<p>артерий. Критерии диагноза. Классификация. Эхографическая картина. Возможные осложнения.</p> <p>105. Ультразвуковая диагностика заболеваний желчевыводящей системы у детей. Аномалии развития желчного пузыря, внутривенных и внепеченочных желчных протоков.</p> <p>106. Ультразвуковая диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта</p> <p>107. Ультразвуковая диагностика кишечной непроходимости.</p> <p>108. Ультразвуковая диагностика неотложных состояний. Травматическое поражение органов брюшной полости и забрюшинного пространства</p> <p>109. Ультразвуковая диагностика неотложных состояний. Синдром «острый живот»</p>
<p>Раздел №4 Б1.Б6.4 Ультразвуковая диагностика в уронефрологии.</p>	<p>110. Почки, анатомия. Методика эхографического исследования. Показания к проведению эхографического исследования. Нормальная эхографическая картина.</p> <p>111. Врожденные аномалии развития почек (количества, величины, положения, взаимоотношения и структуры).</p> <p>112. Эхографическая картина острых диффузных воспалительных изменений в почках (острый пиелонефрит, апостематозный пиелонефрит).</p> <p>113. Гидронефроз. Причины развития. Классификация. Эхографическая картина. Критерии дифференциальной диагностики обструктивного и необструктивного гидронефроза.</p> <p>114. Мочекаменная болезнь. Эхографическая картина.</p> <p>115. Кистозные изменения почек (простые кисты, перипельвикальные кисты, поликистоз, кистозная болезнь у пациентов на диализе).</p> <p>116. Опухоли почек (ангиомиолипома, почечноклеточный рак, лимфома). Особенности эхографической картины. Диагностическая тактика.</p> <p>117. Допплерографическая диагностика поражений почечных сосудов при различных заболеваниях (стеноз почечных артерий, инфаркты почек, заболевания паренхимы, острая и хроническая почечная недостаточность)</p> <p>118. Стеноз почечных артерий. Основные причины развития. Показания к исследованию почечных артерий. Допплерографические критерии стеноза (прямые и косвенные).</p> <p>119. Ультразвуковая диагностика неопухолевых заболеваний почек. Диффузные заболевания почечной паренхимы.</p> <p>120. Мочевой пузырь, анатомия. Методика эхографического исследования. Нормальная</p>

эхографическая картина.

121. Опухоль мочевого пузыря. Эхографическая картина. Образования в мочевом пузыре.
122. Травма мочевого пузыря. Особенности эхографической картины при внебрюшинном и внутрибрюшинном разрыве.
123. Эхографическая картина при цистите, парацистите, нейрогенном мочевом пузыре (атоническая и спастическая формы).
124. Аномалии развития нижних отделов мочевыводящего тракта (уретроцеле, аномалии урахуса, дивертикул мочевого пузыря). Эхографическая картина.
125. Надпочечники, анатомия. Физиология. Методика эхографического исследования. Показания к исследованию. Эхографическая картина надпочечников в норме.
126. Эхографическая картина опухолей и других образований надпочечников, не связанных с нарушением их функции (нефункционирующие аденомы, метастазы, кисты). Диагностическая тактика.
127. Эхографическая картина заболеваний надпочечников, с нарушением функции надпочечников (карциномы, гормонпродуцирующие аденомы, феохромоцитомы). Основные клинические синдромы, связанные с гормональной дисфункцией надпочечников. Диагностическая тактика.
128. Ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей надпочечников. Дифференциальная диагностика.
129. Предстательная железа. Эхографическая анатомия. Основные доступы ультразвукового исследования. Диагностическая ценность и методика проведения трансабдоминального и трансректального исследований.
130. Эхографические признаки острого и хронического простатита.
131. Диффузная гиперплазия предстательной железы. Эхографическая картина.
132. Рак предстательной железы. Эхографическая картина. Диагностическая тактика.
133. Яички, анатомия. Показания к исследованию. Нормальная эхографическая картина. Крипторхизм.
134. Кистозные изменения яичка и придатка. Гидроцеле. Варикоцеле. Клинические проявления. Эхографическая картина.
135. Острый эпидидимит, орхоэпидидимит. Клинические проявления. Эхографическая картина.

<p>Раздел №5 Б1.Б6.5 Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур и лимфатической системы</p>	<p>136. Молочная железа. Методика эхографического исследования. Показания к исследованию.</p> <p>137. Нормальная эхографическая картина функционально спокойной железы с учетом возрастных особенностей.</p> <p>138. Неопухолевые изменения молочных желез (диффузная мастопатия, гипертрофия). Особенности эхографической картины.</p> <p>139. Опухолевые образования молочных желез. Особенности эхографической картины фиброаденомы, диффузной и узловой формы рака. Диагностическая тактика.</p> <p>140. Основные эхо-признаки рака молочной железы.</p> <p>141. Ультразвуковая диагностика неопухолевых заболеваний молочной железы (гинекомастия, дисгормональная гиперплазия, кисты, воспалительные заболевания молочных желез). Классификация BI-RADS.</p> <p>142. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей и опухолевидных процессов молочной железы. Дифференциальная диагностика. Классификация BI-RADS.</p> <p>143. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей молочной железы. Дифференциальная диагностика. Система BI-RADS.</p> <p>144. Щитовидная железа. Анатомия. Показания к проведению эхографического исследования.</p> <p>145. Нормальная эхографическая картина щитовидной железы.</p> <p>146. Аномалии развития щитовидной железы (агенезия, гемигенезия, гипоплазия).</p> <p>147. Тиреоидит. Эхографическая картина. Диагностические критерии.</p> <p>148. Очаговые и диффузные изменения щитовидной железы. Эхографические признаки доброкачественности, злокачественности узлов. Диагностическая тактика.</p> <p>149. Злокачественные образования щитовидной железы (папиллярный, фолликулярный, медуллярный, анапластический рак). Особенности эхографической картины.</p> <p>150. Ультразвуковая диагностика доброкачественных очаговых поражений щитовидной железы (кисты, узловой зоб, аденомы). Классификация TI-RADS.</p> <p>151. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей щитовидной железы. Ультразвуковая диагностика рецидивных опухолей щитовидной железы. Классификация TI-RADS.</p> <p>152. Ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей околощитовидных желез. Дифференциальная диагностика.</p> <p>153. Эхография лимфоузлов. Методика исследования. Показания к исследованию.</p> <p>154. Эхографическая картина в норме, при воспалительном, метастатическом поражении.</p>
---	---

	<p>155. Доброкачественные изменения лимфатической системы (лимфатических узлов). Воспалительные изменения (лимфадениты, лимфаденопатии).</p> <p>156. Первичное поражение лимфатической системы (лимфатических узлов) при лимфогранулематозе (ходжкинская лимфома), неходжкинской лимфоме и гемобластозах.</p> <p>157. Слюнные железы. Анатомия. Методика эхографического исследования. Показания к исследованию. Эхографическая картина в норме.</p> <p>158. 2. Эхографическая картина слюнных желез при слюнокаменной болезни, опухолях.</p>
<p>Раздел №6 Б1.Б6.6 Ультразвуковая диагностика в гинекологии</p>	<p>159. Нормальная ультразвуковая анатомия органов малого таза у женщин. Преимущества и недостатки трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии.</p> <p>160. Фибромиома матки (интрамуральный, субмукозный, субсерозный узлы).</p> <p>161. Эхографическая картина эндометриоза тела матки (аденомиоз).</p> <p>162. Эхографическая картина при раке эндометрия (полиповидная, диффузная формы).</p> <p>163. Эхографическая картина при гематометре.</p> <p>164. Ультразвуковая диагностика гинекологических заболеваний: методы трансабдоминальный и трансвагинальный. Показания, подготовка, укладка пациентки</p> <p>165. Трансвагинальное исследование. Показание к проведению исследования. Методика исследования.</p> <p>166. Анатомия и ультразвуковая анатомия матки, яичников, маточных труб</p> <p>167. Ультразвуковая диагностика аномалии развития матки.</p> <p>168. Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний матки.</p> <p>169. Ультразвуковая диагностика заболеваний эндометрия.</p> <p>170. Ультразвуковая диагностика заболеваний миометрия. Неопухолевые заболевания миометрия.</p> <p>171. Ультразвуковая диагностика заболеваний доброкачественных опухолевых заболеваний миометрия.</p> <p>172. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолевых заболеваний миометрия. Ультразвуковая диагностика распространённости опухолевого процесса.</p> <p>173. Допплерография при заболеваниях матки.</p> <p>174. Ультразвуковая диагностика заболеваний неопухолевых заболеваний яичников.</p> <p>175. Ультразвуковая диагностика поликистоза.</p> <p>176. Ультразвуковая диагностика сальпингофорита, тубовариального абсцесса.</p> <p>177. Ультразвуковая диагностика доброкачественных</p>

	<p>опухолей яичников.</p> <p>178. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей яичников.</p> <p>179. Допплерография при поражениях яичников.</p> <p>180. Ультразвуковая диагностика заболеваний маточных труб</p> <p>181. Контрастная эхогистеросальпингография.</p> <p>182. Ультразвуковая диагностика неопухолевых заболеваний маточных труб: сальпингит, абсцесс, трубная беременность.</p> <p>183. Роль УЗИ в диагностике эктопической беременности. Состояния, способные имитировать клинические проявления эктопической беременности.</p> <p>184. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус MUSA.</p> <p>185. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус IETA.</p> <p>186. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус IOTA.</p> <p>187. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус IDEA.</p>
<p>Раздел №7 -Б1.Б6.7 Ультразвуковая диагностика в акушерстве</p>	<p>188. Ультразвуковая диагностика маточной беременности, принципы определения срока (средний внутренний диаметр плодного яйца, КТР).</p> <p>189. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности (трубная).</p> <p>190. Эхографические признаки неразвивающейся беременности.</p> <p>191. Эхографические признаки отслойки плодного яйца (угроза прерывания).</p> <p>192. Ультразвуковое исследование в I триместре беременности. Эхографические маркеры хромосомных аномалий.</p> <p>193. Ультразвуковая диагностика пороков развития позвоночника.</p> <p>194. Ультразвуковая диагностика пороков развития лица и шеи.</p> <p>195. Ультразвуковая диагностика пороков развития сердечнососудистой системы.</p> <p>196. Ультразвуковая диагностика пороков развития органов дыхания.</p> <p>197. Ультразвуковая диагностика пороков развития желудочно-кишечный тракта.</p> <p>198. Ультразвуковая диагностика пороков развития органов брюшной полости и передней брюшной стенки.</p> <p>199. Ультразвуковая диагностика пороков развития мочеполовой системы.</p>

200. Ультразвуковая диагностика скелетных дисплазий.
201. Эхографические маркёры хромосомных aberrаций.
202. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков. Конечности.
203. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков. Опорно-двигательная систем
204. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков. Органы грудной клетки
205. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков. Позвоночник
206. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков. Головной мозг.
207. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков. Органы брюшной полости.
208. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков. Мочевыделительная система.
209. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков. Легкие.
210. Ультразвуковая диагностика заболеваний и поражений опорно-двигательного аппарата
211. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков. Лицевые структуры.
212. Допплерография маточно-плацентарного и плодового кровотока.
213. Эхографические маркеры хромосомных аномалий (носовые кости, фронтомаксилярный угол, венозный проток, трикуспидальная регургитация).
214. Сердце плода. Методика исследования. Четырёхкамерный срез сердца. Срез через три сосуда. Срезы через главные артерии. М-режим, цветное доплеровское картирование и импульсная доплерография при проведении
215. Сердце плода. Анатомия и пренатальная ультразвуковая семиотика.
216. Аномалии расположения сердца. Дефекты интракардиальных перегородок.

	<p>217. Общий предсердно-желудочковый канал. Гипопластический синдром левых отделов сердца. Единственный желудочек сердца.</p> <p>218. Сердце плода. Анатомия и пренатальная ультразвуковая семиотика.</p> <p>219. Атрезия трикуспидального клапана. Аномалия Эбштейна. Фиброэластоз эндокарда. Инфальтильная артериальная кальцификация. Аномалия Уля.</p> <p>220. Кардиомиопатии. Дивертикулы/аневризмы желудочков.</p> <p>221. Тетрада Фалло. Общий артериальный ствол. Транспозиция главных артерий.</p> <p>222. Коарктация аорты. Стеноз аорты. Стеноз и атрезия легочной артерии. Двойной выход главных артерий из правого желудочка.</p>
<p>Раздел №8- Б1.Б6.8 Ультразвуковая диагностика мягких тканей и суставов опорно-двигательного аппарата</p>	<p>223. Эхография мягких тканей. Методика исследования. Показания к исследованию.</p> <p>224. Эхографическая картина липомы, атеромы, гемангиомы, инфильтрата и абсцесса мягких тканей.</p> <p>225. Эхография суставов. Методика исследования. Возможности метода.</p> <p>226. Ткани, изучаемые в ортопедической сонографии.</p> <p>227. Эхографическая картина суставных поверхностей и околосуставных тканей в норме и патологии.</p> <p>228. Травматические повреждения и заболевания менисков.</p> <p>229. Кисты Бейкера.</p> <p>230. Исследование ультразвуковым методом ахиллова сухожилия.</p>
<p>Раздел №9- Б1.Б6.9 Ультразвуковая диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы</p>	<p>231. Возможности трансторакальной и чреспищеводной эхокардиографии. Стандартные позиции.</p> <p>232. Ультразвуковая диагностика пороков митрального клапана (стеноза, недостаточности).</p> <p>233. Ультразвуковая диагностика пороков аортального клапана (стеноза, недостаточности).</p> <p>234. Ультразвуковая диагностика малых аномалий сердца (пролапс митрального клапана, дополнительные хорды).</p> <p>235. Эхо – диагностика ИБС.</p> <p>236. Врожденные пороки сердца: ДМЖП, ДМПП.</p> <p>237. Ультразвуковая диагностика эксудативного перикардита.</p> <p>238. Ультразвуковая диагностика дилатационной кардиомиопатии.</p> <p>239. Ультразвуковая диагностика гипертрофической кардиомиопатии.</p> <p>240. Редкие формы кардиомиопатий.</p> <p>241. Современные доплеровские технологии при ЭХО-</p>

КГ.

242. Ультразвуковая диагностика ДМПП, ДМЖП.
243. Ультразвуковая диагностика инфекционного эндокардита.
244. Ультразвуковая диагностика легочной гипертензии.
245. Опухоли сердца.
246. Показания к чреспищеводной ЭХО-КГ.
247. Ультразвуковая диагностика врожденных пороков сердца. Тетрада Фалло. Аномалия Эбштейна. ОАК.
248. Ультразвуковая диагностика врожденных пороков сердца. Комплекс Эйзенменгера. Первичная легочная гипертензия. Атрезия трикуспидального клапана. Единственный желудочек.
249. Ультразвуковая диагностика врожденных пороков сердца. Надклапанные и подклапанные стенозы. Коарктация аорты.
250. Ультразвуковая диагностика врожденных пороков сердца. Транспозиция магистральных сосудов. Транспозиция желудочков.
251. Ультразвуковая диагностика патологии перикарда. Ультразвуковая диагностика внутрисердечных образований.
252. Ультразвуковая диагностика неотложных состояний. Травматическое поражение органов грудной клетки
253. Эхокардиографическое исследование в оценке систолической и диастолической функций левого и правого желудочков. Варианты нарушения диастолической функции желудочков.
254. Определения функции правого желудочка.
255. Эхографические признаки сердечной недостаточности.
256. Основы Speckle-tracking эхокардиографии. Техника оценки функции миокарда.
257. Возможности тканевой доплерографии в исследовании сердца.
258. Качественная и количественная оценка сосудистого русла методом ультразвуковой диагностики.
259. Количественные доплеросонографические параметры артериального кровотока
260. Качественная оценка доплеровского спектра
261. Ультразвуковое исследование артерий, питающих мозг: выявление и оценка степени стенозов ВС.
262. Исследование артерий, питающих мозг: выявление нарушений виллизиева круга, аневризм, мальформаций.
263. Что такое синдром гемодинамического обкрадывания? Какой тип кровотока при этом определяет при дуплексном сканировании?
264. Ультразвуковая диагностика заболеваний магистральных артерий верхних и нижних конечностей в различных режимах сканирования: атеросклероз, аневризмы.
265. Ультразвуковая диагностика заболеваний магистральных артерий верхних и нижних конечностей в

	<p>различных режимах сканирования: артериовенозные шунты, травматическое повреждение, аномалии развития и хода артерий.</p> <p>266. Дуплексное исследование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий</p> <p>267. Нормальная анатомия экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий.</p> <p>268. Ультразвуковое исследование сонных артерий</p> <p>269. Ультразвуковое исследование позвоночных артерий</p> <p>270. Какие нагрузочные тесты применяют при УЗ-исследовании сосудов мозга и как они трактуются?</p> <p>271. Как определяется внутричерепной и внекраниальный венозный кровоток при УЗИ?</p> <p>272. Нормальная анатомия артериальной системы нижних конечностей. Исследование артерий нижних конечностей</p> <p>273. Диагностика заболеваний артерий нижних конечностей</p> <p>274. Схема ультразвукового исследования вен. Анатомическая номенклатура вен. Поверхностные вены. Бассейн большой подкожной вены. Бассейн малой подкожной вены. «Внесафенные» вены. Глубокая (мышечная фасция). Перфорантные вены. Глубокие вены</p> <p>275. Дуплексное исследование артерий. Ультразвуковая диагностика атеросклероза артерий.</p> <p>276. Дуплексное исследование вен. Диагностика тромбозов сосудов.</p> <p>277. Посттромбофлебитический синдром методом ультразвуковой диагностики.</p> <p>278. Ультразвуковая диагностика варикозной болезни.</p> <p>279. Современные доплеровские технологии при УЗИ сосудов. Диагностика тромбозов сосудов.</p> <p>280. Ультразвуковая диагностика ангиопатий при сахарном диабете.</p> <p>281. Ультразвуковая диагностика варикозной болезни.</p> <p>282. Ультразвуковая диагностика патологии церебральных артерий и нарушений мозгового кровообращения.</p> <p>283. Ультразвуковая диагностика патологии подключичных и позвоночных артерий.</p> <p>284. Ультразвуковая диагностика заболеваний нижней полой вены и ее ветвей, воротной вены и ее ветвей.</p> <p>285. Ультразвуковая диагностика изменений в системе нижней полой вены и ее ветвях, воротной вены и ее ветвях при заболеваниях внутренних органов.</p>
<p>Раздел №10- Б1.Б6.10 Ультразвуковая диагностика в неонатологии</p>	<p>286. Нейросонография. Показания к исследованию. Выявляемая патология.</p> <p>287. Виды нейросонографии.</p> <p>288. Показания и противопоказания, сроки проведения</p>

нейросонографии

289. Ультразвуковая диагностика заболеваний центральной нервной системы у новорожденных (нейросонография). Методика НСГ.
290. Методика НСГ. Стандартные и дополнительные срезы сканирования. Методика выполнения стандартных доступов для ультразвукового исследования перинатальной патологии головного мозга (стандартные доступы: транскраниальный, чрезродничковый, транстемпоральный и трансокципитальный)
291. Нейросонография. Ультразвуковая диагностика вентрикуломегалии, гидроцефалии, внутрижелудочковых кровоизлияний
292. Ультразвуковая диагностика неопухолевых и опухолевых заболеваний головного мозга новорожденного.
293. Протокол нейросонографии. Возрастные показатели.
294. Ультразвуковая диагностика инфекционных поражений головного мозга
295. Ультразвуковая диагностика арахноидальных кист
296. Ультразвуковая диагностика пороков развития головного мозга
297. Ультразвуковая диагностика гидроцефалии
298. Дуплексное сканирование сосудов головного мозга и внутренних органов новорожденного
299. Ультразвуковая диагностика врожденных аномалий строения сосудов головного мозга
300. Ультразвуковая диагностика окклюзии вен и синусов головного мозга
301. Ультразвуковая диагностика нарушения регуляции тонуса сосудов головного мозга
302. Ультразвуковая диагностика врожденных аномалий сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства
303. Основные ошибки при ультразвуковом исследовании тазобедренных суставов у новорожденных
304. Функциональные пробы под контролем ультразвуковой навигации для выявления дисплазии тазобедренных суставов у новорожденных
305. Оценка кровотока при УЗИ в тазобедренном суставе новорожденных для дифференциальной диагностики дисплазии тазобедренных суставов
306. Ультразвуковая диагностика заболеваний позвоночного столба и спинного мозга новорожденного.
307. Исследование вилочковой железы методом ультразвуковой диагностики.
308. Исследование мочевыделительной системы. Особенности визуализации почек.
309. Показатели кровотока почек новорожденных.
310. Показания для проведения исследования органов

	<p>мошонки. Положение яичек.</p> <p>311. Опухоль Вильмса (нейробластома) у детей.</p> <p>312. Ультразвуковая диагностика в неотложной неонатологии.</p> <p>313. Диагностика врожденных пороков сердца.</p>
<p>Раздел №11- Б1.Б6.11 Интервенционная ультразвуковая диагностика.</p>	<p>314. Интервенционная ультрасонография. Методика интервенционной УЗИ.</p> <p>315. Технология пункционной биопсии под контролем ультразвука. Показания к проведению пункции под контролем ультразвука.</p> <p>316. Методика интервенционной УЗИ. Непрямой ультразвуковой контроль.</p> <p>317. Методика интервенционной УЗИ. Пункция «свободной рукой». использование направляющих устройств.</p> <p>318. Методика интервенционной УЗИ. Использование направляющих устройств.</p> <p>319. Показания к УЗИ молочной железы. Ценность УЗИ молочной железы. Показание к биопсии..</p> <p>320. Методика выполнения выполнения биопсии молочной железы под ультразвуковым контролем.</p> <p>321. Диагностическая пункция щитовидной железы. Показания к УЗИ щитовидной железы. Ценность УЗИ щитовидной железы. Показание к биопсии.</p> <p>322. Лечебные процедуры под контролем ультразвука.</p> <p>323. Диагностическая пункция лимфатических узлов брюшной полости.</p> <p>324. Определение состояния плода. Амниоцентез под контролем ультразвука.</p> <p>325. Интраоперационная эхография желчного пузыря и желчевыводящих путей</p> <p>326. Биопсия очаговых образований печени. Лапароскопическое УЗИ, Радиочастотная термальная абляция.</p> <p>327. Биопсия внеорганных образований брюшной полости.</p> <p>328. Биопсия поверхностных лимфатических узлов.</p> <p>329. Торакоцентез под ультразвуковым контролем.</p> <p>330. Чрескожное дренирование скоплений жидкости.</p> <p>331. Катетеризация центральных вен под УЗ контролем.</p> <p>332. Аномалия размеров и расположения яремной вены. Подходы при катетеризации.</p> <p>333. Методика пункции яремной вены у детей.</p> <p>334. Введение ультразвукового сканирования в протокол катетеризации центральных вен.</p> <p>335. Катетеризация артерий. Показания и техника катетеризации артерий.Методика.</p> <p>336. Пункция общей бедренной артерии: особенности доступа.</p> <p>337. Техника катетеризации лучевой артерии.</p>

	<p>338. Трансректальная биопсия предстательной железы .</p> <p>339. Сосудистый доступ, пункции и установка дренажей под ультразвуковым контролем.</p> <p>340. Перкутанная нефростомия..</p>
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Раздел №1- Б1.Б6.1 Правовые основы медицинской деятельности. Организация работы службы лучевой диагностики. История лучевой диагностики</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика как клиническая дисциплина 2. Построение заключения ультразвукового исследования 3. Составление алгоритма ультразвукового исследования пациента 4. Требования к устройству и техническому оснащению кабинетов ультразвуковой диагностики 5. Виды ультразвуковых исследований в ультразвуковой диагностике 6. Санитарно-противоэпидемическая работа в подразделениях лучевой диагностики 7. Права и обязанности медицинских работников кабинетов и отделений ультразвуковой диагностики 8. Место ультразвуковой диагностики в диспансеризация населения
<p>Раздел №2. - Б1.Б6.2 Физико-технические основы ультразвукового метода исследования</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. Физические свойства ультразвука 10. Эффект Доплера. Принцип метода. Основные характеристики. 11. Продольная и поперечная разрешающая способность 12. Артефакты в ультразвуковой диагностике 13. Основные узлы ультразвуковых аппаратов 14. Биологическое действие ультразвука 15. Показатели, параметры доплеровских режимов, их значение 16. Оптимизация ультразвуковых исследований в В-режиме 17. Оптимизация ультразвуковых исследований в доплеровских режимах 18. Физико-технические основы: режим соноэластография. Виды.
<p>Раздел №3- Б1.Б6.3 Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости</p>	<ol style="list-style-type: none"> 19. Ультразвуковая диагностика внутрипеченочной формы портальной гипертензии в режиме дуплексного сканирования с ЦДК 20. Сосуды портопеченочного бассейна. Кровоток в норме в сосудах портопеченочного бассейна. 21. Внепеченочная форма портальной гипертензии. Дифференциальная диагностика 22. Ультразвуковая диагностика рака желчного пузыря и желчевыводящих протоков 23. Ультразвуковая диагностика желчекаменной болезни. Билиарная гипертензия. 24. Ультразвуковая диагностика осложнений острого панкреатита поджелудочной железы 25. Ультразвуковая диагностика абсцессов брюшной полости

	<p>26. Общие принципы ультразвукового исследования желудка.</p> <p>27. Ультразвуковая диагностика кишечника. Возможности и ограничения.</p> <p>28. Ультразвуковая диагностика изменений селезенки при нарушениях кровообращения</p> <p>29. Ультразвуковая диагностика изменений селезенки, обусловленные инфекционными процессами</p> <p>30. Ультразвуковая диагностика изменений селезенки при болезнях накопления (болезнь Гоше, болезнь Нимана-Пика, болезнь Абта-Леттера-Зиве, болезни амилоидоза).</p> <p>31. Ультразвуковая диагностика изменений селезенки при патологических процессах в кроветворной и лимфоидной ткани</p> <p>32. Ультразвуковая диагностика острого и хронического сплениита</p> <p>33. Ультразвуковая диагностика кист селезенки. Дифференциальная диагностика.</p> <p>34. Допплерографические методы исследования селезеночной артерии, селезеночной вены.</p>
<p>Раздел № 4-Б1.Б6.4 Ультразвуковая диагностика в уронефрологии.</p>	<p>35. Показания для проведения ультразвукового исследования надпочечников. Методика проведения ультразвукового исследования почек и надпочечников.</p> <p>36. Ультразвуковая анатомия почек и надпочечников.</p> <p>37. Роль УЗИ в диагностике патологий надпочечников. При исследовании надпочечников какие УЗ-признаки говорят о гиперплазии?</p> <p>38. Показания и проведение УЗИ мочевого пузыря. Подготовка больного к исследованию мочевого пузыря. Методика проведения УЗИ мочевого пузыря.</p> <p>39. Ультразвуковая диагностика опухолей и дивертикулов мочевого пузыря.</p> <p>40. Показания для УЗИ предстательной железы.</p> <p>41. Подготовка больного к исследованию предстательной железы. Методика проведения УЗИ предстательной железы. Методика определения остаточной мочи.</p> <p>42. Ультразвуковая диагностика аномалий развития почек.</p> <p>43. Ультразвуковая диагностика осложнений почечного трансплантата.</p>
<p>Раздел № 5- Б1.Б6.5 Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур и лимфатической системы</p>	<p>44. Ультразвуковая анатомия щитовидной железы. Нормальные размеры щитовидной железы у взрослых и детей.</p> <p>45. Ультразвуковая анатомия паращитовидных желез.</p> <p>46. Методика проведения ультразвукового исследования щитовидной железы.</p> <p>47. Методика проведения ультразвукового исследования паращитовидных желез.</p> <p>48. Ультразвуковая анатомия молочных желез в различные возрастные периоды.</p> <p>49. Ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез в детском возрасте</p> <p>50. Ультразвуковое исследование регионального лимфоотока молочных желез</p> <p>51. Ультразвуковое исследование грудных желез у мужчин и</p>

	<p>мальчиков.</p> <p>52. Ультразвуковая диагностика заболеваний слюнных желез.</p> <p>53. Ультразвуковое исследование после хирургического лечения молочных желез.</p> <p>54. Эхосемиотика рака щитовидной железы.</p> <p>55. Ранняя диагностика рака щитовидной железы.</p> <p>56. Нормальная анатомия лимфатических сосудов и лимфатических узлов</p> <p>57. Технология ультразвукового исследования лимфатических узлов области шеи и головы.</p> <p>58. Технология ультразвукового исследования лимфатических узлов подмышечной и парамаммарной областей</p> <p>59. Технология ультразвукового исследования лимфатических узлов паховой и бедренной областей</p> <p>60. Технология ультразвукового исследования глубоко расположенных (абдоминальных) лимфатических узлов</p> <p>61. Стандартное заключение по результатам ультразвукового исследования лимфатической системы</p>
<p>Раздел № 6- Б1.Б6.6 Ультразвуковая диагностика в гинекологии.</p>	<p>62. Ультразвуковая диагностика аномалий развития матки</p> <p>63. Ультразвуковая диагностика ретенционных кист яичников.</p> <p>64. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей матки и яичников.</p> <p>65. Ультразвуковая диагностика гиперплазии эндометрия.</p> <p>66. Ультразвуковая диагностика tuboовариального абсцесса</p> <p>67. Ультразвуковая диагностика гидросальпинкса</p> <p>68. Ультразвуковая диагностика эндометриоза</p> <p>69. Ультразвуковая диагностика опухолей яичников.</p> <p>70. Инволюция матки в послеродовом периоде</p> <p>71. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности</p> <p>72. Ультразвуковая диагностика острого эндометрита</p> <p>73. Ультразвуковая диагностика миомы матки</p> <p>74. Ультразвуковая диагностика заболеваний яичников.</p> <p>75. Дифференциальная ультразвуковая диагностика заболеваний матки.</p> <p>76. Дифференциальная диагностика заболеваний маточных труб.</p> <p>77. Ультразвуковая диагностика заболеваний опухолевых заболеваний маточных труб. Ультразвуковая диагностика рака маточной трубы.</p>
<p>Раздел № 7- Б1.Б6.7 Ультразвуковая диагностика в акушерстве.</p>	<p>78. Значение ультразвуковых методов исследования в акушерской практике: диагностика ранних сроков беременности.</p> <p>79. Понятие об ультразвуковом скрининге – программе в акушерской практике.</p> <p>80. Ультразвуковое исследование в 1-й триместре беременности. Плодное яйцо, эмбрион, желточный мешок, хорион. Ультразвуковая оценка жизнедеятельности плода.</p> <p>81. Ультразвуковая биометрия в 1-м триместре беременности.</p> <p>82. Показания, техника исследования во 2-м и 3-м триместрах беременности.</p> <p>83. Ультразвуковая анатомия плода во 2-м и 3-м триместрах беременности</p>

	<p>84. Фетометрия во 2-м и 3-м триместрах беременности.</p> <p>85. Ультразвуковая оценка функционального состояния плода во 2-м и 3-м триместрах беременности.</p> <p>86. Ультразвуковая диагностика заболеваний плода во 2-м и 3-м триместрах беременности.</p> <p>87. Ультразвуковая диагностика врождённых пороков развития плода во 2-м и 3-м триместрах беременности.</p> <p>88. Ультразвуковая диагностика многоплодной беременности.</p> <p>89. Ультразвуковая плацентография.</p> <p>90. Ультразвуковое исследование пуповины. 21. Ультразвуковая оценка околоплодных вод.</p> <p>91. Ультразвуковой контроль и диагностика осложнений при прерывании беременности.</p> <p>92. Ультразвуковая диагностика в послеродовом периоде.</p>
<p>Раздел №8- Б1.Б6.8 Ультразвуковая диагностика мягких тканей и суставов опорно-двигательного аппарата</p>	<p>93. Ультразвуковое исследование мягких тканей. Методика исследования.</p> <p>94. Эхографическая картина липомы, атеромы, гемангиомы, инфильтрата и абсцесса мягких тканей.</p> <p>95. Ультразвуковое исследование суставов.</p> <p>96. Ткани, изучаемые в ортопедической сонографии.</p> <p>97. Травматические повреждения и заболевания менисков.</p> <p>98. Кисты Бейкера.</p> <p>99. Исследование ультразвуковым методом ахиллова сухожилия.</p>
<p>Раздел №9- Б1.Б6.9 Ультразвуковая диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы</p>	<p>100. Нормальная анатомия сердца: строение камер сердца, клапанного аппарата сердца и магистральных сосудов, кровоснабжение сердца.</p> <p>101. Нормальная физиология сердца.</p> <p>102. Стандартные позиции и сечения.</p> <p>103. Использование М-режима для основных измерений.</p> <p>104. Оценка систолической функции левого желудочка.</p> <p>105. Оценка диастолической функции левого желудочка.</p> <p>106. Оценка систолической функции правого желудочка. Ультразвуковая диагностика стеноза аортального клапана.</p> <p>107. Классификация опухолей сердца. Ультразвуковая диагностика миксом сердца.</p> <p>108. Ультразвуковая диагностика опухолей правого желудочка.</p> <p>109. Основные области применения эхокардиографии в диагностике ИБС и ее осложнений.</p> <p>110. Эхокардиографическая оценка локальной сократимости.</p> <p>111. Площадь митрального отверстия и способы ее измерения.</p> <p>112. Расслаивающая аневризма аорты (РАА) и ее ультразвуковая диагностика.</p> <p>113. Ультразвуковая диагностика аневризмы брюшного отдела аорты.</p> <p>114. Методика Стресс-Эхокардиографии. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Оценка результатов.</p> <p>115. Транспищеводная эхокардиография. Показания.</p>

	<p>Противопоказания. Методика проведения. Оценка результатов.</p> <p>116. Какие варианты строения виллизиева круга являются нормальными?</p> <p>117. Какие патологии дуральных синусов и вен встречаются?</p> <p>118. Какие сосуды участвуют в кровоснабжении головного мозга? Как они лоцируются при дуплексном сканировании</p> <p>119. С какими причинами связан стеноз артерии? Как определяется его гемодинамическая значимость?</p> <p>120. Что является причиной церебрального вазоспазма и как он диагностируется?</p> <p>121. Какие УЗ-признаки характерны для вазоспазма?</p> <p>122. Какие сосуды виллизиева круга из каких окон лоцируются при транскраниальной доплерографии. Какое направление кровотока в каждом из сосудов?</p> <p>123. Ультразвуковая характеристика магистральных артерий и вен верхних и нижних конечностей в норме в В-режиме, PW-режиме, режиме ЦДК</p> <p>124. Анатомия вен нижних конечностей. Бассейн большой подкожной вены.</p> <p>125. Основные характеристики нормальных доплерографических показателей, принципы и способы оценки патологических изменений</p>
<p>Раздел 10-Б1.Б6.10 Ультразвуковая диагностика в неонатологии.</p>	<p>126. Ультразвуковая диагностика заболеваний легких у новорожденных</p> <p>127. Ультразвуковая диагностика заболеваний кишечника у новорожденных</p> <p>128. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости у новорожденных</p> <p>129. Ультразвуковая диагностика заболеваний мочевыводящей системы новорожденных</p> <p>130. Ультразвуковая диагностика в оценке васкуляризации образований головного мозга и внутренних органов у новорожденных</p> <p>131. Ультразвуковой скрининг врожденных пороков и заболеваний сердца у новорожденных</p> <p>132. Актуальные вопросы ультразвукового исследования тазобедренных суставов новорожденных по Графу</p> <p>133. Дополнительные техники исследования дисплазии тазобедренных суставов: по методу Harcke, по методу Keller</p>
<p>Раздел 11- Б1.Б6.11 Интервенционная ультразвуковая диагностика.</p>	<p>134. Пункционная биопсия под контролем ультразвука. Пункция печени: диагностическая и лечебная. Показания, подготовка, укладка больного.</p> <p>135. Пункция желчного пузыря: диагностическая и лечебная.</p> <p>136. Пункция почек: диагностическая и лечебная.</p> <p>137. Диагностическая пункция предстательной железы.</p> <p>138. Диагностическая пункция лимфатических узлов.</p>

	<p>139. Интраоперационная эхография . Показания к интраоперационная эхографии. Техника интраоперационная эхографии.</p> <p>140. Интраоперационная эхография печени.</p> <p>141. Интраоперационная эхография желчевыводящих путей.</p> <p>142. Интраоперационная эхография поджелудочной железы</p> <p>143. Интраоперационная эхография почек.</p> <p>144. Интраоперационная эхография предстательной железы</p>
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p align="center">Раздел №1- Б1.Б6.1 Правовые основы медицинской деятельности. Организация работы службы лучевой диагностики. История лучевой диагностики</p>	<p>1. Автор «Теории звука», фундаментального труда для развития науки об ультразвуке.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Джон Уильям Струтт; 2. Пьер и Жак Кюри; 3. Карл Теодор Дуссик <p>2. PACS- это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. электронная карта больного; 2. программа для обработки изображений; 3. разновидность автоматизированного рабочего места врача; 4. система архивирования и передачи медицинских изображений; 5. программа - электронный ассистент врача. <p>3. Международная классификация болезней - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. А. перечень наименований болезней в определенном порядке; 2. Б. перечень диагнозов в определенном порядке; 3. В. перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу; 4. Г. система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями; 5. Д. перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке. <p>4. Что является основанием для осмотра на дому пациента врачами «узких» специальностей по назначению лечащего врача:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. желание пациента; 2. невозможность посетить медицинское учреждение по состоянию здоровья; 3. плановый диспансерный осмотр; 4. желание родственников; 5. нет оснований.
---	--

5. Каким нормативным документом устанавливаются правила проведения ультразвуковых исследований

- 1. Приказом Минздрава РФ от 08.06.2020 N 557н – Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований;**
2. Приказом Минтруда от 08.06.2020 N 557н – Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований;
3. Приказом Минздрава РФ от 08.06.2020 N 600н – Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований;

6. Ультразвуковые исследования проводятся при наличии медицинских показаний при показании:

1. первичной медико-санитарной помощи;
2. специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
3. скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
4. медицинской помощи при санаторно-курортном лечении.
- 5. всего перечисленного.**

7. Направление для проведения ультразвукового исследования в медицинской организации, в которой оно выдано, содержит:

1. наименование медицинской организации
2. фамилию, имя, отчество пациента, дату его рождения;
3. предварительный диагноз;
4. анатомическую область и (или) орган (органы), подлежащие обследованию;
5. цель назначаемого ультразвукового исследования;
- 6. всё перечисленное**

8. Решение о возможности проведения ультразвукового исследования и конкретного метода принимает

1. лечащий врач;
- 2. врач ультразвуковой диагностики;**
3. консилиум
4. заведующий лечебным отделением.

9. Протокол, составленный по результатам проведения ультразвукового исследования содержит:

1. наименование медицинской организации;
2. дату и время проведения ультразвукового исследования;
3. фамилию, имя, отчество пациента, дату его рождения;
4. название ультразвуковой диагностической системы и тип датчика (датчиков) с указанием его (их) диапазона частот;
5. заключение по результатам ультразвукового исследования
- 6. всё перечисленное.**

10. Первое в России эхокардиографическое исследование проведено:

1. 1956;
- 2. 1973;**
3. 1980;
4. 1948.

11. Отцом медицинского УЗИ, который измерил толщину тканей кишечника в 1949 году, назван:

1. Пьер Кюри;
2. Джон Уильям Струтт;
3. Джон Уайлд

12. Организация 'Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине" создана:

1. 1990;
2. 2000;
3. 2003;
4. 2008.

13. Если гражданин страдает заболеванием, представляющим опасность для окружающих, то медицинское вмешательство допускается

1. без согласия гражданина
2. по приказу главного врача
3. по письменному согласию гражданина или его законного представителя
4. с устного согласия гражданина или родственников

14. Страховой медицинский полис имеет силу

1. на всей территории Российской Федерации
2. только на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет дипломатические отношения
3. только на территории того субъекта Российской Федерации, где выдан страховой полис
4. только на территории того субъекта Российской Федерации, где проживает застрахованный

15. Медицинские работники имеют право на

1. прохождение аттестации для получения квалификационной категории
2. получение подарков и денежных средств от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
3. оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
4. выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию

16. Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, в соответствии с законодательством российской федерации могут привлекаться к _____ ответственности

1. уголовной
2. персональной
3. материальной

	4. процессуальной
<p>Раздел №2 Б1.Б6.2 Физико- технические основы ультразвукового метода исследования</p>	<p>17. Осевая разрешающая способность определяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. фокусировкой; 2. расстоянием до объекта; 3. типом датчика; 4. числом колебаний в импульсе; 5. средой, в которой распространяется ультразвук. <p>18. Поперечная разрешающая способность определяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. фокусировкой; 2. расстоянием до объекта; 3. типом датчика; 4. числом колебаний в импульсе; 5. средой. <p>19. Проведение ультразвука от датчика в ткани тела человека улучшает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эффект Доплера; 2. материал, гасящий ультразвуковые колебания; 3. преломление; 4. более высокая частота ультразвука; 5. соединительная среда. <p>20. При перпендикулярном падении ультразвукового луча интенсивность отражения зависит от:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. разницы плотностей; 2. разницы акустических сопротивлений; 3. суммы акустических сопротивлений; 4. разницы, и суммы акустических сопротивлений; 5. разницы плотностей и разницы акустических сопротивлений. <p>21. При возрастании частоты обратное рассеивание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. увеличивается; 2. уменьшается; 3. не изменяется; 4. преломляется; 5. исчезает. <p>22. Для того, чтобы рассчитать расстояние до отражателя, нужно знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. затухание, скорость, плотность; 2. затухание, сопротивление; 3. затухание, поглощение; 4. время возвращения сигнала, скорость; 5. плотность, скорость. <p>23. Ультразвук может быть сфокусирован с помощью:</p>

1. искривленного элемента;
2. искривленного отражателя;
3. линзой;
4. фазированной антенной;
5. **всего перечисленного.**

24. Осевая разрешающая способность может быть улучшена, главным образом, за счет:

1. **улучшения гашения колебания пьезоэлемента;**
2. увеличения диаметра пьезоэлемента;
3. уменьшения частоты;
4. уменьшения диаметра пьезоэлемента;
5. использования эффекта Доплера.

25. Если бы отсутствовало поглощение ультразвука тканями тела человека, то не было бы необходимости использовать в приборе:

1. компрессию;
2. демодуляцию;
3. **компенсацию;**
4. декомпенсацию;
5. вентиляцию.

26. Дистальное псевдоусиление эха вызывается:

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

26. Максимальное Доплеровское смещение наблюдается при значении Доплеровского угла, равного:

1. 90 градусов;
2. 45 градусов;
3. **0 градусов;**
4. -45 градусов;
5. -90 градусов.

27. Частота Доплеровского смещения не зависит от:

1. **амплитуды;**
2. скорости кровотока;
3. частоты датчика;
4. Доплеровского угла;
5. скорости распространения ультразвука.

28. Искажения спектра при Допплерографии не наблюдается, если Доплеровское смещение частоты повторения

импульсов:

1. меньше;
2. равно;
3. больше;
4. верно все вышеперечисленное;
5. **верно 1) и 2)**

29. Импульсы, состоящие из 2-3 циклов используются для:

1. импульсного Допплера;
2. непрерывно-волнового Допплера;
3. **получения черно-белого изображения;**
4. цветного Допплера;
5. верно все вышеперечисленное.

30. Мощность отраженного Допплеровского сигнала пропорциональна:

1. объемному кровотоку;
2. скорости кровотока;
3. Допплеровскому углу;
4. **плотности клеточных элементов;**
5. верно все вышеперечисленное.

31. Биологическое действие ультразвука:

1. не наблюдается
2. не наблюдается при использовании диагностических приборов
3. **не подтверждено при пиковых мощностях, усредненных во времени ниже 100 мВт/кв. см**
4. верно 2) и 3)
5. все неверно

32. Контроль компенсации (gain):

1. компенсирует нестабильность работы прибора в момент разогрева;
2. **компенсирует затухание;**
3. уменьшает время обследования больного;
4. все перечисленное неверно
5. все перечисленное верно.

33. Ультразвуковая волна в среде распространяется в виде:

1. **продольных колебаний**
2. поперечных колебаний
3. электромагнитных колебаний
4. прямолинейных равномерных колебаний
5. все перечисленное неверно

34. Скорость распространения в воздушной среде по

сравнению с мышечной тканью:

1. выше
2. ниже
3. зависит от частоты ультразвука
4. зависит от мощности ультразвука
5. не меняется

35. На сканограммах в проекции исследуемого объекта получено изображение равноудаленных линейных сигналов средней или небольшой интенсивности. Как называется артефакт?

1. реверберация
2. артефакт фокусного расстояния
3. артефакт толщины центрального луча
4. артефакт рефлексии
5. артефакт рефракции

36. Артефакт в виде «хвоста кометы» способствует дифференциации:

1. металлических инородных тел от кальцификатов и камней
2. тканевых образований от кальцификатов и камней
3. жидкостных образований от тканевых образований
4. злокачественных и доброкачественных образований
5. все перечисленное неверно

37. Возникновение артефакта в виде «хвоста кометы» обусловлено:

1. крайне высокой плотностью объекта
2. неадекватной частотой работы прибора
3. неадекватным фокусным расстоянием
4. возникновением собственных колебаний в объекте
5. все перечисленное верно

38. Для лучшей визуализации объектов небольшого размера предпочтительно:

1. использовать датчик большой разрешающей способности
2. использовать датчик меньшей разрешающей способности
3. увеличить мощность ультразвука
4. уменьшить мощность ультразвука
5. все перечисленное неверно

Раздел №3
Б1.Б6.3
Ультразвуковая
диагностика
заболеваний
органов
брюшной
полости

39. При УЗИ взрослых допустимыми размерами толщины правой и левой долей печени обычно являются:

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

40. При УЗИ взрослых методически правильное измерение толщины левой доли печени производится:

1. в положении косого сканирования;
2. в положении поперечного сканирования;
- 3. в положении продольного сканирования;**
4. в положении датчика вдоль VIII межреберья
5. все перечисленное верно.

41. Эхогенность паренхимы печени и сосудистый рисунок при жировой инфильтрации печени следующие:

1. эхогенность не изменена, сосудистый рисунок четкий;
2. эхогенность понижена, сосудистый рисунок "обеднен";
3. четкая визуализация сосудистого рисунка, эхогенность смешанная;
- 4. "обеднение" сосудистого рисунка и повышение эхогенности паренхимы печени;**
5. воротная вена не изменена, эхогенность смешанная.

42. Важнейшим дифференциально-диагностическим признаком жировой инфильтрации от прочих диффузных и очаговых поражений является:

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

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

- 1. архитектоника и сосудистый рисунок печени не нарушены;**
2. деформация сосудистого рисунка и повышение

- эхогенности печени;
3. нарушение архитектоники и сосудистого рисунка печени;
 4. сосудистый рисунок не нарушен, эхогенность снижена;
 5. изменения гистограммы яркости.

44. При неинвазивном УЗИ печени имеется возможность достоверно установить:

1. клинический диагноз;
2. морфологический диагноз;
- 3. инструментальный диагноз**
4. все перечисленное верно
5. все перечисленное неверно

45. При неинвазивном УЗИ печени имеется возможность достоверного установления:

1. характера поражения;
- 2. характера и распространенности поражения;**
3. нозологической формы поражения;
4. нозологической формы поражения и ее выраженности;
5. нозологической формы поражения и его прогноза.

46. Укажите характерный при УЗИ признак кардиального фиброза печени при декомпенсации кровообращения по большому кругу:

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

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

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

48. При УЗИ размеры печени на ранних стадиях цирроза

чаще:

1. в пределах нормы;
2. уменьшены;
3. значительно уменьшены;
- 4. увеличены**
5. не увеличены.

49. При УЗИ размеры печени в терминальную стадию цирроза чаще:

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

50. При классической картине цирроза в УЗ картине печени:

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

51. При УЗИ структура паренхимы при циррозе печени чаще:

1. однородная;
2. мелкозернистая;
3. крупнозернистая;
- 4. диффузно неоднородная**
5. очаговая.

52. Ультразвуковым признаком портальной гипертензии не является:

1. расширение селезеночной вены более 6 мм в диаметре;
2. расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре;
- 3. увеличение желчного пузыря;**
4. увеличение селезенки;
5. выявление порто-кавальных анастомозов.

53. Укажите как наиболее часто изменяются контуры и края печени при жировой инфильтрации:

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

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

1. выявление свободной жидкости в латеральных каналах брюшной полости, малом тазе;
2. **отсутствие свободной жидкости в плевральных полостях и брюшной полости;**
3. расширение камер сердца
4. выявление жидкости в плевральных полостях
5. правильно 3) и 4)

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

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

56. Выявляемый при УЗИ опухолевый тромб в воротной вене является патогномичным признаком для:

1. **первичного рака печени;**
2. метастатического поражения печени;
3. узловой гиперплазии печени;
4. злокачественной опухоли почек;
5. злокачественной опухоли поджелудочной железы.

57. Узловая (очаговая) гиперплазия печени является:

1. доброкачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением;
2. злокачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением;
3. **врожденной аномалией развития с прогрессирующим течением;**
4. воспалительным поражением с прогрессирующим течением;
5. ни одним из перечисленных.

58. Для эхо- картины солидного метастатического узла в печени не является характерным:

1. **эффект дистального псевдоусиления;**
2. эффект дистального ослабления;
3. деформация сосудистого рисунка печени;
4. нарушение контура печени;
5. нарушение однородности структуры паренхимы.

59. Наиболее достоверным ультразвуковым признаком

аденомы печени (из перечисленных) является:

1. большие размеры образования;
2. неровность, бугристость и нечеткость контуров;
3. небольшие размеры образования;
4. наличие гипэхогенного Halo;
5. **относительная ровность и четкость контура.**

60. Узловая гиперплазия печени при УЗИ выглядит как:

1. участок грубой деформации (сморщивания) паренхимы печени;
2. объемное образование с нечетко выраженной гиперэхогенной капсулой;
3. **участок неоднородности паренхимы по типу цирротических изменений;**
4. многоузловое объемное образование солидной структуры;
5. многоузловое объемное образование солидно-кистозной структуры.

61. При синдроме Budd-Chiari УЗИ печени в острую фазу позволяет выявить:

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

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

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

63. Характер эхокартины метастатических узлов печени является достаточным условием для определения их гистологической структуры:

1. да
2. **нет**
3. иногда
4. в зависимости от клиники заболевания
5. в зависимости от ультразвуковой аппаратуры

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

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

65. Выявление нетипичных форм желчного пузыря (одиночные, множественные перегибы с вдающимися в полость неполными перегородками) не является наиболее вероятным признаком:

1. рубцово-спаечной деформации вследствие воспалительного процесса в желчном пузыре
2. аномалии формы желчного пузыря
3. функционального варианта формы желчного пузыря в зависимости от положения тела пациента
- 4. аномалии строения желчного пузыря**

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

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

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

1. нормальные размеры ж. пузыря, однослойная тонкая стенка, однородная эхонегативная полость
2. нормальные или увеличенные размеры ж. пузыря, неоднородная тонкая гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью
3. часто увеличенные размеры ж. пузыря, утолщенная неоднородная стенка повыш. эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью

4. **различные размеры ж. пузыря, неравномерно утолщенная, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо- гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость**
5. различные размеры ж. пузыря, неравномерно утолщенная, неоднородная, стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость
6. значительно увеличенные размеры, стенка - иногда тонкая, повышенной эхогенности, иногда - незначительно утолщенная, полость - с эхогенной желчью

68. Для топического разграничения желчевыводящих протоков в воротах печени можно использовать:

1. собственную печеночную артерию
2. воротную вену
3. нижнюю полую вену
4. **правую долевую ветвь печеночной артерии**
5. левую долевую ветвь печеночной артерии

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

1. нормальные размеры желчного пузыря, однослойная стенка, толщиной 2-3 мм, однородная эхонегативная полость
2. **нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая - до 0,5-1,5 мм - гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью**
3. часто увеличенные размеры ж. пузыря, утолщенная до 3,5 - 5 мм неоднородная стенка повыш. Эхо, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью
4. различные размеры ж. пузыря, неравномерно утолщенная - более 4 - 5 мм, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость
5. различные размеры ж. пузыря, неравномерно утолщенная - более 4-5, неоднородная, иногда слоистая стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость

70. Эхографическая картина несмещаемого камня большого дуоденального сосочка (БДС) при УЗИ часто отличается от эхо-картины рака БДС только:

1. наличием объемного образования в зоне БДС

2. значительно расширенными протоками
- 3. наличием стойкой акустической тени или эффекта дистального ослабления за зоной БДС**
4. ничем не отличается

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

1. нормальные размеры желчного пузыря, однослойная тонкая - до 2-3 мм стенка, однородная эхонегативная полость
2. нормальные или увеличенные размеры желчного пузыря, неоднородная тонкая до 0,5-1,5 мм гиперэхогенная стенка, полость часто с эхогенной взвесью
- 3. различные размеры желчного пузыря, утолщенная 3,5-4 мм неоднородная стенка повыш. эхогенности, полость эхонегативная или с эхогенной взвесью**
4. различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная более 4-5 мм, слоисто-неоднородная стенка смешанной эхогенности (с гипо-, изо-, гиперэхогенными участками), однородная или с эхогенной взвесью полость
5. различные размеры желчного пузыря, неравномерно утолщенная, неоднородная, иногда слоистая стенка умеренно и значительно повышенной эхогенности, однородная или с признаками застоя желчи полость

72. Эхографическую картину рака внепеченочных желчевыводящих протоков необходимо дифференцировать с эхо- картиной:

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

73. Для получения изображения опухоли хвоста поджелудочной железы нельзя использовать следующий акустический доступ:

1. косое сканирование по левой стеральной линии.
2. продольное сканирование по левой стеральной линии.
3. межреберное сканирование по передней и средней подмышечным линиям.
- 4. косое сканирование по правой паравертебральной линии.**
5. косое сканирование по левой лопаточной линии.

74. При УЗИ в острой стадии пенетрации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки не является характерным:

1. отсутствие изменения эхокартины поджелудочной железы.
2. визуализация эхонегативного жидкостного образования в зоне пенетрации.
- 3. визуализация гиперэхогенного участка в виде "белого пятна", с нечеткими контурами в зоне пенетрации.**
4. визуализация гиперэхогенной структуры с эффектом реверберации в зоне пенетрации.
5. визуализация гипоэхогенного участка с нечеткими контурами в зоне пенетрации.

75. Кистозный фиброз поджелудочной железы является:

1. следствием длительно протекающего воспалительного процесса
2. следствием быстро протекающего воспалительного процесса
- 3. признаком опухолевого поражения поджелудочной железы**
4. врожденной аномалией поджелудочной железы
5. следствием длительно протекающего сахарного диабета

76. Наиболее характерным для эхографической картины рака поджелудочной железы является обнаружение:

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

77. Повышение эхогенности паренхимы поджелудочной железы является:

1. специфическим признаком, выявляемом при портальной гипертензии.
2. специфическим признаком, выявляемом при хроническом панкреатите.
3. специфическим признаком, выявляемом при остром панкреатите.
4. специфическим признаком, выявляемом при панкреонекрозе.
- 5. неспецифическим признаком, выявляемом при различной патологии.**

79. Эхографическим признаком острой стадии инфаркта

селезенки является образование с _____ контурами и _____ эхогенностью

1. нечеткими; сниженной
2. четкими; сниженной
3. нечеткими; повышенной
4. четкими; повышенной

80. Ультразвуковое исследование при диагностике туберкулеза позволяет определить

1. наличие, расположение экссудата в плевральной полости
2. наличие полостей распада
3. состояние бронхов
4. величину и плотность внутригрудных лимфоузлов

81. У пациентки умеренно выраженная боль в животе, нерегулярный стул, сменяемость запоров поносами, при УЗИ ободочной кишки на всем протяжении есть изменения, которые отражены на сонограмме, кровоток в стенке кишки не усилен, возможное ультразвуковое заключение



1. воспалительное заболевание кишечника
2. диффузная опухоль ободочной кишки
3. нормальное изображение стенки кишки
4. локальное образование передней стенки

82. При воспалительных заболеваниях кишечника псевдополипы при чрескожном УЗИ определяются в виде локального утолщения

1. слизистого слоя стенки кишки
2. подслизистого слоя стенки кишки
3. слизистого и подслизистого слоя стенки кишки
4. всех слоев кишечной стенки

Раздел №4
Б1.Б6.4
Ультразвуковая
диагностика в
уронефрологии.

83. По УЗ картине можно ли дифференцировать коралловидный конкремент почки от множественных камней в почке:

1. всегда;
- 2. не всегда;**
3. только при полипозиционном иссл.;
4. нельзя;
5. только при наличии камней мочевой кислоты.

84. По данным УЗИ определить локализацию конкремента (в чашечке или в лоханке):

1. нельзя;
- 2. можно;**
3. можно, если чашечка или лоханка заполнены жидкостью;
4. можно только при наличии камней мочевой кислоты;
5. можно только при наличии камней щавелевой кислоты.

85. Минимальный диаметр конкремента в мочевом пузыре, выявляемого с помощью УЗИ, составляет:

- 1. 2 мм;**
2. 3 мм;
3. 5 мм;
4. 6 мм;
5. в зависимости от химического состава конкремента от 3-х до 5-ти мм.

86. Минимальный диаметр опухолей, выявляемых в почке с помощью УЗИ, составляет:

1. 0,5 см;
2. 1,0 см;
3. 2,0 см;
- 4. 0,5-2,0 см в зависимости от локализации опухоли;**
5. 2,0-3,0 см в зависимости от локализации опухоли.

87. По УЗИ определить гистологию опухоли:

1. можно всегда;
- 2. нельзя;**
3. можно, при наличии зон распада в опухоли;
4. можно, при наличии кальцинации в опухоли;
5. можно, при наличии анэхогенного ободка.

88. По виду опухоли при УЗИ определить характер роста (инвазивный-неинвазивный) :

- 1. можно не всегда;**

2. нельзя;
3. можно, при наличии зон распада в опухоли;
4. можно, при наличии кальцинации в опухоли;
5. можно, при наличии анэхогенного ободка.

89. УЗ- симптом инвазивного роста опухоли:

1. анэхогенный ободок;
- 2. нечеткость границ;**
3. резкая неоднородность структуры опухоли;
4. анэхогенная зона с неровным контуром в центре образования;
5. зоны кальцинации в опухоли.

90. Среди опухолей почки наиболее часто у взрослых встречается:

1. цистаденокарцинома почки;
- 2. почечноклеточный рак;**
3. онкоцитома почки;
4. ангиома почки;
5. гемангиомиолипома почки.

91. Среди доброкачественных опухолей почки наиболее часто выявляется с помощью УЗИ:

1. онкоцитома;
- 2. ангиомиолипома;**
3. фиброма;
4. гемангиома;
5. лейомиома.

92. Органы-"мишени" метастазирования почечно-клеточного рака - это:

- 1. легкие, кости, мозг, щитовидная железа, органы малого таза;**
2. печень, органы малого таза, надпочечники;
3. печень, кожа, мозг, органы мошонки;
4. молочные железы, печень - у женщин, органы мошонки, печень-у мужчин;
5. надпочечники.

93. Определить наличие опухолевого тромба в нижней полой вене, почечной вене по УЗИ:

1. можно;
2. нельзя;
- 3. можно не всегда;**

4. можно только при значительном расширении нижней поллой вены;
5. можно только при резком повышении экзогенности паренхимы печени.

94. Наименьший диаметр эпителиальной опухоли лоханки, выявляемый рутинным ультразвуковым трансабдоминальным или транслюмбальным методом:

1. 0,3 см;
2. 2 см;
- 3. 1 см;**
4. 4 см;
5. 8 мм.

95. Нет необходимости дифференцировать опухоль почки и:

1. организовавшуюся гематому;
2. ксантогранулематозный пиелонефрит;
- 3. простую кисту;**
4. карбункул почки;
5. амилоидоз почки.

96. Часто очаговую форму лимфомы почки приходится дифференцировать с:

1. гипернефроидным раком;
2. простой кистой почки;
3. гемангиолипомой;
4. туберкулезной каверной почки;
- 5. верно 2 и 4.**

97. Особенностью опухоли Вильмса у взрослых, позволяющей по данным УЗИ предположить наличие этого вида опухоли, является:

- 1. тенденция к некрозу с образованием кистозных полостей;**
2. резкая неоднородность структуры с петрификацией;
3. анэхогенный ободок;
4. массивная кальцинация в опухоли
5. нечеткость контура

98. Морфологическим субстратом анэхогенного ободка по периферии среза опухоли является:

- 1. сжатая растущей опухолью нормальная ткань;**
2. некроз по периферии опухоли;
3. патологическая сосудистая сеть;

4. лимфостаз по периферии опухоли;
5. кальциноз капсулы опухоли.

99. Ангиомиолипома при УЗИ - это:

1. **высокой эхогенности солидное образование с четкой границей с небольшим задним ослаблением в проекции синуса или паренхимы;**
2. **изоэхогенное солидное образование анэхогенным ободком в проекции паренхимы почки без дорсального усиления или ослабления;**
3. **солидное образование резко неоднородной структуры с множественными некротическими полостями;**
4. **анэхогенное образование без дистального усиления;**
5. **смешанное по ЭХО образование с дистальным псевдоусилением.**

100. Динамическое наблюдение больного с установленным при УЗИ диагнозом ангиомиолипомы почки необходимо осуществлять:

1. **ежемесячно;**
2. **один раз в полгода;**
3. **один раз в год;**
4. **динамическое наблюдение проводить нельзя, т.к. необходимо оперировать;**
5. **ввиду абсолютной доброкачественности опухоль можно повторно не исследовать.**

93. Морфологическим субстратом анэхогенной зоны с неровным контуром в центре опухоли является:

1. **перифокальное воспаление;**
2. **некроз;**
3. **гематома;**
4. **кальциноз сосудов опухоли;**
5. **верно 1) и 4)**

94. Ваши первые действия при выявлении в почке опухоли:

1. **УЗИ почечной вены и крупных сосудов, контралатеральной почки, забрюшинных лимфоузлов, органов малого таза, щитовидной железы, печени, селезенки;**
2. **направление больного на внутривенную урографию;**
3. **направление больного к онкоурологу;**
4. **УЗИ печени, лимфоузлов, селезенки, надпочечников;**
5. **направление на ангиографическое исследование.**

95. Наиболее частой причиной ложноположительной диагностики опухоли почки является:

1. удвоение почки;
2. дистопия почки;
- 3. наличие т.н. гипертрофированной колонны Бертина;**
4. гематома;
5. туберкулез почки.

96. Местом излюбленной локализации гипернефромы является:

1. передняя губа почки;
2. латеральный край почки;
- 3. полюса почки;**
4. почечный синус;
5. ворота почки.

97. Гипернефрома при УЗИ чаще имеет:

1. кистозно-солидное строение;
- 2. солидное строение;**
3. кистозное строение;
4. кистозное строение с папиллярными разрастаниями;
- 5. кистозное строение с внутренней эхоструктурой.**

98. Диаметр визуализируемых чашечек - 0,4 см, лоханки -1,2 см, это:

1. патология;
2. норма;
3. патология, либо это объемная дилатация в результате увеличения диуреза;
4. патология, либо дилатация в результате переполнения мочевого пузыря;
- 5. верно 3) и 4)**

99.Лучше выявляет патологию шейки мочевого пузыря метод:

1. трансабдоминального сканирования;
2. трансректального сканирования линейным датчиком;
3. трансректального сканирования датчиком радиального сканирования;
4. трансуретрального сканирования;
- 5. верно 2) и 4)**

100. Более точная диагностика рака мочевого пузыря осуществляется с помощью метода:

1. трансабдоминального сканирования;
2. трансректального сканирования линейным датчиком;
3. трансректального сканирования датчиком радиального сканирования;
4. **рансуретрального сканирования;**
5. верно 1) и 2)

101. Определить степень инвазии опухолью мышечной оболочки мочевого пузыря с помощью датчика для трансабдоминального сканирования можно:

1. всегда;
2. никогда;
3. **не всегда;**
4. только при поражении мочеточниковых устьев;
5. только при прорастании наружной капсулы мочевого пузыря.

102. Об инвазии мышечного слоя мочевого пузыря опухолью может свидетельствовать следующий эхографический признак:

1. деформация внутреннего контура мочевого пузыря;
2. резкое уменьшение объема мочевого пузыря;
3. **утолщение стенки мочевого пузыря в месте расположения опухоли;**
4. поражение мочеточниковых устьев;
5. поражение шейки мочевого пузыря.

103. По данным УЗИ определить характер опухоли мочевого пузыря (доброкачественный или злокачественный) :

1. можно;
2. нельзя;
3. **можно в ряде случаев;**
4. можно при наличии "толстого" основания у опухоли
5. можно с учетом клинико-лабораторных данных

104. Чаще аденому надпочечника эхографически необходимо дифференцировать:

1. **с простой кистой надпочечника;**
2. с надпочечниковой гематомой;
3. с туберкулезным поражением надпочечника;
4. с диффузной формой гиперплазии надпочечника
5. с сифилитическим поражением надпочечников

105. Эхоструктура организовавшейся надпочечниковой гематомы характеризуется:

- 1. наличием кистозного и солидного компонентов, кальцинацией;**
2. наличием гипоэхогенной зоны без четких контуров;
3. резким повышением эхогенности ткани надпочечника с наличием полей кальцинации
4. верно 2) и 3)
5. не визуализируется

106. Проекция нормально расположенного надпочечника соответствует уровню:

1. 2-3 поясничного позвонков;
2. 3-10 грудного позвонков
3. 7-8 грудного позвонков;
4. 9-10 грудного позвонков;
- 5. 11-12 грудного позвонков.**

107. У новорожденного преобладающим является:

1. мозговое вещество надпочечника;
2. корковое вещество надпочечника;
- 3. эмбриональное корковое вещество надпочечника**
4. верно а) и б)
5. все неверно

108. Относительные размеры надпочечника больше:

1. у детей в пубертатном периоде;
2. у взрослых
- 3. у новорожденных**
4. в молодом возрасте
5. в пожилом возрасте

109. Наиболее часто метастазы аденокарциномы надпочечника наблюдаются в:

1. лимфатических узлах средостения;
- 2. парааортальных лимфоузлах;**
3. селезенке
4. печени
5. верно 3) и 4).

Раздел №5
Б1.Б6.5
Ультразвуковая
диагностика
поверхностно
расположенных
структур и
лимфатической
системы

110. При продольном сканировании со стороны живота на уровне диафрагмального контура визуализируется:

1. верхний полюс селезенки;
2. нижний полюс селезенки;
3. ворота селезенки;
- 4. наружный контур селезенки;**
5. внутренний контур селезенки.

111. В норме просвет селезеночной вены:

1. равен просвету селезеночной артерии;
- 2. больше просвета селезеночной артерии;**
3. меньше просвета селезеночной артерии;
4. все вышеперечисленное не является значимым признаком
5. не визуализируется

112. Спленома или спленоаденома - это:

1. доброкачественная опухоль селезенки;
2. злокачественная опухоль селезенки;
- 3. узловая гипертрофия селезенки;**
4. узловая гиперплазия селезенки
5. гиперспленизм.

113. Эхография забрюшинных и внутрибрюшных лимфатических узлов осуществляется:

1. при использовании датчиков 2,0-3,5 МГц
2. использовании датчиков 3,5-5,0 МГц
- 3. при сочетании исследования датчиком 3,5 и 7,5 МГц**
4. все верно
5. все неверно

114. Дистальное псевдоусиление у кист молочной железы отсутствует:

1. При малых размерах кисты
2. У кист, расположенных у грудной мышцы
3. позади кист, расположенных на фоне структур высокой эхогенности
4. При выраженном фиброзе капсулы кисты
- 5. При всех перечисленных состояниях**

115. Атипичное строение имеют кисты:

1. Длительно существующие
2. Рецидивирующие
3. Кисты, содержащие кальций
- 4. Все указанные**
5. Все перечисленное не соответствует истине

116. Ультразвуковые признаки внутрипротоковых папиллом:

1. Изолированное расширение протока
2. Солидное образование округлой формы различной эхогенности
3. **Верно 1) и 2)**

117. Наиболее частая локализация рака молочной железы:

1. Верхне-внутренний квадрант
2. Нижне-внутренний квадрант
3. Нижне-наружный квадрант
4. **Верхне-наружный квадрант**
5. Позади ареолы

118. Для фиброаденом размером более 6 см характерно:

1. Наличие образования с коралловидными петрификатами
2. Наличие выраженной неравномерной акустической тени
3. Наличие образования с различной эхо-генностью
4. Верно 1) и 2)
5. **Верно 1), 2) и 3)**

119. Если акустическая тень возникает за гипоэхогенным образованием, чаще это:

1. Фиброаденома
2. Киста
3. **Злокачественная опухоль**
4. Верно 1) и 2)
5. Все указанное не соответствует истине

120. Нормальная эхоструктура щитовидной железы:

1. Неоднородная с крупными гиперэхогенными включениями
2. Однородная с крупными гиперэхогенными включениями
3. **Однородная с незначительно выраженной зернистостью**
4. Однородная с эхогенностью, равной паренхиме печени

121. Для острого струмита и тиреоидита характерно:

1. Увеличение размеров щитовидной железы
2. Уменьшение размеров щитовидной железы
3. Неизмененные размеры щитовидной железы
4. **Изменение размеров щитовидной железы не имеет значения**

122. При зобе Хашимото объем щитовидной железы:

1. Увеличен
2. Уменьшен
3. Нормальный
4. **Не имеет значения**

123. Множественные кальцификаты, расположенные хаотично в гипэхогенном узле, более характерны для:

- 1. Злокачественных образований**
2. Доброкачественных образований
3. Злокачественных и доброкачественных образований
4. Дегенеративных изменений

124. При остром тиреоидите, струмите экзогенность щитовидной железы:

1. Повышена неоднородна
- 2. Понижена неоднородна**
3. Повышена однородна
4. Понижена однородна

125. Наружную капсулу щитовидной железы образуют покрывающие ее спереди:

1. Кожа
2. Подкожная жировая клетчатка
- 3. Фасции шеи**
4. Мышца

126. При УЗ исследовании щитовидной железы больной находится:

- 1. В горизонтальном положении на спине запрокинутой головой**
2. В горизонтальном положении на спине
3. В положении стоя
4. Голова повернута в сторону, противоположную исследуемой стороне

127. Ободок низкой эхогенности ("хало") шириной 1-2 мм вокруг аденомы представляет собой отображение:

1. Оттесненных фолликулов
2. Оттесненных кровеносных и лимфатических сосудов
- 3. Хорошо сформированной капсулой узла оттесненными фолликулами, кровеносными и лимфатическими сосудами**
4. Хорошо сформированной капсулы узла

128. Недостатком ультразвуковой диагностики щитовидной железы является:

1. Дороговизна метода
- 2. Невозможность тканевой дифференциации поражения**
3. Сложность исполнения
4. Инвазивность

129. Эхографическое изображение фиброаденомы молочной железы может имитировать

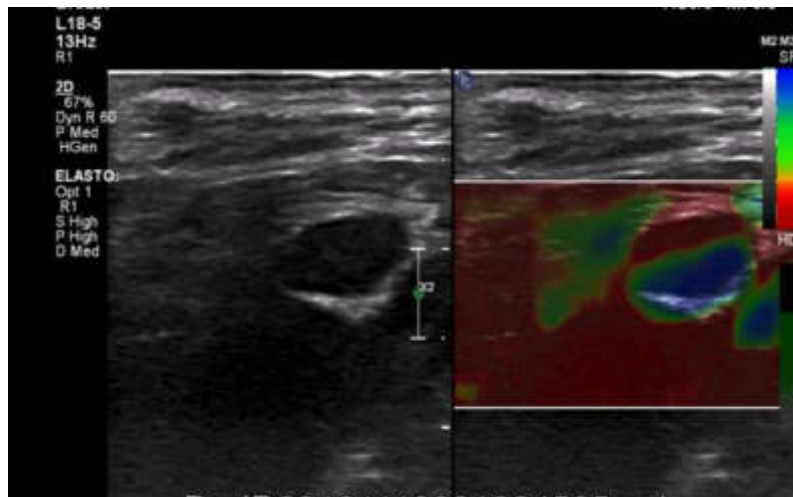
1. жировую дольку и злокачественную опухоль
2. кисту
3. абсцесс
4. кисту и абсцесс

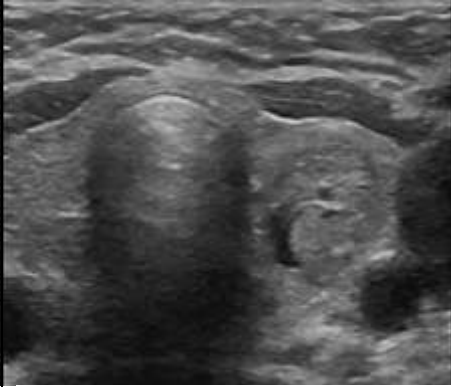
130. У пациентки отмечается наличие образования в левой заушной области. в течение 3,5 лет обращалась в различные лечебные учреждения, выполнялись обследования, диагноз не установлен. для уточнения диагноза необходимо выполнить



1. пункционную биопсию под контролем УЗИ
2. трепанобиопсию очага под контролем УЗИ
3. эластографию сдвиговой волны
4. ЦДК

131. При проведении эластографии верхнего наружного квадранта правой молочной железы образование окрашивается в три цвета, что свидетельствует о



	<ol style="list-style-type: none"> 1. кисте 2. опухоли 3. фиброаденоме 4. абсцессе <p>132. При выявлении образования размерами 34×37 мм в левой доле щитовидной железы необходимо</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. пунктирование под контролем УЗИ 2. проведение исследования гормонального фона и сцинтиграфии 3. динамическое наблюдение – один раз в полгода УЗИ щитовидной железы 4. динамическое наблюдение у врача-эндокринолога <p>133. Через 2 месяца после возвращения с ГОА у мужчины 42 лет под кожей над передней правой остью таза появилась припухлость и небольшая болезненность; диагноз по ультразвуковой картине</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. «нематода» 2. «посттравматические изменения» 3. «фиброма-десмоид» 4. «воспаление клетчатки»
<p>Раздел №6 Б1.Б6.6 Ультразвуковая диагностика в гинекологии</p>	<p>134. Метастатические опухоли яичников могут сочетаться с:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Асцитом 2. Метастазами по брюшине 3. Метастазами в печень 4. Верно все <p>135. Основным диагностическим критерием рецидива</p>

злокачественной опухоли в малом тазу при ультразвуковом исследовании является

1. Выявление жидкости в полости малого таза
- 2. Обнаружение дополнительной объемной патологии в полости малого таза**
3. Деформация мочевого пузыря
4. Утолщение стенок мочевого пузыря

136. Ультразвуковая диагностика заболеваний маточных труб возможна:

1. При наличии в них содержимого
2. Всегда
3. При асците
4. При их опухолевом поражении
- 5. Верно 1), 3) и 4)**

137. При ультразвуковом исследовании сактосальпинкс необходимо дифференцировать с:

1. Параовариальной кистой
2. Серозоцеле
3. Серозной цистаденомой
4. Перитубарной кистой
5. Варикозным расширением вен таза
- 6. Верно все**

138. Достоверным эхографическим признаком внематочной беременности является:

1. Увеличение размеров матки
2. Ложное плодное яйцо
3. Свободная жидкость в позадиматочном пространстве
- 4. Плодное яйцо с эмбрионом вне полости матки**
5. Утолщение М-эхо

139. Наиболее характерным признаком tuboовариального абсцесса является:

1. Увеличение размера яичника
- 2. Наличие придаткового образования сложной эхоструктуры с преобладанием кистозного компонента**
3. Свободная жидкость в позадиматочном пространстве
4. Увеличение размеров матки

140. Что из перечисленного следует дифференцировать с tuboовариальным абсцессом?

1. Эндометриоидную кисту
2. Неразвивающуюся эктопическую беременность
3. Кисту желтого тела
4. Рак яичника
- 5. Все перечисленное**

141. Дивертикул мочевого пузыря эхографически выявляется как:

- 1. Интимно соединенная с мочевым пузырем кистозная полость**

2. Уменьшение размеров мочевого пузыря
3. Неравномерное утолщение стенок мочевого пузыря
4. Наличие конкрементов в полости мочевого пузыря

142. III стадия рака матки при ультразвуковом исследовании определяется как:

- 1. Опухолевый процесс с ближайшими метастазами**
 2. Опухоль, распространяющаяся за пределы внутреннего маточного зева
 3. Инвазия процесса на глубину 2/3 толщины миометрия
 4. Опухоль, проросшая весь миометрий до серозной оболочки
- д) Опухолевый процесс с отдаленными метастазами

143. Синдрома Штейна -Левентала характеризуется следующими эхографическими признаками:

1. Увеличение объема яичников свыше 12 см³
2. Визуализация более 10 фолликулов диаметром около 5 мм в одной плоскости сканирования
3. Отсутствие доминантного фолликула и желтого тела в течение менструального цикла
4. Фолликулярный аппарат не выявляется
5. Гиперэхогенная и гиперплазированная строма
- 6. Верно 1), 2), 3) и 5)**
7. Верно 3), 4) и 5)

144. В какой период менструального цикла эхографическая картина эндометрия характеризуется наличием трех гиперэхогенных линий:

1. В период менструации
2. Сразу после окончания менструации
- 3. В перiovуляторный период**
4. Перед менструацией

145. Характерным эхографическим признаком поликистозных яичников является:

1. Увеличенные в размерах яичники
2. Анэхогенные включения, от 2 до 8 мм, располагающиеся по периферии в виде "четок"
3. Гиперплазия стромы яичника, эхогенность которой превышает эхогенность миометрия
- 4. Верно все**

146. Наиболее характерная эхоструктура эндометриоидных кист яичника -это:

1. Анэхогенная с тонкими перегородками
- 2. Гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью**
3. Гипоэхогенная с пристеночными разрастаниями
4. Кистозно-солидная

147. Отличительной особенностью муцинозных цистаденом является:

1. Папиллярные разрастания
- 2. Множественные перегородки и гиперэхогенная взвесь**
3. Солидный компонент

4. Однокамерное строение

5. Верно все

148. Для рака яичников характерны следующие признаки:

1. Множественные перегородки неодинаковой толщины

2. Пристеночные структуры в сочетании с нечеткостью контуров

3. Наличие жидкости в позадиматочном пространстве

4. Одностороннее увеличение яичника

5. Все вышеперечисленные признаки

149. Эхографическая структура рака яичников может быть представлена

1. Кистозным однокамерным образованием

2. Кистозным многокамерным образованием

3. Кистозно-солидным образованием

4. Солидным образованием

5. Верно все

150. Эхографическим признаком наступившей овуляции является:

1. Увеличение размеров яичников

2. Уменьшение размеров яичников

3. Уменьшение размеров фолликула в яичнике, появление жидкости в позадиматочном пространстве

4. Появление у фолликула двойного гиперэхогенного контура

5. Увеличение размеров фолликула в яичнике

151. Эхографические признаки гематометры:

1. Увеличение размеров матки
2. Округлая форма матки и ее увеличение
3. Смещение "М-эхо"
- 4. Расширение полости матки с гипоэхогенным или смешанным по эхогенности содержимым**
5. Определить невозможно

152. Деформация "М-эхо" в наибольшей степени характерно для миом матки локализаций:

1. Субсерозной
2. Интрамуральной
3. Субсерозно-интрамуральной
- 4. Субмукозной**
5. Наблюдается при любых видах локализаций миом

153. Наиболее характерным признаком субмукозной миомы матки является:

1. Смещение матки кпереди
2. Деформация контуров матки
3. Отклонение матки от средней линии малого таза
- 4. Деформация и смещение "М-эхо"**
5. Увеличение поперечника матки

154. Отек миоматозного узла можно предположить при:

1. Повышении эхогенности образования в матке
2. Наличии включений в узле миомы
3. Исчезновении дальнего контура образования
4. Расширении "М-эхо"
- 5. Снижении эхогенности и усилении дальнего контура образования**

155. Участок некроза в миоматозном узле определяется как:

- 1. Гиперэхогенная структура**
2. Гиперэхогенная структура с акустическим эффектом усиления
3. Анэхогенная структура
4. Не имеет акустической специфики

156. Эхографический симптом "снежной бури" в матке наблюдается:

1. При раке эндометрия
2. При субмукозной миоме
3. При гиперплазии эндометрия
- 4. При пузырном заносе**
5. Не встречается

157. При ТВУЗИ можно визуализировать анальный канал, в поперечном сечении цифрой 2 отмечен



1. мышечный слой
2. подслизистый слой
3. слизистый слой
4. наружный сфинктер

Раздел №7
Б1.Б6.7
Ультразвуковая
диагностика в
акушерстве

158. Двигательная активность эмбриона начинает выявляться при ультразвуковом исследовании:

1. С 8 недель
2. С 10 недель
3. С 12 недель
4. С 6 недель

159. Желточный мешок при ультразвуковом исследовании обычно визуализируется

1. 4-10 недель
2. **6-12 недель**
3. 9-14 недель
4. 10-15 недель

160. Правильно измерять диаметр плодного яйца при ультразвуковом исследовании:

1. По внутреннему контуру

2. По наружному контуру

161. Наиболее точным параметром биометрии при определении срока беременности в 1 триместре является;

1. Средний диаметр плодного яйца

2. Копчико-теменной размер эмбриона

3. Размеры матки

4. Диаметр туловища эмбриона

5. Бипариетальный размер головки эмбриона

162. Наиболее прогностически неблагоприятны численные значения частоты сердечных сокращений эмбриона в 1 триместре беременности

1. Менее 140 уд/мин

2. Менее 160 уд/мин

3. Более 180 уд/мин

4. Менее 100 уд/мин

163. Визуализация ретрохориальной гематомы при трансабдоминальной эхографии в 1 триместре

1. Возможна

2. Нет

164. Эхографическим признаком угрозы прерывания беременности в I триместре является:

1. Отсутствие сердечной деятельности эмбриона
- 2. Локальное утолщение миометрия**
3. Локализация плодного яйца в средней трети полости матки
4. Изменение формы плодного яйца

165. Абсолютными эхографическими признаками неразвивающейся беременности являются:

- 1. Отсутствие сердечной деятельности эмбриона**
2. Локальное утолщение миометрия
3. Локализация плодного яйца в средней трети полости матки
4. Изменение формы плодного яйца

166. Ультразвуковая диагностика неполного аборта основывается на выявлении:

- 1. Расширенной полости матки с наличием в ней неоднородных эхоструктур**
2. Пролабирования плодного яйца
3. Отсутствия эмбриона в плодном яйце
4. Значительного увеличения диаметра внутреннего зева

167. Диагностика истмико-цервикальной недостаточности в I триместре при ультразвуковом исследовании возможна:

1. После 6 недель
- 2. После 10 недель**
3. После 14 недель

4. После 8 недель

168. Пузырный занос при ультразвуковом исследовании выявляется по:

1. Наличию в полости матки множественных неоднородных структур губчатого строения

2. Отсутствию плодного яйца

3. Увеличению размеров яичников

4. Отсутствию визуализации эндометрия

169. Достоверным эхографическим признаком истмико-цервикальной недостаточности является:

1. Локальное утолщение миометрия в истмическом отделе

2. Диаметр цервикального канала более 3 мм

3. Деформация плодного яйца

4. Воронкообразное расширение области внутреннего зева

170. Воротниковое пространство эмбриона считается патологическим при величине его передне-заднего размера:

1. Более 10 мм

2. Более 7 мм

3. Более 5 мм

4. Более 3 мм

171. Визуализация мочевого пузыря эмбриона при

трансвагинальном сканировании возможна:

- 1. С 10 недель**
2. С 7 недель
3. С 13 недель
4. С 16 недель

172. При трансабдоминальной эхографии головка эмбриона визуализируется как отдельное анатомическое образование:

1. С 6 недель
- 2. С 8-9 недель**
3. С 11 недель
4. С 13 недель

173. При трансабдоминальной эхографии конечности эмбриона визуализируются:

1. С 6 недель
- 2. С 10 недель**
3. С 14 недель

174. При трансабдоминальной эхографии срединные структуры головного мозга можно идентифицировать:

1. С 10 недель
- 2. С 13 недель**
3. С 16 недель

175. Ультразвуковая диагностика анэнцефалии в 1 триместре беременности

- 1. Возможна**
2. Нет

176. Трансвагинальная ультразвуковая диагностика пороков развития передней брюшной стенки в конце 1 триместра беременности возможна с:

1. 8 недель
2. 9 недель
3. 10 недель
- 4. 14 недель**

177. Ультразвуковая диагностика амелии в конце 1 триместра беременности

- 1. Возможна**
2. Нет

178. При обнаружении ложного плодного яйца в полости матки необходимо заподозрить

1. Анэмбрионию
- 2. Внематочную беременность**
3. Ретрохориальную гематому

179. Если при трансвагинальном ультразвуковом

исследовании в 12 недель беременности структурных аномалий эмбриона не обнаружено, то проведение во II триместре повторного скринингового исследования является:

1. Обязательным
2. Необязательным

180. Параметрами обязательной фетометрии являются:

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

181. Нормативные значения отношения длины бедренной кости к окружности живота составляют

1. **20-24%**
2. 10-16%
3. 18-22%
4. 16-20%
5. 25-30%

182. Нормативными значениями отношения длины бедренной кости к бипариетальному размеру головки считаются:

1. 50-60%
2. 65-90%
3. 65-70%
- 4. 71-87%**
5. 80-95%

183. Нормативные значения цефалического индекса находятся в пределах:

1. 30-40%
2. 40-55%
- 3. 70-86%**
4. 60-75%
5. 80-90%

184. Измерение бипариетального размера головки плода при ультразвуковом исследовании производится:

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

185. Измерение бипариетального размера головки плода при ультразвуковом исследовании производится на уровне:

1. Полушарий мозжечка
2. Глазниц

3. Четверохолмия и полости прозрачной перегородки

4. Височных рогов боковых желудочков

5. Наилучшей визуализации М-эхо

186. Для точного измерения длины бедренной кости плода необходимо установить датчик:

1. Параллельно бедренной кости

2. Под острым углом к бедренной кости

3. Под прямым углом к бедренной кости

4. Под тупым углом к бедренной кости

5. Угол не имеет значения

187. Основным ориентиром при измерении среднего диаметра и окружности живота является:

1. Желудок

2. Почки

3. Пупочная вена

4. Надпочечники

5. Селезенка

188. Для симметричной формы задержки внутриутробного развития плода характерно:

1. Непропорциональное отставание основных фотометрических показателей

2. Пропорциональное отставание основных фотометрических показателей

189. Для асимметричной формы задержки внутриутробного развития плода характерно:

1. Непропорциональное отставание основных фотометрических показателей

2. Пропорциональное отставание основных фотометрических показателей

190. Эхографическим критерием низкого прикрепления плаценты в III триместре беременности является обнаружение ее нижнего края от внутреннего зева на расстоянии:

1. Менее 3 см

2. Менее 5 см

3. Менее 7 см

4. Менее 10 см

191. Ультразвуковую диагностику предлежания плаценты следует осуществлять при:

1. Опорожненном мочевом пузыре

2. Переполненном мочевом пузыре

3. Умеренном наполнении мочевого пузыря

4. Степень наполнения мочевого пузыря не имеет значения

192. Предлежание плаценты при ультразвуковом исследовании характеризуется:

1. Наличием плацентарной ткани в области внутреннего зева

2. Расширением внутреннего зева

3. Прикреплением плаценты в непосредственной близости к внутреннему зеву

4. Уменьшением расстояния между задней стенкой матки и головкой плода

193. Увеличение толщины плаценты часто наблюдается при:

- 1. Водянке плода**
2. Синдроме Денди-Уокера
3. Синдроме амниотических перетяжек
4. Агенезии почек

194. Толщину плаценты при ультразвуковом исследовании следует измерять:

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

195. Эхографическим критерием преждевременной отслойки плаценты является:

1. Наличие эконегативного пространства между стенкой матки и плацентой
2. Утолщение плаценты
3. Преждевременное созревание плаценты
- 4. Наличие "черных дыр" в плаценте**

196. Преждевременное "старение" плаценты регистрируется при обнаружении III степени зрелости:

- 1. До 36 недель**
2. До 38 недель

3. До 40 недель

4. После 37 недель

197. При маловодий наиболее часто диагностируются врожденные пороки развития:

1. Сердечно-сосудистой системы

2. Желудочно-кишечного тракта

3. Мочевыделительной системы

4. Передней брюшной стенки

198. Многоводие часто сочетается с

1. Атрезией тонкой кишки

2. Двусторонней агенезией почек

3. Преждевременным созреванием плаценты

4. Внутриутробной задержкой развития плода

199. Оптимальными сроками для проведения скринингового ультразвукового исследования с целью выявления врожденных пороков развития плода являются

1. 16-22 нед.

2. 23-27 нед.

3. 28-32 нед.

4. 11-15 нед.

200. Основным ультразвуковым критерием внутриутробной гибели плода является:

1. Отсутствие сердечной деятельности плода

2. Отсутствие двигательной активности плода
3. Отсутствие дыхательной активности плода
4. Изменение структур мозга

201. Визуализация большой цистерны головного мозга плода при ультразвуковом исследовании осуществляется в:

1. Передней черепной ямке
2. Средней черепной ямке
- 3. Задней черепной ямке**
4. На границе средней и задней черепных ямок

202. Основным эхографическим критерием синдрома Денди-Уокера является:

1. Расширение боковых и третьего желудочков
2. Расширение субарахноидального пространства
- 3. Кистозное образование в задней черепной ямке**
4. Спинно-мозговая грыжа

203. Укажите основные эхографические критерии анэнцефалии:

1. Выраженное уменьшение бипариетального и лобно-затылочного размеров головки
- 2. Отсутствие полушарий мозга и костей свода черепа**
3. Отсутствие срединной структуры, боковых желудочков и полости прозрачной перегородки
4. Невозможность визуализации структур мозга

204. В состав синдрома Меккеля входят:

- 1. Черепно-мозговая грыжа и поликистозные почки**
2. Черепно-мозговая грыжа и киста печени
3. Черепно-мозговая грыжа и киста урахуса
4. Черепно-мозговая грыжа и киста яичника
5. Черепно-мозговая грыжа и полиспления

205. Основным отличием анэнцефалии от акрании является отсутствие:

1. Костей свода черепа
- 2. Больших полушарий головного мозга**
3. Ствола мозга
4. Мозжечка и мозолистого тела

206. Основным отличием выраженной гидроцефалии от гидроанэнцефалии является:

1. Степень вентрикуломегалии
2. Наличие большой кисты в задней черепной ямке
- 3. Присутствие больших полушарий головного мозга**
4. Наличие общего центрально расположенного желудочка больших размеров

207. Наиболее достоверным эхографическим критерием микроцефалии является

1. Уменьшение численных значений бипариетального размера головки
- 2. Увеличение численных значений отношения длины бедренной кости к окружности головки**
3. Увеличение численных значений отношения окружности

	<p>головки к окружности живота</p> <p>4. Численные значения цефалического индекса менее 75%</p>
<p>Раздел №8 Б1.Б6.8 Ультразвуковая диагностика мягких тканей и суставов опорно- двигательного аппарата</p>	<p>208.С целью сканирования тазобедренного сустава у детей раннего возраста используют датчики:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. секторного сканирования 5 МГц; 2. секторного сканирования 3,5 МГц; 3. линейного сканирования 3,5 МГц; 4. линейного сканирования 5-7,5 МГц 5. конвексного сканирования 5 МГц. <p>209. Какие датчики используются для исследования мышц и сухожилий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. секторного сканирования 5 МГц; 2. секторного сканирования 3,5 МГц; 3. линейного сканирования 3,5 МГц; 4. линейного сканирования 5-7,5 МГц; 5. конвексного сканирования 5 МГц. <p>210. Какие датчики используются для тазобедренного сустава у взрослых:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. секторного сканирования 5 МГц; 2. секторного сканирования 3,5 МГц; 3. линейного сканирования 3,5 МГц; 4. линейного сканирования 5-7,5 МГц; 5. линейного сканирования 5 МГц. <p>211. Основные симптомы деформирующего артроза при ультразвуковом исследовании коленного сустава :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Остеофиты; 2. Плабирование внутреннего мениска; 3. Синовит; 4. Утолщение капсулы; 5. Верно 1 и 2 <p>212.Ультразвуковые признаки контрактуры мышцы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уменьшение толщины; 2. Отсутствие контрактильной функции;

3. Уменьшение эхоплотности;
4. Утолщение фасции;
5. **Верно А и Б**

213. Положение больного при ультразвуковом исследовании плечевого сустава

1. лежа на боку
2. лежа на спине
3. **сидя, свободная рука свисает вдоль туловища, исследуемая рука согнута в локте под прямым углом, предплечье в состоянии супинации.**
4. Стоя

214. Положение больного при ультразвуковом исследовании тазобедренного сустава

1. лежа на боку
2. **лежа на спине**
3. сидя, свободная рука свисает вдоль туловища, исследуемая рука согнута в локте под прямым углом, предплечье в состоянии супинации.
4. стоя

215. Датчики, какой частоты используют для исследования поверхностных групп лимфатических узлов:

1. 3,5-5,0 МГц
2. 5,0-7,5 МГц
3. **5,0-12,0 МГц**

216. Ультразвуковые признаки 2 стадии асептического некроза головки бедренной кости

1. Локальное разрушение гиалинового хряща головки на опорной поверхности, синовит.
2. Истончение гиалинового хряща
3. **Формирование некротического фрагмента, лишенного хрящевого покрытия, отграниченного от неизменной кости, покрытой нормальным хрящом**
4. субхондральные кисты

217. Положение ребенка при исследовании тазобедренного сустава:

1. **лежа на боку, специальная укладка**
2. лежа на спине

3. сидя, исследуемая конечность согнута в суставе под прямым углом

4. стоя

218.Что свидетельствует о патологических изменениях лимфатических узлов:

1. увеличение их размеров
2. изменение общей эхогенности
3. изменение формы
4. Верно А, Б и В

219.Что является признаком кисты Бейкера

1. Отек синовиальной оболочки
2. Бурсит коленного сустава
3. Утолщение капсулы
4. Жидкостное образование в подколенной области

220.Какова толщина гиалинового хряща на опорной поверхности медиального мыщелка бедра коленного сустава в норме

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

221.Какова толщина гиалинового хряща на опорной поверхности медиального мыщелка бедра коленного сустава при I стадии артроза

1. 2,5-4,0 мм
2. 1,6-2,2 мм
3. 3,0-5,0мм
4. 1-2мм

222. Какова толщина гиалинового хряща на опорной поверхности медиального мыщелка бедра коленного сустава при II стадии артроза

1. 2,5-4,0 мм
2. 1,2-1,8 мм
3. 3,0-5,0мм
4. 0,6-1,2мм

223. К основным ультразвуковым дегенеративным изменениям менисков относят

1. неоднородность структуры и гиперэхогенные

	<p>включения в мениске</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. наличие незначительного выпота в области поврежденного мениска, мениск не деформирован, однако содержит петрификаты 3. наличие выпота в области поврежденного мениска, деформацию мениска, с атипичным гипоэхогенным линейным участком 4. наличие округлых анэхогенных структур с ровными четкими контурами и дистальным усилением эхосигнала, повреждается чаще наружный мениск <p>224. Критерии субакромиально – субдельтовидного бурсита представлены</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. увеличением сумки в размерах с наличием выпота 2. выпотом и патологическим включением в сумке, определяющимися в норме 3. нарушением целостности сумки и обнажением головки плечевой кости 4. истончением стенки сумки, с калинированными наложениями
<p>Раздел №9 Б1.Б6.9 Ультразвуковая диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы</p>	<p>225. Размер полости левого желудочка в конце диастолы при дилатационной кардиомиопатии составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 45-56 мм 2. более 56 мм 3. 40-35 мм 4. 30-35 мм 5. 40-50 мм <p>226. Показатель фракции выброса левого желудочка при дилатационной кардиомиопатии составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 70% 2. 50-70% 3. 70-80% 4. менее 50% 5. 50-60% <p>227. Эхокардиографическими признаками дилатационной</p>

кардиомиопатии являются:

1. дилатация всех камер сердца
2. диффузное нарушение сократимости
3. увеличение расстояния от пика E-точки максимального диастолического открытия - до межжелудочковой перегородки
4. наличие митральной и трикуспидальной регургитации
5. **верно все**

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

1. 10-12 мм
2. **12-14 мм**
3. 14-16 мм
4. 16-20 мм
5. более 20 мм

229. Толщина стенок левого желудочка при умеренно выраженной гипертрофии составляет:

1. 10-12 мм
2. 12-14 мм
3. **14-16 мм**
4. 16-20 мм
5. более 20 мм

230. Толщина стенок левого желудочка при выраженной гипертрофии составляет:

1. 10-12 мм
2. 12-14 мм
3. 14-16 мм
4. **16-20 мм**
5. более 20 мм

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

1. до 5 мм
2. до 10 мм
3. до 2 мм
4. до 12 мм
5. до 9 мм

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

1. смещением пика скорости в первую половину систолы
2. смещением пика скорости во вторую половину систолы
3. обычной формой потока
4. уменьшением скорости потока
5. обычной скорости потока

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

1. не изменяется
2. увеличивается
3. уменьшается
4. не изменяется или уменьшается
5. не определяется

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

1. 5-10 мм рт ст.
2. 10-30 мм рт ст.

3. 30-50 мм рт ст.
4. более 50 мм рт ст.
5. более 75 мм рт ст.

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

1. 5-10 мм рт ст.
2. 10-30 мм рт ст.
- 3. 30-50 мм рт ст.**
4. более 50 мм рт ст.
5. более 75 мм рт ст.

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

1. парастеральная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- 2. парастеральная позиция - короткая ось на уровне корня аорты**
3. парастеральная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
4. апикальная пятикамерная позиция
5. апикальная двухкамерная позиция

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

1. парастеральная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- 2. парастеральная позиция - короткая ось на уровне корня аорты**
3. парастеральная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
4. апикальная пятикамерная позиция

5. апикальная двухкамерная позиция

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

1. парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана

2. парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

3. парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц

4. апикальная пятикамерная позиция

5. апикальная двухкамерная позиция

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

1. парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца створок митрального клапана

2. парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты

3. парастернальная позиция - короткая ось на уровне конца папиллярных мышц

4. апикальная пятикамерная позиция

5. апикальная двухкамерная позиция

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

1. в правом желудочке

2. в правом предсердии

3. в выносящем тракте левого желудочка

4. в выносящем тракте правого желудочка

5. в левом предсердии

241. Для оптимальной визуализации и оценки состояния

диастолического трансмитрального кровотока при эхокардиографическом исследовании используется следующая позиция:

1. парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
2. супрастернальная короткая ось
- 3. апикальная четырехкамерная**
4. парастернальная длинная ось левого желудочка
5. парастернальная короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц

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

1. в правом желудочке
2. в правом предсердии
- 3. в выносящем тракте левого желудочка**
4. в выносящем тракте правого желудочка
5. в левом предсердии

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

1. парастернальная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
2. супрастернальная короткая ось
3. апикальная четырехкамерная
4. парастернальная длинная ось левого желудочка
- 5. субкостальная**

244. При исследовании в режиме цветного Доплеровского сканирования поток митрального стеноза принято картировать следующим цветом:

- 1. красно-желтым, турбулентным**
2. желто-синим, турбулентным

3. красным

4. синим

5. зеленым

245. Показанием к проведению трансэзофагальной эхокардиографии является подозрение на:

1. тромбоз ушка левого предсердия

2. инфекционный эндокардит

3. миксому

4. дефект межпредсердной перегородки

5. верно все

246. Показанием к проведению стресс-ЭхоКГ исследования является:

1. врожденный порок сердца

2. миксома

3. перикардит

4. ишемическая болезнь сердца

5. приобретенный порок сердца

247. Участок нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка в виде акинезии характерен для:

1. крупноочагового инфаркта миокарда.

2. гипертрофической кардиомиопатии.

3. врожденного порока сердца.

4. мелкоочагового инфаркта миокарда

5. приобретенного порока сердца

248. Участок нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка в виде дискинезии характерен для:

1. крупноочагового инфаркта миокарда.

2. гипертрофической кардиомиопатии.

3. аневризмы сердца

4. мелкоочагового инфаркта миокардад
5. нейроциркуляторной дистонии.

249. Диастолический прогиб (парусение) передней створки митрального клапана и ограничение ее подвижности характерны для:

- 1. митрального стеноза**
2. аортального стеноза
3. является нормой.
4. пролапса митрального клапана.
5. митральной недостаточности.

250. Опухоль сердца нужно дифференцировать с:

1. межпредсердной перегородкой.
- 2. модераторным пучком правого желудочка.**
3. папиллярной мышцей.
4. хордами митрального клапана
5. верно 1) и 3)

251. Аорта и магистральные артерии обладают:

- 1. способностью преобразовывать пульсирующий кровоток в более равномерный и плавный**
2. самой большой растяженностью и низкой эластичностью
3. способностью преобразовывать плавный кровоток в пульсирующий
4. верно 2) и 3)
5. все неверно

252. Сосуды сопротивления:

- 1. влияют на общее периферическое сопротивление**
2. не влияют на общее периферическое сопротивление

3. влияние на общее сосудистое сопротивление неизвестно
4. влияние на общее периферическое сопротивление не существенно
5. влияние на общее периферическое сосудистое сопротивление не имеет физиологического значения

253. Сосуды шунты - артериовенулярные анастомозы обеспечивают сброс крови из артерии в вены:

минуя капилляры

1. через капилляры
2. минуя артерии
3. минуя вены
4. верно 3) и 4)

254. Обменные сосуды - это:

- 1. капилляры**
2. вены
3. артерии
4. верно 2) и 3)
5. все верно

255. В норме устье правой почечной артерии расположено:

- 1. ниже места отхождения левой почечной артерии**
2. выше места отхождения левой почечной артерии
3. ниже места отхождения правой почечной артерии
4. выше места отхождения правой почечной артерии
5. все неверно

256. В норме направление кровотока в надблоковой артерии:

- 1. антеградное**

2. ретроградное
3. смешанное
4. смешанное с преобладанием антеградного
5. смешанное с преобладанием ретроградного

257. В норме тип кровотока по подключичной артерии:

- 1. магистральный**
2. магистрально-измененный
3. коллатеральный
4. коллатерально-измененный
5. смешанный

258. В норме отношение пик-систолической скорости в почечной артерии к пик-систолической скорости в аорте составляет:

- 1. менее 3,5**
2. 3,5
3. 3,5-4,0
4. 4,0-4,5
5. >4,5-5,0

259. При стенозе почечной артерии менее 60% отношение пик-систолической скорости в почечной артерии к пик-систолической скорости в аорте составляет:

- 1. менее 3,5**
2. 3,5
3. 3,5-4,0
4. 4,0-4,5
5. 4,5-5,0

260. В положении лежа основной объем венозной крови из полости черепа оттекает в систему _____ вены

- 1. внутренней яремной**

2. наружной яремной
3. внутренней спинальной
4. позвоночной

261. Ультразвуковое исследование поверхностных бедренных вен выполняется датчиком _____ формата

1. линейного
2. векторного
3. секторного
4. конвексного

262. Разница более 40 мсек между сокращением лж и пж указывает на

1. межжелудочковую диссинхронию
2. диастолическую дисфункцию
3. внутрижелудочковую диссинхронию
4. фиброз миокарда

263. При ламинарном потоке определяется профиль скорости

1. параболический
2. приближающийся к плоскопараллельному
3. плоскопараллельный
4. эллипсоидный

264. В диагностике диффузных поражений печени эхография в большинстве случаев дает _____ чувствительность и _____ специфичность

1. высокую; низкую
2. низкую; низкую
3. низкую; высокую
4. высокую; высокую

265. Фракция выброса вычисляется как отношение

1. $(\text{КДО} - \text{КСО}) / \text{КДО}$
2. $(\text{КДР} - \text{КСР}) / (\text{КДР} + \text{КСР})$
3. $(\text{КДО} - \text{КСО}) / \frac{1}{2}(\text{КДО} + \text{КСО})$
4. $(\text{КДО} - \text{КСО}) / (\text{КДО} + \text{КСО})$

266. При атрезии трикуспидального клапана отсутствует сообщение

1. правое предсердие – правый желудочек
2. левое предсердие - левый желудочек
3. левый желудочек - аорта
4. правый желудочек - легочная артерия

267. У протеза микс запираетельных элементов

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

268. Значительный субаортальный стеноз при эхокардиографическом исследовании диагностируют по градиенту давления между аортой и левым желудочком в систолу, равному (в мм рт.ст.)

1. более 50
2. 10-30
3. 5-10
4. 30-50

269. На кривой пульсовой волны в артериях низкого периферического сопротивления в норме выделяют

1. 2 компонента
2. 3 компонента
3. 4 компонента
4. 5 компонентов

270.4d – эхо кпозволяет рассчитать

1. объем тентинга
2. биохимические показатели
3. внутрикоронарный кровоток
4. нейросонографические данные

271. Шунтирование через дефект межжелудочковой перегородки отсутствует при разнице давления между желудочками (в мм рт.ст.)

1. 0
2. 30
3. 50
4. 80

272. К сосудам, которые впадают в правое предсердие относят нижнюю и верхнюю полые вены

1. аорту
2. легочную артерию
3. легочную вену

273. Стойки биопротеза в митральной позиции ориентированы

1. в ЛЖ
2. в аорту
3. в ЛП
4. на заднебоковую стенку ЛЖ

274. Одним из побочных эффектов дипиридамола при выполнении стресс-эхокардиографии является

1. бронхоспазм
2. парастезии
3. тремор
4. гипертензия

Раздел №10
Б1.Б6.10
Ультразвуковая
диагностика в
неонатологии

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

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

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

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

277. Соотношение коркового и мозгового слоев паренхимы почки у новорожденного ребенка при ультразвуковом исследовании составляет:

1. 2:1;
2. 1:1;
3. 1:2;
- 4. 1:3;**
5. 1:5.

278. Соотношение коркового и мозгового слоев паренхимы у детей старше 12 лет при ультразвуковом исследовании составляет:

1. 2:1;
- 2. 1:1;**
3. 1:2;
4. 1:3;
5. 1:5.

279. Толщина просвета интратрениально расположенной лоханки у детей раннего возраста при ультразвуковом исследовании не должна превышать:

1. 1 мм;
2. 2 мм;
- 3. 3 мм;**
4. 4 мм;
5. 5 мм.

280. Толщина просвета интратрениально расположенной лоханки у детей в возрасте 6-10 лет при ультразвуковом исследовании не должна превышать:

1. 2 мм;
2. 3 мм;
3. 4 мм;
- 4. 5 мм;**
5. 6 мм.

281. Толщина просвета экстрадениально расположенной лоханки у детей в возрасте 13-15 лет при ультразвуковом исследовании не должна превышать:

1. 4 мм;
2. 6 мм;
3. 8 мм;
4. 10 мм;
- 5. 12 мм.**

282. Продольная ось почки у здоровых детей старше 12 лет возраста при ультразвуковом исследовании:

1. находится под углом к позвоночнику, угол открыт кверху;

2. параллельна позвоночнику;
3. находится под углом к позвоночнику, угол открыт книзу и составляет 5;
4. то же, что и 3), но угол равен 10;
5. то же, что и 3), но угол равен 15-20.

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

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

284. При ультразвуковом исследовании толщина просвета лоханки, меняющаяся после мочеиспускания, от 0 до верхнего предела нормы (или наоборот) свидетельствует о:

1. гидронефротической трансформации;
2. пузырно-мочеточниковом рефлюксе;
3. неизменной лоханке;
4. пиелонефрите;
5. гломерулонефрите.

285. Поликистоз почек по новорожденному типу имеет следующие эхографические признаки:

1. одна почка увеличена, паренхима повышенной эхогенности, не дифференцирована, нет отличия между стенками собирательного комплекса и паренхимой, контуры неровные, кровоток снижен. Вторая почка не изменена.
2. в обеих увеличенных почках определяется большое количество разнокалиберных кист;
3. обе почки представлены в виде конгломерата полостей;
4. то же, что и 1), но изменены обе почки;

5. то же, что и 3), но изменена одна почка.

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

1. поликистоз почек;
2. губчатая почка;
- 3. гидронефроз;**
4. опухоль почки;
5. поражение почек при системной красной волчанке.

263. У здоровых детей мочеточник при ультразвуковом исследовании:

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

287. Нефрокальциноз выражается при ультразвуковом исследовании следующими признаками:

1. значительным повышением эхогенности всех слоев паренхимы;
2. выраженным повышением эхогенности коркового слоя паренхимы;
3. конкрементами в полости собирательного комплекса;
4. выраженным повышением эхогенности всех пирамид;
5. образованием кальцинатов диаметром до 5 мм на границе коркового и мозгового слоев.

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

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

289. К кистозному поражению почки (по Potter) относят все заболевания, кроме:

1. поликистоза;
2. мультикистоза;
3. туберозного склероза;
- 4. гидронефроза;**
5. солитарной кисты почки.

290. Масса щитовидной железы у здоровых новорожденных ребенка с массой 3500 г составляет около:

1. 0,5г;
2. 0,7г;
3. 1,0г;
- 4. 1,5г;**
5. 2,0г.

291. Большинство ложноположительных результатов стресс-эхокардиографии с добутамином получают при выявлении изменений в области

- 1. базального сегмента межжелудочковой перегородки**
2. передне-перегородочных сегментов и базального сегмента задней стенки
3. только передне-перегородочных сегментов
4. только базального сегмента задней стенки

292. К методу, отражающему максимальный процент стенозирования МК, относят

- 1. уравнение непрерывности потока**
2. время полуспада градиента давления между нормальным и стенозированным участком
3. планиметрический метод
4. уравнение Бернулли

	<p>293. Умеренный субаортальный стеноз диагностируют при эхокардиографическом исследовании по градиенту давления между аортой и левым желудочком в систолу, равному (мм рт.ст.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 30-50 2. более 50 3. 10-30 4. 5-10 <p>294. Под отсутствием предсердно-желудочкового соединения справа понимают</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. атрезию трикуспидального клапана 2. дискордантное соединение 3. нарушение пространственного расположения желудочков 4. атрезию митрального клапана <p>295. Стресс-эхокардиография проводится с</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. добутамином 2. норэпинефрином 3. фенилэфрином 4. норадреналином <p>296. К эхопризнакам отрыва протеза относят парапротезную фистулу более 5-6 мм и патологическое движение корпуса протеза</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышение среднего транспротезного градиента 2. парапротезную фистулу 3-4 мм и повышение пикового транспротезного градиента 3. дополнительные эхосигналы на протеза
<p>Раздел №11 Б1.Б6.11 Интервенционная ультразвуковая диагностика.</p>	<p>297. Показания к проведению пункции (биопсии) молочной железы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наличие уплотнений в груди; 2. изменение формы молочной железы или соска; 3. изменение цвета кожи молочных желез, появление участков шелушения или изъязвлений; 4. нетипичные выделения из соска. 5. появление участков шелушения или изъязвлений; 6. все перечисленное. <p>298. Позиционирование иглы «свободной рукой» осуществляется врачами путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. удерживания ультразвукового датчика не основной рукой 2. удерживания ультразвукового датчика основной рукой <p>299. Направляющие устройства интервенционного узи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. удерживания ультразвукового датчика не основной рукой 2. прикрепляется к датчику

300. Применением интервенционных методик является использования УЗИ :

1. для контроля доступа к центральным венам
2. для аспирации их содержимого или дренирования кист, абсцессов
3. биопсии молочной железы
4. биопсии щитовидной железы
- 5. всё перечисленное**

301. У протеза мединж запираетельных элементов

- 1. 2**
2. 4
3. 3
4. 1

302. Доступ к артериальному руслу включает в себя катетеризацию:

1. лучевой,
2. плечевой,
3. подмышечной,
4. бедренной артерии, и
5. тыльной артерии стопы
- 6. всё перечисленное**

Банк ситуационных клинических задач

ЗАДАЧА № 1

Пациент 35 лет обследуется по поводу дискинезии желчевыводящих путей, отправлен гастроэнтерологом на ультразвуковое исследование брюшной полости. Тяжесть в левом подреберье длительно. Объективный статус- норма.

Раздел №3
Б1.Б6.3
Ультразвуковая
диагностика
заболеваний
органов
пищеварительно
й системы.



На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациента _____ селезенки

- 1) конкремента
- 2) кисты
- 3) опухоли
- 4) порока развития

ЗАДАЧА № 2.

Больная В., 43 года, повышена масса тела, ИМТ 33,2. Активно жалоб не предъявляет. Изменений в биохимических анализах крови не отмечено. Обратилась для проведения УЗИ органов брюшной полости самостоятельно. НА УЗИ печени выявлено: умеренное равномерное повышение эхогенности паренхимы в сочетании с умеренной гепатомегалией, сохранение сосудистого рисунка, размеры воротной вены не увеличены.



Ваше заключение: А. Жировой гепатоз
Б. Цирроз печени
В. Неизменная картина печени

ЗАДАЧА № 3

Больной В., 49 года, повышена масса тела, ИМТ 31,1, в анамнезе избыточный прием алкоголя (3 раза в неделю). Активно жалоб не

предъявляет. Изменения в биохимических анализах крови отмечены. Повышение холестерина. НА УЗИ печени выявлено: Умеренное равномерное повышение эхогенности паренхимы с небольшими участками неизменной ткани печени Ухудшение видимости стенок печеночных вен. Гепатомегалия



Ваше заключение: А. Жировой гепатоз
Б. Цирроз печени
В. Цирроз- рак

ЗАДАЧА № 4

Больной К., 18 лет, проходил медицинский осмотр в военном комиссариате. Активно жалоб не предъявлял. Всегда считал себя здоровым. Занимался спортом. Проведено УЗИ органов брюшной полости – печень нормальных размеров. Эхогенность паренхимы незначительно диффузно повышена с наличием мелких гиперэхогенных включений. Сосудистый рисунок подчеркнут из-за периваскулярного фиброза.

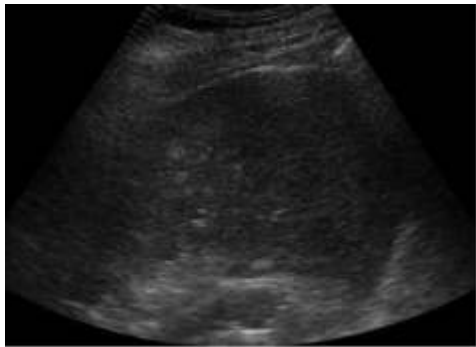
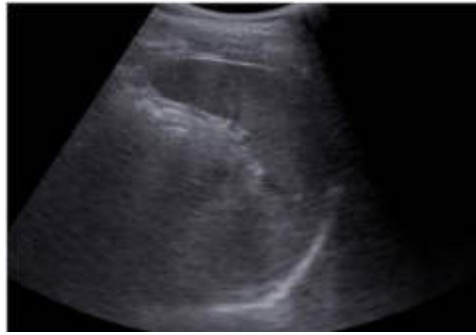
Ваше заключение. А. хронический гепатит
Б. Хронический вирусный гепатит
В. Гепатоз



ЗАДАЧА № 5

Пациентка 54 лет самостоятельно обратилась в поликлинику по месту жительства для ежегодного обследования. Ощущение тяжести в левом подреберье. Жалобы беспокоят около 6 месяцев,

ранее за помощью не обращалась. Объективный статус- По результатам лабораторных исследований патологии не выявлено.



На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациента _____ селезенки

- 1) метастаза
- 2) инфаркта
- 3) воспаления
- 4) **гемангиомы**

ЗАДАЧА № 6

Женщина Л., 28 лет, в анамнезе неоднократно болевые ощущения в эпигастральной области с иррадиацией в поясничную зону, тошнота без рвоты, непереносимость ряда пищевых продуктов. На УЗИ поджелудочная железа нормальных размеров контуры ровные, подчеркнуты структура однородная гиперэхогенная, что дает возможность сделать заключение:

- А. хронический панкреатит**
Б. Острый панкреатит
В. Диффузные изменения поджелудочной железы.

ЗАДАЧА № 7

У больного Д., 33 года, жалоб нет, изменений в лабораторных

показателях не отмечено. УЗИ проведено в рамках периодического медосмотра. На УЗИ – в структуре печени множество крайне мелких полостных структур округлой формы, с четкими контурами, хорошо дифференцирующимися от окружающей паренхимы печени, размерами 30-40 мм. Эхогенность их значительно превышает эхогенность паренхимы печени. Структура образований мелкосетчатая с эффектом дистального псевдоусиления эхосигнала, с медленным ростом. Ваше заключение: **А. капиллярная гемангиома печени**

Б. Метастазы печени

ЗАДАЧА № 8.

Пациент 50 лет самостоятельно обратился в поликлинику по месту жительства для обследования. На чувство дискомфорта в области правого подреберья. Жалобы беспокоят пару недель, ранее никуда не обращался. По результатам лабораторных исследований патологии не выявлено.



На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациента _____ печени

- 1) аденомиоза
- 2) эхинококковых кист
- 3) **поликистоза**
- 4) простых кист

ЗАДАЧА № 9.

У больного Р., 53 года, проведена 2 недели назад холецистэктомия. Состояние в послеоперационном периоде было удовлетворительное. Неделю назад появились жалобы на жалуются на неинтенсивную тянущую боль в области шва, чувство давления или распираания, которые усиливаются в положении стоя. В проекции швов выявляется валикообразная флюктуирующая припухлость. Длина припухлости совпадает с длиной шва. Локальная гиперемия, слабость, утомляемость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. На УЗИ в

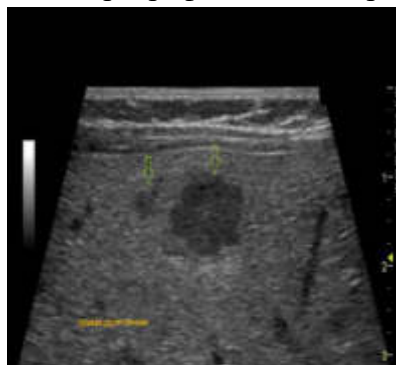
ложе желчного пузыря определяется эхонегативное жидкостное образование с однородным содержимым, неровными контурами, без капсулы с эффектом дистального псевдоусиления. Ваше заключение:

А. послеоперационная серома

Б. Абсцесс печени.

ЗАДАЧА № 10.

У больной Г., 34 года, без клинических проявлений и активных жалоб, на повторных УЗИ – в структуре печени гипоехогенные участки размером 80-150 мм с неровными контурами, неоднородной структуры, с эффектом дистального псевдоусиления эхосигнала с медленным ростом (в течение года размеры практически прежние). Проводилась доплерография: Импульсная доплерография: с интенсивным кровотоком, определяться приносящая артерия, выносящая вена не определилась. Цветовая доплерография: редкие сосуды на периферии образования. Кровоснабжение от печеночной артерии при цветовой доплерографии кровотоков не определяется.



Ваше заключение: **А. кавернозная форма гемангиомы печени**

Б. рак печени.

В. Капиллярная гемангиома печени

ЗАДАЧА № 11.

У больной Ж., 40 лет, отмечается клиническая картина с выраженной слабостью, повышением температуры тела (до 39-40° С), ознобом, головокружением. Возникают диспепсические явления (тошнота, рвота, диарея). Болезненные ощущения разной интенсивности локализуются в области левого подреберья, часто иррадиируют в левую лопатку, руку, ключицу и усиливаются при дыхании. На УЗИ – селезенка увеличена, площадь = 62 см², с ровными, четкими контурами, неоднородная – с наличием анэхогенного содержимого с эффектом дистального

псевдоусиления, с неоднородным внутренним содержимым – перегородками.

Ваше заключение: **А. абцесс селезенки**

Б. инфаркт селезенки

В. гематома селезенки

ЗАДАЧА № 12.

У больной П., 42 лет, поступила в хирургический стационар с болевым синдромом в области желчного пузыря, отмечался субфебрилитет. На УЗИ определяется уменьшенный в размерах желчный пузырь несколько неправильной формы с неровными контурами, практически не содержащий свободной желчи, полость его эхографически представлена гиперэхогенной линией неправильной формы с интенсивной акустической тенью, которая по размерам сопоставима с размером желчного пузыря. Стенки утолщены до 10-14 мм.

Ваше заключение: **А. сморщенный желчный пузырь.**

Б. рак желчного пузыря

ЗАДАЧА № 13.

Больной Л., 42 года, грузчик, поступил в клинику с жалобами на тупые боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объема и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищи, отсутствие аппетита. Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Обострения бывают 3-4 раза в год. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена, положительный симптом Кача. Размеры печени по Курлову: 11х9х9 см, печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии на 1 см, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 18,9 ммоль/л, прямой билирубин - 4,2 ммоль/л, АСТ - 105 МЕ/л, АЛТ - 97 МЕ/л, у-глутамилтранспептидаза - 150 МЕ/л, амилаза - 280 МЕ/л, ЩФ - 230 МЕ/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л.

При УЗИ органов брюшной полости: размеры печени увеличены за счет правой доли, контуры неровные, паренхима ее неоднородна, эхогенность печени повышена. Воротная вена не расширена (9 мм в диаметре). Желчный пузырь обычных размеров, стенка его не утолщена, конкрементов не выявлено. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). На фоне усиления эхогенности поджелудочной железы отмечается увеличение размеров ее головки до 5 см. Выявлены участки кальцификации паренхимы поджелудочной железы и конкремент в главном панкреатическом протоке. Отмечается расширение главного панкреатического протока до 7 мм. В нем гиперэхогенная структура. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

Ваше заключение: А. признаки обструкции главного панкреатического протока.

Б. Хронический панкреатит.

В. Гепатомегалия.

Г. Гепатит.

Д. Цирроз

Е.- А, Б, В, Г

ЗАДАЧА № 14.

Больная Т., 55 лет, жалуется на учащенный неоформленный стул, вздутие живота, отсутствие аппетита, похудение, общую слабость. Анамнез заболевания: 4 года назад пациентке был поставлен диагноз остеоартроз с поражением тазобедренных суставов (кок-сартроз). В связи с чем были назначены для постоянного приема НПВС (индометацин, диклофенак). Последний год стал беспокоить частый кашицеобразный стул, с неприятным запахом, плохо смываемый со стенок унитаза. Появилось вздутие живота, по поводу которого больная самостоятельно принимала мезим-форте* с положительным эффектом. Отметила снижение массы тела на 3 кг за последний год. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается болезненность в зоне Шоффара. Размеры печени по Курлову: 10x8x7 см, печень не выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 18,9 ммоль/л, прямой билирубин - 4,2 ммоль/л, АСТ - 33 МЕ/л, АЛТ - 28 МЕ/л, у-глутамилтранспептидаза - 50 МЕ/л, амилаза - 280 МЕ/л, ЩФ - 230 МЕ/л, глюкоза - 7,3 ммоль/л.

Диастаза мочи - 149 МЕ/л.

Анализ кала: неоформленный, консистенция кашицеобразная.

Обнаружены мышечные волокна, жиры - много.

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени не увеличены, контуры ровные, паренхима ее имеет однородную малоэхогенную структуру. Воротная вена не расширена (0,8 мм в диаметре). Желчный

пузырь обычных размеров и формы, камней нет. Общий желчный проток не расширен (около 5 мм). Отмечается усиление эхогенности поджелудочной железы и увеличение размеров ее головки и тела с неровными контурами. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

Ваше заключение: **А. хронический панкреатит**

Б. Острый панкреатит.

В. Панкреонекроз

ЗАДАЧА № 15.

Пациентка 45 лет, доставлена в больницу. Отмечает желтушность кожных покровов и болезненные ощущения в правом подреберье, сухость во рту, слабость. Контакт с больными вирусным гепатитом. Из медицинских манипуляций за период, предшествовавший заболеванию, отмечает врачебный осмотр при приеме на работу (включая гинекологический осмотр, взятие крови на анализ). В биохимическом анализе крови: повышение активности АлАТ, гипербилирубинемия, снижение протромбинового индекса. С -anti-HCV диаплюс (+) положительный.



На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациентки

1. хронического гепатита

2. цирроза

3. острого гепатита

4. травмы печени

ЗАДАЧА № 16

Больной Х., 46 лет, жалобы на болезненность в поясничной области слева, субфебрильная температура около 2 недель, отмечено повышение лейкоцитов и СОЭ в общем анализе крови, на УЗИ левая почка резко увеличена 163x91 мм. Контуры ее бугристые, нет дифференциации «паренхима – почечный синус». Почка представлена неоднородной солидной массой с множественными мелкими 2-3 мм в диаметре, гипоанэхогенные очажки с неровными нечеткими контурами ограниченной подвижности. Ваше Заключение. Обоснуйте заключение.

Ваше заключение: А. апостематозный пиелонефрит

Б. Почечно-клеточный (гипернефроидный) рак

ЗАДАЧА № 17.

Пациентка 25 лет обследуется в поликлинике по месту жительства. Жалуется на боли в поясничной области. Больна в течение 4 дней, лихорадка до 39 градусов. Воспалительные изменения периферической крови. При УЗИ обследовании выявлено увеличение размеров левой почки, паренхима утолщена до 23 мм, при УЗИ мочевого пузыря- отток мочи не страдает. Очаговых изменений не выявлено.

Ваше заключение: А. апостематозный пиелонефрит слева.

Б. острый пиелонефрит слева

ЗАДАЧА № 18.

Пациент 56 лет обследуется 3 раз в течение 1 месяца. Испытывает неинтенсивные боли в поясничной области справа. Температуры нет. В ходе двух предыдущих обследований было выявлено расширение полостной системы правой почки. В моче микрогематурия. При проведении повторного исследования вновь расширение чашечно-лоханочной системы правой почки. Размер лоханки 2,5 см. Прослеживается до 1,5 см верхняя 1/3 мочеточника справа. Далее проследить его не удастся.

Ваше заключение: А. уретерогидронефроз справа.

Б. острый пиелонефрит справа

В. Опухоль правой почки.

ЗАДАЧА № 19.

Пациент 20 лет обратился к урологу по месту жительства. Жалобы на изменение правого яичка. Объективный статус Увеличение придатка правого яичка.

Раздел №4
Б1.Б6.4
Ультразвуковая
диагностика в
уронефрологии.



На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациента _____ головки придатка яичка

- 1) гематомы
- 2) опухоли
- 3) кисты**
- 4) абсцесса

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- 1) варикоцеле
- 2) семиномой
- 3) гематомой**
- 4) микролитиазом

ЗАДАЧА № 20.

Пациентка 8 лет, скрининговое исследование. Жалоб нет.



На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациентки _____ почки

- 1) кисты
- 2) конкремента
- 3) удвоения**
- 4) опухоли

Для подтверждения данного заключения целесообразно провести

- 1) пиелографию
- 2) нефрографию
- 3) экскреторную урографию**
- 4) рентгенографию

При полном удвоении почки отмечается удвоение

- 1) вен
- 2) **верхних мочевых путей и сосудов**
- 3) артерий
- 4) почечных лоханок

Частым осложнением удвоения почки является

- 1) малигнизация
- 2) мочекаменная болезнь
- 3) **гидронефроз верхней почки**
- 4) воспаление

В норме эхогенность коркового вещества почки у детей

- 1) **выше, чем эхогенность не измененной паренхимы печени**
- 2) не имеет значение при ультразвуковой диагностики
- 3) значительно ниже не измененной паренхимы печени
- 4) сопоставимо с эхогенностью не измененной паренхимы печени

ЗАДАЧА № 21.

Пациент 14 лет обследуется по поводу частых обострений цистита, мочекаменной болезни. Частые мочеиспускания, болезненность в надлобковой области. Пациента в течении 5 лет беспокоят частые обострения цистита и мочекаменной болезни



На сонограмме изображен

- 1) лимфатический узел
- 2) **мочевой пузырь**
- 3) желчный пузырь
- 4) надпочечник

Сканирование мочевого пузыря обычно осуществляется в положении

- 1) **лёжа на спине**
- 2) стоя
- 3) лежа на животе
- 4) лёжа только на правом боку

При трансабдоминальном исследовании мочевой пузырь имеет вид

- 1) **гипоэхогенного прямоугольника или овала, в продольном срезе - вытянутого овала, отграниченного от окружающей привезикальной клетчатки тонкой гиперэхогенной стенкой**

2) изоэхогенного треугольника, в продольном срезе - вытянутого овала, отграниченного от окружающей перивезикальной клетчатки тонкой гиперэхогенной стенкой

3) гиперэхогенного округлого образования с четким и ровным контуром

4) анэхогенного прямоугольника или овала, в продольном срезе - вытянутого овала, отграниченного от окружающей перивезикальной клетчатки тонкой гиперэхогенной стенкой

Нормальная толщина стенки мочевого пузыря составляет _____ мм

1) не более 10

2) 6-7

3) менее 5

4) 8-10

На сонограмме мочевого пузыря определяется

1) гипоехогенное патологическое образование с кистозным компонентом

2) жидкостное образование с однородным внутренним содержимым

3) гиперэхогенный очаг с центральным кистозно-некротическим компонентом

4) выпячивание его стенки

Структура образования на сонограмме _____ эхогенная

1) гипер-

2) изо-

3) **ан-**

4) гетеро-

На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациента _____ мочевого пузыря

1) опухоли

2) порока развития

3) дивертикула

4) кисты

К причинам возникновения и развития псевдодивертикула относят

1) **хроническую инфравезикальную обструкцию**

2) хроническую инфекцию

3) травматическое повреждение

4) нарушение развития

Тактикой дальнейшего лечения является проведение

1) удаления мочевого пузыря

2) **дивертикулотомии**

3) симптоматическая терапия

4) постановка мочевого катетера

ЗАДАЧА №22.

Пациент 38 лет самостоятельно обратился в поликлинику по месту жительства для обследования. Жалобы- на примесь крови в моче. Жалобы беспокоят несколько месяцев, ранее никуда не обращался. Из лабораторных данных: гематурия, анемия.



На сонограмме изображен

1. желудок
2. желчный пузырь
3. лимфатический узел
4. **мочевой пузырь**

Образование в мочевом пузыре характеризуется _____ эхогенным сигналом

1. гипер-
2. ан-
3. гипо-
4. **изо-**

Образование в мочевом пузыре по структуре

1. кистозное
2. **солидное**
3. неоднородное
4. однородное

Образование в мочевом пузыре

1. **на широком основании**
2. во взвешенном состоянии
3. не связано со стенкой
4. на ножке

На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациента _____ мочевого пузыря

1. **опухоли**
2. дивертикула
3. конкремента
4. сгустка крови

При цветовом доплеровском картировании в опухоли мочевого пузыря визуализируются сосуды

1. **идущие от основания**
2. венозные
3. множественные по периферии
4. единичные по периферии

Опухоль мочевого пузыря по гистологической структуре с высокой степенью вероятности соответствует

1. фиброме
2. миоме
3. гемангиоме
4. **переходно-клеточному раку**

Из злокачественных опухолей мочевого пузыря чаще всего встречается

1. саркома
2. плоскоклеточный рак
3. **переходно-клеточный рак**
4. аденокарцинома

УЗИ мочевого пузыря как правило проводится доступом

1. трансректальным
2. трансуретральным
3. **трансабдоминальным**
4. трансперинеальным

Карциномы мочевого пузыря главным образом метастазируют в

1. **подвздошные лимфатические узлы**
2. почки
3. кости
4. головной мозг

ЗАДАЧА № 23.

Пациент 67 лет, с подозрением на хроническую задержку мочи, направлен для проведения УЗИ мочевого пузыря и определения остаточной мочи. При исследовании объем мочевого пузыря 800 мл, после мочеиспускания 700мл. со слов пациента помочиться эффективно ему не удалось. Стенки пузыря умеренно утолщены до 4 мм, гиперэхогенные. Полость пузыря чистая.

Ваше заключение: **А. Острая задержка мочи на фоне**

	<p>избыточной подготовки мочевого пузыря к исследованию. Б. нейрогенный мочевой пузырь. В. Аденома простаты.</p> <p>ЗАДАЧА № 24.</p> <p>Пациент 38 лет обследуется по экстренным показаниям. Обратился за медицинской помощью в связи с невозможностью мочеиспускания естественным путем. 3 дня назад пациент выписан из отделения гнойной хирургии, где проходил лечение с диагнозом гнойный парапроктит. При объективном осмотре мочевого пузыря переполнен. На промежности гранулирующая рана после вскрытия парапроктита. При проведении ТРУЗИ выявлено: объем мочевого пузыря 1000 мл. простаты асимметрична за счет ее левой доли, в ткани предстательной железы обнаружены три гипоанэхогенных образования неправильной формы. Лишенных кровотока в режиме ЦДК.</p> <p><u>Ваше заключение:</u> А. острый гнойный простатит Б. подготовки мочевого пузыря к исследованию. В.. нейрогенный мочевой пузырь. В. Аденома простаты.</p> <p>ЗАДАЧА № 25.</p> <p>Пациент 33 лет обследуется по экстренным показаниям. 2 часа назад перенес удар футбольным мячом по мошонке. Объективно: мошонка увеличена в размерах багровосинюшного цвета, болезненная при пальпации. Проведено УЗИ исследование органов мошонки: яички и придатки структурно не изменены, мясистая оболочка значительно утолщена, сниженной эхогенности без очаговых изменений.</p> <p><u>Ваше заключение:</u> А. тупая травма мошонки, Б. кровизлияние в мясистую оболочку яичек. В.. верно А и Б.</p>
<p>Раздел № 5 Б1.Б6.5 Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур и лимфатической системы</p>	<p>ЗАДАЧА № 26.</p> <p>Пациент А., 21 год, обратился с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области слева. Припухлость беспокоит больного в течение двух лет. Периодически больной отмечает появление боли справа в поднижнечелюстной области, повышение температуры тела. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ангины. ВИЧ, гепатит, туберкулез, сифилис отрицает. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,7°С. Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. Открывание рта свободное. В поднижнечелюстной области слева определяется лимфатический узел размерами 3,0х2,5 см, плотной, болезненный при пальпации. Кожа над ним отечна, гиперемирована. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. При пальпации слюнные железы безболезненные, мягкоэластической консистенции. УЗИ</p>

подчелюстных лимфатических узлов: Увеличенные гипоэхогенные лимфоузлы с нечеткими границами, гипертрофия коркового вещества, высокая его эхогенность. Отсутствие эхогенных ворот и гипоэхогенный центральный участок, анэхогенные кистозные зоны с задним акустическим усилением. Цветовая доплерография: Повышение васкуляризации преимущественно на периферии лимфоузла и в мягких тканях.

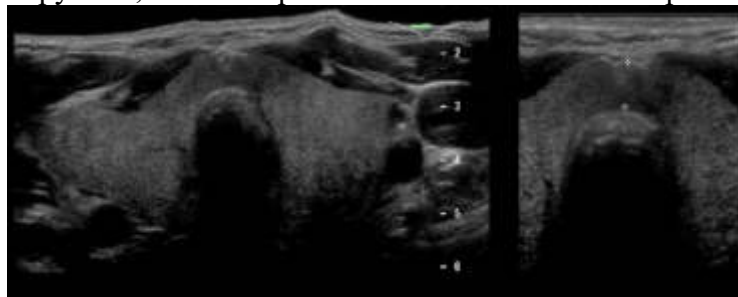
Ваше заключение. А. хронический лимфаденит поднижнечелюстной области слева.

.Б. Лимфоаденопатия.

В. Абсцесс лимфоузла.

ЗАДАЧА №27

За медицинской помощью обратился больной К., 37 лет с жалобами на неприятные ощущения в области шеи. Сам на передненаружной поверхности шеи слева пропальпировал опухолевидное образование. Других жалоб не предъявляет. Из семейного анамнез установлено, что по материнской линии были онкологические заболевания. При осмотре в левой доле щитовидной железы пальпируется узел размерами 3х4 см плотноватый. Лимфоузлы на шее не определяются. При УЗИ исследовании получены данные: Увеличение объема железы более чем на 20 мл. Уплотненная внутренняя эхоструктура; наличие гипоэхогенных вторичных узелков до 2 мм. Кисты до 2: округлые, четко отграниченные анэхогенные образования.



Ваше заключение. А. узловой зоб

Б. Тиреоидит

В. Токсический зоб.

ЗАДАЧА № 28.

Больная М., 36 лет обратилась к врачу в связи с тем, что появились неприятные ощущения в области шеи справа и здесь же прощупала опухолевидное образование. Других жалоб не предъявляет. При осмотре справа в проекции правой доли щитовидной железы пальпируется округлой формы тугоэластическое опухолевидное образование в диаметре до 5 мм. Лимфоузлы шеи не увеличены.

УЗИ щитовидной железы –гипоэхогенное образование округлой формы с четкими, ровными контурами, гладкой внутренней поверхностью 6мм в диаметре. В полости прослеживается крупная

и мелкодисперсная взвесь.

Ваше заключение. **А. киста щитовидной железы.**

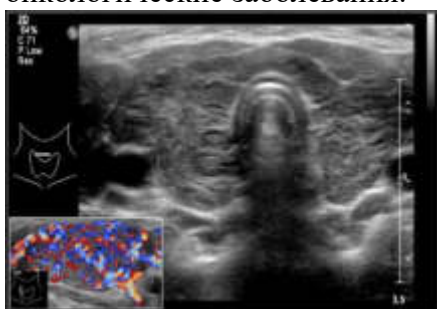
Б. Рак щитовидной железы.

В. Аденома щитовидной железы.

ЗАДАЧА № 29.

У больной К., 42 лет при диспансерном обследовании обнаружили увеличение щитовидной железы 1 степени по классификации ВОЗ. Выполнено УЗИ, при котором обнаружены изменения: железа увеличена с чередованием участков сниженной, средней и повышенной эхогенности, а также на его фоне гипоэхогенный узел в левой доле железы диаметром до 8 мм.

Из анамнеза установлено, что по материнской линии были онкологические заболевания.



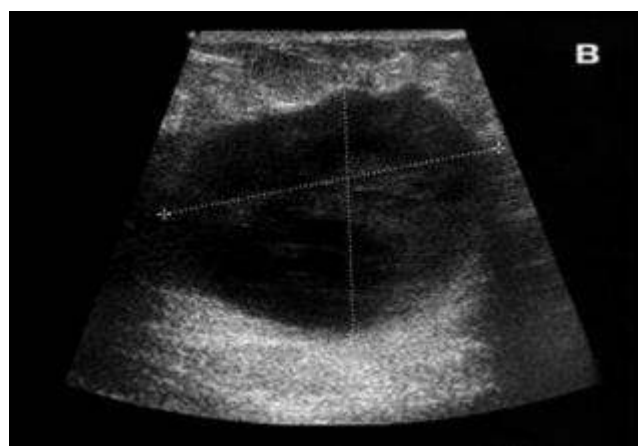
Ваше заключение. **А. аутоиммунного тиреоидита Хашимото**

Б. Рак щитовидной железы.

В. Аденома щитовидной железы.

ЗАДАЧА № 30.

У больной А., 21 г., на 14 день после родов, появились боли в левой молочной железе, температура до 38. Других жалоб не было. В левой молочной железе определяется болезненный инфильтрат. Клинический анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ. Анализ мочи – без патологии.



Ваше заключение. А. Острый лактационный мастит.

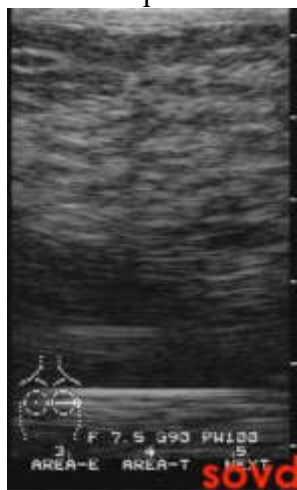
Б. Рак молочной железы.

В. Киста молочной железы.

ЗАДАЧА №31

Больная М., 27 л жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. Наблюдается у гинеколога. В анамнезе – неоднократно лечилась по поводу аднексита. При пальпации в верхне-внутреннем квадрате железы отмечается уплотнение ее ткани и опухолевидное образование в диаметре 3 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет. Кожа над образованием берется в складку. УЗИ: гиперэхогенные структуры с неровными контурами: Утолщение слоя железистой ткани более 14 мм; фиброз стенок протоков, междольковых перегородок);наличие кист;дуктэктазия;

Маммография – затемнение диффузного характера с мелкими очагами просветления.



Ваше заключение. А. Левосторонняя мастопатия.

Б. Рак молочной железы.

В. Киста молочной железы.

Г. фиброаденома молочной железы.

ЗАДАЧА №32

Больная К., 44 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление опухоли в левой молочной железе. Опухоль обнаружила самостоятельно. Больная имеет одного ребенка. Менструальная функция сохранена. Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре определяется втяжение соска. В верхне-наружном квадрате железы пальпируется опухоль размером 3х2 см, плотная, мало болезненная, смещаемая. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются. Со стороны внутренних органов без патологии. УЗИ: образование в верхнем квадранте на 14 часах с четкими и неровными контурами, размером 3 на 2 см. не параллельная

ориентация. Структура образования неоднородная и гипоехогенная кистозно-солидное. BI-RADS 4.



Ваше заключение. А. Левосторонняя мастопатия.

Б. подозрение на малигнизацию (Рак молочной железы).

В. Киста молочной железы.

Г. фиброаденома молочной железы.

ЗАДАЧА №33

Больная П., 39 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление опухоли в правой молочной железе. Опухоль обнаружила самостоятельно, 2 недели назад. Больная имеет 2 детей. Менструальная функция сохранена. Правая молочная железа обычных размеров. В верхне-наружном квадрате железы пальпируется опухоль размерами 3х4 см, плотная, безболезненная, смещаемая. В правой подмышечной области определяется один увеличенный лимфоузел. Со стороны внутренних органов без патологии. Выполнена маммография – тень опухоли с лучистыми тяжами по периферии, кальцинаты. Пункционная биопсия опухоли – одна из гистологических форм рака молочной железы. Цитологическое исследование – атипические клетки в выделениях из соска.

На УЗИ: Кистозно солидное образование левой молочной железы с четкими, неровными контурами, ориентация не параллельная. Размер 3 на 4 см. на 15 часах. При исследовании подмышечных лимфатических узлов: выявлено увеличение единичного лимфатического узла справа в подмышечной области размером 2,2 см с нарушением структуры.

Ваше заключение. А. Левосторонняя мастопатия.

Б. Рак молочной железы. BI-RADS 5.

В. Киста молочной железы.

Г. фиброаденома молочной железы.

ЗАДАЧА № 34.

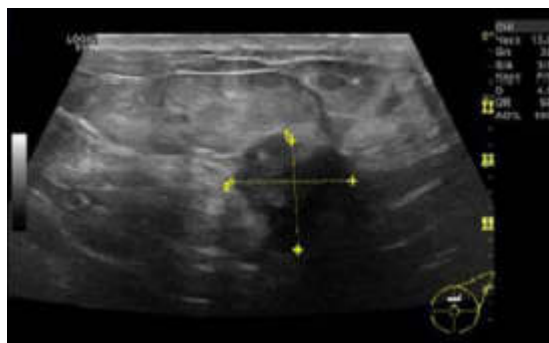
Женщина О, 33 лет начала отмечать 2 месяца назад появление геморрагических выделений из соска правой молочной железы. Акушерский анамнез не отягощен. Имеет одного ребенка. Состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без патологии. При осмотре молочные железы и их соски не изменены, при пальпации нечетко пальпируется опухоль диаметром до 1 см. в толще железы под соском. При надавливании на правый сосок появляются кровянистые выделения. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

УЗИ – узловое овальное гиперэхогенное образование в правой железе в диаметре 1 см, с четкими контурами. Ориентация параллельная. не позволяет на 100% точно установить характер патологического процесса.

Ваше заключение. А. УЗИ не позволяет сделать заключение, требуется построение диф. ряда: аденома, фибroadенома, рак Педжета, узловая мастопатия, гематома.

ЗАДАЧА № 35

Пациентка 45 лет направлена врачом-гинекологом на УЗИ молочных желез. Жалобы- на образование правой молочной железы. При самостоятельном обследовании молочных желез выявлено пальпируемое образование. Обратилась в женскую консультацию по месту жительства, отправлена на УЗИ молочных желез. Курение – 20 лет 1-2 пачки в день. У матери – рак молочной железы в 65 лет. Объективный статус - пальпируемое округлое образование правой молочной железы.



Режимом сканирования при выполнении УЗИ в данной клинической ситуации является

1. эластографи
- 2. в-режим**
3. доплерография
4. м-режим

На сонограмме изображена _____ железа

1. поджелудочная
- 2. молочная**
3. щитовидная
4. подчелюстная

Эхогенность молочной железы на сонограмме

- 1.гипоэхогенная
- 2.диффузно-неоднородная**
- 3.гиперэхогенная
- 4.анэхогенная

Структура образования на сонограмме является

- 1.гипоэхогенной
- 2.анэхогенной с единичными включениями**
- 3.изоэхогенной
- 4.гиперэхогенной

На сонограмме позади образования наблюдается

- 1.усиление эхосигнала
- 2.псевдоусиление эхосигнала
- 3.снижение эхосигнала
- 4.выраженная акустическая тень**

Наиболее достоверным вариантом описания области патологических изменений по данным ультразвукового исследования является: образование

- 1.изоэхогенное с четкими, ровными контурами
- 2.гипоэхогенное с четкими ровными контурами без дистального усиления
- 3.с нечеткими, неровными контурами, с выраженной акустической тенью, анэхогенная с единичными эхогенными включениями**
- 4.гипоэхогенное с псевдодистальным усилением

На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациентки _____ молочной железы

- 1.кальцината
- 2.узлового рака**
- 3.фиброаденомы
- 4.липомы

УЗИ молочной железы проводится с использованием линейного датчика частотой (в МГц)

- 1.3-5
- 2.5-7
- 3.14-16
- 4.7,5-13**

Сканирование молочных желез обычно осуществляется в положении

- 1.лёжа только на правом боку
- 2.лёжа на спине**
- 3.стоя
- 4.лёжа на животе

Данные изменения соответствуют категории BI-RADS 5

1.4

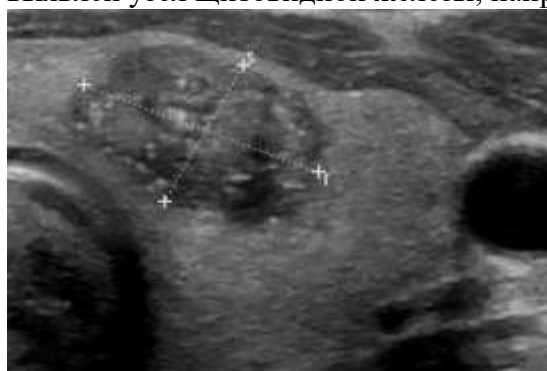
- 2.1
- 3.3
- 4.2

Тактика дальнейшего обследования пациентки включает

- 1. проведение повторной маммографии
- 2. динамическое наблюдение
- 3. проведение пункционной биопсии**
- 4. проведение лимфографии

ЗАДАЧА № 36

Пациентка 63 лет. При прохождении диспансеризации пальпируется узел щитовидной железы. При диспансеризации выявлен узел щитовидной железы, направлена на УЗИ.



Методом лучевой диагностики, соответствующим представленному изображению (Слайд 1), является

- 1) магнитно-резонансная томография
- 2) рентгенологический метод
- 3) ультразвуковой метод**
- 4) компьютерная томография

Режимом сканирования при выполнении УЗИ в данной клинической ситуации является

- 1) М-режим
- 2) эластография
- 3) доплерография
- 4) В-режим (серошкальный)**

На сонограмме изображена _____ железа

- 1) поджелудочная
- 2) щитовидная**
- 3) подчелюстная
- 4) молочная

Щитовидная железа при поперечном сканировании имеет вид

- 1) истинной буквы U
- 2) эллипса
- 3) перевернутой буквы U**
- 4) квадрата

Нормальный объем щитовидной железы составляет у мужчин

_____ мм3, у женщин _____ мм3

- 1) **20; 16**
- 2) 6; 24
- 3) по 25
- 4) 30; 25

На сонограмме щитовидной железы определяется

- 1) гиперэхогенный очаг с центральным кистозно-некротическим компонентом
- 2) образование с нечеткими бугристыми контурами
- 3) жидкостное образование с однородным внутренним содержимым
- 4) **неоднородное гипо-изоэхогенное образование с нечеткими неровными контурами, наличием множественных микрокальцинатов без акустической тени и участком кистозной перестройки**

Структура образования на представленной сонограмме _____ генная

- 1) **гетеро-**
- 2) гиперэхо-
- 3) анэхо-
- 4) изоэхо-

На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациента _____ щитовидной железы

- 1) **злокачественного новообразования**
- 2) кисты
- 3) воспаления
- 4) аденомы

Эхогенность щитовидной железы

- 1) **выше окружающих мышц**
- 2) ниже окружающих мышц
- 3) равна окружающим мышцам
- 4) не сравнивают с окружающими мышцами

Сканирование щитовидной железы обычно осуществляется в положении

- 1) **лёжа на спине, с запрокинутой назад головой**
- 2) лёжа только на правом боку
- 3) стоя
- 4) лежа на животе

УЗИ щитовидной железы проводится с использованием линейного датчика частотой _____ МГц

- 1) 14-16
- 2) 3-5
- 3) **7,5-13**
- 4) 16-18

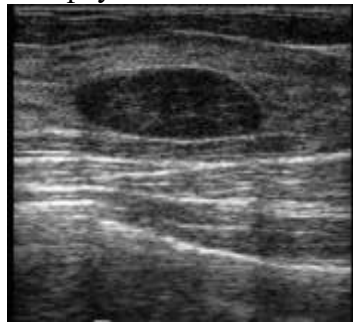
Расчет объема щитовидной железы производится по формуле:

Объем = ширина*

- 1) толщина
- 2) **толщина* длина* 0,479**
- 3) длина/2
- 4) толщина* длина

ЗАДАЧА № 37

Пациентка 34 лет, направлена врачом-гинекологом на УЗИ молочных желез. Жалобы -на периодическое покалывание в молочной железе, усиливающееся в предменструальный период. При самостоятельном обследовании молочных желез выявлено пальпируемое образование. Обратилась в женскую консультацию по месту жительства, отправлена на УЗИ молочных желез. У матери – рак молочной железы в 57 лет. Объективный статус- при пальпации подмышечной зоны определяются увеличенные лимфоузлы.



Методом лучевой диагностики, соответствующим представленному изображению, является

- 1) **ультразвуковой метод**
- 2) компьютерная томография
- 3) рентгенологический метод
- 4) магнитно-резонансная томография

Режимом сканирования при выполнении УЗИ в данной клинической ситуации является

- 1) эластография
- 2) **в-режим (серошкальный)**
- 3) доплерография
- 4) м-режим

На сонограмме изображена _____ железа

- 1) щитовидная
- 2) **молочная**
- 3) подчелюстная
- 4) поджелудочная

Эхогенность молочной железы на сонограмме является

- 1) гиперэхогенной
- 2) **диффузно-неоднородной**
- 3) анэхогенной
- 4) гипоехогенной

Структура образования на сонограмме является

- 1) изоэхогенной
- 2) гиперэхогенной
- 3) гипозохогенной**
- 4) анэхогенной

На сонограмме определяется

- 1) участок обызвествления
- 2) внутрипротоковое образование с нечетким контуром
- 3) кистозная полость с солидным включением
- 4) солидное овоидное образование с четкими и ровными контурами**

Наиболее достоверным вариантом описания области патологических изменений по данным ультразвукового исследования является

- 1) одиночное гипозохогенное образование с преобладанием длинной оси над короткой осью, горизонтальной ориентацией и боковыми акустическими тенями**
- 2) образование с бугристыми контурами, однородной внутренней структурой
- 3) гиперэхогенное образование с широкой акустической тенью
- 4) анэхогенное образование с четкими, ровными контурами и дистальным усилением сигнала

На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациентки _____ молочной железы

- 1) листовидной опухоли
- 2) гемартомы
- 3) медуллярного рака
- 4) фиброаденомы**

УЗИ молочной железы проводится с использованием линейного датчика частотой (в МГц)

- 1) 14-16
- 2) 3,5-5
- 3) 5-7
- 4) 7,5-13**

Сканирование молочных желез обычно осуществляется в положении

- 1) стоя
- 2) лёжа на животе
- 3) лёжа только на правом боку
- 4) лёжа на спине**

Железистый слой репродуктивного типа характеризуется

- 1) изоэхогенным пластом
- 2) единым гиперэхогенным мелкозернистым пластом**
- 3) гипозохогенным пластом
- 4) гиперэхогенным очагом с акустической дорожкой

УЗИ молочных желез рекомендуется проводить с использованием

	<p>линейного датчика частотой _____ МГц</p> <p>1) 3-5 2) 16-18 3) 14-16 4) 7,5-13,0</p>
<p>Раздел №6 Б1.Б6.6 Ультразвуковая диагностика в гинекологии</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА № 38</p> <p>Больная В., 43 года, жалобы на незначительные боли в правой половине малого таза. Осмотр гинекологом: увеличение правого яичника. На УЗИ: киста правого яичника — 38x30 мм из латеральной стенки которой исходит внутрикистозное включение (форма правильная овальная, 9x7 мм, эхоплотность низкая). У основания этого включения имеется интимно связанное с ним дополнительное мягкотканое образование, выходящее за контур кисты: 30x20 мм, контуры бугристые, структура и плотность аналогичны внутрикистозному включению. <u>Ваше заключение:</u> А. рак правого яичника Б. малигнизация папиллярной серозной кисты справа</p> <p style="text-align: center;">ЗАДАЧА № 39</p> <p>Больная К., 28 лет, активно жалоб не предъявляла, на УЗИ в рамках диспансеризации выявлено: над левым углом матки лоцируется жидкостное тонкостенное образование овальной формы – 48x34 мм, в просвете по верхней стенке определяется овальной формы тканевое образование с ровным четким контуром, однородной эхоструктуры. <u>Ваше заключение:</u> А. папиллярная серозная киста слева Б. простая киста слева</p> <p style="text-align: center;">ЗАДАЧА № 40</p> <p>Больная М., 26 лет, жалобы на непостоянные, ноющие боли внизу живота, продолжающиеся в течение трех недель. Температура не повышалась. Беспокоят неприятные ощущения во влагалище, также выделения слизисто-гнойного характера. Гинекологом осмотрена и назначено трансвагинальное УЗИ. При УЗИ: матка не увеличена, однородная. Эндометрий утолщен до 25 мм (10 день после окончания месячных), структура его неоднородная, контуры ровные, нечеткие. На границе эндометрия и миометрия во всех отделах имеется нечеткая эхонегативная зона, шириной 5-8 мм. <u>Ваше заключение:</u> А. эндометрит Б. эндометриоз</p> <p style="text-align: center;">ЗАДАЧА № 41</p> <p>Больная М., 45 лет, из анамнеза известно об эндометрите</p>

после аборта и неоднократных воспалениях придатков матки. Менstrуальные безболезненные. Последний раз заболела 14 дней назад, когда внезапно появились тупые боли внизу живота (больше слева), повышение температуры, резкое ухудшение самочувствия. Кровь: лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ. На УЗИ: слева от матки жидкостное образование округлой формы с плотными местами утолщенными стенками до 5–6 мм, в просвете мелкие эхопозитивные включения, образующие горизонтальный уровень на границе с однородной жидкой средой. При компрессии датчиком резко болезненно. Ваше заключение:

А тубарный абсцесс слева

Б. Киста левого яичника

ЗАДАЧА № 42

Больная О., 56 лет, менопауза 7 лет. Активно жалоб не предъявляет. Гинекологом осмотрена. На УЗИ: матка небольших размеров, без узлов. Эндометрий – 3,4 мм. Полость матки не расширена. Рядом с правым углом матки инволютивно измененный правый яичник – 13х6 мм. В проекции левого яичника безболезненное тонкостенное жидкостное образование с однородным содержимым – 52 мм в диаметре. Ваше заключение:

А. «простая» серозная киста слева

Б. Солидное образование в проекции левого яичника

ЗАДАЧА № 43

Больная Р., 24 года, три года назад роды. Абортов не было, к гинекологу не обращалась. Жалобы на задержку месячных в течении 2 недель. На УЗИ пришла самостоятельно. На УЗИ: в полости матки плодное яйцо СВД – 11 мм, матка оттеснена многокамерной кистой слева (150х110 мм). Наружный контур кисты четкий волнистый. В просвете множественные «дочерние» кисты, сгруппированные в единый внутрикистозный конгломерат (85 мм в Д) разнокалиберных жидкостных образований неправильной формы. Ваше заключение:

А. простая псевдомуцинозная киста слева

Б. Рак левого яичника

ЗАДАЧА № 44

Больная С., 32 года, жалобы на боли в левой половине малого таза в течении 6 дней (состояние удовлетворительное, повышение температуры тела нет). Гинекологический осмотр: резкая болезненность при пальпации левых придатков матки. При УЗИ: матка, яичники, эндометрий не изменены. Вдоль левой

	<p>боковой стенки матки выявляется тонкостенное жидкостное образование вытянутой (S-образной) формы, 42x11 мм – с однородным содержимым. <u>Ваше заключение:</u></p> <p>А. гидросальпингс слева Б. Киста слева</p> <p>ЗАДАЧА № 45</p> <p>Больная С., 33 года, жалоб не предъявляет, на УЗИ: слева от матки лоцируется однородное, анэхогенное образование, 60x42 мм с дорзальным эхоусилением. Повторное УЗИ после месячных: жидкостного образования в проекции левого яичника не выявлено. <u>Ваше заключение:</u></p> <p>А. фолликулярная киста слева Б. Киста слева</p> <p>ЗАДАЧА № 46</p> <p>Больная Т., 33 года, жалобы на резко болезненные, длительные и обильные месячные. На УЗИ: матка шаровидной формы, увеличена до 7-8 недель беременности, контур ровный, структура миометрия неоднородная за счет множественных мелких эхопозитивных включений. Толщина эндометрия 18 мм, эхоплотная (ЖГЭ). <u>Ваше заключение:</u></p> <p>А. аденомиоз Б. Миома матки</p>
<p>Раздел № 7 Б1.Б6.7 Ультразвуковая диагностика в акушерстве.</p>	<p>ЗАДАЧА № 47.</p> <p>Пациентка А., 21 год, первая беременность. При проведении эхографии в сроки 21-22 НБ выявлено двустороннее увеличение почек у плода, отсутствие эхотени мочевого пузыря, маловодие. При исследовании других органов плода выявлено затылочное энцефалоцеле, заподозрена микроцефалия. <u>Эхографическое заключение:</u> А. Нормальная ультразвуковая картина почек.</p> <p>Б. поликистозной болезни почек инфантильного типа (Поттер I)</p> <p>ЗАДАЧА № 48</p> <p>Пациентка Б., 31 год, мажущие кровянистые выделения, мед. аборт. На эхограмме полость матки расширена, контуры деформированы, внутри полости матки определяются структуры повышенной эхоплотности. <u>Эхографическое заключение:</u> А.</p>

неполный самопроизвольный аборт.

Б. Образование полости матки.

ЗАДАЧА № 49

Пациентка М., 18 лет, первая беременность в сроке 23-24 НБ. При проведении эхографии в области передней стенки живота плода определяются свободно плавающие петли кишечника с различной степенью расширения. Признаки многоводия. Ваше

заключение: **А. гастрошизис**

Б. Расширение кишечника

В. выпадение печени



ЗАДАЧА № 50

Пациентка Н., 27 лет, беременность 27-28 НБ. При проведении эхографии выявлены численные значения индекса амниотической жидкости $>97,5\%$ (АЖ >240 мм), глубина наибольшего кармана АЖ >80 мм. Причиной многоводия могут быть. Ваше заключение:

А. пороки развития ЦНС плода

Б. пороки развития мочевыделительной системы плода

ЗАДАЧА № 51

Пациентка Т., 26 лет, Беременность 28-29 недель. При проведении эхографии в сроки 28-29 НБ плод соответствует по фетометрии 24-25 НБ. ОГ – 222 мм, ОЖ – 196 мм. ОГ/ОЖ – 1,13. Маловодие, АИ – 89 мм. Расширение большой цистерны – >12 мм. Полость прозрачной перегородки не визуализируется, нет разделения боковых желудочков в области передних рогов. Широко расставлены задние рога боковых желудочков Интраорбитальный размер – 18 мм. Четырёхкамерный срез сердца без особенностей. Эхографическое заключение: **алобарной проэнцефалии, гипертелоризма**

ЗАДАЧА № 52

При эхографии плода в сроки 25-26 НБ определяется выраженный подкожный отёк (наличие двойного контура), признаки асцита. Указанные изменения сочетаются с многоводием, плацентомегалией.



Эхографические признаки **водянки плода**.

ЗАДАЧА № 53

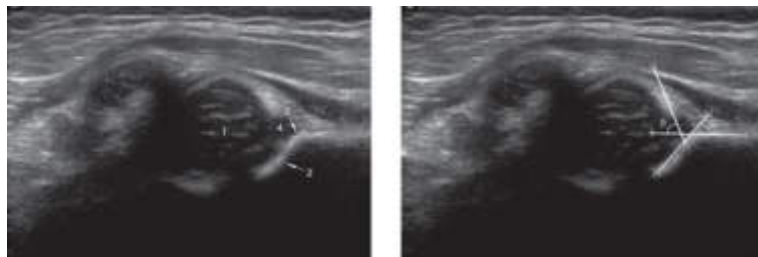
К травматологу в поликлинике обратился пациент Д., 26 лет. Жалобы на выраженную боль в правом локтевом суставе, увеличение в объеме в области сустава. Накануне участвовал в соревнованиях по волейболу. Направлен на УЗИ мягких тканей правого локтевого сустава для уточнения диагноза. Опишите полученную сонограмму, дайте эхографическое заключение.



Ответ: ультразвуковые признаки выпота в правом локтевом суставе. Повреждений мышц и сухожилий не отмечается.

ЗАДАЧА № 54

Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава у 2х месячного ребенка . Угол $\alpha = 56^\circ$, угол $\beta = 69^\circ$. Укажите структуры под цифрами 1,2,3,4. Опишите эхограмму. Дайте ультразвуковое заключение



Ответ: 1 – головка большеберцовой кости; 2 – костная часть вертлужной впадины (недостаточна развита); 3 – костный эркер (закруглен); 4 – хрящевая часть крыши (увеличена).
Заключение: Структура гиалинового хряща не нарушена.

Раздел № 8
Б1.Б6.8

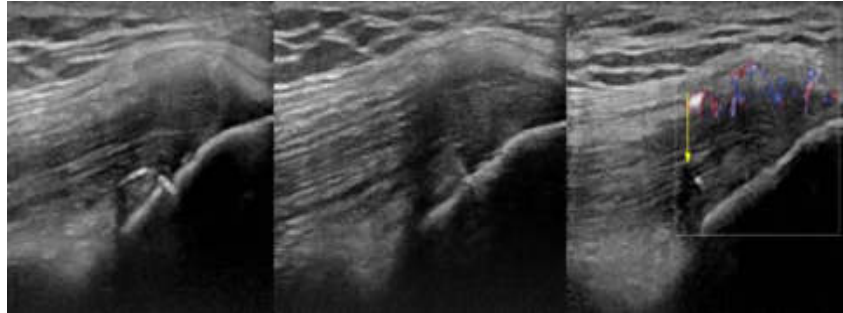
Ультразвуковая диагностика мягких тканей и суставов опорно-двигательного аппарата

**Диспластичный центрированный сустав, тип II.
ЗАДАЧА № 55**

Пациент 36лет. Жалобы на боли в нижней трети бедра, усиливающие при движении, небольшую припухлость в области коленного сустава.

Ультразвуковое исследование: в месте прикрепления сухожилия четырехглавой мышцы бедра к надколеннику гипоэхогенная зона, небольшой надрыв в задних отделах (стрелка), гиперэхогенное включение, усиленная васкуляризация.

Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования.

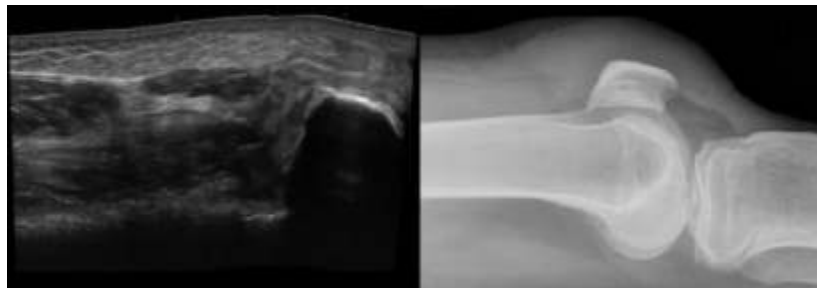


Ответ: Заключение: ультразвуковые признаки тендинита дистального отдела сухожилия четырехглавой мышцы бедра.

ЗАДАЧА № 56

Пациент 28лет. После падения на колено появилась острая боль; пациент не может выпрямить ногу, выраженный болевой синдром, отечность. Ультразвуковое исследование: в месте сухожилия четырехглавой мышцы неоднородная гипоэхогенная зона с неровным контуром, сухожильные волокна не определяются.

Представлены рентгенограмма и эхограмма области коленного сустава. Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования

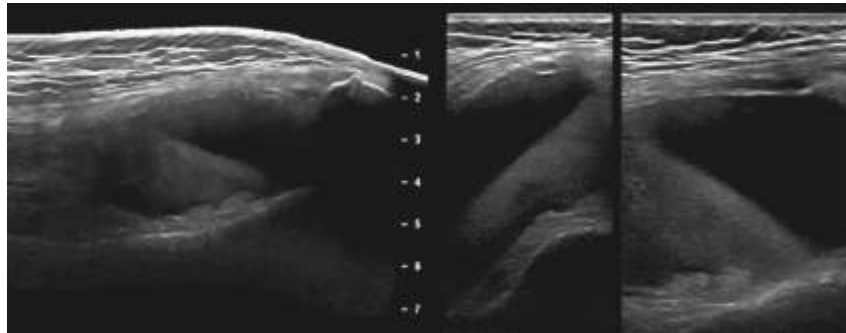


Заключение: ультразвуковые признаки разрыва сухожилия четырехглавой мышцы бедра. Гематома.

ЗАДАЧА № 57

Пациент 44 лет. При падении со стены 2 дня назад появился отек, боль и ограничения движения в коленном суставе.

При ультразвуковом исследовании правого коленного сустава: сухожилие четырехглавой мышцы не повреждено; в наднадколенниковом завороте и сумке визуализируется значительный выпот из чередования гипер- и анэхогенного слоев. Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования



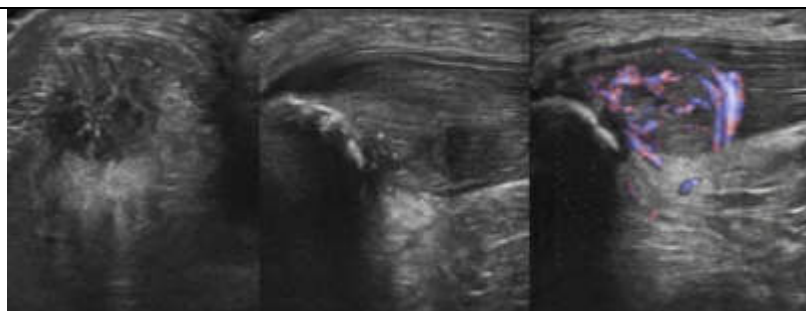
Заключение:

ультразвуковые признаки липогемартроза коленного сустава, вероятен внутрисуставной перелом.

ЗАДАЧА № 58

Пациент 25 лет. Спортсмен. На тренировке получил травму коленного сустава, выраженный болевой синдром, небольшая отечность. При осмотре не было видимого выпота коленного сустава, и он имел полный диапазон движений; при пальпации проксимальной вставки сухожилия надколенника небольшая болезненность. При ультразвуковом исследовании области коленного сустава: в собственной связке надколенника у места прикрепления к нижнему полюсу надколенника гипоэхогенная зона с гиперэхогенными включениями, заметная васкуляризация; кортикальный слой надколенника неровный.

Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования



Заключение: ультразвуковые признаки тендинопатии связки надколенника. «Колено прыгуна».

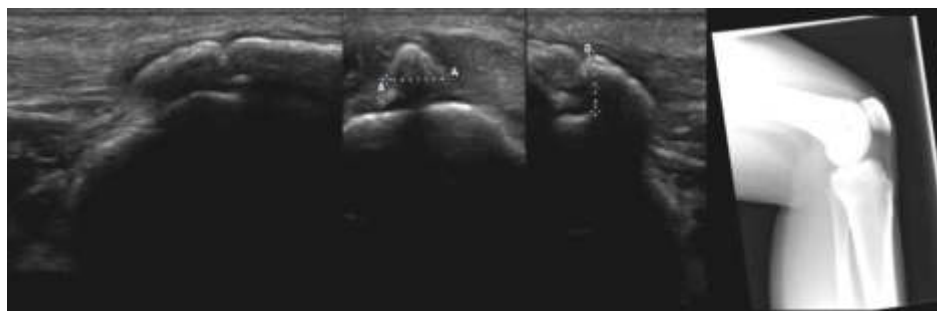
ЗАДАЧА № 59

Пациент с диагнозом болезнь Осгута-Шлятера жалуется на болезненность в области большеберцовой кости. В анамнезе травма колена 10 лет назад.

При ультразвуковом исследовании: в дистальном отделе связки надколенника небольшая гиперэхогенная структура с задней акустической тенью, размер 0,5x0,7 см; эхо-признаков надрыва сухожилия и поднадколенникового бурсита не определяется, васкуляризация связки и окружающих тканей не изменена.

Выполнена рентгенография коленного сустава.

Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования



Заключение: ультразвуковые признаки костного фрагмента в дистальном отделе связки надколенника.

Данные рентгенографии подтверждают наличие костного фрагмента, который можно трактовать как следствие отрывного перелома, учитывая историю травмы.

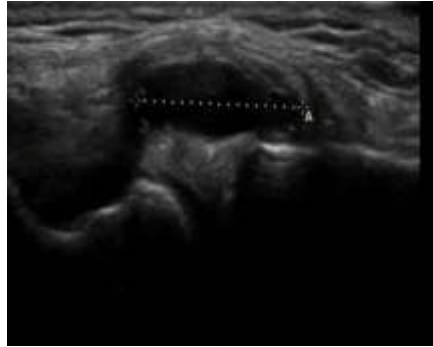
ЗАДАЧА № 60

Пациент 61года. Жалобы на боковая боль в колене. Ранее не было травм, но сохранялся дискомфорт в области суставов, особенно

при разгибании колена.

При ультразвуковом исследовании в области мениска визуализируется анэхогенное образование, расположенное вдоль периферического края мениска. Периферическая горизонтальная поверхность мениска неровная, имеется прерывистость края.

Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования



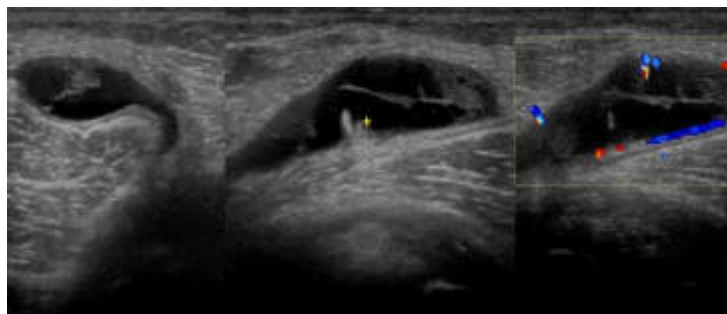
Заключение: ультразвуковые признаки кисты мениска, горизонтальный разрыв мениска

ЗАДАЧА 61.

Пациент Н, 49лет с жалобами на дискомфорт в подколенной ямке, болезненного отека икроножной и голеностопной области

При ультразвуковом исследовании: в поперечной плоскости С-образного анэхогенное образование неоднородной структуры с наличием линейных перегородок, расположенного по краю икроножной мышцы. При продольном сканировании-образование овальной формы. Образование сообщается с задней суставной щелью коленного сустава. По контуру образования - цветные множественные локусы.

Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования.



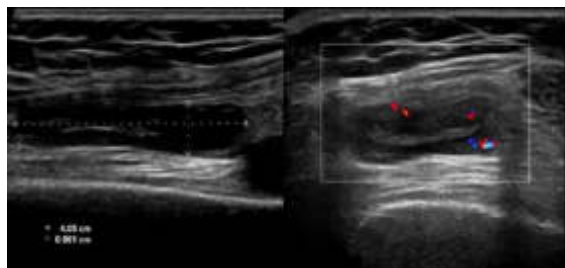
Заключение: ультразвуковые признаки кисты Бейкера с перегородками.

ЗАДАЧА № 62.

Пациент 47 лет. Жалобы на отечность правого коленного сустава, болевой синдром, ограничение движения в коленном суставе.

При ультразвуковом исследовании: в продольном и поперечном срезах наднадколенниковой сумки: определяется выпот однородной структуры, синовиальная оболочка утолщена, васкуляризация усиленна, визуализируется центральная перегородка.

Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования.



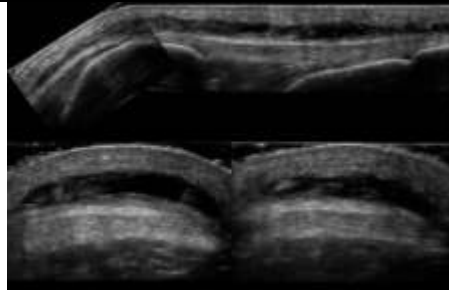
Заключение: ультразвуковые признаки локального синовита правого коленного сустава, синдрома надколенниковой складки.

ЗАДАЧА № 63

Пациент 19 лет. Жалобы на боль в правом коленном суставе, отечность, ограничение и болезненность при движении.

При ультразвуковом исследовании области правого коленного сустава визуализируется анэхогенное образование четким ровным контуром, овальной формы, расположенного прямо под кожей на надколеннике, с полостью коленного сустава не сообщается.

Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования



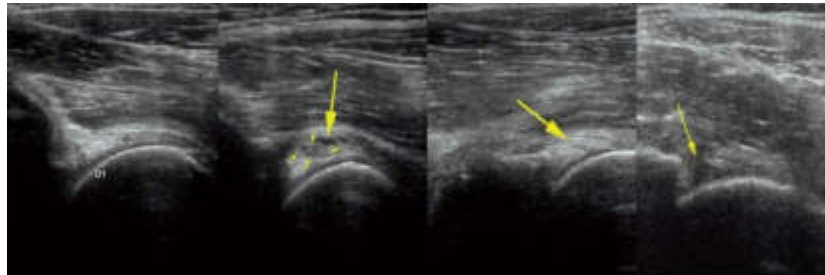
Заключение: ультразвуковые признаки препателлярного бурсита правого коленного сустава.

ЗАДАЧА № 64.

Пациент 28 лет, спортсмен-гимнаст. Жалобы на боли в районе паха, часто положительный симптом щелчка при отведении и приведение бедра.

При ультразвуковом исследовании левого тазобедренного сустава: суставная губа утолщена, неоднородной эхоструктуры. По передне-верхнему краю вертлужной впадины визуализируется гипоэхогенная линия надрыва; Между костным выступом и суставной губы - гипоэхогенная зона.

Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования



Заключение: ультразвуковые признаки травмы суставной губы тазобедренного сустава

ЗАДАЧА № 65.

Пациент П., 32лет. При игре в футбол получил удар по задней поверхности бедра. Жалобы на болт по задней поверхности бедра, усиливающейся при движении.

При ультразвуковом исследовании: в зоне травмы нарушена структурность (исчерченность), визуализируются гиперэхогенные линейные структуры, соответствующие влагилицам пучков

	<p>миофибрилл.</p> <p>Визуализируются гипоэхогенные и изоэхогенные участки различных размеров с нечеткими контурами – гематомы. При осмотре в режиме цветного доплеровского картирования в этих структурах кровотоков не выявляется; а при инструментальной пальпации с использованием режима энергетического доплеровского картирования наблюдаются вихреобразные токи, свидетельствующие о перемещении свободной жидкости в замкнутом пространстве. При использовании энергетического доплеровского картирования и инструментальной компрессии зоны травмы травмированные участки имеют более высокую по сравнению с неповрежденной мышечной тканью эхогенность.</p> <p>Сформулируйте заключение по данным ультразвукового исследования</p>  <p>Заключение: ультразвуковые признаки надрыва мышцы бедра.</p>
<p>Раздел № 9 Б1.Б6.9 Ультразвуковая диагностика заболеваний сердечно-сосудистой</p>	<p>ЗАДАЧА № 66.</p> <p>Больному 3, 66 лет, клинико-лабораторными методами (+ тропонин), отмечено набухание яремных (шейных) вен на вдохе, низкое артериальное давление, которое проявляется слабостью, головокружением, тошнотой, увеличение печени, отечность нижних конечностей, перебои в работе сердца, боли в области сердца с иррадиацией, диагностирован острый инфаркт миокарда, на ЭКГ- подъем сегмента ST в нижних грудных отведениях (V3R и</p>

системы

V4R) выше изолинии, что характерно для проекции правого желудочка. Укажите ЭХО кардиографические признаки:

Ответ:

- Дилатация НПВ
- Дилатация правого желудочка
- Нарушение глобальной сократимости правого желудочка
- Трикуспидальная регургитация

ЗАДАЧА № 67.

Больному перенёсшему обширный инфаркт миокарда на ЭХОКГ обнаружен синдром Дресслера для которого характерно?

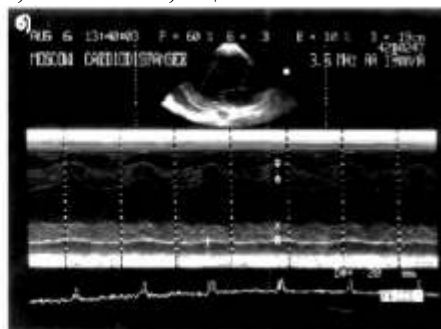
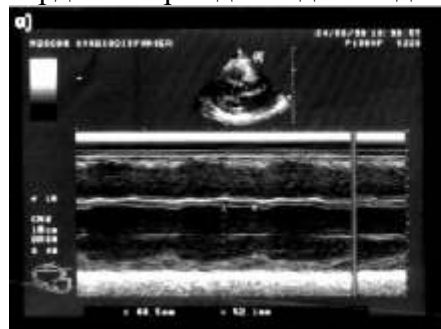


Ответ

- Дилатация камер сердца
- Жидкость в полости перикарда и плевральных полостях
- Легочная гипертензия
- Спайки в полости перикарда

ЗАДАЧА № 68.

Больной 56 лет. Диагноз ИБС 8 лет, постинфарктный кардиосклероз два года назад. Что, возможно, оценить на ЭХОКГ?

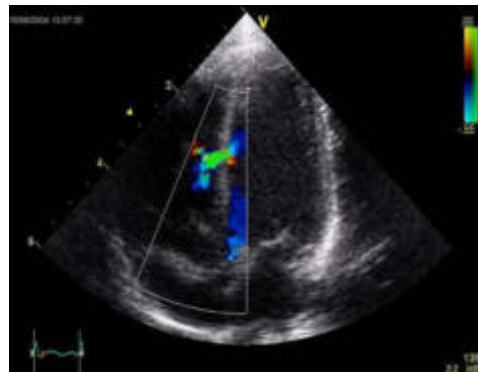


Ответ

- глобальную сократимость миокарда ЛЖ
- диастолическую функцию ЛЖ и ПЖ
- локальную сократимость миокарда

ЗАДАЧА № 69.

На ЭХО кардиограмме пациента Б, 27 лет, обнаружен перерыв эхо-сигнала от межжелудочковой перегородки, на доплеркардиографии регистрируется турбулентный систолический поток на уровне межжелудочковой перегородки. Какой патологии характерна данная картина?

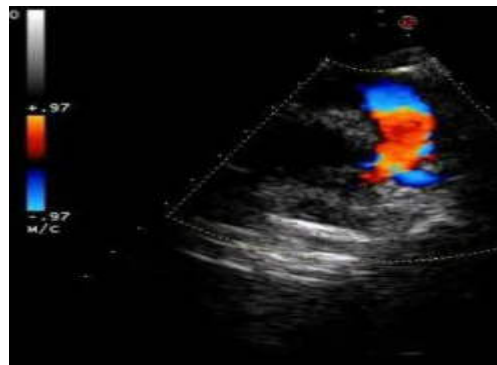


Ответ

- ДМЖП

ЗАДАЧА № 70.

На ЭХО кардиограмме у ребенка определяется декстрапозиция аорты, стеноз легочной артерии дефект межжелудочковой перегородки с гипертрофией миокарда правого желудочка. Данные изменения характерны для следующего заключения.

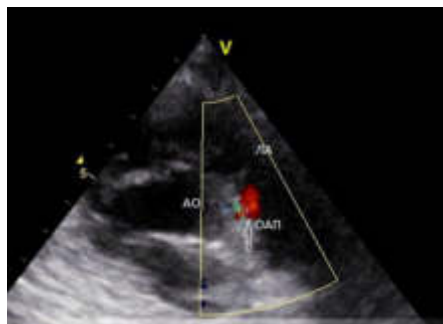


Ответ

- Тетрада Фалло

ЗАДАЧА № 71.

Пациентка Н., 28 лет, переболела краснухой в течение первых 12-ти недель беременности. Проведено эхокардиографическое исследование. Какую настороженность вы проявите?



Ответ:

Исследование в парастеральной позиции по малой оси на уровне Ао.

• открытый боталлов проток

ЗАДАЧА № 72.

1. Женщина, 22 лет, жалуется на усталость ног к концу рабочего дня, появление сосудистых звездочек, заметный венозный рисунок.

Из анамнеза известно, что она работает парикмахером в модном салоне, весь день на ногах на высоких каблуках.

При объективном обследовании в области правого бедра на переднелатеральной поверхности его визуализируются несколько сосудистых звездочек с питающей ножкой. На левой голени по задней и медиальной поверхности виден венозный рисунок за счет ретикулярных вен.

Назначено УЗИ в режиме дуплекса. Определите свою задачу.

Ваша задача:

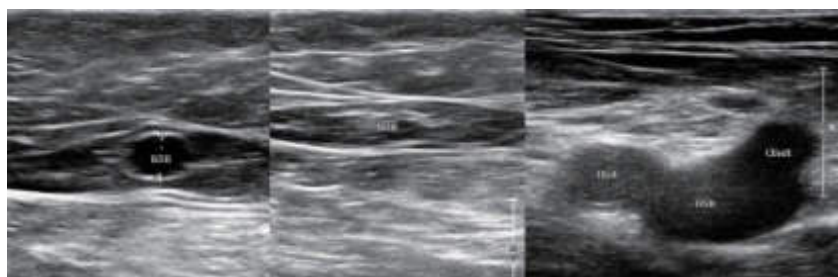
С помощью ультразвука оценивается состояние клапанов вен. Диагноз устанавливается, если подтверждается нарушение ретикулярного кровотока, т. е. есть обструкция и рефлюкс поверхностных сосудов.

Допплерография показывает направление движения крови. Во время сканирования доктор просит задержать дыхание, натужиться, симитировать ходьбу лежа. На экране выводится изображение сосудов зеленого и красного цвета. Красный цвет показывает протяженность патологического участка, а зеленый – функциональность венозного клапана. Обозначается направление и скорость движения крови.

ЗАДАЧА № 73.

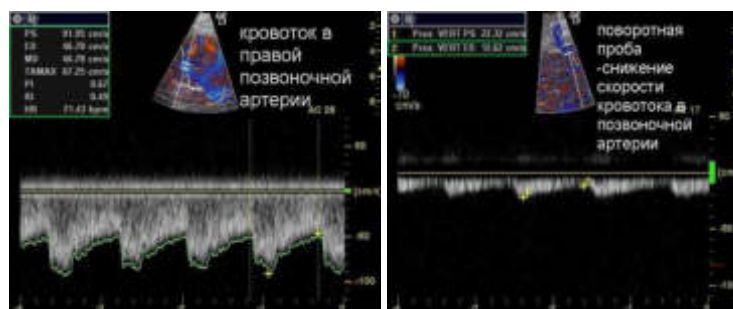
Женщина, 30 лет, жалуется на варикозное расширение вен левой нижней конечности, отек стопы и лодыжек к вечеру. Утром отека нет. Работает продавцом у прилавка, двигается мало. Год назад после родов заметила прогрессирование варикоза. При объективном обследовании определяется варикозное расширение большой подкожной вены и ее притоков на бедре и голени. Признаков воспаления нет. Симптом кашлевого толчка

положительный. На УЗИ произведено сканирование большой подкожной вены и ее притоков. Выявлено расширение.



Ответ. варикозное расширение большой подкожной вены

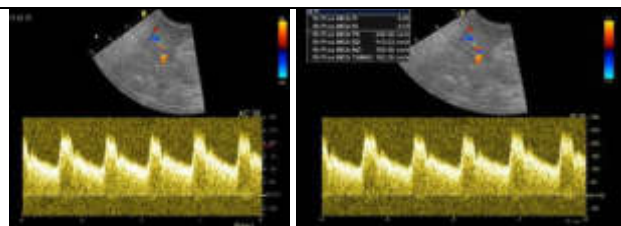
ЗАДАЧА № 74.



Пациентка, 44 лет. Жалобы на приступы головной боли, периодические нарушения зрения, тошноту и головокружение. Ультразвуковое исследование брахиоцефальных и транскраниальных сосудов. Патологических изменений не выявлено. Для уточнения нарушения кровообращения вертебробазилярной области проведены функциональные пробы. Представлены эхограммы доплерографии правой позвоночной артерии до и после проведения функциональной пробы (поворотная проба). Линейная скорость кровотока в позвоночной артерии до пробы 91,95 см/сек, PI 0,67, RI 0,49; Линейная скорость –после поворотный пробы – 22,32 см/сек. Спектр доплеровских кривых представлен до и после пробы представлен на эхограммах. Оцените данные проведение функциональных проб. Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования

Заключение: Положительная функциональная (поворотная) проба в правой позвоночной артерии. Нарушение кровообращения в вертебро-базилярной области справа.

ЗАДАЧА № 75.



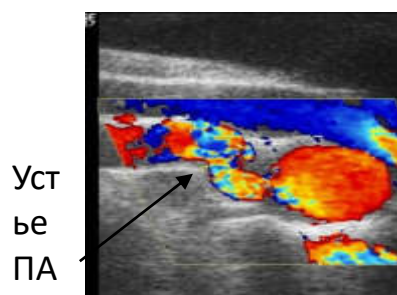
Пациент, 57 лет. Направлен на ультразвуковое исследование экстракраниальных и транскраниальных сосудов.

Направительный диагноз: Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии от 25.08.15. Синдром левостороннего гемипареза. Гипертоническая болезнь III ст. риск ССО4. Сахарный диабет 2 типа. ЭХО-КГ (эхокардиография) Фракция выброса левого желудочка в пределах нормативных показателей. Нарушений локальной сократимости миокарда на момент осмотра не выявлено. ЭКГ и холтеровское мониторирование ЭКГ – ритм синусовый. Ультразвуковое доплеровское исследование БЦА- ультразвуковые признаки нестенозирующего атеросклероза внечерепных отделов БЦА. Представлены эхограммы в триплексном режиме транскраниального ультразвукового исследования области правой средней мозговой артерии. В сегменте M1 отмечается стенозирование участка и ЛСК до 240,58 см/сек, PI 0,81, RI 0,53.

Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования

Заключение: ультразвуковые признаки интракраниального стеноза каротидных артерий : стеноз правой СМА (в сегменте M1) до 70%.

ЗАДАЧА № 76



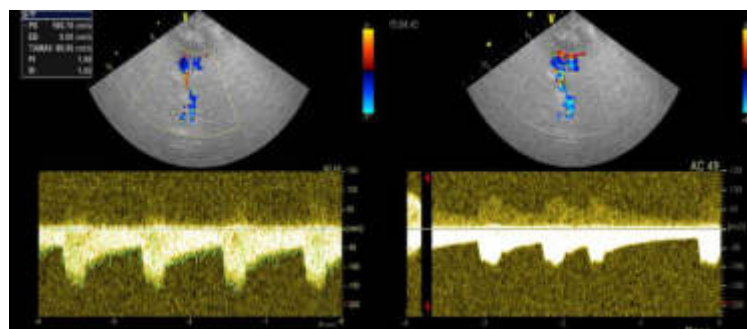
Пациентка С. 61 год. Поступила экстренно с диагнозом: ОНМК в вертебрально-базиллярной системе. МРТ головного мозга : ишемический очаг в мозжечке. ЭКГ и ЭКГ – холтер – ритм синусовый. ЭхоКГ – фракция выброса в пределах нормы, изменений клапанного аппарата нет. Для определения тактики лечения назначено

ультразвуковое доплеровское исследование брахиоцефальных и интракраниальных сосудов. Ультразвуковое доплеровское исследование сосудов шеи: Ультразвуковые признаки атеросклероза внечерепных отделов БЦА с формированием стеноза ОСА до 25% справа, 30% слева. При ультразвуковом доплеровском исследовании правой позвоночной артерии отмечен стенозирующий участок устья правой позвоночной артерии и прирост ЛСК в зоне стеноза до 300 см/с

Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.

Заключение: ультразвуковые признаки атеросклероза внечерепных отделов БЦА с формированием стеноза ОСА до 25% справа, 30% слева. Атеросклеротические изменения позвоночной артерии. Стеноза устья правой позвоночной артерии до 65-70%

ЗАДАЧА № 77



Пациентка Р. 80 лет.

Диагноз при поступлении: ТИА в вертебрально-базиллярном бассейне (4мес. назад). Синдром транзиторной глобальной амнезии. Гипертоническая болезнь 3ст. 3 степени, риск 4.

ЭКГ и холтеровское мониторирование: ЭКГ – ритм синусовый.

ЭХО-КГ - Размеры и объемы камер сердца, фракция выброса левого желудочка в пределах нормы. Зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено.

Ультразвуковое доплеровское исследование брахиоцефальных сосудов: ультразвуковые признаки атеросклеротического поражения внечерепных отделов брахиоцефальных артерий со стенозированием бифуркации ОСА до 40-45% с двух сторон. Правая позвоночная артерия – сосуд малого диаметра.

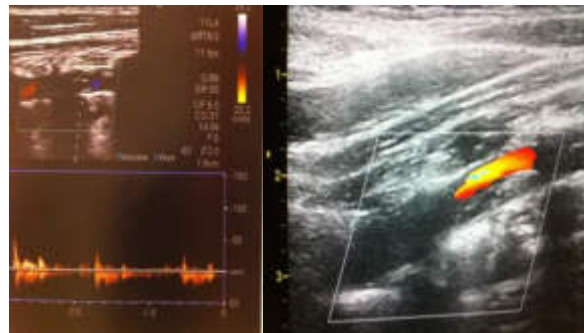
Транскраниальное триплексное сканирование: отсутствие визуализации правой позвоночной артерии с сегмента V4; стеноз

левой позвоночной артерии в сегменте V4 (прирост ЛСК в зоне стеноза до 160 см/с).

Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования

Заключение: ультразвуковые признаки атеросклеротического поражения внечерепных отделов брахиоцефальных артерий со стенозированием бифуркации ОСА до 40-45% с двух сторон. Гипоплазия правой позвоночной артерии в сегменте V 1-2. Аплазия правой позвоночной артерии (сегмент V4). Стеноз левой позвоночной артерии до 60-65%.

ЗАДАЧА № 78.



Пациентка А. 30 лет. Поступила экстренно с жалобами на головокружение и шаткости при ходьбе, тошноты. В анамнезе: мигрени и прием оральных контрацептивов

В неврологическом статусе: спонтанный нистагм и установочный нистагм при взгляде вправо. Через день после осмотра жалобы на боли в шейном отделе и затылочной области правосторонней локализации умеренной интенсивности.

МРТ головного мозга – подострый ишемический очаг в бассейне правой задней нижней мозжечковой артерии.

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий:

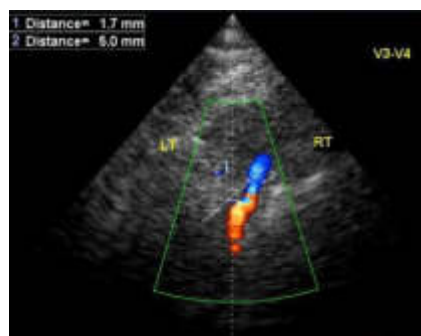
Левая позвоночная артерия – интактна- диаметр 3.5 мм.

Правая позвоночная артерия- в просвете правой позвоночной артерии визуализируется гипоэхогенное образование, одновременно суживающее просвет диаметра правой позвоночной артерии до 1.7-2.6 мм с высоко резистивным кровотоком в данном сегменте.

Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования

Заключение: ультразвуковые признаки диссекции правой позвоночной артерии. Необходима дифференциальная диагностика с тромбом позвоночной артерии.

ЗАДАЧА №79.



Пациентка 28 лет. Жалобы на периодические головные боли, повышенную утомляемость и головокружение.

Представлена эхограмма транскраниального дуплексного сканирования. Субокципитальное окно. Срез на уровне интракраниального сегмента левой и правой позвоночных артерий.

Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования

Заключение: Ассиметрия интракраниального сегмента позвоночной артерии в связи с гипоплазией. Контрлатеральная позвоночная артерия компенсаторно расширена

ЗАДАЧА № 80.

Пациент 38 лет. Жалобы на частые головные боли. АД 125/80 мм рт.ст. ЭКГ – брадикардия, неполная блокада правой пучка Гиса.

Допплерография брахиоцефальных сосудов – патологии не выявлено.

Транскраниальная доплерография:

- Отсутствие кровотока по правой средней мозговой артерии
- Усиление ЛСК по правой передней мозговой артерии до 170 см/сек
- Умеренное возрастание ЛСК по правой задней мозговой артерии, усиливающееся при компрессии правой общей сонной артерии.
- Ретроградное направление кровотока на участках М2 - М3, не изменяющееся при компрессии правой общей сонной артерии

Сформулируйте заключение, основываясь на данных

ультразвукового исследования.

Заключение: ультразвуковые признаки окклюзии средней мозговой артерии (участок M1)

ЗАДАЧА №81.

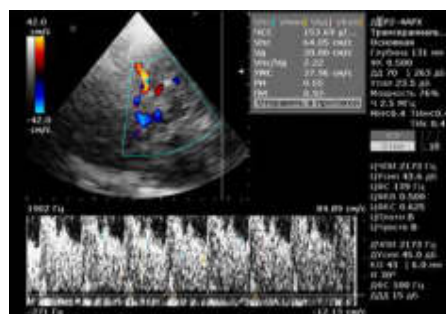
Пациентка 48лет. Жалобы на головные боли, головокружение, периодически слабость в нижних конечностях, повышенную утомляемость, снижение памяти, повышенную сонливость.

АД 135/90 мм рт.ст. ЭКГ: в пределах возрастной нормы.

ЭхоКГ: структурных изменений не выявлено. Показатели центральной гемодинамики в пределах нормы.

Допплерография брахиоцефальных сосудов : в пределах нормы.

Транскраниальная доплерография: передняя мозговая артерия ЛСК64,05 см/сек РИ 0,55 ПИ 0,93



Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.

Заключение: ультразвуковых признаков структурных изменений и гемодинамических нарушений интракраниального кровотока не выявлено.

ЗАДАЧА № 82.

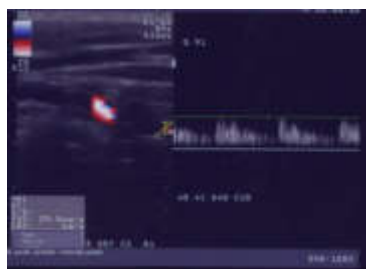
Пациентка Н., 35 лет, с жалобами на внезапно возникшее головокружение, головную боль, тошноту, однократную рвоту. При опросе выяснено, что много лет страдает частыми мучительными головными болями с локализацией в затылочной и лобно-височных областях, сопровождаемыми однократной рвотой, после чего наступает облегчение. Головные боли сочетаются с ночными приступами жара, озноба, потоотделения, сердцебиениями и кошмарами во время сна.

На рентгенографии шейного отдела позвоночника выявлены начальные проявления дегенеративно-дистрофических изменений в

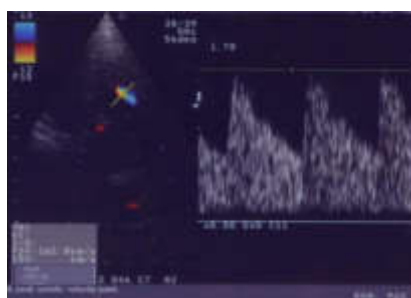
виде сглаженности шейного лордоза, краевых костных разрастаний по передней поверхности тел CVI-CVII.

Выполнена доплерография транскраниального и экстракраниального кровотока.

Представлена эхограмма УЗДГ левой позвоночной артерии: выявлено снижение средней линейной скорости кровотока по левой позвоночной артерии и S-образная извитость левой позвоночной артерии.. В месте стеноза – увеличение линейной скорости кровотока, в большей степени систолической, увеличение систоло-диастолического отношения и увеличение индекса периферического сопротивления.



Представлена эхограмма ТКДГ правой средней мозговой артерии: увеличением линейной скорости кровотока в этих сосудах на фоне снижения периферического сопротивления. а также спазм в бассейнах обеих средних мозговых артерий.



Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.

Заключение: ультразвуковые признаки стеноза левой позвоночной артерии (экстравазальная компрессия и извитость). Локальный спазм в обеих средних мозговых артерий.

ЗАДАЧА №83.

Пациентка 62лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на головную боль, головокружение и нарушение равновесия, чувство онемения в области лица, конечностей,

периодические обмороки, невнятность слов, нарушением понимания обращенной речи.

АД 150/100 мм РТ.ст. ЭКГ: гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Дистрофические изменения в миокарде.



Ультразвуковое дуплексное сканирование: PSV в левой ОСА составляет 86 см/сек. На левой ВСА максимальный PSV 462 см/сек, EDV 128 см/сек. Отношение PSV ВСА/ОСА — 5,4. Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.

Заключение: ультразвуковые признаки стеноза левой ВСА 70-79%.

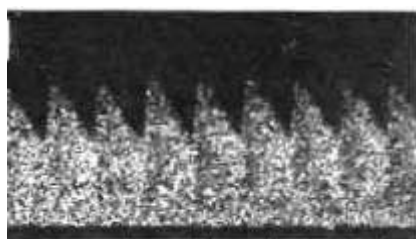
ЗАДАЧА №84.

Больной У, 26 лет, клинический диагноз: состояние после субарахноидального кровоизлияния.

Каротидная ангиография справа. Спазм участков М1-М2 правой СМА (стрелки);



Выполнено ультразвуковое транскраниальное исследование: спектрограмма кровотока по правой СМА (усиление ЛСК до 200 см/с)



Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.

Заключение: ультразвуковые признаки вазоспазма интракраниальных артерий (церебрального вазоспазма) средней тяжести

ЗАДАЧА 85.

Пациентка 47лет, жалобы на головокружение, периодически кратковременная потеря сознания, головные боли, слабостью.

АД 140/85 мм рт.ст. . Экг: тахикардия, умеренная гипертрофия левого желудочка, неполная блокада пучка Гиса.

При транскраниальном доплеровском исследовании визуализируются следующие изменения доплерограммы:

снижение ЛСК на левой позвоночной артерии в интракраниальном отделе,

увеличение скорости на правой позвоночной артерии.

снижение диастолической составляющей скорости кровотока в левой позвоночной артерии.

отсутствие реакции усиления ЛСК по правой позвоночной артерии.

отрицательная проба на функционирование задней соединительной артерии.

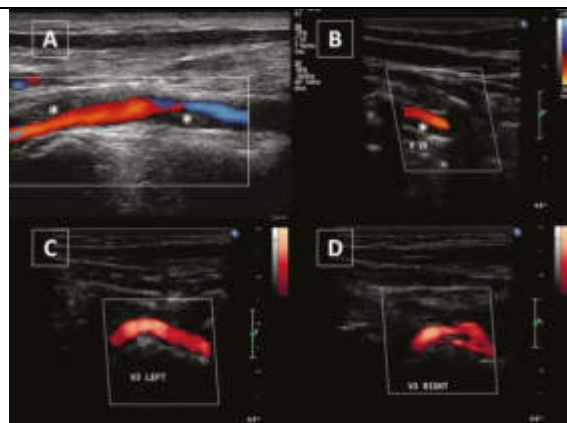
Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.

Заключение: окклюзия интракраниального отдела левой позвоночной артерии

ЗАДАЧА 86.

Пациент 48лет. Жалобы на периодическое головокружение, усиливающееся при вождении автомашины. Выполнено ультразвуковое дуплексное исследование экстракраниальных и интракраниальных сосудов. Представлены эхограммы выявленной патологии позвоночной артерии.

Сформулируйте ваше заключение по данным эхограммам.



Заключение: Диссекция позвоночной артерии: гипоэхогенное утолщение стенки сосуда (звездочки), представляющие внутреннюю гематому в сегменте V1 (A) и в сегменте V2 (B). Нормальный сегмент V3 (C) и двойной просвет в рассеченном контралатеральном сегменте V3 (D).

ЗАДАЧА № 87.

Пациент 35 лет. Жалоб не предъявляет. В анамнезе сотрясение головного мозга 4 года назад. Проходит обследование при поступлении на работу (спец. контингент).

Представлены эхограммы.

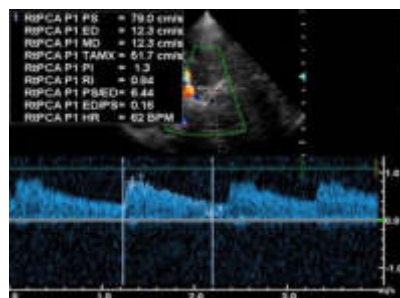
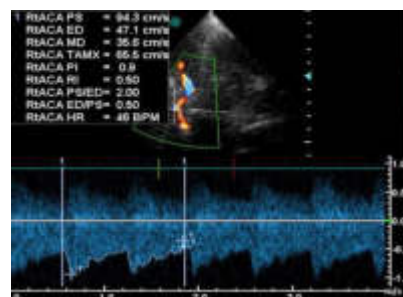
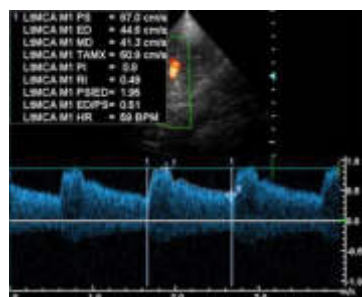
А. Триплексный режим. Кровоток в правой средней мозговой артерии.

Транстемпоральный доступ.

Б. Триплексный режим. Кровоток в правой передней мозговой артерии. Транстемпоральный доступ.

В. Триплексный режим. Кровоток в правой задней мозговой артерии.

Транстемпоральный доступ.



Сформулируйте ваше заключение по данным эхограммам.

Заключение: ультразвуковые признаков нарушений интракраниального кровотока по данным эхограммам не отмечено

ЗАДАЧА № 88.

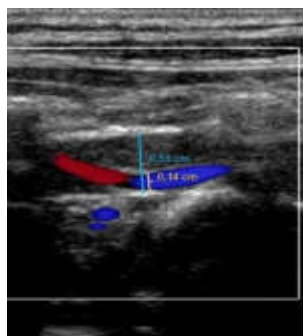
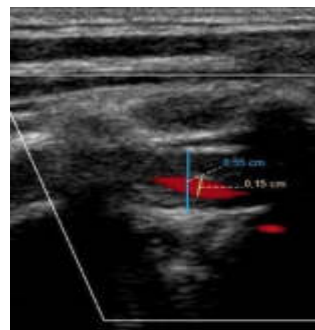
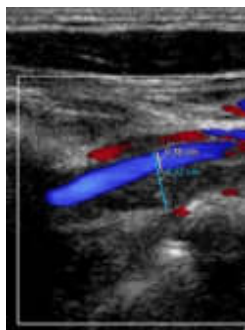
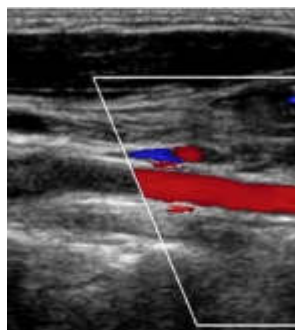
Пациентка М., 40 лет. Жалобы на сильную боль в шее справа и голове последние три дня. Ранее головную боль отмечала эпизодически в течение 5 лет. Травмы пациентка отрицает.

Ультразвуковая доплерография :

На эхограмме 1 представлено устье позвоночной артерии справа: диаметром 2,7 мм, без изменений.

На эхограмме 2 показано вхождение той же правой позвоночной артерии в канал позвоночных отростков. Диаметр просвета по ЦДК составляет всего 1,6 мм, а в режиме серой шкалы по задней стенке видно гипоэхогенное образование, одновременно суживающее просвет и расширяющее внешний диаметр артерии.

На эхограммах 3 и 4 - позвоночная артерия в сегменте V2 (интракраниальный отдел): наблюдается расширение внешнего диаметра до 5,2 мм и сужение просвета при ЦДК до 1,6 мм



Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.

Заключение: ультразвуковые признаки диссекции правой позвоночной артерии.

<p>Раздел №10 Б1.Б6.10 Ультразвуковая диагностика в неонатологии</p>	<p>ЗАДАЧА № 89.</p> <p>М., 1 месяц, на УЗИ почки нормальных размеров. Слева паренхима почки гипэхогенная хорошо дифференцирована, просвет лоханки не определяется. Определяется значительное повышение эхогенности нижней половины собирательного комплекса, правая почка интактная, характерно для следующего заключения:</p> <p>Ответ: пиелонефрите</p> <p>ЗАДАЧА № 90.</p> <p>Р., 2 месяца, на УЗИ – почки увеличены в размерах, паренхима гиперэхогенна отсутствует дифференцировка между структурными элементами паренхимы и собирательного комплекса, в верхнем полюсе правой почки лоцируется анэхогенное образование округлой формы, с четкими контурами d 10 мм, что характерно</p> <p>Ответ: поликистоз по новорожденному типу</p> <p>ЗАДАЧА № 91.</p> <p>У пациента, на 4 сутки жизни на ЭХОКГ из супрастернального доступа по длинной оси лоцируется локальное сужение диаметра аорты, при доплеркардиографии определяется повышенный градиент давления в месте сужения аорты, что характерно для</p> <p>Ответ: Коарктация аорты</p> <p>ЗАДАЧА № 92.</p> <p>Девочка 1 года 5 месяцев. Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Родилась массой 3300 г, длиной 50 см,з акричала сразу. Перионорожденности протекал без особенностей.На грудном вскармливании до 7 мес. Аппетит был удовлетворительным, иногда срыгивала, стул был нормальным. Временами отмечалась вялость и повышенная потливость ребенка, особенно по утрам. Был однократный эпизод судорожных подергиваний конечностей. Нервно-психическое развитие до года было удовлетворительным. Масса в возрасте 1 года 8800 г, длина 73 см.При осмотре масса 10 кг, рост 74 см. Обращает на себя внимание «кукольное лицо», короткая шея, выступающий за счет</p>

гепатомегалии живот. Кожа обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 38 в 1 минуту. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, левая — на 0,5 см влево от сосковой линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 120 уд./мин. Печень выступает на 10 см, плотная, селезенка не пальпируется. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. УЗИ печени: увеличение всех отделов печени, больше правых, повышение эхогенности паренхимы.

Ответ; Гликогеновая болезнь.

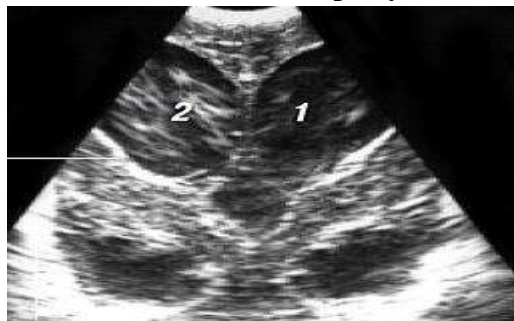
ЗАДАЧА № 93.



Проведена нейросонография ребенку 8 месяцев. Выявлено Постгеморрагическая внутренняя гидроцефалия вследствие расширения всех отделов желудочковой системы. **Сделайте заключение: Перивентрикулярное кровоизлияние III степени.**

ЗАДАЧА № 94.

Ребенок 8 месяцев. По данным нейросонографии 1 - гиперэхогенная взвесь в полостях расширенных боковых желудочков, 2 - фибриновые тяжи в расширенных боковых желудочках, 3 - уплотнение стенки боковых желудочков (эпендиматит). **Сделайте заключение. Вентрикуломегалия тяжелой степени, вентрикулит.**

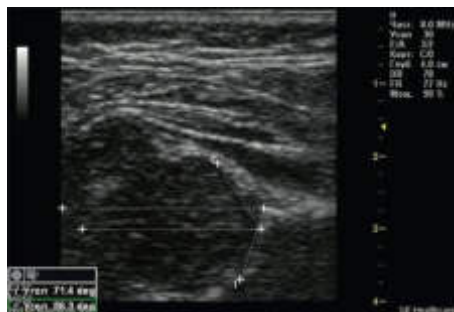


ЗАДАЧА № 95.

Мальчик, 3-и сутки жизни, поступил в отделение патологии новорождённых из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение». Из анамнеза: ребенок от матери 18 лет. Мать

страдает гастритом, дисфункцией билиарного тракта. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели. Роды на 38-й неделе. Масса тела при рождении 2800 г, длина 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар. В неврологическом статусе: ребенок вялый, рефлексы новорождённого угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук. Нейросонограмма: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - до 6 мм).
Сделайте заключения по УЗИ. Расширение большой цистерны. Возможно состояние после разрешения отека мозга.

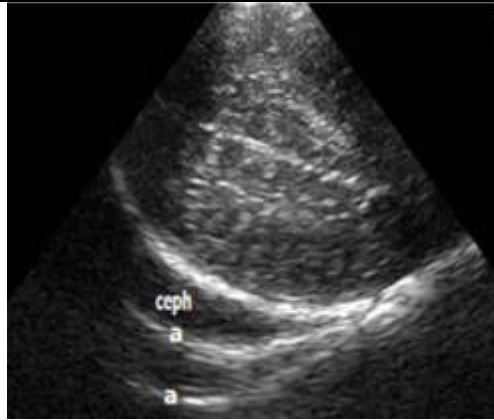
ЗАДАЧА № 96.



Исследование тазобедренного сустава по УЗИ. Мальчик 5 месяца. Задержка сроков оссификации без пространственных нарушений.
Сделайте заключение. Простая дисплазия

ЗАДАЧА № 97.

Пациент вторых суток жизни. Определяется образование в области правой теменной кости. Анамнез заболевания- с рождения опухоль над правой теменной костью. Анамнез жизни: роды с использованием вакуумной экстракции.
Объективный статус - в проекции правой теменной кости эластичное мягкотканное образование.



Паренхима головного мозга

1. повышенной эхогенности
2. **средней эхогенности**
3. сниженной эхогенности
4. сниженной эхогенности с гиперэхогенными включениями

Режимом сканирования при выполнении УЗИ в данной клинической ситуации является

1. **В-режим (серошкальный)**
2. эластография
3. М-режим
4. Допплерография

На сонограмме изображены

1. магистральные сосуды
2. правая почка с надпочечником
3. лимфатические узлы
4. **головной мозг и кости черепа**

Выявленное образование на сонограмме

1. повышенной эхогенности
2. **средней эхогенности с гиперэхогенными включениями**
3. сниженной эхогенности
4. средней эхогенности

На основании выполненного ультразвукового исследования можно сделать заключение о наличии у пациента

1. злокачественного образования
2. **гематомы**
3. кисты
4. порока развития

Кефалогематома является _____ кровоизлиянием

1. эпидуральным
2. субарахноидальным
3. субдуральным

4. **экстракраниальным**

Субдуральное кровоизлияние локализуется

1. в боковых желудочках
2. **между твердой и паутинной оболочками**
3. под паутинной оболочкой
4. между надкостницей и костью черепа

Для оценки тяжести перивентрикулярного кровоизлияния при УЗИ используется классификация по L.A. Papile в которой выделяют _____ степени

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

Для оценки тяжести перивентрикулярного кровоизлияния при УЗИ используется классификация по S. Shankaran в которой выделяют _____ степени

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

Полости желудочков по структуре _____ эхогенные

1. ан-
2. изо-
3. гипер-
4. **гипо-**

Вена Галена расположена

1. около орбит
2. **в продольной щели головного мозга**
3. между третьим желудочком и полостью Верге
4. на уровне С2 шейного позвонка

Паренхима головного мозга

1. повышенной эхогенности
2. средней эхогенности
3. сниженной эхогенности
4. **сниженной эхогенности с гиперэхогенными включениями**

ЗАДАЧА № 98

У больной 64 лет при УЗИ щитовидной железы получены данные за аденому правой доли. Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия. Сделано цитологическое заключение – фолликулярная аденома.



Ответ. Аденомы трудно отличить от других узловых поражений. Чаще они визуализируются в виде гипер-, гипо-или изоэхогенных образований округлой или овальной формы с чёткими, ровными контурами. Тонкоигольная аспирационная биопсия позволяет определиться по тактике лечения, но возможно получение неинформативного материала, материал получаем из зоны укола. Результат зависит от квалификации врача-цитолога.,

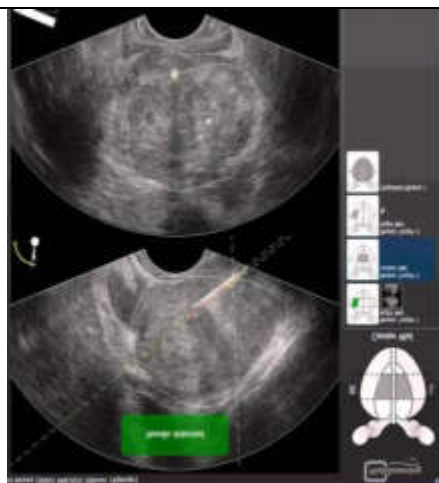
ЗАДАЧА № 99.



Больному 55 лет, проведена интервенционная ультразвуковая диагностика. Опишите сонограмму и назовите метод. **Ответ: чрескожной пункционной биопсии печени под ультразвуковым контролем.**

ЗАДАЧА № 100.

Раздел №11
Б1.Б6.11
Интервенционная ультразвуковая диагностика.



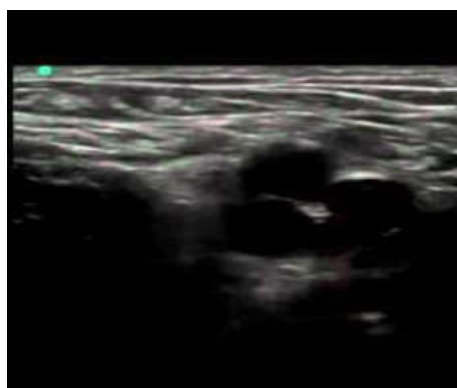
Исследование проведено мужчине, 70 лет по поводу подозрения на рак предстательной железы. Назовите методику и количество зон исследования.

Ответ: трансректальная биопсия простаты, не менее 12 зон.

ЗАДАЧА № 101.

Опишите сонограмму. Назовите метод исследования.

Ответ. Катетеризация бедренной вены под УЗИ контролем.



Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	% выполнения задания
Удовлетворительно (3)	61 - 75
Хорошо (4)	76 - 90
Отлично (5)	91 - 100

9. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Ультразвуковая диагностика»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	1-4 10-12	1-20	1-18	1-9
	1	13-35	87-90		28-40
ОПК	2				11-27
	4	36-302	1-101	18-144	68-340
	5				10
	6	133-135, 178-180	5,43,53,67		94-97 105,218,292

ПК	1	36-302	1-101	18-144	68-340
-----------	----------	--------	-------	--------	--------

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ
ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА»**
Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа
Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Правовые основы медицинской деятельности. Организация работы службы лучевой диагностики. История лучевой диагностики	20
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Физико-технические основы ультразвукового метода исследования	26
<i>Б 1.Б.6.3</i>	Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости.	48
<i>Б 1.Б.6.4</i>	Ультразвуковая диагностика в уронефрологии	24
<i>Б 1.Б.6.5</i>	Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур и лимфатической системы	48
<i>Б 1.Б.6.6</i>	Ультразвуковая диагностика в гинекологии	36
<i>Б 1.Б.6.7</i>	Ультразвуковая диагностика в акушерстве	24
<i>Б 1.Б.6.8</i>	Ультразвуковая диагностика мягких тканей и суставов опорно-двигательного аппарата	12
<i>Б 1.Б.6.9</i>	Ультразвуковая диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы	48
<i>Б 1.Б.6.10</i>	Ультразвуковая диагностика в неонатологии	18
<i>Б 1.Б.6.11</i>	Интервенционная ультразвуковая диагностика.	20

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p>Раздел №1 Б 1.Б.6.1 Правовые основы медицинской деятельности. Организация работы службы лучевой диагностики. История лучевой диагностики</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. История ультразвуковой диагностики. 2. Ультразвуковая диагностика как клиническая дисциплина. 3. Метод ультразвукового исследования. 4. Построение ультразвукового заключения. 5. Психологические аспекты в ультразвуковой диагностики.
---	--

<p>Раздел №2 Б 1.Б.6.2 Физико-технические основы ультразвукового метода исследования</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Физика ультразвуковых лучей. 2. Закономерности формирования ультразвукового изображения. 3. Ультразвуковые аппараты. 4. Эффект Доплера. Принцип метода. Основные характеристики. 5. Артефакты в ультразвуковой диагностике 6. Оптимизация ультразвуковых исследований в В-режиме 7. Оптимизация ультразвуковых исследований в доплеровских режимах 8. Физико-технические основы: режим соноэластография. Виды.
<p>Раздел №3 Б 1.Б.6.3 Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая анатомия печени. 2. Подготовка пациента к исследованию печени. Положение больного при проведении исследования печени. 3. Подготовка пациента к исследованию желчного пузыря. Определение моторной функции желчного пузыря. 4. Ультразвуковая анатомия поджелудочной железы. 5. Подготовка больного к исследованию поджелудочной железы. Показания для УЗИ поджелудочной железы. 6. Особенности ультразвуковой диагностики печени, желчного пузыря и путей, и воротной вены имеются у детей. 7. Ультразвуковая диагностика очаговой патологии печени. Эхографическая картина печеночного абсцесса в острую и подострую фазы. 8. Роль УЗИ в диагностике очаговой патологии печени. Эхографическая картина метастатического поражения. 9. Ультразвуковая диагностика очагового поражения печени. Эхографическая картина гепато- и холангиоцеллюлярного рака. Признаки инвазивного роста опухоли. Оценка прорастания сосудов и поражения лимфатических узлов. 10. Ультразвуковая диагностика очагового поражения печени. Эхографическая картина кисты печени.
<p>Раздел №4 Б 1.Б.6.4 Ультразвуковая диагностика в уронефрологии.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковое исследование почек. Выявление обструктивной уropатии. 2. УЗ-исследование почек: выявление мочекаменной болезни. 3. Ультразвуковая диагностика острого пиелонефрита. Ультразвуковая диагностика осложнений острого пиелонефрита . 4. Ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей мочевого пузыря 5. Ультразвуковая диагностика рака предстательной железы. 6. Ультразвуковая диагностика ДГПЖ 7. Ультразвуковая диагностика гидронефротической трансформации. 8. Ультразвуковая диагностика нефролитиаза. Дифференциальная диагностика 9. Ультразвуковая диагностика варикоцеле 10. Ультразвуковая диагностика опухолей надпочечников 11. Ультразвуковая диагностика феохромоцитомы 12. Зональное строение предстательной железы 13. Ультразвуковая диагностика острого простатита и его осложнений

<p>Раздел №5 Б 1.Б.6.5 Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур и лимфатической системы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая методика исследования селезенки. Ультразвуковое изображение в норме. Определение размеров. 2. Ультразвуковая диагностика аномалий развития селезенки. Дифференциальная диагностика 3. Ультразвуковая диагностика диффузных изменений паренхимы селезенки. 4. Ультразвуковая диагностика очаговых изменений паренхимы селезенки 5. Ультразвуковая диагностика травматических поражений селезенки 6. Ультразвуковая диагностика инфарктов селезенки 7. Ультразвуковая диагностика абсцессов селезенки 8. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей щитовидной железы 9. Ультразвуковая диагностика рака молочной железы 10. Ультразвуковая диагностика дисгормональной молочной железы. 11. Ультразвуковая диагностика фиброзно-кистозной болезни. 12. Ультразвуковая диагностика острого мастита. Дифференциальная диагностика 13. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей молочной железы. 14. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей молочной железы. 15. Новые технологии в ультразвуковой маммографии (соноэластография) 16. Ультразвуковая диагностика при имплантах молочных желез и их осложнений. 17. Категоризация злокачественности процессов в молочной железе по международной системе BI-RADS 18. Комплексная лучевая диагностика заболеваний молочных желез. Скрининг рака молочных желез.
<p>Раздел №6 Б 1.Б.6.6 Ультразвуковая диагностика в гинекологии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика гинекологических заболеваний: методы трансабдоминальный и трансвагинальный. Показания, подготовка, укладки пациентки 2. Трансвагинальное исследование. Показание к проведению исследования. Методика исследования. 3. Анатомия и ультразвуковая анатомия матки, яичников, маточных труб 4. Ультразвуковая диагностика аномалии развития матки. 5. Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний матки. 6. Ультразвуковая диагностика заболеваний эндометрия. 7. Ультразвуковая диагностика заболеваний миометрия. Неопухолевые заболевания миометрия. 8. Ультразвуковая диагностика заболеваний доброкачественных опухолевых заболеваний миометрия. 9. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолевых заболеваний миометрия. Ультразвуковая диагностика распространённости опухолевого процесса. 10. Допплерография при заболеваниях матки. 11. Ультразвуковая диагностика заболеваний неопухолевых заболеваний яичников.

	<ol style="list-style-type: none"> 12. Ультразвуковая диагностика поликистоза. 13. Ультразвуковая диагностика сальпингофорита, тубовариального абсцесса. 14. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей яичников. 15. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей яичников. 16. Допплерография при поражениях яичников. 17. Ультразвуковая диагностика заболеваний маточных труб 18. Контрастная эхогистеросальпингография. 19. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус MUSA. 20. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус IETA. 21. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус IOTA. 22. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус IDEA
<p style="text-align: center;">Раздел № 7 Б 1.Б.6.7 Ультразвуковая диагностика в акушерстве</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика врождённых пороков развития в конце 1-го триместра беременности. 2. Ультразвуковая диагностика осложнений в 1-м триместре беременности. 3. Ультразвуковая диагностика пороков развития центральной нервной системы. 4. Ультразвуковая диагностика пороков развития позвоночника. 5. Ультразвуковая диагностика пороков развития лица и шеи. 6. Ультразвуковая диагностика пороков развития сердечнососудистой системы. 7. Ультразвуковая диагностика пороков развития органов дыхания. 8. Ультразвуковая диагностика пороков развития желудочно-кишечный тракта. 9. Ультразвуковая диагностика пороков развития органов брюшной полости и передней брюшной стенки. 10. Ультразвуковая диагностика пороков развития мочеполовой системы. 11. Ультразвуковая диагностика скелетных дисплазии. 12. Эхографические маркёры хромосомных aberrаций.
<p style="text-align: center;">Раздел №8 Б 1.Б.6.8 Ультразвуковая диагностика мягких тканей и суставов опорно- двигательного аппарата</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика строения суставов. 2. Ультразвуковые основные патологические изменения в суставах. 3. Ультразвуковая диагностика заболеваний мягких тканей. 4. Возможности ультразвукового метода в оценке заболеваний мягких тканей. 5. Возможности ультразвукового метода в оценке заболеваний суставов.

Раздел №9
Б 1.Б.6.9
Ультразвуковая
диагностика
заболеваний
сердечно-
сосудистой
системы

1. Ультразвуковая диагностика недостаточности аортального клапана.
2. Ультразвуковая диагностика стеноза митрального клапана.
3. Ультразвуковая диагностика недостаточности митрального клапана.
4. Критерии диагностики митральной регургитации. Эхокардиографические признаки митральной регургитации.
5. Ультразвуковая диагностика недостаточности трикуспидального клапана.
6. Ультразвуковая диагностика стеноза трикуспидального клапана.
7. Ультразвуковая диагностика стеноза клапана легочной артерии.
8. Ультразвуковая диагностика недостаточности клапана легочной артерии.
9. Ультразвуковая диагностика дилатационных кардиомиопатий.
10. Ультразвуковая диагностика гипертрофических кардиомиопатий.
11. Ультразвуковая диагностика рестриктивной кардиомиопатии.
12. Возможности эхокардиографии в диагностике инфекционного эндокардита.
13. Ультразвуковая диагностика экссудативного перикардита.
14. Эхокардиографические признаки тампонады сердца.
15. Эхокардиографические признаки констриктивного перикардита.
16. Ультразвуковая диагностика адгезивного перикардита.
17. Констриктивный перикардит, тампонада сердца, киста перикарда, врожденное отсутствие перикарда
18. Варианты стенокардии и инфаркта миокарда и их ультразвуковая диагностика.
19. Осложнения инфаркта миокарда и их ультразвуковая диагностика.
20. Инфаркт миокарда правого желудочка и его ультразвуковая диагностика.
21. Ультразвуковая диагностика аневризмы грудной аорты.
22. Количественные доплеросонографические параметры артериального кровотока
23. Качественная оценка доплеровского спектра
24. Ультразвуковое исследование артерий, питающих мозг: выявление и оценка степени стенозов ВС.
25. Исследование артерий, питающих мозг: выявление нарушений виллизиева круга, аневризм, мальформаций.
26. Что такое синдром гемодинамического обкрадывания? Какой тип кровотока при этом определяет при дуплексном сканировании?
27. Ультразвуковая диагностика заболеваний магистральных артерий верхних и нижних конечностей в различных режимах сканирования: атеросклероз, аневризмы.
28. Ультразвуковая диагностика заболеваний магистральных артерий верхних и нижних конечностей в различных режимах сканирования: артериовенозные шунты, травматическое повреждение, аномалии развития и хода артерий.
29. Дуплексное исследование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий
30. Нормальная анатомия экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий.
31. Ультразвуковое исследование сонных артерий
32. Ультразвуковое исследование позвоночных артерий
33. Какие нагрузочные тесты применяют при УЗ-исследовании

	<p>сосудов мозга и как они трактуются?</p> <p>34. Как определяется внутричерепной и внекраниальный венозный кровоток при УЗИ?</p> <p>35. Нормальная анатомия артериальной системы нижних конечностей. Исследование артерий нижних конечностей</p> <p>36. Диагностика заболеваний артерий нижних конечностей</p> <p>37. Схема ультразвукового исследования вен. Анатомическая номенклатура вен. Поверхностные вены. Бассейн большой подкожной вены. Бассейн малой подкожной вены. «Внесафенные» вены. Глубокая (мышечная фасция). Перфорантные вены. Глубокие вены</p>
<p>Раздел №10 Б 1.Б.6.10 Ультразвуковая диагностика в неонатологии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методика выполнения стандартных доступов для ультразвукового исследования перинатальной патологии головного мозга (стандартные доступы: транскраниальный, чрезродничковый, транстемпоральный и трансокципитальный) 2. Ультразвуковая диагностика инфекционных поражений головного мозга 3. Ультразвуковая диагностика арахноидальных кист 4. Ультразвуковая диагностика пороков развития головного мозга 5. Ультразвуковая диагностика гидроцефалии 6. Дуплексное сканирование сосудов головного мозга и внутренних органов новорожденного 7. Ультразвуковая диагностика врожденных аномалий строения сосудов головного мозга 8. Ультразвуковая диагностика окклюзии вен и синусов головного мозга 9. Ультразвуковая диагностика нарушения регуляции тонуса сосудов головного мозга 10. Ультразвуковая диагностика врожденных аномалий сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства 11. Основные ошибки при ультразвуковом исследовании тазобедренных суставов у новорожденных 12. Функциональные пробы под контролем ультразвуковой навигации для выявления дисплазии тазобедренных суставов у новорожденных 13. Оценка кровотока при УЗИ в тазобедренном суставе новорожденных для дифференциальной диагностики дисплазии тазобедренных суставов
<p>Раздел №11 Б 1.Б.6.11 Интервенционная ультразвуковая диагностика.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интервенционная ультрасонография. Методика интервенционной УЗИ. 2. Методика интервенционной УЗИ. Непрямой ультразвуковой контроль. 3. Методика интервенционной УЗИ. Пункция «свободной рукой». использование направляющих устройств. 4. Выполнение биопсии молочной железы под ультразвуковым контролем. 5. Выполнение биопсии щитовидной железы под ультразвуковым контролем. 6. Биопсия очаговых образований печени. 7. Биопсия поверхностных лимфатических узлов.

	8. Катетеризация центральных вен под УЗ контролем.
--	--

Темы рефератов:

<p>Раздел №1 Б 1.Б.6.1 Правовые основы медицинской деятельности. Организация работы службы лучевой диагностики. История лучевой диагностики</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Правила проведения ультразвуковых исследований. 2. Правила оформления протоколов по результатам ультразвуковых исследований. 3. Правила организации деятельности отделений (кабинетов) ультразвуковой диагностики 4. Права и обязанности медицинских работников отделения ультразвуковой диагностики. Ответственность медицинских работников в соответствии с законодательством.
<p>Раздел №2 Б 1.Б.6.2 Физико-технические основы ультразвукового метода исследования</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основы формирования ультразвуковых изображений. 2. Оптимизация ультразвуковых исследований в доплеровских режимах. 3. Основные виды артефактов при ультразвуковом исследовании, причины и способы устранения.
<p>Раздел №3 Б 1.Б.6.3 Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной и околощитовидных желез. 2. Ультразвуковая диагностика заболеваний кишечника. 3. Ультразвуковая диагностика заболеваний селезенки. 4. Ультразвуковая диагностика заболеваний поджелудочной железы. 5. Ультразвуковая диагностика заболеваний печени и желчных путей 6. Ультразвуковая диагностика заболеваний опухолевых образований брюшной полости 7. Ультразвуковая диагностика заболеваний мезентериальных сосудов. 8. Неотложная ультразвуковая диагностика при острых состояниях в брюшной полости.
<p>Раздел №4 Б 1.Б.6.4 Ультразвуковая диагностика в уронефрологии.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая анатомия и пороки развития почек и мочевыводящих путей. Воспалительные заболевания почек. 2. Мочекаменная болезнь на УЗИ. 3. Кисты почек. 4. Опухоли почек. 5. Ультразвуковая диагностика заболеваний мочевого пузыря. 6. Неорганные образования забрюшинного пространства.

<p>Раздел №5 Б 1.Б.6.5 Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур и лимфатической системы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методы ультразвуковой диагностики заболеваний молочной железы. 2. Ультразвуковая картина молочной железы в зависимости от возраста. 3. Опухолевые заболеваний молочной железы. 4. Ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных узловых образований молочной железы. Система BI-RADS. 5. Нормальная эхографическая картина щитовидной железы. 6. Тиреоидит. Эхографическая картина. Диагностические критерии. 7. Очаговые и диффузные изменения щитовидной железы. Эхографические признаки доброкачественности, злокачественности узлов. Диагностическая тактика. Классификация TI-RADS 8. Ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей околощитовидных желез. Дифференциальная диагностика. 9. Эхография лимфоузлов. Методика исследования. Эхографическая картина в норме, при воспалительном, метастатическом поражении.
<p>Раздел №6 Б 1.Б.6.6 Ультразвуковая диагностика в гинекологии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ультразвуковая диагностика заболеваний миометрия. 4. Ультразвуковая диагностика заболеваний яичников. 5. Органы малого таза у женщин. Методика исследования. Нормальная 6. Фибромиома матки (интрамуральный, субмукозный, субсерозный узлы). 7. Гиперплазия эндометрия (железистая гиперплазия, полипы) 8. Функциональные кисты яичника (фолликулярные, желтого тела). 9. Ультразвуковая диагностика эндокринной патологии яичников. 10. Ультразвуковая диагностика опухолевидных образований яичников. Система O-RADS. 11. Ультразвуковая диагностика опухолей яичников. Система O-RADS. 12. Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний органов женского малого таза.
<p>Раздел №7 Б 1.Б.6.7 Ультразвуковая диагностика в акушерстве</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности (трубная). 2. Эхографические признаки неразвивающейся беременности. 3. Эхографические признаки отслойки плодного яйца (угроза прерывания). 4. Ультразвуковое исследование в I триместре беременности. Эхографические маркеры хромосомных аномалий. 5. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка

	<p>маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков.</p> <p>6. Ультразвуковой скрининг во II триместре беременности. Оценка маркеров хромосомных аномалий и пренатальная диагностика врожденных пороков. Органы грудной клетки</p>
<p>Раздел №8 Б 1.Б.6.8 Ультразвуковая диагностика мягких тканей и суставов опорно-двигательного аппарата</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика строения суставов. 2. Ультразвуковые основные патологические изменения в суставах. 3. Ультразвуковая диагностика заболеваний мягких тканей.
<p>Раздел №9 Б 1.Б.6.9 Ультразвуковая диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика сердечно-сосудистой системы 2. Изменения правых отделов сердца при заболеваниях сердца. 3. Изменения левых отделов сердца при заболеваниях сердца. 4. Возможности ультразвукового метода при диагностике врожденных пороках сердца. 5. Ультразвуковая диагностика миокарда. 6. Ультразвуковая диагностика перикарда. 7. Ультразвуковая диагностика эндокарда. 8. Ультразвуковая диагностика брахиоцефальных сосудов.
<p>Раздел №10 Б 1.Б.6.10 Ультразвуковая диагностика в неонатологии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика аномалий развития головного мозга у детей. 2. Ультразвуковая диагностика заболеваний центральной нервной системы у новорожденных (нейросонография). 3. Методика НСГ. Стандартные и дополнительные срезы сканирования. 4. Нейросонография. Ультразвуковая диагностика вентрикуломегалии, гидроцефалии, внутрижелудочковых кровоизлияний 5. Ультразвуковая диагностика неопухолевых и опухолевых заболеваний головного мозга новорожденного. 6. Протокол нейросонографии. Возрастные показатели. 7. Сосудистые, субэпендимальные, арахноидальные кисты. Тактика ведения пациента. 8. Исследование вилочковой железы методом ультразвуковой диагностики. 9. Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов у детей первого года жизни. 10. Исследование мочевыделительной системы. Особенности визуализации почек. 11. Опухоль Вильмса (нейробластома) у детей. 12. Ультразвуковая диагностика в неотложной неонатологии. 13. Диагностика врожденных пороков сердца.

<p>Раздел №11 Б 1.Б.6.11 Интервенционная ультразвуковая диагностика.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интервенционная ультрасонография. Методика интервенционной УЗИ. 2. Методика интервенционной УЗИ. Непрямой ультразвуковой контроль. 3. Методика интервенционной УЗИ. Пункция «свободной рукой». использование направляющих устройств. 4. Методика выполнения выполнения биопсии молочной железы под ультразвуковым контролем. 5. Методика выполнения выполнения биопсии щитовидной железы под ультразвуковым контролем. 6. Биопсия очаговых образований печени. Лапароскопическое УЗИ, Радиочастотная термальная абляция. 7. Биопсия внеорганных образований брюшной полости. 8. Биопсия поверхностных лимфатических узлов. 9. Торакоцентез под ультразвуковым контролем. 10. Чрескожное дренирование скоплений жидкости. 11. Катетеризация центральных вен под УЗ контролем.

Критерии и шкала оценивания

2. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Новизна реферированного текста
Удовлетворительно (3)	2. Степень раскрытия сущности проблемы
- четырем критериям	3. Обоснованность выбора источников
Хорошо (4)	4. Соблюдение требований к оформлению
- пяти критериям	5. Грамотность
Отлично (5)	

3. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
Удовлетворительно (3)	2. Аргументированность
- четырем критериям	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов

<p>Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)</p>	<p>коллег</p>
--	---------------

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p align="center"><i>Б1.В.ОД.5.1 Рентгеновская компьютерная томография</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основы формирования цифровых изображений. 2. Основные принципы сбора данных в КТ. 3. Основные характеристики КТ-изображения 4. Рентгенодиагностика и КТ диагностика атипичных пневмоний 5. Интервенционные методы диагностики и лечения при желчекаменной болезни. 6. РКТ в диагностике органов грудной полости 7. РКТ в диагностике заболеваний брюшной полости. 8. РКТ в диагностике дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника 9. Возможности РКТ в диагностике неотложных состояний 10. Радиационная защита при КТ, дозовые нагрузки.
<p align="center"><i>Б1.В.ОД.5.2 МРТ</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Физико-технические основы МРТ 12. Магнитно-резонансная диагностика при заболеваниях головного мозга 13. Магнитно-резонансная диагностика при заболеваниях почек и мочевыделительной системы. 14. Магнитно-резонансная диагностика печени и желчевыводящих путей. 15. Магнитно-резонансная диагностика опорно-двигательного аппарата.
<p align="center"><i>Б1.В.ОД.5.3 Радионуклидная диагностика</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 16. Физико-технические основы радионуклидных методов диагностики. 17. РНД заболеваний щитовидной железы. 18. РНД при заболеваниях почек и мочевыделительной системы. 19. Позитронно-эмиссионная томография, ее диагностические возможности. 20. Гибридные технологии в лучевой диагностике.

--	--

Тестовые задания (с ответами)

<p><i>Б1.В.ОД.5.1</i> <i>Рентгеновская компьютерная томография</i></p>	<p>1. Для выявления увеличенных лимфатических узлов средостения наиболее целесообразна:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рентгенография в двух проекциях. 2. Компьютерная томография. 3. Линейная томография в боковой проекции. 4. Латероскопия. <p>2. Наиболее характерным признаком острого ателектаза части легкого является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. затемнение доли 2. затемнение с косой верхней границей 3. смещение средостения, наступившее быстро 4. нет характерных признаков <p>3. Ведущим симптомом тромбоэмболии легочной артерии является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая картина 2. Результаты электрокардиографии 3. Рентгенологические симптомы 4. все ответы правильные <p>4. Разрыв селезенки при травме живота диагностируется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обзорной рентгенографией органов брюшной полости 2. Магнитно-резонансной томографией 3. Компьютерной томографией с контрастным усилением <p>5. Нефрографическая фаза при поликистозе</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не изменена 2. Не выражена 3. Неравномерно контрастируется паренхима 4. Множественные дефекты контрастирования паренхимы <p>6. Выберите правильный вариант укладки пациента при выполнении компьютерной томографии мочевыделительной системы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на животе с опущенными руками; 2. на животе с поднятыми руками; 3. на спине с поднятыми руками;+ 4. на спине со сложенными на груди руками. <p>7. Компьютерная томография почек выполняется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на задержке дыхания на вдохе;+ 2) на задержке дыхания на выдохе; 3) на свободном дыхании; 4) с применением ЭКГ синхронизации. <p>8. При каком методе исследования изображение слоя исследуемого объекта получают путём компьютерной обработки результатов многократного просвечивания узким пучком рентгеновского излучения слоя, когда рентгеновская</p>
--	---

	<p>трубка совершает движение по окружности? 1) КТ;+ 2) МРТ; 3) УЗИ.</p> <p>9.Рекомендуемая скорость введения рентгеноконтрастного вещества в мл/с (для двухколбового инжектора) при проведении многофазного контрастного исследования мочевых органов методом КТ у взрослых составляет 1) 1,5 мл/с; 2) 2,5-4 мл/с;+ 3) 4,5-5,3 мл/с; 4) 5,5-6 мл/с.</p> <p>10.Элементом нормальной картины мозга взрослого человека на КТ является: 1. расширение боковых желудочков 2. обызвествления в мозговых оболочках 3. кистовидная перестройка гипофиза 4. отложение кальция в стволе мозга 5. асимметрия препонтиной цистерны</p>
<p><i>Б1.В.ОД.5.2</i> МРТ</p>	<p>11.Релаксация протонов - это: 1. возвращение протонов на исходный энергетический уровень с выделением «энергии релаксации»; 2. переход протонов на более высокий энергетический уровень с поглощением «энергии релаксации»; 3. перемещение протонов вдоль линий напряжения магнитного поля; 4. торможение протонов на аноде рентгеновской трубки.</p> <p>12.При проведении исследования пациент ощущает: 1. покалывание кожи в местах соприкосновения с магнитным полем; 2. прохладу от высокопольного магнитного поля; 3. слышит шум и гул работающего механизма; 4. дрожание конечностей в резонанс с магнитным полем.</p> <p>13.При интерпретации результатов МРТ пользуются терминами: 1. гипоинтенсивный, гиперинтенсивный; 2. гипоэхогенный, гиперэхогенный; 3. гиподенсный, гиперденсный; 4. затемнение, просветление.</p> <p>14.Преимуществами метода МРТ являются: 1. МТР безвредна, не сопряжена с воздействием ионизирующего излучения; 2. МРТ высокоинформативна для получения изображения всех органов и систем человеческого тела, особенно - мягкотканых структур; 3. МРТ позволяет получить срезы исследуемой области в любых плоскостях и создавать 3-мерные реконструкции исследованных объектов; 4. характерны все перечисленные преимущества.</p> <p>15.Источником гиперинтенсивного МР-сигнала (Т1) являются:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. вода 2. ядра фосфора 3. жир 4. верно 1 и 3 <p>16.К противопоказаниям для выполнения МРТ почек относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кохлеарный имплант;+ 2) металлическое инородное тело глаза;+ 3) наличие инсулиновой помпы;+ 4) титановый эндопротез тазобедренного сустава. <p>17.Какие фазы сканирования включает МРТ протокол динамического контрастирования почек?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) артериальную (27-28 сек);+ 2) артериальную (60 сек); 3) нефрографическую (90 сек);+ 4) отсроченную (7 мин).+ <p>18. Какие фазы сканирования включает мультифазный протокол исследования почек?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) артериальную (20-35 сек); 2) артериальную (35-40 сек);+ 3) нефрографическую (80-100 сек);+ 4) отсроченную (7 мин).+ <p>19.Наиболее типичной локализацией очагов поражения мозга при рассеянном склерозе по данным МРТ является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. белое вещество у латеральных стенок боковых желудочков 2. прагиппокампальные области 3. базальные ядра мозга 4. таламусы 5. белое вещество мозжечка
<p><i>Б1.В.ОД.5.3</i> <i>Радионуклидная диагностика</i></p>	<p>20.Метод непрерывной или дискретной регистрации процессов накопления и выведения РФП называется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. радиометрия 2. сцинтиграфия 3. радиография 4. радионуклидная эмиссионная томография <p>21.Эффективный (биологический) период полувыведения это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. время, в течение которого активность радиоактивного источника уменьшается в два раза 2. время, в течение которого активность радиофармацевтического препарата уменьшается в два раза за счет выведения из организма 3. время, в течение которого активность радиофармацевтического препарата в организме уменьшается в два раза за счет распада и выведения <p>22.Радиофармпрепарат (РФП) - - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. разрешенное к применению с диагностической целью химическое соединение, в молекуле которого содержится радионуклид; 2. парамагнетик; 3. йодсодержащий водорастворимый препарат; 4. бариевая взвесь. <p>23. Детектором в гамма-камере является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. монокристалл иодида натрия; 2. рентгеновская пленка;

	<p>3. пьезокристаллы;</p> <p>4. возможны все перечисленные конструктивные решения.</p> <p>24.«Горячими» называют очаги или узлы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. с локальным повышением температуры не менее чем на 2°; 2. с избыточным накоплением РФП; 3. с повышением эхогенности;
--	--

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Больная 55 лет поступила с жалобами на головную боль.

В анамнезе - За месяц до поступления при обследовании в одном из лечебных учреждений при УЗИ и КТ брюшной полости была выявлена опухоль левой почки. Известно, что в течении 3-х лет больная страдает мочекаменной болезнью.

Объективно: При поступлении пальпаторно слева в мезо- и гипогастрии определяется опухолевидное образование размерами 14x15 см, плотно-эластичной консистенции, ограничено подвижное, безболезненное, с четкими контурами. При СКТ с болюсным внутривенным введением неионогенного контрастного вещества в забрюшинном пространстве слева определяется объемное образование округлой формы размерами 13x14x20 см. Плотность образования неравномерная: по всему протяжению изображения участки пониженной плотности (11-13 ед.Н) чередуются с участками плотностью около 33 ед.Н. Участки низкой плотности не накапливают контрастное вещество, в отличие от участков повышенной плотности. Верхний полюс образования расположен между нижним полюсом селезенки, хвостом поджелудочной железы и верхним полюсом левой почки. В дистальном направлении образование расположено по латеральному краю левой почки, смещает ее медиально и деформирует. Почка частично распластана на образовании. В нижней чашечке расположен мелкий конкремент. Паренхима почки накапливает контрастное вещество в достаточной степени. В дистальном направлении патологическое образование деформирует поясничную мышцу и смещает петли кишечника вперед и вправо.

Вопрос: Ваше заключение

Эталон ответа: Неорганическая забрюшинная опухоль, конкремент левой почки.

Ситуационная задача № 2.

Больной 17 лет. Предъявляет жалобы на наличие тяжести в эпигастральной области, чувство распирания верхней части живота после еды *В анамнезе* - жалобы появились три месяца тому назад.

Объективно: При эндоскопическом исследовании верхних отделов пищеварительного тракта выявили наличие плоского экзофитного образования на широком основании с наличием мелкого поверхностного изъязвления в центре. При компьютерно-томографическом исследовании органов брюшной полости каких-либо патологических изменений не было выявлено. При рентгенологическом исследовании верхних отделов пищеварительного тракта удалось визуализировать патологическое образование, расположенное в препилорической области по большой кривизне сразу перед привратником. Форма образования овальная. Размеры 7x4 мм, контуры достаточно четкие ровные. В центре образования расположено депо контрастного вещества размерами 3x2 мм. Стенки желудка на всем протяжении эластичные. Моторно-эвакуаторная функция желудка сохранена. Луковица и петля 12-перстной кишки не изменены.

Вопрос: Ваше заключение

Эталон ответа: Гетеротопия ткани поджелудочной железы в стенку желудка.

Ситуационная задача № 3.

Больная 37 лет поступила с жалобами на наличие образования в правом подреберье, чувство тяжести там же.

В анамнезе - это образование она прощупала самостоятельно три месяца тому назад.

Объективно: При осмотре выявлена небольшая деформация живота за счет выбухания правых отделов. Сразу ниже края печени пальпируется образование округлой формы мягкоэластичной консистенции с нечеткими контурами, безболезненное. Подвижность его ограничена, размеры 10x12 см. При ирригоскопии установлено сдавление и оттеснение восходящей кишки кпереди и

медиально. Признаков инфильтрации стенок кишки в области смещения не выявлено. При УЗИ в брюшной полости определяется анэхогенное подвижное округлое образование с четким ровными контурами и тонкой капсулой. Расположено образование верхним полюсом под правой долей печени, а нижним - на уровне бифуркации аорты. Внутри образования при цветном доплеровском картировании сосуды не определяются. При проведении компьютерной томографии в правой половине брюшной полости определяется инкапсулированное жидкостное образование однородной структуры, плотностью 3 ед.Н. Расположено образование так, что занимает практически весь переднезадний размер правой половины брюшной полости. Верхний контур образования граничит с нижней поверхностью правой доли печени. По передней поверхности образования расположен правый изгиб толстой кишки. Нижняя граница образования расположена на 4 см выше гребешковой линии. К нижнему полюсу образования прилежат петли толстой кишки.

Вопрос: Ваше заключение

Эталон ответа: Внеорганный забрюшинный киста

Ситуационная задача № 4.

Больной 68 лет, поступил с жалобами на дискомфорт за грудиной при приеме грубой или острой пищи, отрыжку воздухом с примесью кислого содержимого, возникающую после приема пищи, потерю веса до 5 кг в течение 4 месяцев, слабость, слюнотечение.

В анамнезе - выше представленные жалобы появились в течение последних 5 месяцев, когда впервые больной почувствовал дискомфорт после приема грубой пищи. Стал придерживаться щадящей диеты. Постепенно возникла икота и другие жалобы. Затем клинические проявления стали усиливаться. Из истории жизни: профессиональные вредности, курение и злоупотребление алкоголем отрицает. Из перенесенных болезней: язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения в течение 10 лет. Был направлен в Институт хирургии для обследования и лечения.

Объективно: При рентгенологическом исследовании определяется циркулярный дефект наполнения в нижней трети грудного отдела пищевода (ретро перикардиальный сегмент по Бромбарту). Выше места сужения расположено супрастенотическое расширение просвета пищевода диаметром до 3 см. На границе суженной части пищевода и неизменной стенки пищевода расположены по обоим контурам «ступеньки». Над областью сужения расположены полиповидные разрастания размерами 10x15 мм, перекрывающие просвет пищевода. Протяженность суженного участка достаточно велика, так что заполнить желудок бариевой взвесью не представлялось возможным в связи с угрозой регургитации. Через 3, 5 часа в супрастенотически расширенной части пищевода выявлены остатки контрастного вещества и слизь. Контрастное вещество равномерно импрегнирует суженный «канал» до кардии. Протяженность его около 9 см. При эндоскопическом исследовании верхних отделов пищеварительного тракта в дистальном отделе пищевода на расстоянии 38 см от резцов имеется стенозирующая опухоль в виде полиповидных разрастаний красноватого цвета, выше которой на правой стенке на расстоянии 15 мм от основной опухоли имеется «отсев» в виде полиповидных разрастаний диаметром 8 мм. При КТ нижней части грудной полости и брюшной полости выявлено равномерное утолщение стенок пищевода до 9-20 мм на протяжении 45 мм краниальнее кардио-эзофагеального перехода. Стенка желудка в области проксимального отдела также изменена: она локально утолщена до 26 мм в области субкардии и верхней трети тела желудка, а также утолщена до 8-15 мм по передней и задней стенкам проксимального отдела желудка. Просвет в области суженной части пищевода колеблется от 2 до 4 мм. Определяются пакеты увеличенных и уплотненных групп лимфатических узлов в области малого сальника.

Вопрос: Ваше заключение

Эталон ответа: **Рак проксимального отдела желудка с переходом на дистальный отдел пищевода и лимфогенным метастазированием в узлы верхнего этажа брюшной полости.**

Ситуационная задача № 5.

Больной 49 лет обратился с жалобами на опоясывающие боли в верхней части брюшной полости, не связанные с приемом пищи и временем суток. Боли купировались приемом 4-х таблеток баралгина.

В анамнезе - обратил внимание на боли за 2 месяца до обращения.

Объективно: При УЗИ исследовании брюшной полости, произведённом за 9 месяцев до обращения, была выявлена киста поджелудочной железы и больному был предупрежден о безопасном течении заболевания. Однако вскоре возникли боли, опоясывающего характера и больному обратился в поликлиническое отделение Института хирургии, где ему было предложено провести КТ обследование брюшной полости.

При КТ исследовании было выявлено наличие значительного количества жидкости в брюшной полости, расширение тела поджелудочной железы до 27 мм, неомогенность изображения тела поджелудочной железы и полицикличность его контуров. Плотность паренхимы в области хвоста равна 12-19 ед.Н. В теле поджелудочной железы визуализировалась киста размерами 19x18 мм с содержимой плотностью 2 ед.Н. В оставшихся частях тела поджелудочной железы отмечены участки плотностью до 30 ед.Н. с вкраплениями менее плотных: до 21 ед.Н. В гепатодуоденальной связке была выявлена группа увеличенных и уплотненных лимфатических узлов. Кроме того, инфильтративные изменения определялись вокруг аорты на протяжении отхождения чревного ствола до уровня левой почечной ножки, включая начало мезентериальной артерии. В связи с инфильтративными изменениями на этом участке контур аорты в переднем отделе отдельно выявить было невозможно. Увеличен левый надпочечник.

Вопрос: Ваше заключение

Эталон ответа: Рак тела поджелудочной железы в сочетании с кистой тела, осложненные лимфогенным метастазированием в узлы малого сальника, асцитом, поражением левого надпочечника и инфильтрацией парааортальной области.

Ситуационная задача № 6.

Девочка 12 лет. Жалобы на головные боли, потерю зрения на правый глаз. В анамнезе – ребенок от первой беременности, срочные роды без осложнений, родилась весом 3700г., по шкале Апгар 7баллов. Перенесенные заболевания: корь, ОРВИ, частые ангины. Травм не было.

АД 100/56 мм рт.ст. ЭКГ – в пределах возрастной нормы. Назначено МРТ головного мозга.

Представлены срезы: 1. аксиальная МР-ангиография
2. корональная МР-ангиография 3. 3D -реконструкция

Вопрос: Сформулируйте заключение.



1

2

3

Заключение: Гигантская мешотчатая аневризма правой внутренней сонной артерии.

Ситуационная задача №7

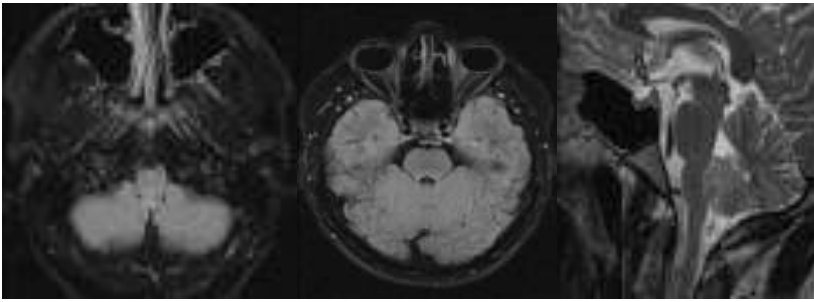
Пациент 35 лет. Жалобы на частые головные боли. АД 130/90 мм рт. ст.

Выполнено МРТ.

Представлены срезы в аксиальной, сагиттальной T2 ВИ и фронтальной плоскостях.

В нижней части IV-го желудочка небольшое образование, имеющее четкие, мелкобугристые контуры, однородную структуру, изоинтенсивный на T1, слабо гиперинтенсивный на T2/FLAIR сигнал, не усиливающееся после в/в введения контраста; ограничения диффузии, кальцинатов/кровоизлияний в структуре не выявлено. В остальном исследование ничем не примечательно.

Вопрос: Сформулируйте заключение.



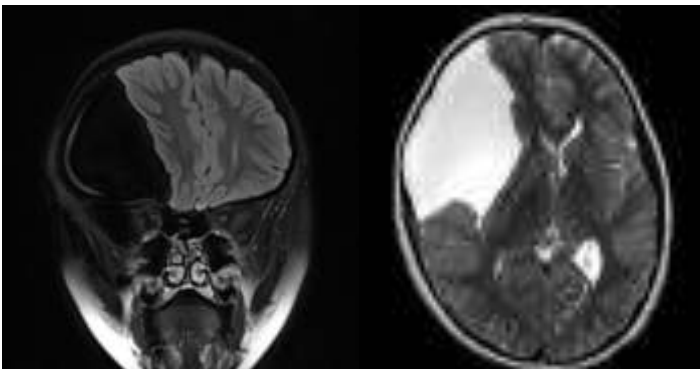
Заключение: Субэпендимома IV-го желудочка .

Ситуационная задача №8

Мальчик 10 лет. Жалобы на головные боли. Походил неоднократно на исследование у педиатра, окулиста, отоларинголога, невролога. Направлен на МРТ с направительным диагнозом: опухоль головного мозга.

Представлены срезы в корональной и аксиальной плоскостях.

Вопрос: Сформулируйте заключение.



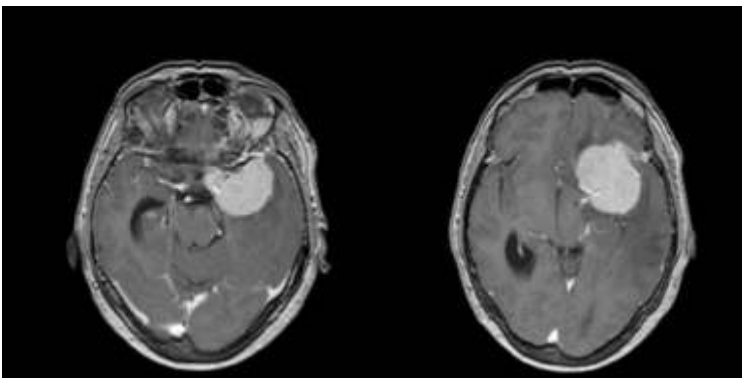
корональная FLAIR

аксиальная T2 ВИ

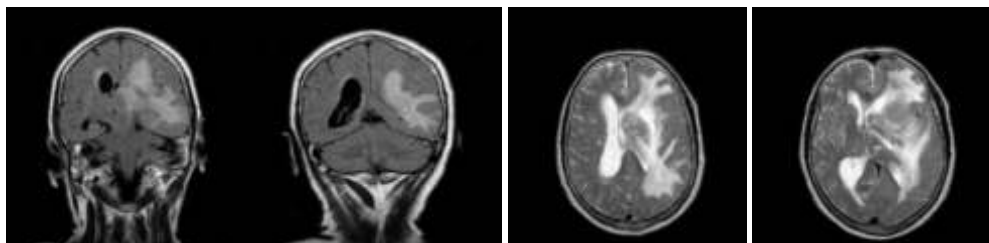
Заключение: Крупная арахноидальная киста с компрессией правой гемисферы

Ситуационная задача №9

Пациентка 76 лет. На протяжении года беспокоит тяжесть в голове, нарушения зрения, нарушения речи по типу моторной афазии. Выполнена МРТ.



МРТ аксиальный срез T1 ВИ с режимом с жироподавления :Образование округлой формы, с четкими контурами, размерами 41*40*40 мм; широким основанием прилежащее к клиновидной кости; демонстрирующее равномерное накопление контрастного препарата.



МРТ корональный срез FLAIR и МРТ аксиальный T2 ВИ: Выраженный масс эффект. Вазогенный отек; смещение срединных структур, деформация и компрессия ножек мозга левого бокового желудочка, III желудочка. Правый боковой желудочек расширен. Субарахноидальные пространства левого полушария компримированы.

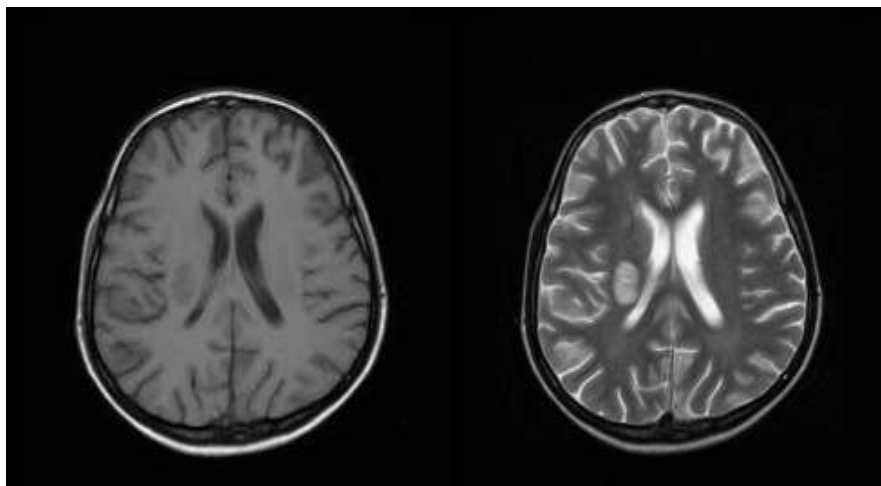
Вопрос: Сформулируйте заключение.

Заключение: Менингиома

Ситуационная задача №10

Пациентка 65 лет. Доставлена каретой «Скорой медицинской помощи» приемный покой больницы. Анамнез собрать затруднительно из-за несвязанной речи пациентки. Со слов родственников накануне пациентка жаловалась на онемение рук; сильную головную боль, тошноту.

Выполнена МРТ.



Магнитно-резонансные томограммы головного мозга. T1-ВИ, T2-ВИ, диффузионно-взвешенное изображение. Поперечные срезы, уровень верхней части тел боковых желудочков: Справа перивентрикулярно в нижне-медиальной части теменной доли имеется участок (гипоинтенсивный на T1-ВИ, умеренно гиперинтенсивный на T2-ВИ) и резко повышенного на диффузии сигнала овальной формы с нечёткими контурами – зона «свежего» отёка (до 2 – 3 дней) – цитотоксический отёк.

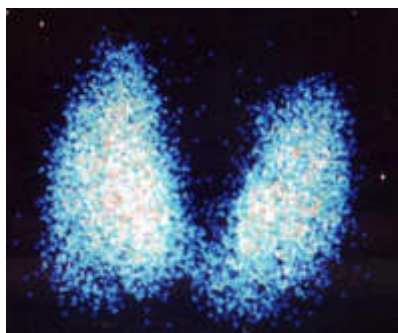
Вопрос: Сформулируйте заключение.

Заключение: Ишемический инсульт в острой фазе в правой теменной доле.

Ситуационная задача №11

Пациентка 36 лет. Жалобы на слабость, раздражительность. При ультразвуковом исследовании щитовидной железы – структурных изменений не выявлено, умеренное повышение васкуляризации щитовидной железы. Направлена на радиоизотопное исследование щитовидной железы. Представлена сцинтиграмма щитовидной железы.

Вопрос: Сформулируйте заключение.



Заключение: Диффузный эндемический зоб: увеличение размеров щитовидной железы, диффузное равномерное распределение РФП.

Ситуационная задача №12

Пациент 62 лет. 7-ые сутки после операции по поводу гиперплазии предстательной железы. Жалобы на одышку, боли в грудной клетке, частое сердцебиение. Объективно: кожные покровы бледные, ЧСС 58 уд.в 1мин., АД 110/65 мм рт. ст., на аорте выслушивается акцент II тона, под мечевидным

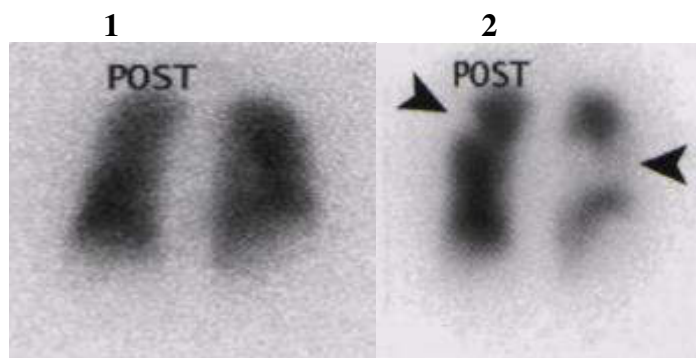
отростком - систолический шум. ЭКГ: Перегрузка правого предсердия, Признаки перегрузки правого желудочка.

Выполнены:

1. Ингаляционная сцинтиграфия с «Технегазом»: Нормальное распределение РФП в легких.

2. Исследование артериальной перфузии легких после внутривенного введения макроагрегата альбумина человеческой сыворотки меченного ^{99m}Tc : Определяются дефекты перфузии в правом и левом легких.

Вопрос: Сформулируйте заключение.



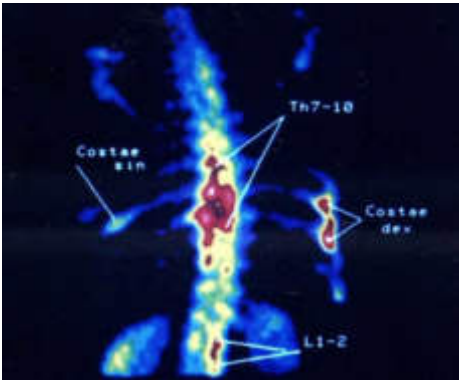
Заключение: Двухсторонняя тромбоэмболия ветвей легочных артерий.

Ситуационная задача №13

Пациент 62 лет. Жалобы на сильные боли в грудном, иррадиирующие в правое плечо и поясничном отделе позвоночника, иррадиирующие по задней поверхности правого бедра. В анамнезе: частые обострения цистита, воспаления предстательной железы. Лечение проходил амбулаторно.

Выполнена остеосцинтиграфия с ^{99m}Tc -пирофосфатом: патологически избыточные накопления в грудном и поясничном отделах позвоночника; ребрах с обеих сторон

Вопрос: Сформулируйте заключение.



Заключение: Сцинтиграфические признаки метастазов злокачественной опухоли в кости.

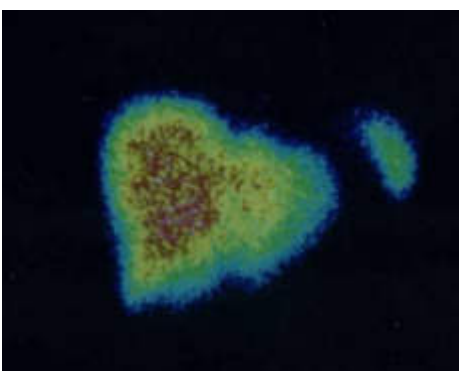
Ситуационная задача №14

Пациент 58 лет. Жалобы на постоянное чувство тяжести в правом подреберье, частые приступообразные боли в подложечной области, изжогу, тошноту, частые запоры. Лечился амбулаторно по поводу хронического панкреатита, хронического холецистита.

В последние полгода отмечает потерю в весе до 5 кг.

Выполнена статическая сцинтиграфия печени с ^{99m}Tc -технефитом: Диффузное увеличение размеров печени, снижение накопления РФП, преимущественно в области левой доли. Повышение захвата РФП селезенкой (более 10%).

Вопрос: Сформулируйте заключение.



Заключение : Диффузные изменения паренхимы печени характерные для хронического гепатита.

Ситуационная задача №15

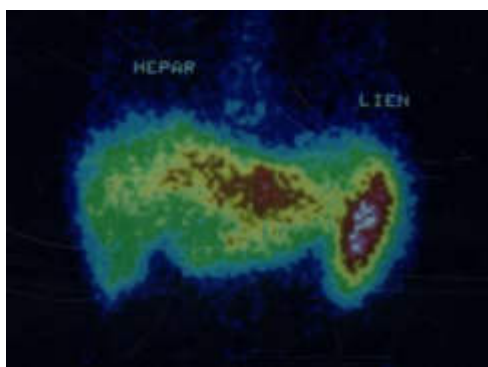
Пациент 54 года. Жалобы на тяжесть справа в боку и тупые болевые ощущения, урчание и вздутие в животе, снижение аппетита, тошнота похудение,

сонливостью в дневные часы, в ночные — бессонница, парестезии, судороги в голенях. В последняя время появились отеки ног и языка, зуд кожи.

Биохимический анализ крови: повышение АСТ, АЛТ, щелочной фосфотазы, ГГТ, завышен уровень билирубина, гипоальбуминемия.

Выполнена статическая сцинтиграфия печени с ^{99m}Tc -технефитом: Неравномерное распределение и снижение накопления РФП в области печени. Резкое увеличение накопления РФП в области селезенки и ее размеров. Увеличение накопления РФП в костном мозге.

Вопрос: Сформулируйте заключение.



Заключение: Радиодиагностические признаки цирроза печени.

Ситуационная задача №16.

Больной А., 49 лет. Доставлен с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, головную боль, сонливость. Из анамнеза: болен около 6 лет, когда после перенесенного вирусного гепатита сохранялась слабость, тошнота. Диету не соблюдал, злоупотреблял алкоголем. Ухудшение около 1, 5 месяцев, когда стал отмечать выраженное похудание, увеличение живота, последнюю неделю беспокоит рвота, понос. Объективно: состояние тяжелое, кахексия. Кожные покровы бледные, желтушные, малиновый язык. АД 100/60 мм. рт. ст. Живот увеличен в размерах, видны стрии вокруг пупка, расширенные подкожные вены на боковых поверхностях живота. Размеры печени -11 x 10 x 9 см, печень плотная, бугристая.

Общий анализ крови: Эр. - $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Лейк. - $3,2 \times 10^9/\text{л}$, тромб. - $96 \times 10^6/\text{л}$, Нв - 94 г/л, СОЭ - 20 мм/час. Биохимический анализ крови: билирубин- 80

ммоль/л, непрямой -60 мкмоль/л, прямой -20 мкмоль/л, общий белок - 52 г/л, АСАТ – 0,8 мкмоль/л, АЛАТ – 1,0 мкмоль/л.

Задание. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие методы лучевой диагностики используются в таких случаях?

1. Цирроз печени вирусной этиологии, активный, декомпенсированный. Портальная гипертензия.
2. Сцинтиграфия печени, УЗИ органов брюшной полости, КТ.

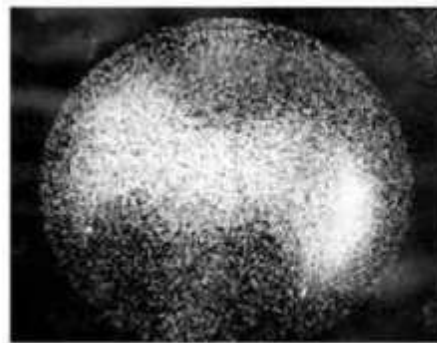


Рис. 1. Сцинтиграмма больного циррозом печени. Отмечается активное включение РФП в селезенку и костный мозг (симптом "парашей ятчим").

Узи

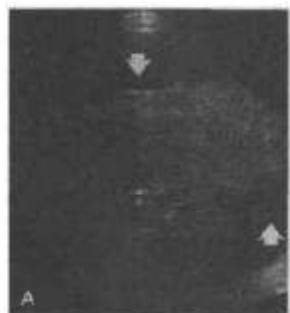
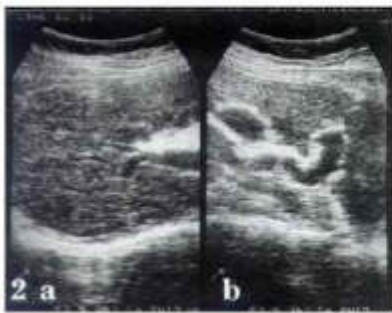


Рис. 2а. На эхограмме больного циррозом печени и портальной гипертензией отмечается повышение эхогенности и неоднородная структура печеночной паренхимы с наличием узелка.
Рис. 2б. Эхограмма больного циррозом печени и портальной гипертензией, видна расширенная портальная вена.



Ситуационная задача №17.

Больной К., 45 лет обратился с жалобами на периодическую тошноту, боли в правом подреберье, частые запоры, чувство вздутия живота и ухудшение аппетита. Из анамнеза: страдает алкоголизмом в течение 3 -х лет, сахарный диабет. Объективно: состояние средней тяжести, АД – 140/95 мм рт. ст., слабая желтушность склер глаз, незначительное изменение цвета кожных покровов, несильная болезненность в области печени при пальпации. Общие жалобы: снижение работоспособности, слабость, недомогание, повышенная утомляемость.

1. Выделите основные симптомы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Опишите результат диагностического исследования.



УЗИ. Печень увеличена, контуры печени четкие, ровные, структура умеренно диффузно неоднородная, сосудистый рисунок обеднен. Заключение: жировой гепатоз.



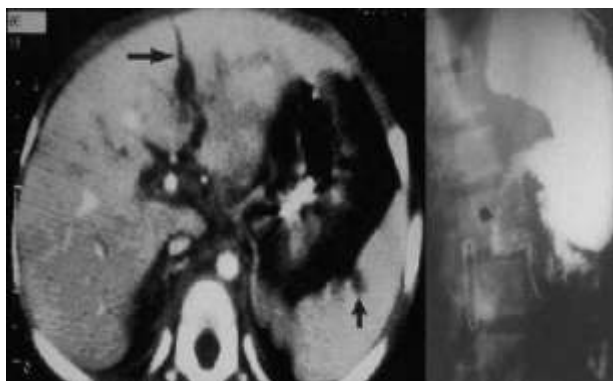
КТ. Жировой гепатоз печени. Определяется выраженное снижение плотности паренхимы печени. На ее фоне хорошо видны неконтрастированные вены печени (стрелки) - симптом инверсии сосудистого рисунка.

Ситуационная задача №18.

Ребенок 4 -х месяцев доставлен родителями в тяжелом состоянии, за 40 минут до поступления упал из коляски на асфальт. Заторможен, позывы на рвоту, температура не повышалась, умеренная тахикардия, пульс нитевидный, гипотония. Живот вздут, мягкий, болезнен в эпигастрии. Определяется притупление в отлогих метях. Мошонка увеличена в объеме, синюшная. Положительный симптом пупка.

Проведено диагностическое исследование.

1. Определите вид исследования.
2. Опишите снимки.

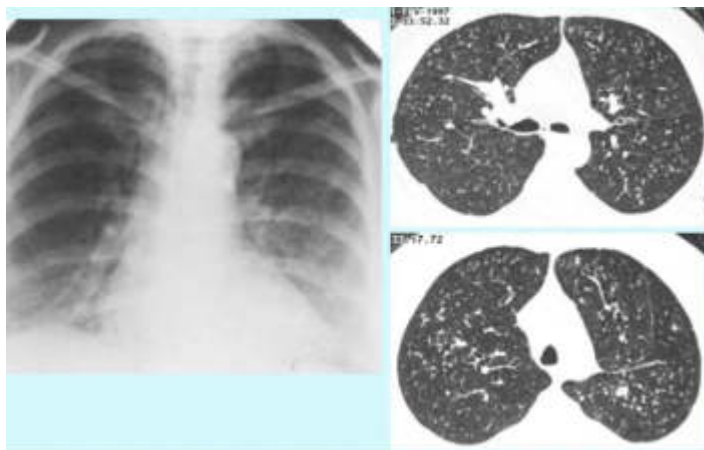


Ответ: Данные КТ (слева) и Rg с бариевой смесью (справа). Закрытая травма живота: разрыв печени, внутрибрюшное кровотечение.

Ситуационная задача №19.

Мужчина 77 лет. Доставлен в приемный покой бригадой скорой помощи. Жалобы на кашель и периодическое кровохарканье последние 3 дня в виде прожилок алой крови в мокроте. Неделю назад поднялась и в течение недели сохраняется температура 37,5-38,0°C.

Не работает, живет один. Последняя флюорография грудной клетки выполнена 5 лет назад- без патологии. С тех пор к врачу не обращался. В стационаре выполнены рентгенография грудной клетки и компьютерная томография легких. Определите заболевание, которое можно предположить по данным рентгенографии и рентгеновской компьютерной томографии. Напишите протокол исследования по представленным копиям снимков.



Ответ. Туберкулез.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

11. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	
	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

12. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

13. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных

-пяти или шести критериям Отлично (5)	компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---	--

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Лучевая диагностика»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
У К	1	1-24	1-19	1-20
П К	1	1-24	1-19	1-20
	2	1-24	1-19	1-20
О П К	5	1-24	1-19	1-20
	6	22	-	-

1. Методические указания для самостоятельной работы студента

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б1.В.ОД.5.1</i>	Рентгеновская компьютерная томография	8
<i>Б1.В.ОД.5.2</i>	МРТ	8
<i>Б1.В.ОД.5.3</i>	Радионуклидная диагностика	8

Формы выполнения самостоятельной работы определяются направлением научно-исследовательской деятельности и научным руководителем.

Самостоятельная работа ординаторов направлена на совершенствование навыков и умений, полученных во время аудиторных занятий, а также на

развитие навыков самоорганизации и самодисциплины.

Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном развитии у ординатора рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно, к полной замене контроля со стороны преподавателя самоконтролем.

Для успешного освоения дисциплины ординатору необходимо посещать все контактные занятия и систематически в полном объеме выполнять все задания для самостоятельной работы.

Для достижения поставленных целей преподавания дисциплины реализуются следующие средства, способы и организационные мероприятия:

- изучение теоретического материала дисциплин на семинарах с использованием компьютерных технологий;
- самостоятельное изучение теоретического материала дисциплин с использованием *Internet-ресурсов*, информационных баз, методических разработок, специальной учебной и научной литературы;
- закрепление теоретического материала при выполнении практических, проблемно-ориентированных, поисковых заданий, подготовка и защита рефератов, участие в работе конференций;
- интерактивные формы проведения занятий в сочетании с внеаудиторной работой с целью формирования и развития профессиональных навыков обучающихся;
- консультации, самостоятельная работа;
- дискуссии.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Классификация типов компьютерных томографов.
2. Принцип работы компьютерного томографа.
3. Понятия *ширины* и *центра* окна.
4. Денситометрическая оценка патологических процессов при КТ. Единицы Хаунсфилда.

5. КТ с контрастным усилением. Понятие о болюсном КТ усилении
6. Принцип работы магнитно-резонансного томографа.
7. T1-и T2-взвешенные изображения, протонная плотность.
8. МР ангиография.
9. Диффузионная томография.
10. Контрастные препараты для МРТ.
11. Виды радионуклидных исследований.
12. Способы получения радионуклидных изображений.
13. Методы измерения накопления РФП в организме и его выведения (радиометрия и радиография).
14. Измерение радиоактивности биологических проб (крови, мочи, цереброспинальной жидкости, фекалий и др.).
15. Тесты *in vitro* для определения в биологических жидкостях биологически активных веществ (гормонов, ферментов, лекарственных препаратов и др.).

Примерные темы рефератов, сообщений, докладов:

1. Возможности МСКТ в диагностике ишемических инсультов головного мозга.
2. Особенности КТ семиотики пневмоний, вызванных различными возбудителями
3. Возможности КТ в диагностике очаговых образований печени.
4. КТ скрининг рака легкого.
5. Особенности МРТ семиотики сосудистых мальформаций сосудов головного мозга
6. МРТ диагностика в уронефрологии
7. МРТ диагностика заболеваний органов грудной полости и средостения
8. МРТ диагностика заболеваний позвоночника, спинного мозга, крупных суставов
9. МРТ диагностика заболеваний головы и шеи
10. Радионуклидное исследование щитовидной железы.

Темы поисковых заданий

1. КТ в дифференциальной диагностике туберкулеза у ВИЧ инфицированных.

2. Возможности МРТ в диагностике ишемических инсультов головного мозга.
3. МРТ в дифференциальной диагностике туберкулеза позвоночника.
4. Магнитно-резонансная диагностика при заболеваниях матки и придатков.
5. Позитронно-эмиссионная томография с использованием КТ/МРТ.
6. Современные лучевые методы в диагностике патологии молочных желез.
7. Применение радионуклидных методов диагностики в онкологической практике.
8. Основные методы оценки функционального состояния печени (гепатография, статическая и динамическая визуализация печени).
9. Методики исследования функционального состояние почек
10. Особенности рентгеносемиотики пневмоний в детском возрасте.
11. Задачи компьютерной томографии при обследовании больных раком желудка в онкорadiологической клинике

Критерии и шкала оценивания

4. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

5. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОГРАММЕ ОСВОЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ».

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы:

Этапы подготовки к первичной специализированной аккредитации в рамках программы подготовки ординаторов реализуются следующим образом:

1. ТЕСТИРОВАНИЕ - первый этап аккредитации специалиста - проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого аккредитуемого автоматически с использованием информационных систем путем выбора **60 тестовых заданий** из единой базы оценочных средств.

Каждый тест содержит **4 варианта ответа**, среди которых, только **один правильный**.

На решение аккредитуемым варианта тестовых заданий отводится **80 минут**.

Результат формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего количества тестовых заданий:

- **"сдано"** при результате **70% и более** правильных ответов;
- **"не сдано"** при результате **69% и менее** правильных ответов;

Ознакомиться с банком тестовых заданий можно путем прохождения репетиционного экзамена в рамках подготовки к первому этапу аккредитации можно на сайте Методического центра аккредитации специалистов (https://fmza.ru/fos_primary_specialized/) - раздел **Репетиционный экзамен**.

В случае отсутствия тестов на портале, ординаторам предоставляется банк тестовых заданий, размещенный на информационном портале ВолгГМУ в ЭИОС (<https://elearning.volgmed.ru/>).

Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенций.

Раздел дисциплины	Тестовые задания	Проверяемые компетенции
<p>Б1.Б 9.1 Организация и совершенствование службы лучевой диагностики РФ. Физико-технические основы ультразвукового метода исследования, ультразвуковая диагностическая аппаратура. Современные методы ультразвуковой диагностики</p>	<p>1. Максимальное Допплеровское смещение наблюдается при значении доплеровского угла равного: А. Более 90 градусов Б. 25 - 65 градусов В. 0 градусов Г. 45 градусов</p> <p>2. Акустической тенью называют: А. зону, свободную от ультразвуковых волн, расположенную позади ультразвукового аппарата Б. область протяженностью около 1 м позади датчика В. пространство позади гиперэхогенного объекта, в которое ультразвуковые лучи не проникают и оценить содержимое которого невозможно Г. способ бестеневого освещения кабинета ультразвуковой диагностики</p> <p>3. При использовании ЦДК при гинекологических ультразвуковых исследований необходимы следующие параметры настройки: А. частота сканирования не менее 3,5 МГц, частота повторения импульсов – 0,3–0,9 кГц, фильтр – 30–50 Гц, уровень мощности должен быть уменьшен до исчезновения всех цветовых артефактов Б. частота сканирования не менее 5,0 МГц, частота повторения импульсов – 0,3–0,9 кГц, фильтр – 30–50 Гц, уровень мощности должен быть уменьшен до исчезновения всех цветовых артефактов В. частота сканирования не менее 5,0 МГц, частота повторения импульсов – 2,0 – 3,5 кГц, фильтр – 80–100 Гц, уровень мощности должен быть уменьшен до исчезновения всех цветовых артефактов</p> <p>4. Длина волны в мягких тканях с увеличением частоты: А. уменьшается Б. остается неизменной В. увеличивается</p> <p>5. Осевая разрешающая способность определяется: А. фокусировкой Б. расстоянием до объекта В. типом датчика Г. числом колебаний в импульсе Д. средой</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>
<p>Б1.Б 9.2 Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной</p>	<p>1. У больного Е., 73 лет на УЗИ-уменьшение размеров печени за счет правой доли, контуры бугристые, капсула четко не дифференцируется, края печени не дифференцируются, структура паренхимы диффузно</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>

<p>ПОЛОСТИ</p>	<p>неоднородная с множественными участками повышенной и средней эхогенности на фоне повышения общей эхогенности парехимы с выраженным затиханием ультразвука в глубоких отделах. Сосудистый рисунок значительно изменен – на периферии органа печеночные вены не визуализируются, как бы «обрубленные» магистральные стволы печеночных вен, также имеется некоторая деформация средних стволов печеночных вен, что характерно при:</p> <p>А. остром гепатите Б. хроническом гепатите В. циррозе печени Г. синдром Бадда-Риари Д. жировая инфильтрация печени</p> <p>2. У больного Р., 53 лет на УЗИ в ложе желчного пузыря определяется эхонегативное жидкостное образование с однородным содержимым, неровными контурами, без капсулы с эффектом дистального псевдоусиления, что характерно при:</p> <p>А. послеоперационной сероме Б. петле кишечника В. дилатированном фрагменте пузырного протока Г. эктазированной культе шейки удаленного ж/п Д. неверно все</p> <p>3. Пациент, 10 лет на УЗИ желчный пузырь обычных размеров, контуры ровные, стенка не утолщена по задней стенке определяется гиперэхогенное образование d 4,6 мм с эффектом «акустической» тени не смещаемое при перемене положения тела, характерно при:</p> <p>А. конкремент желчного пузыря Б. острый холецистит В. хронический холецистит Г. полип желчного пузыря Д. образование желчного пузыря</p> <p>4. Наиболее характерными и часто встречающимися признаками острого панкреатита являются:</p> <p>А. сохранение размеров поджелудочной железы, понижение эхогенности, однородность структуры и четкость контуров Б. увеличение размеров, понижение эхогенности, нарушение однородности эхогенности и изменение контуров В. невозможность определения контуров поджелудочной железы и повышение ее эхогенности Г. увеличение размеров, повышение эхогенности и</p>	
-----------------------	--	--

	<p>подчеркнутость контуров поджелудочной железы Д. отсутствие характерных признаков 5. Инфаркт селезенки в первые часы при ультразвуковом исследовании чаще всего визуализируется как: А. гипэхогенный участок треугольной формы с основанием, обращенным к периферии органа Б. гипэхогенный участок неправильной формы, располагающийся под капсулой В. гиперэхогенный участок треугольной формы с основанием, обращенный в сторону ворот селезенки Г. гиперэхогенный участок неправильной формы в области ворот селезенки в проекции селезеночной артерии</p>	
<p>Б1.Б 9.3 Ультразвуковая диагностика в уронефрологии</p>	<p>1. Можно выявить острый тромбоз почечной артерии при помощи: А. Ультразвукового исследования Б. Компьютерной томографии В. Допплерографии Г. Внутривенной урографии Д. Верно Б и Г. 2. Наиболее ранним ультразвуковым симптомом острого отторжения трансплантата является: А. Снижение эхогенности паренхимы; Б. Увеличение передне-заднего размера почки; В. Повышение эхогенности коркового вещества почки; Г. Образование околопочечных затеков; Д. Резкое повышение эхогенности пирамид 3. Дивертикул мочевого пузыря это: А. Мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря; Б. Мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыря с образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря; В. Полиповидное разрастание в области устья мочеточника; Г. Расширение урахуса; Д. Верно А и Б 4. Аденоматозный узел предстательной железы при ультразвуковом исследовании: А. Сниженной эхогенности; Б. Средней эхогенности; В. Смешанной эхогенности; Г. Может иметь эхогенность любую из вышеперечисленных; 5. Первичный раковый узелок в периферической зоне чаще: А. Повышенной эхогенности; Б. Сниженной эхогенности; В. Смешанной эхогенности; Г. Анэхогенный;</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>

	<p>Д. Верно А и Г</p> <p>6. Положение пациента для проведения замеров почек: А. лежа на животе Б. лежа на спине В. лежа на боку</p> <p>7. Остаточный объем мочевого пузыря определяется: А. через 30 минут после мочеиспускания Б. через 60 минут после мочеиспускания В. немедленно после мочеиспускания</p> <p>8. Проведение водной нагрузки для УЗИ почек включает: А. введение диуретиков натощак Б. введение диуретиков после приема жидкости</p>	
<p>Б1.Б 9.4 Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур.</p>	<p>1. Отечно-инфильтративную форму рака при ультразвуковом исследовании молочной железы нужно дифференцировать с: А. диффузную фиброзно-кистозную мастопатию; Б диффузную форму мастита; В. гипертрофию молочных желез.</p> <p>2. Какой УЗ-признак не характерен для фиброаденомы молочной железы? А. Нечеткие, неровные контуры Б. Однородная структура В. Эффект дорсального усиления Г. Тонкая гиперэхогенная капсула</p> <p>3. Об аплазии щитовидной железы при ультразвуковом исследовании свидетельствует: А. Смещение сосудистого пучка Б. Смещение мышц В. Отсутствие изображения ткани железы</p> <p>4. При ультразвуковом исследовании картину тиреоидита необходимо дифференцировать с : А. Узловым зобом Б. Многоузловым зобом В. Раком щитовидной железы</p> <p>5. Для молочной железы женщины до 25 лет характерна следующая ультразвуковая картина: А. много железистой гиперэхогенной ткани, жировая ткань определяется в виде тонкой гипоэхогенной полоски в передних отделах молочной железы Б. много железистой ткани, определяемой в виде гиперэхогенного пласта в центре железы; жировая ткань визуализируется в виде переднего и заднего гипоэхогенных пластов В. много жировой клетчатки, железистая ткань определяется в виде небольших гиперэхогенных включений между жировой тканью Г. много жировой ткани в виде переднего заднего гипоэхогенных пластов, а также в виде включений между железистой тканью; железистая ткань расположена в виде тонкой гиперэхогенной полоски в</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>

	центре железы.	
<p>Б1.Б 9.5 Ультразвуковая диагностика сердечнососудистой системы</p>	<p>1. На ЭХО кардиограмме у ребенка определяется декстрапозиция аорты, стеноз легочной артерии и дефект межжелудочковой перегородки с гипертрофией миокарда правого желудочка. Данные изменения характерны для?</p> <p>А. ДМЖП Б. Тетрада Фалло В. ДМПП Г. Митральный стеноз</p> <p>2. Больному перенёсшему обширный инфаркт миокарда на ЭХОКГ обнаружен синдром Дресслера для которого характерно?</p> <p>А. Жидкость в полости перикарда и плевральных полостях Б. Спайки в полости перикарда В. Дилатация камер сердца Г. Легочная гипертензия Д. Всё верно</p> <p>3. У больной 5 лет, на ЭХОКГ определяется в области бифуркации легочной артерии «дополнительный сосуд», а также расширения легочной артерии, левого предсердия и желудочка. При доплерографии обнаружился в просвете легочной артерии систолический и диастолический потоки. Для какой патологии характерна эхо-картина?</p> <p>А. ДМПП Б. ДМЖП В. Открытый артериальный проток (Баталлов проток) Г. всё неверно</p> <p>4. Латентная форма синдрома подключично-позвоночного обкрадывания (стил-синдрома) характеризуется:</p> <p>А. увеличением амплитуды диастолического пика («двугорбая доплеровская кривая»), антеградным кровотоком по позвоночной артерии в покое, положительным результатом теста реактивной гиперемии.</p> <p>Б. Снижением амплитуды диастолического пика, ретроградным кровотоком по позвоночной артерии в покое, положительным результатом теста реактивной гиперемии.</p> <p>В. увеличением амплитуды диастолического пика («двугорбая доплеровская кривая»), антеградным кровотоком по позвоночной артерии в покое, отрицательным результатом теста реактивной гиперемии.</p> <p>5. При малых локальных стенозах брахиоцефальных артерий от 0 до 40% регистрируются</p> <p>А. минимальные изменения спектра в виде</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>

	<p>небольшого расширения в фазу систолы, нередко в нисходящей части систолического пика, форма СДСЧ не меняется, максимальные значения скоростей (частот) остаются в пределах нормы.</p> <p>Б. в В-режиме визуализируется бляшка, форма которая более четко определяется при использовании ЦДК, спектральный анализ доплеровского сдвига частот не выявляет отклонений от нормы.</p> <p>В. изменение формы СДСЧ, увеличение угла наклона восходящей и нисходящей частей систолического пика, значительное расширение спектра, турбулентность потока, в области стеноза возрастание скорости кровотока, формирование стенотической струи, увеличение диастолической скорости кровотока</p> <p>6. Систолическое давление в легочной артерии может быть измерено как:</p> <p>а) диастолический градиент давления между легочной артерией и правым желудочком давление в правом предсердии</p> <p>б) систолический градиент давления между левым предсердием и левым желудочком</p> <p>в) систолический градиент давления между правым предсердием и правым желудочком давление в правом предсердии</p> <p>г) диастолический градиент давления между левым предсердием и левым желудочком</p> <p>д) диастолический градиент давления между правым предсердием и правым желудочком</p> <p>7. Причиной стеноза клапана легочной артерии могут явиться:</p> <p>а) ревматическая болезнь сердца</p> <p>б) инфекционный эндокардит</p> <p>в) врожденный стеноз</p> <p>г) тромбоэмболия</p> <p>д) верно все</p> <p>8. Причиной легочной регургитации могут явиться:</p> <p>а) легочная гипертензия</p> <p>б) ревматическая болезнь сердца</p> <p>в) кальциноз створок</p> <p>г) карциноидный синдром</p> <p>д) верно все</p> <p>9. При исследовании в режиме цветного Доплеровского сканирования кровотоков к датчику принято картировать следующим цветом:</p> <p>а) красно-желтым, турбулентным</p> <p>б) желто-синим, турбулентным</p> <p>в) красным</p> <p>г) синим</p> <p>д) зеленым</p>	
<p>Б1.Б 9.6 Ультразвуковая</p>	<p>1. Б-я М., 26 лет. Жалобы на непостоянные, ноющие</p>	<p>УК-1-5,</p>

<p>диагностика в акушерстве и гинекологии.</p>	<p>боли внизу живота, продолжающиеся в течении трех недель. Температура не повышалась. Беспокоят неприятные ощущения во влагалище, а также выделения слизисто-гнойного характера. При УЗИ: Матка не увеличена, однородная. Эндометрий утолщен до 25 мм (10 день после окончания месячных), структура его неоднородная, контуры ровные, нечеткие. На границе эндометрия и миометрия во всех отделах имеется нечеткая эхонегативная зона, шириной 5-8мм. Ваше заключение: А. железистая гиперплазия эндометрия; Б. субмукозная миома матки; В. гематометра; Г. плодное яйцо в полости матки; Д. эндометрит.</p> <p>2. Б-я В., 43 г. Жалобы на незначительные боли в правой половине малого таза. Осмотр гинеколога: увеличение правого яичника. На УЗИ: киста правого яичника -38 x 30мм из латеральной стенки которой исходит внутрикистозное включение (форма правильная овальная, 9 x 7мм, эхоплотность низкая). У основания этого включения имеется интимно связанное с ним дополнительное мягкотканое образование, выходящее за контур кисты: 30x20мм, контуры бугристые, структура и плотность аналогичны внутрикистозному включению. Ваше заключение: А. тубарный абсцесс, справа. Б. тератодермоидное образование, справа. В. малигнизация папиллярной серозной кисты, справа. Г. эндометриоидная киста, справа. Д. киста правого яичника с папилломой.</p> <p>3. При проведении эхографии в сроки 28-29 НБ плод соответствует по фетометрии 24-25 НБ. ОГ – 222мм, ОЖ – 196мм. ОГ/ОЖ – 1,13. Маловодие, АИ – 89мм. Расширение большой цистерны – >12мм. Полость прозрачной перегородки не визуализируется, нет разделения боковых желудочков в области передних рогов. Широко расставлены задние рога боковых желудочков Интраорбитальный размер – 18мм. Четырехкамерный срез сердца без особенностей. Эхографические признаки: А. алобарной прозэнцефалии, гипертелоризма Б. порока Арнольда – Киари II В. порока Дэнди Уокера Г. сочетания агенезии мозолистого тела и</p>	<p>ПК-1-3, ОПК-1-6</p>
---	--	------------------------

	<p>гипертелоризма Д. порэнцефалии 4. Пациентка А., 21 год, первая беременность. При проведении эхографии в сроки 21-22 НБ выявлено двустороннее увеличение почек у плода, отсутствие эхотени мочевого пузыря, маловодие. При исследовании других органов плода выявлено затылочное энцефалоцеле, заподозрена микроцефалия. Эхографич. признаки больше соответствуют: А. поликистозной болезни почек инфантильного типа (Поттер I) Б. двусторонней агенезии почек В. мультикистозной дисплазии почек (Поттер II) Г. двусторонней опухоли Вильмса Д. обструкции лоханочно-мочеточникового соустья Е. экстрофии мочевого пузыря 5. Пациентка Т., 26 лет. Беременность 28-29 недель, двойня. У плодов отмечается различие по массе более 10%, по окружности живота более 20 мм, заподозрено диссоциированное развитие плодов. На основании представленных данных, наиболее вероятно наличие: А. монохориальной диамниотической двойни. Б. дихориальной диамниотической двойни. В. дихориальной моноамниотической двойни. Г. монохориальной моноамниотической двойни.</p>	
<p>Б1.Б 9.7 Ультразвуковая диагностика в неонатологии</p>	<p>1. Нейросонография детям с травмой головы выполняется: А. только в вертикальном положении Б. обязательно через большой родничок и височные доступы В. не ранее чем через 3 суток после травмы Г. не проводится детям ранее 6 месяцев жизни 2. При внутриутробной инфекции нейросонография может выявить: А. лентикюлостриарную минерализирующую ангиопатию Б. субпендимальные кисты В. кальцификаты в перивентрикулярных областях Г. верно А, Б и В 3. Признаками незрелости структур головного мозга являются: А. обеднение рисунка борозд и извилин Б. расширение полости прозрачной перегородки В. повышение эхогенности перивентрикулярных тканей Г. верно А, и Б и В 4. Нормальные параметры зрелого тазобедренного сустава А. угол α – более 60°, угол β – менее 55°</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>

	Б. угол α – более 50° , угол β – менее 65° В. угол α – более 45° , угол β – менее 90° Г. допустим любой из перечисленных измерений 5. При врожденном вывихе бедра эхографически характерно: А. уплощение вертлужной впадины Б. расширение хрящевой крыши В. смещение головки бедра латерально и вверх Г. верно А, Б, В	
--	--	--

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

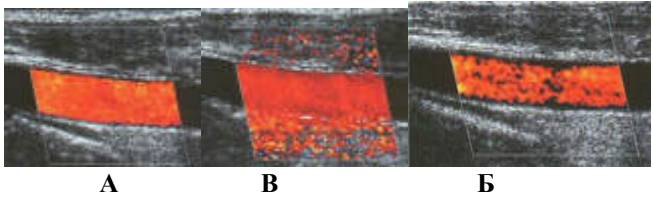
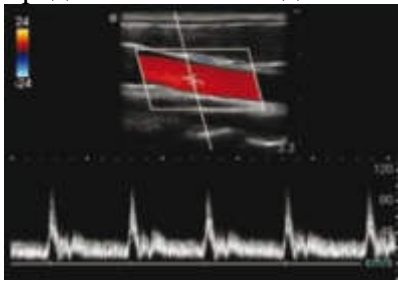
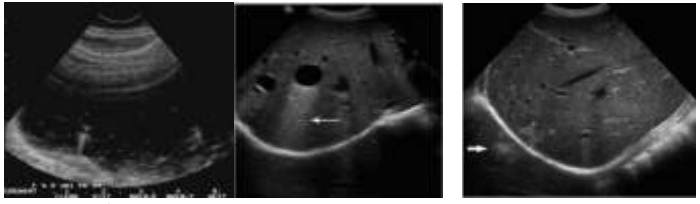
Второй этап подготовки – ситуационные задачи (кейс-задания) формирует необходимые компетенции для реализации профессиональных задач.

С ситуационными задачами можно ознакомиться на сайте Методического центра аккредитации специалистов (https://fmza.ru/fos_primary_specialized/) - раздел **Репетиционный экзамен.**

В случае отсутствия ситуационных задач (кейс-заданий) на портале, ординаторам предоставляется банк задач, размещенный на информационном портале ВолгГМУ в ЭИОС (<https://elearning.volgmed.ru/>).

1. Примеры типовых ситуационных задач для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенций.

Раздел дисциплины	Ситуационные задачи	Проверяемые компетенции
Б1.Б 9.1 Организация и совершенствование службы лучевой диагностики РФ. Физико-технические основы ультразвукового метода исследования, ультразвуковая диагностическая аппаратура. Современные	<p>Задача 1. Представлены эхограммы почки.</p>  <p>Какие режимы ультразвукового сканирования использованы? Опишите возможности и ограничения каждого из представленных режимов.</p> <p>Задача 2. Представлены эхограммы ультразвукового исследования сосуда в режиме цветового доплеровского картирования.</p>	УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6

<p>методы ультразвуковой диагностики</p>	 <p>А В Б</p> <p>Задача 3.</p> <p>Опишите режимы ультразвукового сканирования, представленного на данной эхограмме.</p>  <p>Опишите возможности и ограничения каждого из представленных режимов.</p> <p>Задача 4.</p> <p>Какие артефакты представлены на эхограммах ? Какими физическими эффектами они обусловлены?</p>  <p>А Б Б</p> <p>Ответ.</p> <p>А. Вариант артефакта «хвост кометы» от газового пузырька, находящегося в мочевом пузыре.</p> <p>Б. Эффект дорсального псевдоусиления формируется за объектами обладающими меньшим поглощением, чем окружающие ткани (в первую очередь содержащими жидкость, например, киста, мочевой пузырь).</p> <p>В. Зеркальный артефакт возникает при прохождении луча через гладкие структуры, являющиеся сильными отражателями (диафрагма, плевра), с формированием зеркального изображения вне объекта исследования.</p>	
<p>Б1.Б 9.2 Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости</p>	<p>Задача 1.</p> <p>У пациента А. во время диспансеризации при ультразвуковом исследовании выявлено стабильное во времени, содержащее жидкость образование, прилегающее к медиальной стенке желчного пузыря, имеющее тонкие и четко видимые стенки, эхонегативное содержимое с отсутствием его передвижения.</p> <p>Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК- 1-6</p>

Задача 2.

Больной В., 37 лет находится в инфекционном отделении с диагнозом: Вирусный гепатит В и С. Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы и склеры желтые. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. При пальпации болезненность в области правого подреберья. Край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см, край неровный, плотный. При ультразвуковом исследовании печени: правая доля – 159 мм, левая доля – 70 мм, определяется увеличенная хвостатая доля. Контуры ровные, нечеткие. Эхоструктура диффузно неоднородная. Эхогенность понижена диффузно. Очаговых образований нет. Воротная вена – 16 мм, селезеночная вена – 10 мм. Холедох не расширен. Желчный пузырь обычных размеров, стенка не утолщена, конкрементов нет. Сосудистый рисунок подчеркнут. Внутривенные желчные протоки не визуализируются.

Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.

Задача 3.

Пациент, 44 лет, с жалобами на периодически тупые тянущие боли в животе, обостряющиеся после приема острой пищи, вздутие и тяжесть в животе после каждого приема пищи, периодически отмечает жидкий стул. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости печень, желчный пузырь, селезенка без особенностей. Представлена эхограмма поджелудочной железы (С-слияние верхней брызжеечной и селезеночной вены).



Опишите представленную эхограмму. Дайте заключение по данным ультразвукового исследования.

Задача 4.

У больного вирусным циррозом печени при ультразвуковом исследовании в 6-ом сегменте печени обнаружено наличие округлого образования диаметром 2,0 см с нечеткими, неровными контурами, смешанной эхогенности, в периферической части которого при цветовом доплеровском картировании

	<p>обнаружены мелкие сосуды с артериальной формой кровотока.</p> <p>Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.</p> <p>Задача 5.</p> <p>У женщины 28 лет, жалобы на незначительные боли в правом подреберье после приема пищи. При ультразвуковом исследовании в 7-ом сегменте печени выявлена округлая, с четкими контурами, неоднородная структура, диаметром 80 мм, аваскулярная при цветном доплеровском исследовании. В общем анализе крови, биохимическом исследовании крови патологических изменений не обнаружено.</p> <p>Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования</p>	
<p>Б1.Б 9.3 Ультразвуковая диагностика в уронефрологии</p>	<p>Задача 1.</p> <p>Мальчик 2,5 месяца, поступил на обследование по поводу обнаруженных на ультразвуковом исследовании в поликлинике по месту жительства «больших белых почек». Общее состояние относительно удовлетворительное, за первые 2,5 месяца – хорошая прибавка в весе.</p> <p>При ультразвуковом исследовании: правая почка: 61×31мм, паренхима 15 мм, лоханка 6 мм. Левая почка: 63×34 мм, паренхима 16 мм. Почки расположены типично, контуры ровные, четкие. Определяется выраженное диффузное повышение эхогенности почечной паренхимы, кортикомедуллярная дифференцировка не прослеживается. Справа достоверно определяется единичное кистозное включение до 1,3 мм в диаметре.</p> <p>Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.</p> <p>Задача 2.</p> <p>Мальчик 1,5 месяца, вес при рождении 1550 г, до месячного возраста находился на выхаживании в отделении патологии новорожденных. Вес на момент осмотра 2300 г. С рождения диагностирована водянка яичек с двух сторон, в 4 – недельном возрасте производилась однократная пункция и эвакуация содержимого с обеих сторон, но вскоре содержимое накопилось вновь. За последние сутки до поступления мошонка мальчика значительно увеличилась в размерах, появилась гиперемия. Ребенок стал беспокоен.</p> <p>При ультразвуковом исследовании: правое яичко – 13×8 мм; левое яичко – 13×7 мм. Яички: в мошонке размеры и эхоструктура не изменены. С обеих сторон в оболочках яичек определяется значительное</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>

	<p>количество водяночной жидкости с большим количеством мелкодисперсной взвеси. Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.</p> <p>Задача 3. Пациент Д., 22 лет. Жалобы на повышение температуры до 38°, ознобы, слабость, головная боль, незначительные тянущие боли в левом подреберье и спине. Болен в течении 3х дней. При осмотре: язык сухой, обложен белым налетом. При пальпации живот мягкий, незначительно болезненный в левых отделах, слабо положительный симптом Пастернацкого слева. При ультразвуковом исследовании – почки нормальных размеров. Слева в верхнем полюсе без выхода на контур определяется округлый очаг с эхогенной и тонкой капсулой d 44мм, с неоднородным гипоехогенным содержимым. Справа почка интактная. Сформулируйте заключение</p> <p>Задача 4. Пациент поступил в приемное отделение с острой почечной коликой. В срочном порядке выполнено ультразвуковое исследование. Представлены эхограммы почки, мочевого пузыря и дистальных отделов мочеточника.</p>  <p>Задача 5. Пациентка с жалобами на тянущие боли в пояснице. Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Представлены эхограммы правой и левой почек.</p> 	
<p>Б1.Б 9.4 Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур и</p>	<p>Задача 3. Пациентка, 34 года. В анамнезе 2 родов, 2 аборта. Состоит на учете у маммолога по поводу фиброзно- кистозной мастопатии. Во время проведения планового ультразвукового исследования на 8 день менструального цикла обнаружено: в обеих молочных железах преобладание железистой ткани, по всем квадрантам диффузно</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>

лимфатической системы.

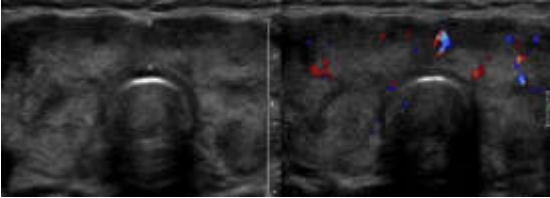
определяются округлые анэхогенные структуры с ровным, четким наружным и внутренним контуром, диаметром от 3 до 5 мм. В правой молочной железе на 3 часах, на глубине 9 мм, 2 см от соска визуализируется гипоэхогенная структура, горизонтально ориентирована, с четкими контурами, гиперэхогенной тонкой капсулой, диаметром 15x10мм. Визуализация позадисосковой области хорошая. Млечные протоки не расширены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Васкуляризация в режиме ЦДК не усилена.
Дайте заключение по данному ультразвуковому исследованию.

Задача 2.

Пациентка, 55 лет. Менопауза 3 года. Жалобы на боли в наружных отделах правой молочной железы. При эхографическом исследовании: в обеих молочных железах преобладание жировой ткани, млечные протоки не расширены. В правой молочной железе на 11 часах, на глубине 10 мм, 3 см от соска определяется гипоэхогенное образование 12x8x10 мм, неправильной формы, с неровными, нечеткими контурами, с усиленным кровотоком в режиме цветового доплеровского картирования. На 9 часах, на глубине 14 мм, 2 см от соска определяется лимфатический узел 16x9x20 мм, дифференциация кора-ворота сохранена. Левая молочная железа без особенностей.
Дайте заключение по данному ультразвуковому исследованию.

Задача 3.

Пациентка, 25 лет. Жалобы на боли в левой молочной железе, повышение температуры тела до фебрильных цифр, гнойные выделения из соска. При ультразвуковом исследовании выявлено: в обеих молочных железах преобладание железистой ткани, в правой молочной железе состояние протоков соответствует лактации. В левой молочной железе междольковые протоки расширены до 6 мм. На 8 часах, на глубине 11 мм, 1 см от соска определяется гипоэхогенная структура 12x10x13 мм, с неоднородным содержимым, с мелкодисперсной смещаемой взвесью повышенной эхогенности и гиперэхогенной утолщенной капсулой. Васкуляризация молочной железы усилена. Регионарные лимфоузлы 22x18x20 мм, 18x13x16 мм, 20x16x18 мм, с утолщением корковой части. Две недели назад преждевременные оперативные роды в 35-36 недель беременности. Ребенок находится в отделении реанимации и интенсивной терапии. Питание через зонд.
Дайте заключение по данному ультразвуковому

	<p>исследованию.</p> <p>Задача 4</p> <p>Пациентка 43 лет с жалобами на субфебрильную температуру в течении недели, болезненную припухлость в нижних отделах шеи, появившуюся три назад. Представлены эхограммы щитовидной железы. Опишите представленную эхограмму. Дайте заключение по данному ультразвуковому исследованию.</p> 	
<p>Б1. Б 9.5 Ультразвуковая диагностика заболеваний сердечнососудистой системы</p>	<p>Задача 1.</p> <p>У больного с лихорадкой неясного генеза при трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ) выявлен пролапс митрального клапана без нарушения его функции. При чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ) выявлен пролапс митрального клапана, створки клапана уплотнены, регистрируются низкоэхогенные мелкие (1 – 2 мм) подвижные линейные образования, фиксированные к предсердной поверхности створок митрального клапана. Функция клапана не изменена.</p> <p>Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.</p> <p>Задача 2.</p> <p>У больного 47 лет артериальное давление 200/ 100 мм рт ст., около 1 часа продолжался интенсивный ангинозный приступ за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство. На ЭКГ острой очаговой патологии не выявлено. При ЭХОКГ в М - режиме : гиперкинезия передних и задних сегментов левого желудочка, эктазия восходящего отдела аорты до 6 см, интактные аортальные клапаны, 3-х контурное изображение стенок аорты. При В - режиме по короткой и длинной осям - эктазия аорты до 5 см, 3-х контурное изображение восходящего отдела аорты, гиперэхогенное уплотнение и утолщение стенок аорты.</p> <p>Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования.</p> <p>Задача 3.</p> <p>У пациентки 12 лет выслушивается систолический шум во 2 -м межреберье слева. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки - гиперволемия малого круга кровообращения. ЭКГ -</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>

полная блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия правого желудочка и правого предсердия,
На ЭХОКГ - расширение правых отделов сердца, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки, высокоскоростной поток в стволе легочной артерии.

Сформулируйте заключение, основываясь на данных ультразвукового исследования

Задача 4.

Стресс - ЭХОКГ выполнена у больного через 1.5 года после операции 3 - АКШ : ПМЖА, ДВ, ЗМЖА. Выполнена нагрузка 25 Вт x 3 мин, 50 Вт x 3 мин, достигнута ЧСС 100 в мин, АД 210 / 110 мм рт ст.

Причина прекращения пробы - депрессия ST в V 5.6 на 1 мм, боль, артериальная гипертензия, появление зон асинергии.

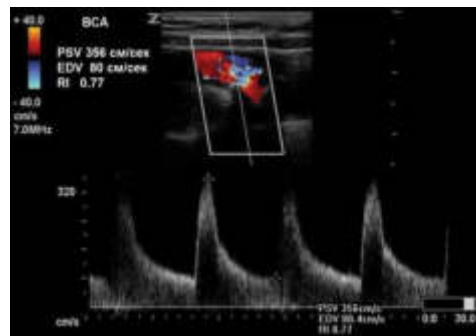
На ЭХОКГ : нормальная реакция на нагрузку передней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, появление асинергий в области задней, нижней, боковой стенок левого желудочка.

Сформулируйте заключение, основываясь на данных Стресс – ЭХОКГ.

Задача 5.

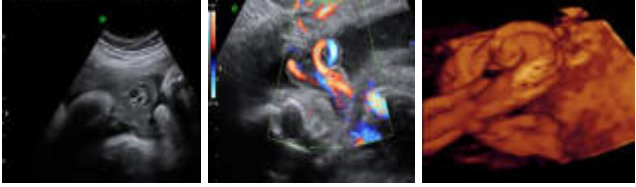

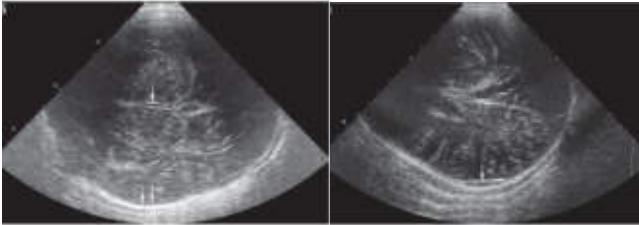
Больной 63лет, обратился с жалобами на периодические головные боли, кратковременные приступы головокружения и нарушение равновесия. Отмечает периодическое расстройство зрения. Данные симптомы отмечает в течении полугода. АД 140 мм/100мм рт.ст. ЭКГ – умеренная гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада правой ножки п.Гиса.

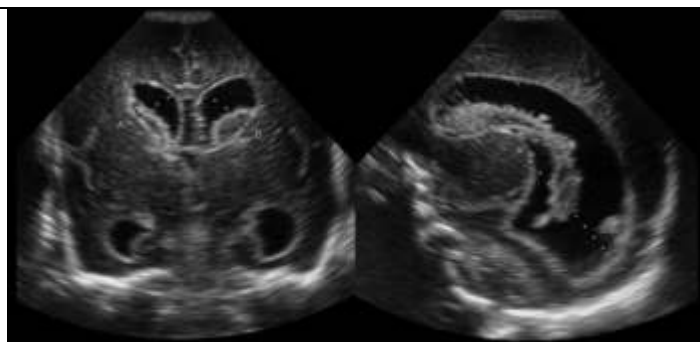
Выполнено ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов. Представлено триплексное сканирование левой внутренней сонной артерии: максимальный PCV 356 см/сек, | EDV 80 см/сек. Стеноз левой ВСА 50-69%.



Сформулируйте заключение, основываясь на данных триплексного ультразвукового исследования левой внутренней сонной артерии, представленной на

	эхограмме	
<p>Б1.Б 9.6 Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии.</p>	<p>Задача 1. Пациентка, 46 лет. В анамнезе 1 роды, 1 аборт. 7 день менструального цикла. Жалобы на резко болезненные, длительные и обильные менструации. При ультразвуковом исследовании выявлено: тело матки в обычном положении. Размеры матки 76x59x74 мм. Структура миометрия изменена: диффузно до наружного контура гипо и анэхогенные мелкие включения, диаметром 1,4 мм. По задней стенке, ближе к перешейку, сглаживая наружный контур тела матки, определяется гипоэхогенная ячеистая структура, неправильной формы с четким ровным контуром, без капсулы, диаметром 12x10 мм. М-эхо-13,5 мм. Эхоструктура эндометрия неоднородная, в средней трети визуализируется овоидная структура 10x4 мм, аваскулярная. Яичники без особенностей. Дайте заключение по данному ультразвуковому исследованию.</p> <p>Задача 2. Пациентка, 53 года. Менопауза 2 года. Жалобы на кровянистые выделения из половых путей в течении 1 месяца. При ультразвуковом исследовании выявлено: тело матки в обычном положении. Границы четкие. Контур ровные. Форма обычная. Размеры матки 58x44x52 мм. Структура миометрия однородная. М-эхо-20 мм. Контур неровный, нечеткий. Структура эндометрия неоднородная, с множеством анэхогенных и гипоэхогенных включений, 1,2 мм в диаметре. Васкуляризация усилена. Полость расширена до 6 мм, за счет неоднородного содержимого. Яичники без особенностей. Параметрии не инфильтрированы. Регионарные лимфоузлы не визуализируются. Дайте заключение по данному ультразвуковому исследованию.</p> <p>Задача 3 Пациентка, 21 год. Первая беременность. При проведении эхографии в сроке 21-22 недели беременности выявлено двустороннее увеличение почек у плода, отсутствие эхотени мочевого пузыря, маловодие. Дайте заключение по данному ультразвуковому исследованию.</p> <p>Задача 4 Пациентка, 26 лет. При проведении эхографии в сроке 28-29 недель беременности плод соответствует по фетометрии 24-25 недель. ОГ- 222 мм, ОЖ-196 мм.</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>

	<p>Маловодие, амниотический индекс- 89 мм. Расширение большой цистерны- более 12 мм. Полость прозрачной перегородки не визуализируется, нет деления боковых желудочков в области передних рогов. Широко расставлены задние рога боковых желудочков. Интраорбитальный размер- 22 мм. Четырехкамерный срез сердца без особенностей. Дайте заключение по данному ультразвуковому исследованию.</p> <p>Задача 5 Беременная 37 недель беременности . При ультразвуковом исследовании выявлены изменения пуповины представленные на эхограммах в В-режиме, в режиме ЦДК и 4D-режиме (объемная эхография). Дайте заключение по данному ультразвуковому исследованию.</p> 	
<p>Б1.Б 9.7 Ультразвуковая диагностика в неонатологии</p>	<p>Задача 1. Ребенок, в возрасте 3 дней. Представлена нейросонограмма. Корональная (фронтальная) и левая сагиттальная проекции. Опишите представленные эхограммы. Дайте заключение по данным нейросонографии</p>  <p>Задача 2. Ребенок в возрасте 3мес. Представлены эхограммы нейросонографии (аксиальные сканы). Опишите представленные эхограммы. Дайте заключение по данным нейросонографии</p>  <p>Задача 3. Ребенок в возрасте 5 суток. Представлены эхограммы нейросонографии. Корональная и парасагитальная плоскости. Опишите представленные эхограммы. Дайте заключение по данным нейросонографии</p>	<p>УК-1-5, ПК-1-3, ОПК-1-6</p>



Задача 4

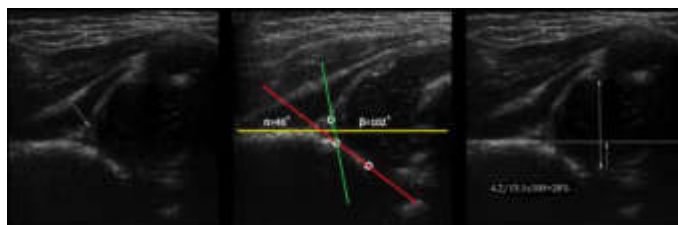
Ребенок в возрасте 23 дня. Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов. Представлена эхограмма тазобедренных суставов: угол $\alpha < 43^\circ$. Дайте заключение по данным ультразвукового исследования.



Задача 5.

Ребенок в возрасте 1мес. Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов. Представлена эхограмма тазобедренных суставов: угол $\alpha = 40^\circ$, угол $\beta = 102^\circ$, костное покрытие головки $< 28\%$.

Дайте заключение по данным ультразвукового исследования.



3. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К СОБЕСЕДОВАНИЮ

Раздел дисциплины	Перечень вопросов
<p>Б1.Б 9.1 Организация и совершенствование службы лучевой диагностики РФ. Физико-технические основы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Физико-технические основы УЗД: отражение ультразвука, коэффициент отражения. 2. Физико-технические основы УЗД: скорость распространения в среде ультразвуковых волн в зависимости от плотности, упругих свойств, температуры; распространение ультразвуковых колебаний. 3. Физико-технические основы УЗД: частота колебаний, длина волн. 4. Физико-технические основы: получение изображения в ультразвуковой диагностике. Режимы сканирования

<p>ультразвукового метода исследования, ультразвуковая диагностическая аппаратура. Современные методы ультразвуковой диагностики</p>	<p>5. Физико- технические основы УЗД: датчики, виды датчиков в ультразвуковой диагностике. 6. Понятие о контрастных методах УЗД. Способы контрастирования и их значение. 7. Физико- технические основы :доплерография – понятие, виды, задачи. 8. Физические основы доплерографии: доплеровский сдвиг. 9. Физико- технические основы : Характеристики доплеровских сигналов. 10. Физико- технические основы доплерографии : Цветовое и энергетическое картирование 11. Физико- технические основы: Тканевой доплер, конвергентное картирование 12. Физико- технические основы: режим соноэластографии</p>
<p>Б1. Б 9.2 Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости</p>	<p>13. Ультразвуковая анатомия печени. 14. Подготовка пациента к исследованию печени. Положение больного при проведении исследования печени. 15. Подготовка пациента к исследованию желчного пузыря. Определение моторной функции желчного пузыря.. 16. Ультразвуковая анатомия поджелудочной железы. 17. Подготовка больного к исследованию поджелудочной железы. Показания для УЗИ поджелудочной железы. 18. Особенности ультразвуковой диагностики печени, желчного пузыря и путей, и воротной вены имеются у детей. 19. Ультразвуковая диагностика очаговой патологии печени. Эхографическая картина печеночного абсцесса в острую и подострую фазы. 20. Роль УЗИ в диагностике очаговой патологии печени. Эхографическая картина метастатического поражения. 21. Ультразвуковая диагностика очагового поражения печени. Эхографическая картина гепато- и холангиоцеллюлярного рака. Признаки инвазивного роста опухоли. Оценка прорастания сосудов и поражения лимфатических узлов. 22. Ультразвуковая диагностика очагового поражения печени. Эхографическая картина кисты печени. 23. Ультразвуковая методика исследования селезенки. Ультразвуковое изображение в норме. Определение размеров. 24. Ультразвуковая диагностика аномалий развития селезенки. Дифференциальная диагностика 25. Ультразвуковая диагностика диффузных изменений паренхимы селезенки. 26. Ультразвуковая диагностика очаговых изменений паренхимы селезенки 27. Ультразвуковая диагностика травматических поражений селезенки 28. Ультразвуковая диагностика инфарктов селезенки 29. Ультразвуковая диагностика абсцессов селезенки</p>
<p>Б1. Б 9.3 Ультразвуковая диагностика в уронефрологии</p>	<p>30. Ультразвуковое исследование почек. Выявление обструктивной уропатии. 31. УЗ-исследование почек: выявление мочекаменной болезни. 32. Ультразвуковая диагностика острого пиелонефрита 33. Ультразвуковая диагностика осложнений острого</p>

	<p>пиелонефрита .</p> <p>34. Ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей мочевого пузыря</p> <p>35. Ультразвуковая диагностика рака предстательной железы.</p> <p>36. Ультразвуковая диагностика ДППЖ</p> <p>37. Ультразвуковая диагностика гидронефротической трансформации.</p> <p>38. Ультразвуковая диагностика нефролитиаза. Дифференциальная диагностика</p> <p>39. Ультразвуковая диагностика варикоцеле</p> <p>40. Ультразвуковая диагностика опухолей надпочечников</p> <p>41. Ультразвуковая диагностика феохромоцитомы</p> <p>42. Зональное строение предстательной железы</p> <p>43. Ультразвуковая диагностика острого простатита и его осложнений</p>
<p>Б1.Б 9.4 Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур.</p>	<p>44. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей щитовидной железы</p> <p>45. Ультразвуковая диагностика рака молочной железы</p> <p>46. Ультразвуковая диагностика дисгормональной молочной железы.</p> <p>47. Ультразвуковая диагностика фиброзно-кистозной болезни.</p> <p>48. Ультразвуковая диагностика острого мастита. Дифференциальная диагностика</p> <p>49. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей молочной железы.</p> <p>50. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей молочной железы.</p> <p>51. Новые технологии в ультразвуковой маммографии (соноэластография)</p> <p>52. Ультразвуковая диагностика при имплантах молочных желез и их осложнений.</p> <p>53. Категоризация злокачественности процессов в молочной железе по международной системе BI-RADS</p> <p>54. Комплексная лучевая диагностика заболеваний молочных желез. Скрининг рака молочных желез.</p>
<p>Б1.Б 9.5 Ультразвуковая диагностика заболеваний сердечнососудистой системы</p>	<p>55. Ультразвуковая диагностика недостаточности аортального клапана.</p> <p>56. Ультразвуковая диагностика стеноза митрального клапана.</p> <p>57. Ультразвуковая диагностика недостаточности митрального клапана.</p> <p>58. Критерии диагностики митральной регургитации. Эхокардиографические признаки митральной регургитации.</p> <p>59. Ультразвуковая диагностика недостаточности трикуспидального клапана.</p> <p>60. Ультразвуковая диагностика стеноза трикуспидального клапана.</p> <p>61. Ультразвуковая диагностика стеноза клапана легочной артерии.</p> <p>62. Ультразвуковая диагностика недостаточности клапана легочной артерии.</p> <p>63. Ультразвуковая диагностика дилатационных кардиомиопатий.</p> <p>64. Ультразвуковая диагностика гипертрофических кардиомиопатий.</p> <p>65. Ультразвуковая диагностика рестриктивной кардиомиопатии.</p>

	<p>66. Возможности эхокардиографии в диагностике инфекционного эндокардита.</p> <p>67. Ультразвуковая диагностика экссудативного перикардита.</p> <p>68. Эхокардиографические признаки тампонады сердца.</p> <p>69. Эхокардиографические признаки констриктивного перикардита.</p> <p>70. Ультразвуковая диагностика адгезивного перикардита.</p> <p>71. Констриктивный перикардит, тампонада сердца, киста перикарда, врожденное отсутствие перикарда</p> <p>72. Варианты стенокардии и инфаркта миокарда и их ультразвуковая диагностика.</p> <p>73. Осложнения инфаркта миокарда и их ультразвуковая диагностика.</p> <p>74. Инфаркт миокарда правого желудочка и его ультразвуковая диагностика.</p> <p>75. Ультразвуковая диагностика аневризмы грудной аорты.</p> <p>76. Количественные доплеросонографические параметры артериального кровотока</p> <p>77. Качественная оценка доплеровского спектра</p> <p>78. Ультразвуковое исследование артерий, питающих мозг: выявление и оценка степени стенозов ВС.</p> <p>79. Исследование артерий, питающих мозг: выявление нарушений виллизиева круга, аневризм, мальформаций.</p> <p>80. Что такое синдром гемодинамического обкрадывания? Какой тип кровотока при этом определяет при дуплексном сканировании?</p> <p>81. Ультразвуковая диагностика заболеваний магистральных артерий верхних и нижних конечностей в различных режимах сканирования: атеросклероз, аневризмы.</p> <p>82. Ультразвуковая диагностика заболеваний магистральных артерий верхних и нижних конечностей в различных режимах сканирования: артериовенозные шунты, травматическое повреждение, аномалии развития и хода артерий.</p> <p>83. Дуплексное исследование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий</p> <p>84. Нормальная анатомия экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий.</p> <p>85. Ультразвуковое исследование сонных артерий</p> <p>86. Ультразвуковое исследование позвоночных артерий</p> <p>87. Какие нагрузочные тесты применяют при УЗ-исследовании сосудов мозга и как они трактуются?</p> <p>88. Как определяется внутричерепной и внекраниальный венозный кровоток при УЗИ?</p> <p>89. Нормальная анатомия артериальной системы нижних конечностей. Исследование артерий нижних конечностей</p> <p>90. Диагностика заболеваний артерий нижних конечностей Схема ультразвукового исследования вен. Анатомическая номенклатура вен. Поверхностные вены. Бассейн большой подкожной вены. Бассейн малой подкожной вены. «Внесафенные» вены. Глубокая (мышечная фасция). Перфорантные вены. Глубокие вены</p>
<p>Б1.Б 9.6 Ультразвуковая диагностика в</p>	<p>91. Ультразвуковая диагностика гинекологических заболеваний: методы трансабдоминальный и трансвагинальный. Показания, подготовка, укладка пациентки</p>

**акушерстве и
гинекологии.**

92. Трансвагинальное исследование. Показание к проведению исследования. Методика исследования.
93. Анатомия и ультразвуковая анатомия матки, яичников, маточных труб
94. Ультразвуковая диагностика аномалии развития матки.
95. Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний матки.
96. Ультразвуковая диагностика заболеваний эндометрия.
97. Ультразвуковая диагностика заболеваний миометрия. Неопухолевые заболевания миометрия.
98. Ультразвуковая диагностика заболеваний доброкачественных опухолевых заболеваний миометрия.
99. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолевых заболеваний миометрия. Ультразвуковая диагностика распространённости опухолевого процесса.
100. Допплерография при заболеваниях матки.
101. Ультразвуковая диагностика заболеваний неопухолевых заболеваний яичников.
102. Ультразвуковая диагностика поликистоза.
103. Ультразвуковая диагностика сальпингофорита, тубовариального абсцесса.
104. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей яичников.
105. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей яичников.
106. Допплерография при поражениях яичников.
107. Ультразвуковая диагностика заболеваний маточных труб
108. Контрастная эхогистеросальпингография.
109. Ультразвуковая диагностика неопухолевых заболеваний маточных труб: сальпингит, абсцесс, трубная беременность.
110. Роль УЗИ в диагностике эктопической беременности. Состояния, способные имитировать клинические проявления эктопической беременности.
111. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус MUSA.
112. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус IETA.
113. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус IOTA.
114. Стандартизация протоколов ультразвуковых исследований в гинекологии. Международный Консенсус IDEA.
115. Ультразвуковая диагностика врождённых пороков развития в конце 1-го триместра беременности.
116. Ультразвуковая диагностика осложнений в 1-м триместре беременности.
117. Ультразвуковая диагностика пороков развития центральной нервной системы.
118. Ультразвуковая диагностика пороков развития позвоночника.
119. Ультразвуковая диагностика пороков развития лица и шеи.
120. Ультразвуковая диагностика пороков развития сердечнососудистой системы.
121. Ультразвуковая диагностика пороков развития органов дыхания.
122. Ультразвуковая диагностика пороков развития желудочно-кишечного тракта.
123. Ультразвуковая диагностика пороков развития органов брюшной

	<p>полости и передней брюшной стенки.</p> <p>124.Ультразвуковая диагностика пороков развития мочеполовой системы.</p> <p>125.Ультразвуковая диагностика скелетных дисплазии.</p> <p>126. Эхографические маркёры хромосомных aberrаций.</p>
<p>Б1.Б 9.7 Ультразвуковая диагностика в неонатологии</p>	<p>127.Методика выполнения стандартных доступов для ультразвукового исследования перинатальной патологии головного мозга (стандартные доступы: транскраниальный, чрезродничковый, транстемпоральный и трансокципитальный)</p> <p>128.Ультразвуковая диагностика инфекционных поражений головного мозга</p> <p>129.Ультразвуковая диагностика арахноидальных кист</p> <p>130.Ультразвуковая диагностика пороков развития головного мозга</p> <p>131.Ультразвуковая диагностика гидроцефалии</p> <p>132.Дуплексное сканирование сосудов головного мозга и внутренних органов новорожденного</p> <p>133.Ультразвуковая диагностика врожденных аномалий строения сосудов головного мозга</p> <p>134.Ультразвуковая диагностика окклюзии вен и синусов головного мозга</p> <p>135.Ультразвуковая диагностика нарушения регуляции тонуса сосудов головного мозга</p> <p>136.Ультразвуковая диагностика врожденных аномалий сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства</p> <p>137.Основные ошибки при ультразвуковом исследовании тазобедренных суставов у новорожденных</p> <p>138.Функциональные пробы под контролем ультразвуковой навигации для выявления дисплазии тазобедренных суставов у новорожденных</p> <p>139. Оценка кровотока при УЗИ в тазобедренном суставе новорожденных для дифференциальной диагностики дисплазии тазобедренных суставов</p>

11.2 ПРИЛОЖЕНИЕ 2

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Раздел дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации»	Объем СР
Б1.Б 9.1	Организация и совершенствование службы лучевой диагностики РФ. Физико-технические основы ультразвукового метода исследования, ультразвуковая диагностическая аппаратура. Современные методы ультразвуковой диагностики	6

Б1.Б 9.2	Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости	8
Б1.Б 9.3	Ультразвуковая диагностика в уронефрологии	8
Б1.Б 9.4	Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур.	8
Б1.Б 9.5	Ультразвуковая диагностика заболеваний сердечнососудистой системы	8
Б1.Б 9.6	Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии.	8
Б1.Б 9.7	Ультразвуковая диагностика в неонатологии	8

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ:

Раздел дисциплины	Темы рефератов
Б1.Б 9.1 Организация и совершенствование службы лучевой диагностики РФ. Физико-технические основы ультразвукового метода исследования, ультразвуковая диагностическая аппаратура. Современные методы ультразвуковой диагностики	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные характеристики ультразвуковых сканеров 2. Оценка скорости движения по доплеровскому сдвигу частот. 3. Вопросы безопасности ультразвуковых исследований. 4. Применение эхоконтрастных препаратов в ультразвуковой диагностике. 5. Дренирование полостей под контролем ультразвука. Определение показаний 6. Оборудование для проведения диагностических манипуляций под контролем ультразвука. 7. Диагностические манипуляции под контролем ультразвука. Показания и противопоказания.
Б1.Б 9.2 Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей печени 2. Ультразвуковая диагностика диффузных заболеваний печени (жировая дистрофия, острый гепатит, хронический гепатит, цирроз печени, кардиальный фиброз печени) 3. Ультразвуковая диагностика неопухолевых очаговых поражений печени (эхинококкоз, кисты, поликистоз, абсцесс, инфаркт, травма печени) 4. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей печени 5. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей желчного пузыря и желчевыводящих протоков. 6. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей и гиперпластических процессов в желчном пузыре (полипоз,

	<p>холестериновые, аденоматозные полипы, аденомиоматоз).</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Ультразвуковая анатомия желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкого и толстого кишечника и прямой кишки. 8. Ультразвуковая диагностика толсто кишечной непроходимости 9. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, определение степени распространенности опухолевого процесса, диагностика рецидивов и состояния регионарной лимфатической системы 10. Ультразвуковая диагностика абсцессов забрюшинного пространства 11. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей селезенки (гемангиома, лимфангиома). 12. Ультразвуковая диагностика злокачественных опухолей селезенки (саркома, метастатическое поражение), изменения со стороны селезенки при гематологических заболеваниях. 13. Ультразвуковая диагностика паразитарных заболеваний селезенки
<p>Б1.Б 9.3 Ультразвуковая диагностика в уронефрологии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика мочекаменной болезни (осложнения мочекаменной болезни, дифференциальная диагностика наиболее часто встречающихся экзопозитивных структур в почках). 2. Ультразвуковая диагностика распространенности опухолевого процесса при новообразованиях почки (изменения со стороны лимфатических узлов, почечной и нижней полой вен, близкорасположенных органов и тканей, локализация отдаленных метастазов) 3. Ультразвуковая диагностика кист придатка и семенного канатика Ультразвуковое исследование предстательной железы, семенных пузырьков и простатической части уретры. 4. Ультразвуковая диагностика травм органов мошонки. 5. Ультразвуковая характеристика клинических стадий аденомы предстательной железы. 6. Ультразвуковое исследование при urgentных состояниях почек и мочевыделительной системы 7. Ультразвуковая диагностика гидронефроза и других ретенционных изменений почек и мочеточников
<p>Б1.Б 9.4 Ультразвуковая диагностика поверхностно расположенных структур.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплексное ультразвуковое исследование в диагностике заболеваний молочной железы 2. Ультразвуковая диагностика специфических воспалений молочных желез. Туберкулез. Сифилис. Актиномикоз. 3. Ультразвуковое исследование оперированной молочной железы: после органосохраняющих операций, при наличии имплантата 4. Ультразвуковая диагностика меланомы, гемангиомы кожи. 5. Ультразвуковая диагностика склеродермии. 6. Ультразвуковая анатомия кожи. Ультразвуковая анатомия мышц.
<p>Б1.Б 9.5 Ультразвуковая диагностика сердечнососудистой системы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эхокардиография правого желудочка и правого предсердия (объем, дилатация и ее степени) 2. Эхография заболеваний левого желудочка (дилатационная, гипертрофическая кардиомиопатии, инфаркт миокарда, аневризмы)

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Аортальный стеноз, классификация по степени открытия и по градиенту давления на аортальном клапане 4. Параметры количественной двухмерной эхокардиографии (конечный диастолический, конечный систолический объемы левого желудочка, масса миокарда левого желудочка, фракция выброса, ударный объем, минутный объем, сердечный индекс, скорость сокращения по окружности) 5. Варианты стенокардии и инфаркта миокарда и их ультразвуковая диагностика. 6. Оценка локальной сократимости при эхокардиографическом исследовании. 7. Ультразвуковая диагностика опухолей сердца. 8. Возможности эхокардиографии в диагностике инфекционного эндокардита. 9. Расслаивающая аневризма аорты (РАА) и ее ультразвуковая диагностика. 10. Ультразвуковая диагностика аневризмы брюшного отдела аорты. 11. Новые ультразвуковые технологии в ангиологии. Ультразвуковая компрессионная эластография. 12. Особенности ультразвуковой диагностики позвоночных артерий. 13. Ультразвуковая диагностика вариантной анатомии и аномалий развития брахиоцефальных сосудов. 14. Современные возможности ультразвуковой диагностики интракраниальных сосудов.
<p>Б1.Б 9.6 Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика аномалий развития матки (аплазия, удвоение, двурогая, седловидная, однорогая, перегородка матки, инфантильная матка и гипоплазия матки). 2. Ультразвуковая диагностика заболеваний эндометрия (эндометриты, гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия, рак эндометрия). 3. Ультразвуковая диагностика патологии беременности. Неразвивающаяся беременность. Угрожающий аборт. Неполный и полный аборт 4. Ультразвуковая диагностика пузырного заноса 5. Доплерография в дифференциальной диагностике доброкачественности и злокачественности опухолей матки. 6. Особенности ультразвуковой диагностики миомы матки при ее дегенеративных изменениях. 7. Особенности ультразвуковой диагностики аномалий развития внутренних половых органов у женщин. 8. Методика измерения воротникового пространства и косточек носа плода в 11-14 недель беременности 9. Ультразвуковой скрининг 1 триместра беременности. ВПР плода, выявляемые в 1 триместре беременности 10. Ультразвуковой скрининг во 2 и 3 триместрах беременности. Оценка четырехкамерного среза сердца. Аномальный четырехкамерный срез: основные нозологические формы пороков сердца. 11. Ультразвуковой скрининг во 2 и 3 триместрах беременности. Оценка среза через 3 сосуда и трахею. Аномальный срез через 3 сосуда и трахею: основные нозологические формы пороков сердца.

	12. УЗ-скрининг во 2 и 3 триместрах беременности (цели, сроки проведения, протокол УЗ-исследования). Фетометрия во 2-3 триместрах беременности. УЗ-маркеры хромосомной патологии плода.
Б1.Б 9.1 Ультразвуковая диагностика в неонатологии	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика внутричерепных кровоизлияний у новорожденных. 2. Ультразвуковая диагностика гипоксически-ишемических поражений головного мозга у новорожденных. 3. Ультразвуковая диагностика пороков развития головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста. 4. Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний головного мозга в постнатальном периоде. 5. Ультразвуковая диагностика пренатальных инфекционных поражений головного мозга в постнатальном периоде

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«ОСНОВЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Контрольные задания для проведения итогового контроля:

1. Наука. Признаки, специфические черты науки.
2. Методология. Критерии научности знания.
3. Научное познание. Принципы научного познания.
4. Культура и мастерство исследователя.
5. Особенности индивидуальной и коллективной научной деятельности.
6. Понятие научного факта. Научный факт в научном исследовании.
7. Методологический аппарат исследования (актуальность, тема, проблема научного исследования).
8. Научная этика. Основные принципы научной этики.
9. Исторический и логический методы научного исследования.
10. Методология как система знаний и как деятельность.
11. Гипотеза и защищаемые положения научного исследования.
12. Понятийный аппарат научного исследования.
13. Структура процесса изложения результатов исследования.
14. Фаза проектирования научного исследования (стадии, этапы).
15. Технологическая фаза научного исследования (стадии, этапы).
16. Стадия конструирования и технологической подготовки научного исследования.

17. Устное представление научной информации (виды, формы, правила, подготовка).
18. Стадия оформления результатов исследования (этапы апробации и оформления результатов).
19. Критерии оценки достоверности результатов теоретического исследования (основные признаки).
20. Критерии оценки достоверности результатов эмпирического исследования (основные признаки).
21. Стадия проведения исследования (теоретические и эмпирический этапы).
22. Гипотеза и ее роль в научном познании.
23. Информационное обеспечение научных исследований (классификация источников, поиск и отбор информации, работа с источниками, схема формирования записей).
24. Рефлексивная фаза научного исследования (самооценка, научная рефлексия).
25. Роль эксперимента в научном познании (цель, виды, методика проведения, структура).
26. Оформление результатов научного исследования.
27. Изложение результатов аналитической и исследовательской работы.
28. Теоретические методы исследования.
29. Определение понятия «исследование». Приведите примеры общенаучных методов исследования.
30. Рандомизация: определение, основная цель, способы в современных РКИ.
31. Методы теоретических и эмпирических исследований.
32. Виды и этапы научных исследований.
33. Графическая обработка результатов.
34. Оценка экономической эффективности научной работы
35. Принципы формирования объекта и предмета исследования в научной работе.
36. Характеристика и содержание этапов исследования.
37. Патентные исследования.

Тестовые задания:

1. Научное исследование

- а) процесс изучения, эксперимента, концептуализации и проверки теории, связанный с получением научных знаний.
- б) организация экспериментальной деятельности в рамках педагогического процесса;
- в) анализ и обобщение педагогической теории и практики.

2. Критериями качества научного исследования являются:

- а) актуальность;
- б) новизна;
- в) количество применяемых методов в рамках исследования;
- г) теоретическая и практическая значимость;
- д) уровни апробации исследования.

3. Объект исследования это:

- а) та часть объективной реальности, практики или научного знания (если исследование теоретическое), с которой исследователь имеет дело.
- б) тот аспект, та точка зрения, с которой исследователь познает целостный объект, выделяя при этом главные, наиболее существенные (с точки зрения исследователя) признаки объекта.

4. Предмет исследования это:

- а) конкретная часть объекта, которая будет подробно изучаться в процессе исследования;
- б) какое-либо практическое или теоретическое отношение, содержащее в себе противоречие.

5. Теоретическая значимость исследования это:

- а) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;
- б) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и Т.д.)
- в) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий.

6. Научная новизна

- а) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и Т.д.)
- б) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;
- в) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий.

7. Практическая значимость

- а) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;
- б) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий;
- в) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и т.д.).

8. Гипотеза это:

- а) сформулированное противоречие между состоянием действительности и ее теоретическим представлением;
- б) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий;
- в) положение, выдвигаемое в качестве предварительного, условного объяснения некоторого явления или группы явлений; предположение о существовании некоторого явления.

9. Проблема исследования

- а) сформулированное противоречие между состоянием действительности и ее теоретическим представлением;
- б) положение, выдвигаемое в качестве предварительного, условного объяснения некоторого явления или группы явлений; предположение о существовании некоторого явления.

10. Апробация исследования:

- а) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и Т.д.)
- б) критическая оценка со стороны научного сообщества научных исследований соискателя.

11. Наука-это:

- 1) определенная проекция на мир, высвечивающая области, представляющие интерес для ученых в данный момент;
- 2) совокупность знаний и деятельность по производству этих знаний;
- 3) сфера человеческой деятельности, которая организует построение знания в конкретных науках.

12. Что НЕ является средством научного познания:

материальные (приборы);

- 1) математические;
- 2) практические;
- 3) логические;

13. Что из перечисленного НЕ относится к эмпирическим методам исследования:

- 1) наблюдение;
- 2) измерение;
- 3) конкретизация;
- 4) опрос;
- 5) тестирование;

14. Что из перечисленного НЕ относится к теоретическим методам исследования:

- 1) выявление и разрешение противоречий;
- 2) постановка проблемы;
- 3) опрос;
- 4) построение гипотезы;
- 5) сравнение

15. Индекс цитирования - это:

- 1) принятая в научном мире мера «значимости» трудов какого-либо ученого;
- 2) международное признание и публикационная активность ученых, научных работников;

16. Импакт-фактор научного журнала:

- 1) формальный численный показатель важности научного журнала.
- 2) наукометрический показатель, альтернатива индекса цитирования.

17. Индекс Хирша:

- 1) международное признание и публикационная активность ученых, научных работников;
- 2) наукометрический показатель, альтернатива индекса цитирования.

18. Что не относится к принципам научной этики:

- 1) Объективность.
- 2) Честность.
- 3) Непротиворечив.
- 4) Терпимость.
- 5) Сомнение в достоверности.

19. Научное познание это:

- 1) вид познавательной деятельности, направленный на выработку новых, систематизированных, объективных знаний;
- 2) критическая оценка со стороны научного сообщества результатов научных исследований.

20. Принцип детерминизма в научном познании заключается в следующем:

- 1) наличие разнообразных объективно существующих форм взаимосвязи явлений;
- 2) теории, справедливость которых экспериментально установлена для той или иной области явлений, с появлением новых, более общих теорий не отбрасываются как нечто ложное;
- 3) воспроизведение целостности явления требует применения в познании взаимоисключающих «дополнительных» классов понятий.

Оценка качества освоения программы

Оценка качества освоения программ ординатуры обучающимися включает текущий контроль успеваемости, промежуточную аттестацию обучающихся и государственную итоговую аттестацию.

Текущий контроль успеваемости - контроль знаний обучающихся в процессе

освоения дисциплины.

Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:

Тестирование.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: Удовлетворительно (3)	% выполнения задания 61 - 75
Хорошо (4)	76 - 90
Отлично (5)	91 - 100

Решение ситуационных задач (ЗС) - разработка проекта исследования на основании исходно предлагаемых данных.

Примеры оценочных средств

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Примеры оценочных средств (ФОС)	Оцениваемые компетенции
ФТД.4	Основы доказательности исследований. Этические аспекты научных исследований. Надлежащая научная практика	Проект №1 Произвести поиск статьи, описывающий клиническое исследование по направлению «ультразвуковая диагностика», «лучевая диагностика». Провести оценку качества статьи в соответствии с требованиями доказательной медицины. Проект №2 Разработка протокола исследования по направлению «ультразвуковая диагностика»: - Разработать дизайн исследования, - Провести расчёт размера необходимой выборки для разработанного исследования, - Разработать форму информированного согласия к планируемому исследованию. Проект №3 Провести поиск научной информации по использованию методов лучевой и лабораторной диагностики, для решения конкретной научной задачи. Проект №4 Решить ситуационную задачу по выбору инструментальных методов и обеспечения техники безопасности,	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК2,4,5 ПК-1

		<p>исходя из наличных ресурсов для выполнения цели научного исследования.</p> <p>Проект №5 Как организовать сбор материала (клинического) для решения задач исследования.</p> <p>Проект №6 Обобщите и составьте план интерпретации (анализа) инструментальных, при необходимости лабораторных данных по профилю выполняемой научной работы.</p> <p>Проект №7 Определите возможности и перспективы применения современных инструментальных методов по теме научно-квалификационной работы</p> <p>Ситуационная задача: Сформулировать в поисковой системе PubMed вопрос по ультразвуковой и рентгенологической оценке синдрома Дресслера при инфаркте миокарда.</p> <p>Ситуационная задача: Провести поиск информации по Методам диагностики поликистозной болезни почек инфантильного типа (Поттер I).</p> <p>Ситуационная задача: Обобщить ответ на вопрос малигнизация папиллярной серозной кисты, выявленная методом ультразвуковой диагностики.</p> <p>Ситуационная задача: Провести поиск информации по по малигнизация папиллярной серозной кисты и методах диагностики.</p>	
ФТД.4	Основы анализа научных исследований.	<p>Проект №8 Разработать структуру базы данных по планируемому исследованию.</p> <p>Проект №9 Составить план статистического анализа результатов исследования.</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК2,4,5, ПК1
ФТД.4	Правила публикации результатов научных	Проект №10 Разработать тезисы для подачи к публикации в ВАК-рецензируемом	УК-1, УК-2, УК-3

	исследований	издании, оформить в соответствии с требованиями издания к авторам. Проект №11 Решить ситуационную задачу по правилам оформления библиографического списка литературы в научно-исследовательской работе в соответствии с действующими правилами библиографии.	
ФТД.4	Поиск источников финансирования и написание заявки на грант	-	

Прием зачетов проводится на последнем занятии раздела дисциплины, в котором предусмотрена данная форма контроля успеваемости. Сроки зачетов устанавливаются расписанием. Зачеты принимают преподаватели, руководившие семинарами по данной дисциплине. Форма и порядок проведения зачета с оценкой представляет собой оценку за тестовый контроль. Результаты зачетов заносятся в зачетную ведомость.

Критерии оценки проекта (решения ситуационной задачи):

«Отлично»:

- тема раскрыта в полной мере, материал свидетельствует о глубоком понимании ординатором рассматриваемых вопросов;
- дано теоретическое обоснование актуальности темы и степени ее разработанности.
- содержит анализ научной литературы по теме планируемого исследования;
- на основании изученной научной и нормативно-законодательной литературы описано применение конкретных частных методик в здравоохранении и сделаны выводы по эффективности их использования на практике;
- изложение материала проекта отличается логической последовательностью.

«Хорошо»:

- тема проекта раскрыта, и материал свидетельствует о понимании ординатором рассматриваемых вопросов;

- дано теоретическое обоснование актуальности темы и степени ее разработанности;
- содержит анализ научной литературы по теме планируемого клинического исследования;
- на основании изученной научной и нормативно-законодательной литературы недостаточно описано применение конкретных частных методик в здравоохранении;
- изложение материала работы отличается логической последовательностью.

«Удовлетворительно»:

- тема проекта частично раскрыта, и материал в основном свидетельствует о понимании ординаторов рассматриваемых вопросов;
- дано теоретическое обоснование актуальности темы и степени ее разработанности;
- содержит ограниченный анализ научной литературы по теме планируемого клинического исследования;
- на основании изученной научной и нормативно-законодательной литературы недостаточно описано применение конкретных частных методик в здравоохранении;
- изложение материала работы представлено с нарушением логической последовательности;

«Неудовлетворительно»:

- тема курсовой работы не раскрыта, и представленный материал свидетельствует о непонимании ординаторов рассматриваемых вопросов;
- работа содержит существенные теоретико-методологические ошибки и поверхностное изложение обоснования актуальности темы и степени ее разработанности;
- какая-либо часть, или весь текст работы скомпилирован из фрагментов работ других авторов;
- в работе выполнен поверхностный анализ научной литературы по теме планируемого клинического исследования;

- на основании изученной научной и нормативно-законодательной литературы недостаточно описано применение конкретных частных методик в здравоохранении;
- изложение материала работы представлено с нарушением логической последовательности.

11. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

***Б 1. В.ДВ.1.1.
«Ультразвуковая
легких и плевры»***

1. Физические принципы ультразвукового метода исследования и механизмы биологического действия ультразвука.
2. Особенности аппаратуры, используемой для проведения ультразвуковых исследований.
3. Документы, регламентирующие учет и отчетность лечебно-профилактической организации, отделений ультразвуковой диагностики.
4. Законодательство Российской Федерации и основные нормативные акты и директивные документы, определяющие организацию медицинской помощи и управление деятельностью отделений ультразвуковой диагностики.
5. Порядок организации медицинских осмотров и диспансеризации пациентов различных возрастных групп, а также диспансерного наблюдения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
6. Укладка больного и плоскости сканирования при ультразвуковом исследовании легких и плевры. Технология ультразвукового исследования легких и плевры.
7. Принципы оценки и стандартный протокол ультразвукового исследования лёгких и плевры.
8. Особенности ультразвуковой анатомии легких и плевры.
9. Топографическая анатомии и физиологии неизменённых лёгких и плевры, ультразвуковой анатомии лёгких и плевры для повышения качества ультразвукового исследования, в том числе у пациентов, заболевших и/или с подозрением на заболевание коронавирусной инфекцией.
10. Ультразвуковые признаки патологических изменений при наиболее распространенных заболеваниях легких и плевры.
11. Ультразвуковая диагностика пневмоний.
12. Ультразвуковая диагностика интерстициальных изменений в легких.
13. Ультразвуковая диагностика рака лёгкого.
14. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей лёгкого.
15. Ультразвуковые признаки патологических изменений при наиболее распространенных заболеваниях легких и плевры у больных коронавирусной инфекцией.
16. Ультразвуковые признаки гематорокса.
17. Ультразвуковые признаки отёка лёгких.
18. Ультразвуковые признаки пневмоторакса.
19. Ультразвуковая диагностика лёгких и плевры у больных коронавирусной инфекцией COVID-19.
20. Роль УЗД в диспансерном наблюдении за больными, перенесшими коронавирусную инфекцию COVID-19, в том числе с вовлечением легких и плевры.

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><i>Б 1. В.ДВ.1.1. «Ультразвуковая диагностика патологии легких и плевры»</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Ультразвуковая диагностика пневмоний.2. Ультразвуковая диагностика интерстициальных изменений в легких.3. Ультразвуковая диагностика рака лёгкого.4. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей лёгкого.5. Ультразвуковые признаки патологических изменений при наиболее распространенных заболеваниях легких и плевры у больных коронавирусной инфекцией.6. Ультразвуковые признаки гематорокса.7. Ультразвуковые признаки отёка лёгких.8. Ультразвуковые признаки пневмоторакса.9. Ультразвуковая диагностика лёгких и плевры у больных коронавирусной инфекцией COVID-19.10. Ультразвуковые признаки объемного образования в легких.
---	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><i>Б 1. В.ДВ.1.1.1 Подготовка к проведению ультразвукового исследования лёгких и плевры</i></p>	<p>1. Какие способы рентгенологического исследования могут быть использованы при обследовании больных с заболеваниями легких?</p> <ol style="list-style-type: none">1 Рентгеноскопия, рентгенография.2 Флюорография.3 Томография.4 Бронхография. <p>5. Верно всё</p> <p>2. Какие способы лучевого исследования могут быть использованы при обследовании больных с заболеваниями легких?</p> <ol style="list-style-type: none">1 РНДИ.2 Ангиография.3 КТ.4 УЗИ. <p>5 Все верно</p> <p>3. При каких заболеваниях можно ожидать увеличения лимфатических узлов корня легкого?</p> <ol style="list-style-type: none">1 Туберкулез легкого. <p>2 Системное заболевание лимфатических узлов. 3 Рак легкого. 4 Острый бронхит.</p> <p>4. Перечислите мероприятия по подготовке больной к ультразвуковому исследованию легких</p> <ol style="list-style-type: none">1.Подготовки не требуется.2. Исследовать натощак.3.Исключить процедуры и лекарственную терапию
--	---

4. Применить бронхорасширяющие лекарства.

5. Как располагать датчик при узд легких.

1. При сканировании датчик УЗИ располагают на верхушечном сегменте легкого, переднем базальном и наружно-базальном сегментах (по заднеподмышечной линии).

2. При сканировании датчик УЗИ располагают в нижних сегментах легкого.

6. Какой датчик использовать при УЗД легких.

1. Низкочастотный конвексный датчик

2. Высокочастотный конвексный датчик

3. Низкочастотный и высокочастотный конвексные датчики в зависимости от задачи

7. Какой датчик использовать при УЗД легких подходит для пациентов с ожирением или отеками.

1. Низкочастотный конвексный датчик

2. Высокочастотный конвексный датчик

3. Низкочастотный и высокочастотный конвексные датчики в зависимости от задачи

8. Какой датчик использовать при УЗД легких для оценки небольшой глубины между двумя ребрами

1. Низкочастотный конвексный датчик

2. Высокочастотный конвексный датчик

3. Низкочастотный и высокочастотный конвексные датчики в зависимости от задачи

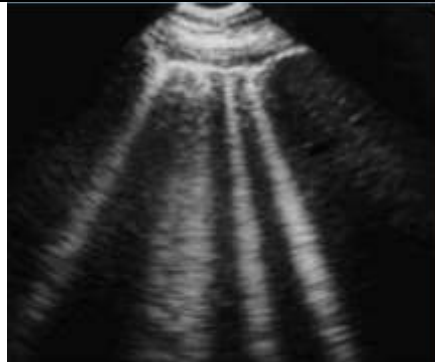
9. Назовите линии на эхограмме



1. А-линии

2. В линии

10. Назовите линии на эхограмме



1. А-линии
2. В линии

Б 1. В.ДВ.1.1.2
Ультразвуковая анатомия лёгких и плевры

11. Анатомия плевры (исключите неверный ответ)
 - 1.Париетальная плевра, pleura parietalis, срстается со стенками грудной полости.
 - 2.В ней имеются микроскопические отверстия, через которые серозная жидкость всасывается в лимфатические капилляры.
 - 3.Топографически подразделяется на 3 части:
 - 4.**Над верхушкой легкого париетальная плевра не образует купол плевры.**
12. Полость плевры, cavitas pleurae это:
 - 1.**Щелевидное пространство между двумя висцеральными, двумя париетальными листами**
 - 2.**Щелевидное пространство между висцеральным и париетальным листками плевры, содержащие минимальное количество серозной жидкости.**
 3. Объемное пространство с жидкостью между висцеральным и париетальным листками
13. Ткань неизменённого лёгкого не визуализируется ввиду того, что:
 - 1.**ультразвук не распространяется в воздухе;**
 - 2.отражается на границе межреберные мышцы – плевра;
 - 3.отражается на границе плевра – ткань лёгкого;
 - 4.затухает между листками плевры;
 - 5.затухает в ткани лёгкого.
14. Как проводится осмотр пациента на УЗИ:
 - 1.**В вертикальном и иногда в горизонтальном положении пациента, используя в качестве акустического окна межреберные промежутки, а также верхнюю и нижнюю апертуры грудной клетки, положение руки пациента на исследуемой стороне должно заключаться в заведении ее за голову, чтобы обеспечить расширение акустического окна при межреберном сканировании.**
 2. В любом положении
15. В каких плоскостях сканирования проводят УЗИ легких.
 - 1.**В продольной, поперечной и косой плоскостях сканирования.**

	<p>2. поперечной и косо́й плоскостях сканирования.</p> <p>3. В продольной, поперечной сканирования.</p> <p>16. Зоны исследования легочной ткани на УЗИ, 1. Размечают переднюю, боковую, заднюю области; дополнительно зоны разделяют на в/3, с/3, н/3:</p> <p>2. Различают 2 зоны</p> <p>3. Размечают переднюю, боковую, заднюю области;</p> <p>17. Определите локализацию передней зоны: 1. от грудины до передней подмышечной линии; 2. от передней до задней подмышечной линии; 3. от задней подмышечной до паравертебральной линии.</p> <p>18. Определите локализацию боковой зоны: 1. от грудины до передней подмышечной линии; 2. от передней до задней подмышечной линии; 3. от задней подмышечной до паравертебральной линии.</p> <p>19. Определите локализацию задней зоны: 1. от грудины до передней подмышечной линии; 2. от передней до задней подмышечной линии; 3. от задней подмышечной до паравертебральной линии. 4. Задняя зона в в/3 соответствует верхней доле, с/3 и н/3 — 6 и 10 сегменты нижней доли легкого.</p> <p>20. Определите локализацию соответствия задней зоны сегментам легкого при УЗД легкого. передней зоны: 1. Задняя зона в в/3 соответствует верхней доле, с/3 и н/3 — 6 и 10 сегменты нижней доли легкого. 2. Задняя зона в в/3 соответствует нижней доле, с/3 и н/3 верхней сегменты нижней доли легкого</p>
<p>Б 1. В.ДВ.1.1.3 Ультразвуковая диагностика заболеваний лёгких и плевры</p>	<p>21. Множественные артефакты хвоста кометы (В-линии) (три и более в одном межрёберном промежутке) у больного с одышкой характерны для: 1. рака лёгкого; 2. наличия диффузного интерстициального синдрома; 3. кисты; 4. туберкуломы; 5. инфаркта лёгкого.</p> <p>22. Ультразвуковая картина при подкожной эмфиземе: 1. Рассеивание ультразвуковых волн от пузырьков воздуха на уровне подкожно-жировой клетчатки и все изображение глубже нее представлено артефактами, неинформативными эхосигналами в виде сплошного мелкозернистого фона. 2. Пристеночная гиперэхогенная линия от поверхности воздушного легкого, но не имеет дыхательной подвижности, более яркая и</p>

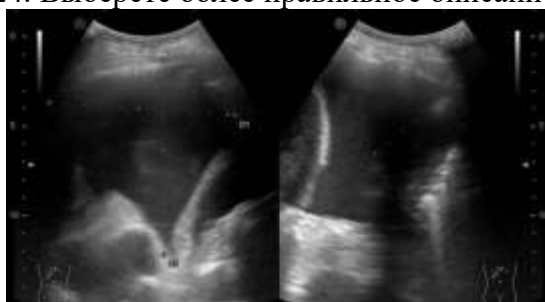
вызывает множественные реверберации «повторного эхо».

23. Эхокартина пневмоторакса:

1. Рассеивание ультразвуковых волн от пузырьков воздуха на уровне подкожно-жировой клетчатки и все изображение глубже нее представлено артефактами, неинформативными эхосигналами в виде сплошного мелкозернистого фона.

2. Пристеночная гиперэхогенная линия от поверхности воздушного легкого, но не имеет дыхательной подвижности, более яркая и вызывает множественные реверберации «повторного эхо».

24. Выберите более правильное описание эхограммы



1. Из субкостальной позиции справа визуализируется жидкость в плевральной полости справа

2. Из поперечной косой позиции справа визуализируется преимущественно анэхогенное пространство между висцеральной и париетальной плеврой, превышающее по толщине 30 мм, листки плевры дифференцируются. (Плевральный выпот).

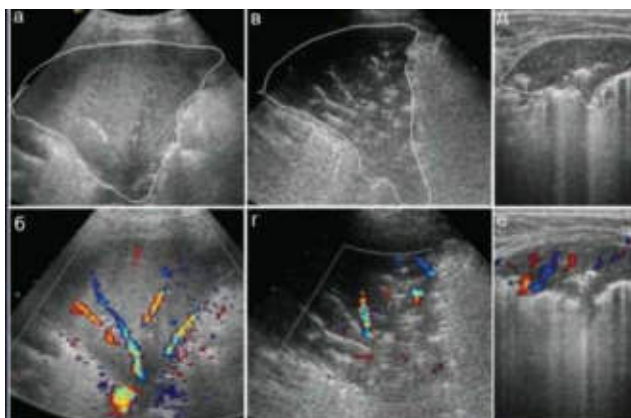
25. Сделайте заключение по эхограмме в В- режиме.



1. Гипоэхогенное образование с четкими волнистыми контурами, с дистальным псевдоусилением позади образования, визуализация гиперэхогенной линии поверхности легкого (периферическая форма рака легкого?)

2. Сolidное образование с неровными контурами (периферическая форма рака легкого?)

26. Опишите эхограмму.



1. Исследование проведено в В-режиме с использованием цветового доплеровского картирования. Визуализируются множественные В-линии, ткань легкого имеет гипозоногенный вид, напоминает ткань печени ("гепатизация" ткани легкого); признак неровной, "рваная" линия (shred sign), обогащение сосудистого рисунка.

2. Исследование проведено в В-режиме с использованием цветового доплеровского картирования. Визуализируются множественные В-линии, ткань легкого имеет гипозоногенный вид, напоминает ткань печени ("гепатизация" ткани легкого); обогащение сосудистого рисунка.

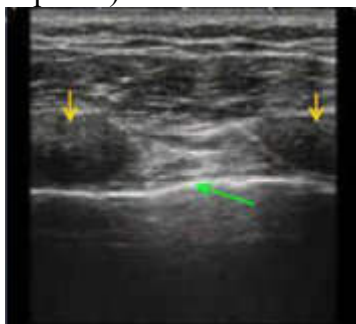
27. На чем базируется BLUE-протокол:

1. Все дыхательные изменения связаны с плевральной линией
2. Каждая форма респираторной недостаточности имеет свой признак

3. УЗД-экспресс тест

4. Нет лучевой нагрузки на пациента при исследовании

28. Назовите гиперэхогенную горизонтальную линию (большая стрелка):



1. Плевральная линия

2. Ребро

3. Артефакт

4. Ткань легкого

29. Перечислите признаки нормального легкого на сонограмме.



1. четко визуализируется париетальная и висцеральная плевра, А-линии

2. четко визуализируется париетальная и висцеральная плевра, необходимj для уточнения исследовать дыхательные движения (Lang sliding), А-линии

30. Назовите признак пневмоторакса на ультразвуковом исследовании легочной ткани в М-режиме.

1. Barcode (штрих код)

2. Seashore Sing (морской берег)

3 А линии

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

14.Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: Удовлетворительно (3)	% выполнения задания 61 – 75
Хорошо (4)	76 – 90
Отлично (5)	91 – 100

15.Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность
- четырем критериям Хорошо (4)	4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
- пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

16.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Онкология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	1-30	1-10	1-20
ПК	1	5-30	1-10	10-20
ОПК	4	5-30	1-10	1,10-20
	5	1-5,27	-	3,4,5
	6	24,25,26,30	6,7,9	17,19

12. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1. В.ДВ.1.1.1</i>	<i>Подготовка к проведению ультразвукового исследования лёгких и плевры</i>	4
<i>Б 1. В.ДВ.1.1.2</i>	<i>Ультразвуковая анатомия лёгких и плевры</i>	8
<i>Б 1. В.ДВ.1.1.3</i>	<i>Ультразвуковая диагностика заболеваний лёгких и плевры</i>	24

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><i>Б 1. В.ДВ.1.1</i> <i>«Ультразвуковая диагностика патологии легких и плевры»</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Принципы диагностики злокачественных опухолей легких и плевры. 2. Возможности выявления рака плевры в доклиническом периоде. 3. Ультразвуковые признаки патологических изменений при воспалительных заболеваниях легких и плевры. 4. Ультразвуковая диагностика пневмоний различной этиологии и локализации. 5. Ультразвуковая диагностика интерстициальных изменений в легких. Возможности метода. 6. Ультразвуковая диагностика рака лёгкого и динамическое наблюдения за образованием на фоне лечения. 7. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей лёгкого. Возможности метода. 8. Ультразвуковая диагностика пневмоторакса. 9. Ультразвуковая диагностика лёгких и плевры у больных коронавирусной инфекцией COVID-19. Сравнительная характеристика с иными методами лучевой диагностики. 10. Роль УЗД в диспансерном наблюдении за больными, перенесшими коронавирусную инфекцию COVID-19, в том числе с вовлечением легких и плевры. Данные эхокардиографии.
---	---

Перечень дискуссионных тем

<p><i>Б 1. В.ДВ.1.1</i> <i>«Ультразвуковая диагностика патологии легких и плевры»</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностическую точность УЗИ легких по сравнению с КТ грудной клетки в диагностике изменений легких при COVID-19. 2. Клинические ассоциации бессимптомного легочного застоя у пациентов по данным ультразвукового исследования.
---	---

Темы рефератов

<p>Б 1. В.ДВ.1.1 «Ультразвуковая диагностика патологии легких и плевры»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковая диагностика заболеваний легких, предшествующих и сопутствующих формированию бронхолегочной дисплазии 2. Ультразвуковое исследование легких и плевральных полостей при острой дыхательной недостаточности, вызванной пневмонией, у онкогематологических больных 3. Определение характера процесса: опухоль – не опухоль в легочной ткани при ультразвуковом исследовании 4. Выявление местной распространенности опухоли в легких при УЗД. 5. Выявление метастатического поражения лимфатических узлов и метастатического поражения отдаленных органов при опухоли в легких. 6. Малоинвазивные лечебные манипуляции под лучевым контролем при поражении плевры. 7. Рентген-ультразвуковые сопоставления и динамический эхографический контроль при пневмониях 8. Лучевая диагностика заболеваний легких и средостения, включающих патологию центральной части сердечно-сосудистой системы. 9. Профессиональные заболевания лёгких при УЗД. 10. BLUE-протокол, как современный метод экспресс-выявления патологических субплевральных процессов.
--	---

Критерии и шкала оценивания

6. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
- четырем критериям Хорошо (4)	5. Грамотность
- пяти критериям Отлично (5)	

7. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
- четырем критериям Хорошо (4)	
- пяти критериям Отлично (5)	

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «УЛЬТРАЗВУКОВАЯ
ДИАГНОСТИКА В ОНКОЛОГИИ»**

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p align="center"><i>Б 1. В.ДВ.1.2. «Ультразвуковая диагностика в онкологии»</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Ультразвуковые признаки опухолевого или очагового поражения (солидного, кистозного или смешанного типа) печени.2. Ультразвуковые признаки вторичных изменений печени, вызванных патологическими процессами в смежных органах и тканях и при генерализованных процессах3. Ультразвуковые признаки опухолевого или очагового поражения билиарной системы и желчного пузыря.4. Ультразвуковые признаки опухолевого или очагового поражения (солидного, кистозного или смешанного типа) поджелудочной железы.5. Ультразвуковые признаки вторичных изменений поджелудочной железы, вызванных патологическими процессами в смежных органах и тканях и при генерализованных процессах.6. Ультразвуковые признаки опухолевого или очагового поражения желудочно-кишечного тракта.7. Ультразвуковые признаки вторичных изменений желудочно-кишечного тракта, вызванных патологическими процессами в смежных органах и тканях и при генерализованных процессах.8. Ультразвуковые признаки опухолевого или очагового поражения (солидного, кистозного или смешанного типа) селезенки.9. Ультразвуковые признаки вторичных изменений селезенки, вызванных патологическими процессами в смежных органах и тканях и при генерализованных процессах.10. Ультразвуковые признаки опухолевого или очагового поражения (солидного, кистозного или смешанного типа) почек, мочеточников, надпочечников.11. Ультразвуковые признаки вторичных изменений почек, мочеточников, надпочечников.12. УЗД злокачественных опухолей ЩЖ. УЗ картина фолликулярного, папиллярного, медулярного и смешанного рака ЩЖ.13. Дифференциальная УЗД заболеваний ЩЖ. Инвазивные вмешательства под УЗ контролем в диагностике заболеваний ЩЖ.14. УЗД диффузных заболеваний молочной железы15. УЗД очаговых заболеваний молочной железы16. УЗД заболеваний суставов и мягких тканей бб. УЗД патологии лимфатических узлов
---	---

	<p>17. УЗД опухолей матки</p> <p>18. УЗ признаки миксомы.</p> <p>19. Скрининговые, базовые и специализированные методы ультразвуковой диагностики.</p> <p>20. УЗД при первичных и вторичных опухолях.</p> <p>21. УЗД в онкопоиске.</p> <p>22. Классификация узловых образований щитовидной железы (TIRADS)</p> <p>23. Классификация узловых образований молочной железы (BIRADS)</p> <p>24. УЗИ стратификация O-RADS. Риск рака яичников</p> <p>25. Морфологический ультразвуковой анализ матки (MUSA)</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><i>Б 1. В.ДВ.1.2.</i> <i>«Ультразвуковая диагностика в онкологии»</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные методы диагностики раковых заболеваний 2. Ультразвуковая диагностика как эффективный метод обнаружения рака 3. Задачи ультразвуковой диагностики в онкологии 4. Определение характера процесса: опухоль – не опухоль 5. Выявление местной распространенности опухоли 6. Выявление метастатического поражения лимфатических узлов и метастатического поражения отдаленных органов 7. Диагностика осложнений опухолевого процесса 8. Определение динамики опухолевого процесса 9. Малоинвазивные лечебные манипуляции под лучевым контролем
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><i>Б 1. В.ДВ.1.2.1</i> <i>Организация работы онкологической службы. Роль ультразвуковой диагностики в онкологической практике</i></p>	<p>1. Основными задачами онкологической статистики являются:</p> <p>а) определение современного состояния и основных тенденций заболеваемости, болезненности и смертности населения от злокачественных опухолей</p> <p>б) оценка эффективности мероприятий в области профилактики и раннего проявления злокачественных опухолей, лечения и реабилитации онкологических больных</p> <p>в) обеспечение органов здравоохранения постоянной информацией, пригодной для оперативного руководства системой противораковой борьбы</p> <p>г) все перечисленное</p>
--	---

<p>д)правильные ответы а) и в)</p> <p>2. Различают уровни деонтологической проблемы</p> <p>а)индивидуальный</p> <p>б)коллективный</p> <p>в)государственный</p> <p>г)глобальный</p> <p>д)все перечисленные</p> <p>3.Дополнительный отпуск предоставляется</p> <p>а)врачу-радиологу</p> <p>б)врачу-химиотерапевту</p> <p>в)хирургу-онкологу</p> <p>г)всем</p> <p>д)никому не предоставляется</p> <p>4.Аналитическому направлению в эпидемиологии злокачественных новообразований в большей мере удовлетворяют</p> <p>а)стандартизованные показатели</p> <p>б)"грубые" показатели</p> <p>в)и те, и другие</p> <p>г)ни те, ни другие</p> <p>5.Среди неэпидемических заболеваний первое место среди причин инвалидности занимают</p> <p>а)профессиональные заболевания</p> <p>б)гипертоническая болезнь</p> <p>в)злокачественные новообразования</p> <p>г)сердечно-сосудистые заболевания</p> <p>д)болезни печени и желчных путей</p> <p>6.Архивный срок хранения контрольной карты составляет не менее</p> <p>а)1 года</p> <p>б)3 лет</p> <p>в)5 лет</p> <p>г)10 лет</p> <p>д)15 лет</p> <p>7.Основным структурным звеном онкологической службы является</p> <p>а)ВОНЦ Российской АМН</p> <p>б)НИИ онкологии</p> <p>в)онкологический диспансер</p> <p>г)онкологическое отделение</p> <p>д)онкологический кабинет</p> <p>8.Перевод онкологического больного с I(+) стадией заболевания (после лечения) в III клиническую группу возможен</p> <p>а)при раке молочной железы</p> <p>б)при лимфогранулематозе</p> <p>в)при раке яичников</p> <p>г)при всех перечисленных</p>	<p>вышеперечисленным</p>
---	--------------------------

	<p>д)ни при одной из перечисленных</p> <p>9.Уровень общей смертности считается низким, если ее показатель составляет</p> <p>а)ниже 10% на 1000 населения б)от 11 до 15% на 1000 населения в)от 16 до 20% на 1000 населения г)от 21 до 25% на 1000 населения</p> <p>10.Экспертизой трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения занимаются</p> <p>а)лечащий врач б)заведующий отделением в)заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности г)главный врач д)все перечисленные</p> <p>11. Для решения организационных вопросов в онкологии необходимы</p> <p>а)научно-обоснованная система организации специализированной помощи б)материально-техническая база в)своевременное и широкое внедрение в практику достижений медицинской науки г)все ответы правильны</p> <p>12. Заболеваемость раком желудка в России</p> <p>а)имеет тенденцию к снижению б)имеет тенденции к повышению в)стабильна г)в различных регионах имеет разную тенденцию</p>
<p>Б 1. В.ДВ.1.2.2</p> <p><i>Ультразвуковые исследования заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства</i></p>	<p>13.Укажите дифференциально-диагностические признаки отличия очаговой жировой инфильтрации от объемных процессов при исследовании:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. архитектоника и сосудистый рисунок печени не нарушены; 2. деформация сосудистого рисунка и повышение эхогенности печени; 3. нарушение архитектоники и сосудистого рисунка печени; 4. сосудистый рисунок не нарушен, эхогенность снижена; 5. изменения гистограммы яркости. <p>14. К нарушению архитектоники печени, выявляемому при УЗ</p>

исслед., обычно не приводит:

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

15. Выявляемый при УЗИ опухолевый тромб в воротной вене является патогномичным признаком для:

- 1. первичного рака печени;**
2. метастатического поражения печени;
3. узловой гиперплазии печени;
4. злокачественной опухоли почек;
5. злокачественной опухоли поджелудочной железы.

16. Узловая (очаговая) гиперплазия печени является:

1. доброкачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением;
2. злокачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением;
- 3. врожденной аномалией развития с прогрессирующим течением;**
4. воспалительным поражением с прогрессирующим течением;
5. ни одним из перечисленных.

17. Для эхо-картины солидного метастатического узла в печени не является характерным:

- 1. эффект дистального псевдоусиления;**
2. эффект дистального ослабления;
3. деформация сосудистого рисунка печени;
4. нарушение контура печени;
5. нарушение однородности структуры паренхимы.

18. Наиболее достоверным ультразвуковым признаком аденомы печени (из перечисленных) является:

1. большие размеры образования;
2. неровность, бугристость и нечеткость контуров;
3. небольшие размеры образования;
4. наличие гипозоногенного Halo;
5. **относительная ровность и четкость контура.**

19. При раке головки поджелудочной железы при размере опухоли более 3 см не встречается:

1. тромбоз селезеночной или верхней брыжеечной вены
2. смещение и сдавление верхней брыжеечной вены
3. смещение и сдавление воротной, селезеночной вены
4. **смещение и сдавление нижней брыжеечной вены**

20. Эхографическая картина рака внепеченочных желчевыводящих протоков необходимо дифференцировать:

1. только раком большого дуоденального сосочка
2. **холедохолитиазом, лимфоаденопатией в области печеночно-12-перстной связки, раком головки поджелудочной железы и БДС**
3. только раком головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка
4. только лимфоаденопатией в области печеночно-12-перстной связки

21. Минимальный диаметр опухолей, выявляемых в почке с помощью УЗИ, составляет:

1. 0,5 см;
2. 1,0 см;
3. 2,0 см;
4. **4,0,5-2,0 см в зависимости от локализации опухоли;**
5. 2,0-3,0 см в зависимости от локализации опухоли.

22. Органы-"мишени" метастазирования почечно-клеточного рака - это:

	<p>1. легкие, кости, мозг, щитовидная железа, органы малого таза;</p> <p>2.печень, органы малого таза, надпочечники;</p> <p>3.печень, кожа, мозг, органы мошонки;</p> <p>4.молочные железы, печень - у женщин, органы мошонки, печень- у мужчин;</p> <p>5.надпочечники.</p> <p>23. Морфологическим субстратом анэхогенной зоны с неровным контуром в центре опухоли является:</p> <p>1.перифокальное воспаление;</p> <p>2.некроз;</p> <p>3.гематома;</p> <p>4.кальциноз сосудов опухоли;</p> <p>5. верно а) и г)</p> <p>24.Ваши первые действия при выявлении в почке опухоли:</p> <p>1УЗИ почечной вены и крупных сосудов, контралатеральной почки, забрюшинных лимфоузлов, органов малого таза, щитовидной железы, печени, селезенки;</p> <p>2.направление больного на внутривенную урографию;</p> <p>3.направление больного к онкоурологу;</p> <p>4.УЗИ печени, лимфоузлов, селезенки, надпочечников;</p> <p>5.направление на ангиографическое исследование.</p>
<p>Б 1. В.ДВ.1.2.3</p> <p><i>Ультразвуковые исследования заболеваний молочных желез,</i></p>	<p>25. BI-RADS 6 в ультразвуковом заключении означает?</p> <p>1) диагноз рака молочной железы уже подтвержден при помощи биопсии;+</p> <p>2) необходима биопсия молочной железы;</p> <p>3) необходимо динамическое ультразвуковое исследование через 3 месяца;</p> <p>4) обнаружены доброкачественные образования молочной железы;</p> <p>5) патологические изменения в молочных железах отсутствуют.</p> <p>26. В какой период менструального цикла рекомендуется проводить УЗИ молочных желез при подозрении на наличие воспалительных</p>

или опухолевых заболеваний?

1) 10-20 день менструального цикла;

2) 5-12 день менструального цикла;

3) в любой период;+

4) в середине цикла;

5) перед менструацией.

27. В какой период менструального цикла рекомендуется проводить УЗИ молочных желез с профилактической целью?

1) 10-20 день менструального цикла;

2) 5-12 день менструального цикла;+

3) в любой период;

4) перед менструацией.

28. Десмопластическая реакция рака молочной железы является признаком

1) инвазии опухоли;+

2) лучшей выживаемости;

3) наличия метастазов;

4) сопутствующей фиброзно-кистозной мастопатии;

5) эластичной структуры опухоли.

29. Для какой цели оправдано использование цветового доплеровского картирования при раке молочной железы?

1) для выявления опухолевых узлов размерами менее 0,5см;

2) для дифференциальной диагностики между доброкачественной опухолью и раком молочной железы;+

3) для дифференциальной диагностики между кистой и раком молочной железы;+

4) для дифференциальной диагностики между узловой мастопатией и раком молочной железы;

5) для стадирования рака молочной железы по системе TNM.

30. Для какой цели оправдано использование эластографии при раке

молочной железы?

1) для выявления опухолевых узлов, не диагностируемых при стандартном серошкальном УЗИ;

2) для дифференциальной диагностики между доброкачественной опухолью и раком молочной железы;+

3) для дифференциальной диагностики между мастопатией и раком молочной железы;

4) для оценки кровоснабжения опухолевого узла;

5) для стадирования рака молочной железы по системе TNM.

31. Для первичной отечно-инфильтративной формы рака молочной железы характерно

1) гнойные выделения из соска;

2) отек молочной железы без узлового образования;+

3) скопление расширенных млечных протоков, окруженных зоной локального фиброза;

4) сочетание отека молочной железы с узловым образованием;

5) формирование свищей с гнойным отделяемым.

32. Для чего устанавливается метка в опухоль молочной железы перед дооперационной терапией?

1) для контроля локализации опухоли в случае её полной регрессии;+

2) для проведения лучевой терапии;

3) для проведения радикальной мастэктомии;

4) для улучшения пальпации опухолевого узла;

5) для уменьшения размеров опухоли.

33. Какая из перечисленных форм рака молочной железы относится к редко встречающейся?

1) мультифокальная форма рака;

2) муцинозный рак;+

3) отечно – инфильтративный рак;

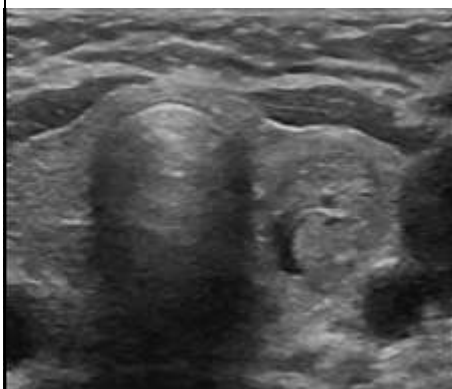
4) протоковый рак;

	<p>5) узловая форма рака.</p> <p>34. Какая клиническая форма рака молочной железы встречается чаще всего?</p> <p>1) внутрис протоковый рак;</p> <p>2) диффузная форма;</p> <p>3) рак Панкоста;</p> <p>4) рак Педжета;</p> <p>5) узловая форма.+</p> <p>35. Какие критерии используются при стадировании рака молочной железы?</p> <p>1) локализация опухолевого узла в молочной железе;</p> <p>2) наличие в опухолевом узле микрокальцинатов;</p> <p>3) размеры опухолевого узла;</p> <p>4) размеры опухолевого узла и наличие инвазии в грудную стенку и кожу;+</p> <p>5) соотношение опухолевого узла с железистой и жировой тканью молочной железы.</p> <p>36. 42. Стандартизированная шкала оценки результатов УЗИ используется при раке молочной железы</p> <p>1) BIRADS;+</p> <p>2) LIRADS;</p> <p>3) VIRADS;</p> <p>4) PIRADS;</p> <p>5) TIRADS.</p>
<p>Б 1. В.ДВ.1.2.4</p> <p><i>Ультразвуковые исследования образований щитовидной железы</i></p>	<p>37. Множественные кальцификаты, расположенные хаотично в гипоэхогенном узле, более характерны для:</p> <p>1. Злокачественных образований</p> <p>2. Доброкачественных образований</p> <p>3. Злокачественных и доброкачественных образований</p> <p>4. Дегенеративных изменений</p> <p>38. При остром тиреоидите, струмите эхогенность щитовидной</p>

железы:

1. Повышена неоднородна
2. **Понижена неоднородна**
3. Повышена однородна
4. Понижена однородна

39. При выявлении образования размерами 34×37 мм в левой доле щитовидной железы необходимо



1. **пунктирование под контролем УЗИ**
2. проведение исследования гормонального фона и сцинтиграфии
3. динамическое наблюдение – один раз в полгода УЗИ щитовидной железы
4. динамическое наблюдение у врача-эндокринолога

40. Нормальный объем щитовидной железы у женщин

- 1) Не более 15 мл;
- 2) **Не более 18 мл;+**
- 3) Не более 25 мл;
- 4) Не более 30 мл.

41. Нормальный объем щитовидной железы у мужчин

- 1) Не более 15 мл;
- 2) Не более 18 мл;
- 3) **Не более 25 мл;+**
- 4) Не более 30 мл.

42. Пациентам с медуллярным раком щитовидной железы и клиническими данными о метастазировании в лимфатические узлы боковой клетчатки шеи (выявленных при УЗИ метастазах в боковых треугольниках шеи) при отсутствии отдаленных метастазов или ограниченных отдаленных метастазах рекомендуется

- 1) адъювантная химиотерапия;
- 2) паллиативная лучевая терапия;
- 3) симптоматическое лечение;
- 4) **тотальная тиреоидэктомия с удалением клетчатки центральной (VI уровня) и боковой (II, III, IV, V уровней) зоны**

	<p>шеи. +</p> <p>43. «Ранний» симптом рака щитовидной железы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. уплотнение и увеличение железы 2. боль при глотании 3. дисфагия 4. осиплость голоса 5. похудение <p>44. Какой основной метод диагностики рака щитовидной железы?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. физикальный 2. рентгеновский 3. морфологический 4. радиоизотопный 5. УЗИ <p>45. В большинстве случаев дифференцированный рак щитовидной железы выявляют при обследовании пациентов по поводу</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гастрита; 2) грыжи пищевода; 3) стоматита; 4) узлового зоба.+ <p>46. Всем пациентам с подозрением на рак щитовидной железы в качестве основного метода дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных поражений щитовидной железы и лимфатических узлов рекомендуется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) компьютерная томография; 2) лапароскопия; 3) резекция щитовидной железы; 4) тонкоигольная аспирационная биопсия.+ <p>47. Для ультразвуковой оценки вероятности злокачественности опухоли щитовидной железы и для определения показаний к тонкоигольной аспирационной биопсии рекомендуется использовать систему</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ECOG; 2) EU-TIRADS;+ 3) NCCN; 4) SFS. <p>48. Компьютерная томография шеи и грудной клетки с контрастированием рекомендована при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неподвижной опухоли;+ 2) повышении прямого Т3, Т4; 3) подвижной опухоли; 4) симптомах экстра tireоидного распространения.+
<p>Б 1. В.ДВ.1.2.5</p> <p><i>Ультразвуковые исследования заболеваний кожи, мягких тканей, суставов</i></p>	<p>49. Датчик какой частоты применяется при исследовании мягких тканей глубиной более 10 см</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2,5-3,5 МГц 2) 5-10 МГц

	<p>3) 12-18 МГц</p> <p>50. Датчик какой частоты применяется при исследовании мягких тканей глубиной менее 10 см</p> <p>1) 2,5-3 МГц</p> <p>2) 5-10 МГц</p> <p>3) 12-18 МГц</p> <p>51. Гигантоклеточная опухоль кости метастазирует в легкие с частотой</p> <p>1) 2%;+</p> <p>2) 25%;</p> <p>3) 5-10%;</p> <p>4) Не метастазирует.</p> <p>52. Какие опухоли опорно-двигательного аппарата не требуют выполнения биопсии?</p> <p>1) Адамантинома;</p> <p>2) Гигантоклеточная опухоль;</p> <p>3) Метафизарный фиброзный дефект;+</p> <p>4) Энхондрома.+</p> <p>53. Наиболее информативный метод диагностики сарком мягких тканей</p> <p>1) МРТ;+</p> <p>2) МСКТ;</p> <p>3) Рентгенография;</p> <p>4) УЗИ.</p>
<p>Б 1. В.ДВ.1.2.6</p> <p><i>Ультразвуковые исследования заболеваний мочеоловой системы у мужчин</i></p>	<p>54. Среди опухолей почки наиболее часто у взрослых встречается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. цистаденокарцинома почки; 2. почечноклеточный рак; 3. онкоцитомы почки; 4. ангиомы почки;

5. гемангиомиолипома почки.
55. Среди доброкачественных опухолей почки наиболее часто выявляется с помощью УЗИ:
1. онкоцитوما;
 2. **ангиомиолипома;**
 3. фиброма;
 4. гемангиома;
 5. лейомиома.
56. Органы-"мишени" метастазирования почечно-клеточного рака - это:
1. **легкие, кости, мозг, щитовидная железа, органы малого таза;**
 2. печень, органы малого таза, надпочечники;
 3. печень, кожа, мозг, органы мошонки;
 4. молочные железы, печень - у женщин, органы мошонки, печень-у мужчин;
 5. надпочечники.
57. Вероятным признаком инвазии рака предстательной железы в мочевого пузырь является наличие
- 1) густой замазкообразной взвеси в пузыре;
 - 2) множественных дивертикулов;
 - 3) признаков задержки большого объема мочи;
 - 4) **структур на стенке пузыря, прилегающей к предстательной железе.+**
58. Вероятным признаком инвазии рака предстательной железы в семенные пузырьки является
- 1) **асимметрия, повышение эхогенности в просвете, нечеткость контуров пузырьков;+**
 - 2) увеличение размера и повышение плотности стенок пузырьков;
 - 3) уменьшение размера, уплотнение стенок пузырьков, анэхогенный просвет пузырьков.

59. Возможным признаком рецидива рака после радикальной простатэктомии являются

1) асимметричность стенок цистуретрального анастомоза;+

2) гиповаскуляризация стенок цистуретрального анастомоза;

3) истончение стенок цистуретрального анастомоза.

60. Дифференциальный диагноз рака предстательной железы чаще всего проводится с

1) диффузной формой доброкачественной гиперплазии предстательной железы;

2) кистой предстательной железы;

3) острым простатитом;

4) очаговой формой доброкачественной гиперплазии предстательной железы.+

61. Источником развития рака предстательной железы обычно является

1) переходная зона;

2) периферическая зона;+

3) фибромаскулярная зона;

4) центральная зона.

62. Крестцовые лимфоузлы (укажите правильное утверждение)

1) наиболее часто поражаемые отдалённые лимфоузлы при раке предстательной железы;

2) наиболее часто поражаемые регионарные лимфоузлы при раке предстательной железы;+

3) редко поражаемые отдалённые лимфоузлы при раке предстательной железы;

4) редко поражаемые регионарные лимфоузлы при раке предстательной железы.

63. Метастазирование рака предстательной железы чаще всего происходит в

1) головной мозг;

2) кости;+

3) печень;

4) почки.

64. Минимальный размер ракового очага, выявляемого при ТРУЗИ

1) 1-2 мм;

2) 2-3 мм;

3) 3-4 мм;

4) 4-5 мм.+

65. На поздних стадиях рака визуализируется

1) увеличенная железа с нечеткими контурами и сниженной эхогенностью;+

2) увеличенная железа с четкими контурами, сниженной эхогенности и наличием множественных кальцинатов по ходу хирургической капсулы;

3) уменьшенная железа с четкими контурами и повышенной эхогенностью;

4) уменьшенная железа сниженной эхогенности с мелкосотовым строением.

66. Наиболее часто рак предстательной железы при ультразвуковом исследовании имеет вид

1) анэхогенный;

2) гиперэхогенный;

3) гипозэхогенный;+

4) изоэхогенный.

67. Нарушение целостности капсулы предстательной железы является признаком

1) аденомы;

2) кисты;

3) рака;+

4) хронического простатита.

68. Нетипичная локализация ракового очага

1) периферическая или центральная зона;

2) транзиторная или периферическая зона;

3) фибромаскулярная строма;

4) центральная или транзиторная зона.+

69. Оптимальный способ подтверждения диагноза рака предстательной железы

1) биопсия подозрительного очага;+

2) измерение уровня ПСА;

3) мультиспиральная компьютерная томография;

4) трансректальное ультразвуковое исследование.

70. Оптимальным выбором датчика для ультразвуковой диагностики рака предстательной железы является

1) конвексный внутриволокнистый датчик с частотой 5-16 МГц;+

2) линейный датчик с частотой 5-16 МГц;

3) секторный датчик с частотой 1,5-5 МГц;

4) стандартный конвексный с частотой 2-7,5 МГц.

71. Оптимальным способом ультразвуковой диагностики рака предстательной железы является

1) трансабдоминальная;

2) трансперинеальная;

3) трансректальная;+

4) трансуретральная.

72. Паховые лимфоузлы (укажите правильное утверждение)

1) наиболее часто поражаемые отдалённые лимфоузлы при раке предстательной железы;+

2) наиболее часто поражаемые регионарные лимфоузлы при раке предстательной железы;

3) редко поражаемые отдалённые лимфоузлы при раке предстательной железы;

4) редко поражаемые регионарные лимфоузлы при раке предстательной железы.

73. Первичный скрининг рака предстательной железы включает в

<p>себя</p> <p>1) пальцевое ректальное исследование, УЗИ, уровень ПСА;+</p> <p>2) пальцевое ректальное исследование, урографию;</p> <p>3) уровень ПСА, УЗИ, урографию;</p> <p>4) урографию, уровень ПСА.</p> <p>74. Первичный скрининг рака предстательной железы проводится у мужчин</p> <p>1) старше 20 лет без урологического анамнеза;</p> <p>2) старше 30 лет без урологического анамнеза;</p> <p>3) старше 40 лет без урологического анамнеза;+</p> <p>4) старше 50 лет без урологического анамнеза.</p> <p>75. Первичный скрининг рака предстательной железы проводится у мужчин</p> <p>1) любого возраста с урологическими жалобами;+</p> <p>2) после 40 с урологическими жалобами;</p> <p>3) после 50 с урологическими жалобами;</p> <p>4) после 60 с урологическими жалобами.</p> <p>76. После проведения радикальной простатэктомии формируется анастомоз</p> <p>1) уретровезикальный;</p> <p>2) уретропростатический;</p> <p>3) циствезикальный;</p> <p>4) цистуретральный.+</p> <p>77. При выявлении подозрительного очага в тканях предстательной железы рекомендуется начать диагностику с проведения</p> <p>1) HIFU-терапии;</p> <p>2) биопсии;+</p> <p>3) радиолучевой абляции;</p> <p>4) трансуретральной резекции предстательной железы.</p> <p>78. При цветном доплеровском картировании для ракового очага</p>
--

	<p>наиболее часто характерна</p> <p>1) аваскулярность;</p> <p>2) гипертраваскуляризация;+</p> <p>3) гиповаскуляризация.</p> <p>79. При эластографии предстательной железы интактная ткань предстательной железы представлена как</p> <p>1) жесткая структура, картирующаяся синим цветом;</p> <p>2) структура средней эластичности, картирующаяся зелёным цветом;+</p> <p>3) эластичная структура, картирующаяся красным цветом.</p> <p>80. При эластографии предстательной железы раковые очаги представлены как</p> <p>1) жесткая структура, картирующаяся синим цветом;+</p> <p>2) структура средней эластичности, картирующаяся зелёным цветом;</p> <p>3) эластичная структура, картирующаяся красным цветом.</p>
<p><i>Б 1. В.ДВ.1.2.7</i></p> <p><i>Ультразвуковые исследования заболеваний в гинекологической практике</i></p>	<p>81. В Российской Федерации зарегистрированы вакцины</p> <p>1) двухвалентная и девятивалентная;</p> <p>2) двухвалентная и четырехвалентная; +</p> <p>3) двухвалентная, четырехвалентная и девятивалентная;</p> <p>4) четырехвалентная и девятивалентная.</p> <p>82. В группу высокого риска развития рака эндометрия входят</p> <p>1) женщины в анамнезе которых аномальные маточные кровотечения;</p> <p>2) женщины в анамнезе у которых бесплодие;</p> <p>3) женщины в пери- и постменопаузе с аномальными влагалищными кровотечениями в анамнезе; +</p> <p>4) женщины репродуктивного возраста с выявленными полипами эндометрия.</p> <p>83. В скрининг групп высокого риска рака яичников входит</p> <p>1) определение СА-125 1 раз в год;</p>

- 2) определение СА-125 каждые 6 месяцев;
- 3) трансвагинальная эхография органов малого таза и определение СА-125 1 раз в год;
- 4) трансвагинальная эхография органов малого таза и определение СА-125 каждые 6 месяцев. +**
84. В скрининговое обследование женщин при раке эндометрия входит
- 1) 1 раз в год использование магнитно-резонансного исследования;
- 2) 1 раз в год использование трансвагинальной эхографии; +**
- 3) 1 раз в год проведение аспирационной биопсии;
- 4) 1 раз в год проведение офисной гистероскопии.
85. В течение какого времени возможно наблюдение стойких нерегрессирующих кист яичников?
- 1) ежегодные трансвагинальные УЗИ в течение 1 года и СА-125 в течение 2 лет с момента постановки диагноза;
- 2) ежегодные трансвагинальные УЗИ в течение 3 лет и СА-125 в течение 5 лет с момента постановки диагноза; +**
- 3) ежегодные трансвагинальные УЗИ в течение 5 лет и СА-125 в течение 5 лет с момента постановки диагноза;
- 4) ежегодные трансвагинальные УЗИ и СА-125 в течение 5 лет с момента постановки диагноза.
86. В этиологии и патогенезе рака вульвы ведущую роль играют
- 1) возрастные инволютивно-атрофические процессы и диспластические процессы наружных половых органов;
- 2) возрастные инволютивно-атрофические процессы наружных половых органов и инфицирование вирусом папилломы человека; +**
- 3) воспалительные заболевания, возрастные инволютивно-атрофические процессы наружных половых органов и инфицирование вирусом папилломы человека;
- 4) инфицирование вирусом папилломы человека и диспластические процессы наружных половых органов.
87. Ведущим диагностическим скрининговым тестом при массовых обследованиях населения для предотвращения рака шейки матки

считаются

1) ВПЧ-тестирование;

2) жидкостная цитология;

3) расширенная кольпоскопия;

4) цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала. +

88. Вторичная профилактика рака тела матки направлена на

1) лечение сопутствующей соматической патологии;

2) проведение скрининговых программ;

3) своевременную диагностику и лечение фоновых и предраковых пролиферативных процессов эндометрия; +

4) устранение факторов риска.

89. Вторичная профилактика – это

1) комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов;

2) мероприятия, направленные на предотвращение ухудшения течения или осложнений заболевания после проведенного лечения; **3) мероприятия, направленные на то, чтобы замедлить или остановить развитие заболевания доброкачественной природы, предупредив возможность более агрессивного течения с переходом в заболевание злокачественной природы; +**

4) совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни.

90. Групповой вид медицинской профилактики – это

1) охват больших групп населения, общество в целом;

2) проведение профилактических мероприятий с группами лиц со сходными симптомами и факторами риска; +

3) проведение профилактических мероприятий с отдельными индивидуумами;

4) систематическое обследование групп населения без симптомов

заболевания.

91. Защитным механизмом развития рака яичников является

- 1) **большое количество беременностей и родов; +**
- 2) длительное применение гормональной контрацепции;
- 3) исключение инфекций, передаваемых половым путем;
- 4) своевременное удаление кист яичников.

92. Индивидуальный вид медицинской профилактики – это

- 1) охват больших групп населения, общество в целом;
- 2) проведение профилактических мероприятий с группами лиц со сходными симптомами и факторами риска;
- 3) **проведение профилактических мероприятий с отдельными индивидуумами; +**
- 4) систематическое обследование групп населения без симптомов заболевания.

93. К профилактическим мероприятиям рака яичников относят

- 1) исключение факторов риска;
- 2) проведение скрининговых мероприятий;
- 3) **раннее выявление яичниковых образований, профилактика и лечение воспалительных заболеваний, приводящих к бесплодию;**
- + 4) своевременное хирургическое лечение яичниковых образований.

94. Рак вульвы – это

- 1) злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки тела матки;
- 2) злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки шейки матки;
- 3) **злокачественное новообразование, возникающее из покровного плоского эпителия наружных половых органов женщины; +**
- 4) злокачественное новообразование, возникающие из покровного плоского эпителия влагалища женщины.

95. Скрининг в группах умеренного риска развития рака яичников включает 1) ежегодное определение СА-125 в сыворотке крови;

2) **ежегодное определение СА-125 сыворотки крови в сочетании с**

трансвагинальной эхографией органов малого таза в дополнение к общему и специальному гинекологическому осмотру; +

3) ежегодную трансвагинальную эхографию органов малого таза;

4) трансвагинальную эхографию органов малого таза и определение СА-125 каждые 6 месяцев.

96. Суммарная доля злокачественных опухолей репродуктивной системы составляет

1) 25%;

2) 30%;

3) 35%; +

4) 5%.

97. К другим неблагоприятным прогностическим факторам при раке тела матки относятся

1) большие размеры опухоли;+

2) высокое содержание рецепторов прогестерона и эстрогенов в опухоли;

3) наличие опухолевых клеток в смывах из брюшной полости;+

4) низкое содержание рецепторов прогестерона и эстрогенов в опухоли;+

5) отсутствие опухолевых клеток в смывах из брюшной полости.

98. Наиболее частые локализации рака тела матки

1) в нижнем сегменте матки;

2) в области дна матки;+

3) в области тела матки;+

4) в области трубных углов матки.

99. Наибольшей степени визуализации лимфатических узлов малого таза позволяет добиться следующий метод

1) компьютерная томография;

2) магнитно-резонансная томография;+

3) ультразвуковое исследование;

4) флюоресцентная диагностика.

	<p>100. Основные пути метастазирования рака тела матки</p> <p>1) гематогенный;+</p> <p>2) имплантационный;+</p> <p>3) лимфогенный;+</p> <p>4) экстравазальный.</p>
<p><i>Б 1. В.ДВ.1.2.8</i></p> <p><i>Ультразвуковые исследования при специфических и неспецифических поражениях лимфатических узлов</i></p>	<p>101. Эхоанатомия лимфатического узла характеризуется:</p> <p>а) тонкой периферической корковой частью</p> <p>б) широкой периферической корковой частью</p> <p>в) область ворот определяется около одного из полюсов узла</p> <p>г) центральная часть узла представлена широкой эллипсоидной гиперэхогенной частью</p> <p>д) верно а) и г) (+)</p> <p>102. Особые нормы размеров установлены для:</p> <p>а) югуло-дигастрального лимфатического узла</p> <p>б) загрудинных лимфатических узлов</p> <p>в) забрюшинных лимфатических узлов</p> <p>г) подмышечных и паховых лимфатических узлов</p> <p>д) верно а), б) , в) (+)</p> <p>103. При ультразвуковом исследовании наиболее типичны для группы поверхностных лимфатических узлов шеи размеры:</p> <p>а) 0,5 мм</p> <p>б) до 10 мм; (+)</p> <p>в) до 15 мм;</p> <p>г) до 20 мм</p> <p>д) любые возможны.</p> <p>104. Эхография забрюшинных и внутрибрюшных лимфатических узлов осуществляется:</p> <p>а) при использовании датчиков 2,0-3,5 МГц</p> <p>б) при использовании датчиков 3,5-5,0 МГц</p>

в) при сочетании исследования датчиком 3,5 и 7,5 МГц (+)

г) все верно

д) все неверно

105. Использование аппаратуры последнего поколения с широкополосными датчиками 10-12 МГц не позволяет

а) визуализировать поверхностные группы лимфатических узлов

б) забрюшинные и внутрибрюшные группы лимфатических узлов как здоровых, так и на фоне доброкачественной аденопатии (+)

в) забрюшинные и внутрибрюшные группы лимфатических узлов на фоне злокачественной аденопатии

г) проводить дифференциальный диагноз при доброкачественной и злокачественной аденопатии и поверхностных группах лимфатических узлов

д) все неверно

106. При ультразвуковом исследовании осмотр поверхностных лимфатических узлов включает в себя:

а) осмотр боковых поверхностей шеи, надключичных, подключичных групп лимфатических узлов;

б) осмотр надключичных, подключичных, подмышечных групп лимфатических узлов;

в) осмотр боковых поверхностей шеи, надключичных, подключичных, подмышечных и паховых групп лимфатических узлов; (+)

г) осмотр надключичных, подключичных групп лимфатических узлов, подмышечного и пахового региона

д) все неверно

107. Основной функцией лимфатической системы является:

а) дренаж тканей и перенос лимфы в систему венозного коллектора; (+)

б) осуществление окислительных процессов в периферических отделах человеческого организма;

- в) обогащение тканей кислородом;
- г) забор от периферических тканей продуктов жизнедеятельности
- д) верно в) и г).
108. При ультразвуковом исследовании необходимо производить следующие измерения лимфатических узлов:
- а) ширину, длину, передне-задний размер; (+)**
- б) достаточно измерение двух размеров;
- в) достаточно измерение одного размера
- г) ширину и по диагонали
- д) по диагонали
109. Какие размеры поверхностных групп лимфатических узлов приняты в качестве клинической нормы:
- а) 0,5 мм
- б) 10 мм; (+)**
- в) 15 мм;
- г) 20 мм
- д) любые возможны.
110. Показанием для ультразвукового исследования лимфатической системы является:
- а) пальпаторное выявление лимфатических узлов;
- б) пальпаторное выявление лимфатических узлов и подозрение на злокачественный процесс; (+)**
- в) любые заболевания
- г) диффузное заболевание соединительной ткани
- д) ОРВИ
111. Дифференциальным признаком между доброкачественной и злокачественной аденопатией не является:
- а) отсутствие какой-либо динамики в изображении лимфатического узла на фоне противовоспалительной терапии
- б) увеличение размеров лимфатического узла (+)**

в) возвращение типичной структуры

г) все верно

д) все неверно

112. Лимфатическую систему составляют:

а) региональные лимфоузлы, селезенка, тимус, миндалины;

б) лимфатические узлы, лимфатические сосуды, селезенка, миндалины, отдельные скопления лимфоидных фолликулов; (+)

в) лимфатические узлы, костный мозг, тимус, селезенка.

г) лимфатические узлы, селезенка

д) лимфатические узлы, селезенка, миндалин

113. Лимфатические узлы заканчивают свое формирование:

а) к моменту рождения ребенка

б) к 12-13 годам (+)

в) в период полового созревания

г) к 25-30 годам

д) в пожилом возрасте

114. Эхографическим критерием положительного эффекта на фоне консервативной терапии является:

а) уменьшение размеров лимфатического узла

б) уплощение его формы

в) округление его формы

г) понижение эхогенности лимфатического узла

д) увеличение отражения высокой и средней интенсивности (+)

115. При использовании доплеровского картирования нормальная васкуляризация в лимфатическом узле:

а) может не выявляться

б) выявляется только в области ворот лимфатического узла

в) может выявляться везде

г) все верно

	<p>д) верно а) и б) (+)</p> <p>116.Эхографическими признаками подозрительными на злокачественную аденопатию является</p> <p>а) шаровидная форма</p> <p>б) отсутствие дифференциации составных частей лимфатического узла</p> <p>в) снижение общей эхогенности лимфатического узла</p> <p>г) все верно (+)</p> <p>д) все неверно</p>
<p>Б 1. В.ДВ.1.2.9</p> <p><i>Особенности патологии при ультразвуковом исследовании пациентов после лучевой терапии и химиотерапии</i></p>	<p>117. Какие дополнительные обследования могут быть назначены после завершения химиотерапевтического лечения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.клинический и биохимический анализы крови; 2.компьютерная томография; 3.позитронно-эмиссионная томография; 4.остеосцинтиграфия; 5.эхокардиография; 6.рентгенография легких или костей скелета; 7.магнитно-резонансная томография или компьютерная томография <p>8. всё верно</p> <p>118. Какие препараты обладают кардиотоксичностью и их назначение требует проведение эхокардиографии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Этопозид; 2 Циклофосфамид; 3 Паклитаксел; 4 Этопозид; 5 таргетная препарата Трастузумаб. <p>6.Всё верно</p> <p>119. Ранними симптоматическими проявлениями, спровоцированными кардиотоксичностью является:</p>

	<p>1. левожелудочковая дисфункция;</p> <p>2. понижение показателей АД;</p> <p>3. аритмия;</p> <p>4. всё верно</p> <p>120. Поздняя кардиотоксичность, которая возникает спустя недели либо месяцы с момента старта химиотерапии может проявляться :</p> <p>1. дегенеративной кардиомиопатией с левожелудочковой недостаточностью.</p> <p>2. застойной дилатационной кардиомиопатии.</p> <p>3. верно всё</p> <p>121. Факторы риска, способствующие развитию тромбозов при раке, химиотерапии:</p> <p>1. возраст пациента больше 40 лет;</p> <p>2. заболевания сердечнососудистой системы;</p> <p>3. варикозное расширение вен нижних конечностей;</p> <p>4. чрезмерная масса тела (на фото пациент, страдающий ожирением);</p> <p>5. хронические инфекции.</p> <p>6. верно всё</p> <p>122. Чем проявляются постлучевая кардиомиопатия при эхокардиографии</p> <p>1. фиброзным изменением клапанов (чаще левосторонних),</p> <p>2. перикардитом с возникновением фибринозного, реже экссудативного плеврита, самого миокарда с</p> <p>3. развитием диастолической дисфункции и скорейшего развития терминальной ХСН.</p> <p>4. верно всё</p>
<p><i>Б 1. В.ДВ.1.2.10</i></p> <p><i>Методика ультразвукового наведения при проведении пункции</i></p>	<p>123. Показания к проведению пункции (биопсии) молочной железы:</p> <p>1. наличие уплотнений в груди;</p> <p>2. изменение формы молочной железы или соска;</p> <p>3. изменение цвета кожи молочных желез, появление участков шелушения или изъязвлений;</p>

<p>4. нетипичные выделения из соска.</p> <p>5. появление участков шелушения или изъязвлений;</p> <p>6. все перечисленное.</p> <p>124.Позиционирование иглы «свободной рукой» осуществляется врачами путем:</p> <p>1. удерживания ультразвукового датчика не основной рукой</p> <p>2. удерживания ультразвукового датчика основной рукой</p> <p>125. Направляющие устройства интервенционного УЗИ:</p> <p>1. удерживания ультразвукового датчика не основной рукой</p> <p>2. прикрепляется к датчику</p> <p>126. Применением интервенционных методик является использования УЗИ:</p> <p>1. для контроля доступа к центральным венам</p> <p>2. для аспирации их содержимого или дренирования кист, абсцессов</p> <p>3. биопсии молочной железы</p> <p>4. биопсии щитовидной железы</p> <p>5. всё перечисленное</p> <p>127. Доступ к артериальному руслу включает в себя катетеризацию:</p> <p>1. лучевой,</p> <p>2. плечевой,</p> <p>3. подмышечной,</p> <p>4. бедренной артерии, и</p> <p>5. тыльной артерии стопы</p> <p>6. всё перечисленное</p>
--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: Удовлетворительно (3)	% выполнения задания 61 – 75
Хорошо (4)	76 – 90
Отлично (5)	91 – 100

2. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОНКОЛОГИИ»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	1-127	1-9	1-25
ПК	1	1-127	1-9	1-25
ОПК	4	12-127	1-9	1-25
	5	1-12	-	4,5,8

	6	21,45,78	-	9,11
--	----------	----------	---	------

**12. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ
ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В
ОНКОЛОГИИ»**

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.1</i>	<i>Организация работы онкологической службы. Роль ультразвуковой диагностики в онкологической практике</i>	2
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.2</i>	<i>Ультразвуковые исследования заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства</i>	6
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.3</i>	<i>Ультразвуковые исследования заболеваний молочных желез,</i>	4
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.4</i>	<i>Ультразвуковые Исследования образований щитовидной железы</i>	2
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.5</i>	<i>Ультразвуковые исследования заболеваний кожи, мягких тканей, суставов</i>	2
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.6</i>	<i>Ультразвуковые исследования заболеваний мочеполовой системы у мужчин</i>	6
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.7</i>	<i>Ультразвуковые исследования заболеваний в Гинекологической практике</i>	6
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.8</i>	<i>Ультразвуковые исследования при специфических и Неспецифических поражениях лимфатических узлов</i>	2
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.9</i>	<i>Особенности патологии при ультразвуковом Исследовании пациентов после лучевой терапии и химиотерапии</i>	2
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.10</i>	<i>Методика ультразвукового наведения при проведении пункции</i>	4

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p>Б 1. В.ДВ.1.2 «Ультразвуковая диагностика в онкологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.2. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининга опухолей.3. Метастазы рака в лимфатические узлы из невыявленного первичного очага. Диагностическая тактика. Возможные локализации.4. Рак желудка. Группы риска. Возможности ультразвуковой диагностики. Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования.5. Рак ободочной кишки в пожилом возрасте. Группы риска. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Принципы лечения. Послеоперационное наблюдение и уход. Реабилитация.6. Основные клиничко-морфологические типы злокачественной меланомы кожи7. Злокачественные опухоли кожи в пожилом возрасте: возможности ультразвуковой диагностики, формы, клиника, диагностика, лечение.8. Лечение рака шейки матки у пожилых женщин: возможности, осложнения, симптоматическая и паллиативная терапия.9. Лечение рака молочной железы: возможности, осложнения, симптоматическая и паллиативная терапия.10. Морфологическая характеристика рака яичника. Возрастные особенности.11. Местнораспространенный рак предстательной железы: возможности ультразвуковой диагностики, лечение в пожилом возрасте.
---	---

Перечень дискуссионных тем

<p>Б 1. В.ДВ.1.2 «Ультразвуковая диагностика в онкологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Злокачественные опухоли у пожилых, как социальная проблема. Канцерогенные вещества, их основные источники. Диагностический поиск.2. Изучение возможностей комплексного УЗИ с применением цветового доплеровского и энергетического картирования, импульсной доплерометрии и трехмерной реконструкции изображений в первичной и уточняющей диагностике рака.
---	---

Темы рефератов

<p>Б 1. В.ДВ.1.2 «Ультразвуковая диагностика в онкологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Ультразвуковое исследование в ранней диагностике и мониторинге лечения рака молочной железы2. Эндометриальный рак: современные представления о скрининге3. Дифференциальная ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных новообразований яичников4. Методы оценки злокачественного потенциала узлов щитовидной
---	--

	<p>железы</p> <p>5. Современные технологии: на пути совершенствования ультразвуковой диагностики в клинической онкологической практике</p> <p>6. Дифференцированный рак щитовидной железы</p> <p>7. Возможности ультразвуковой диагностики при раке почки</p> <p>8. Ультразвуковая диагностика меланоцитарных образований кожи</p> <p>9. УЗИ брюшной полости при меланоме</p> <p>10. Находки при исследовании лимфатических узлов.</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
- пяти критериям Отлично (5)	5. Грамотность

2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
- пяти критериям Отлично (5)	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ. СИМУЛЯЦИОННЫЙ ЦИКЛ»

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на семинарских занятиях по результатам тестирования,

демонстрации ординаторами практических навыков (умений). Оценка самостоятельной работы ординатора проводится по докладам, с которыми ординаторы выступают перед группой. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости.

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.

12.1.1. Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенции (УК-1, ОПК-1,2,4,5,6, ПК-1,2,3)

1. Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач):
 - а. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции легких; непрямой массаж сердца; режим - 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку
 - б. **непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;**
 - в. непрямой массаж сердца; проведение искусственной вентиляции легких; внутрисердечные инъекции; режим - 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку
 - г. искусственная вентиляция легких; внутрисердечное введение адреналина; непрямой массаж сердца;
 - д. режим - 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку
 - е. непрямой массаж сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ "рот в рот"
2. Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение
 - а. **горизонтальное, на спине с твердой основой**
 - б. на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру)
 - в. на спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу)
 - г. полусидя с валиком под лопатками
 - д. лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога
3. В предагональном состоянии артериальное давление составляет:
 - а) **60/20 мм рт.ст.**
 - б) 40/0 мм рт.ст.
 - в) не определяется
 - г) 80/40 мм рт.ст.
 - д) 90/45 мм рт.ст.
4. Выполнение коникотомии требуется в случае:
 - а) остановки дыхания при электротравме
 - б) остановки дыхания при утоплении
 - в) отека легких
 - г) остановки дыхания вследствие ЧМТ
 - д) **обтурации верхних дыхательных путей**

5. Основными признаками клинической смерти являются:

- А) Нитевидный пульс на сонной артерии
- Б) Расширение зрачков и отсутствие пульса на сонной артерии**
- В) Отсутствие пульса на бедренной артерии
- Г) Отсутствие пульса на лучевой артерии

6. Критериями эффективности реанимации являются;

- А) Пульс на сонной артерии во время массажа
- Б) Экскурсии грудной клетки во время массажа
- В) Уменьшение бледности и цианоза, сужение зрачков и пульс на сонной артерии**
- Г) Перелом ребер во время массажа

7. Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:

- А) 0,5 мл 0,1 % раствора**
- Б) 1,0 мл 0,1% раствора**
- В) 3 мл 0,1% раствора
- Г) 5 мл 0,1% раствора

8. При остром инфаркте миокарда чаще всего развивается:

- А) Синусовая брадикардия
- Б) Мерцательная аритмия
- В) Желудочковая экстрасистолия
- Г) Фибрилляция желудочков**

9. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- А) Асистолия**
- Б) Фибрилляция желудочков
- В) Полная атриовентрикулярная блокада
- Г) Экстремальная синусовая брадикардия

10. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- А) Всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- Б) Всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- В) Запястьями, не сгибая рук в локтях**
- Г) Запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

11. Глубина коматозного состояния определяется:

- А) По выраженности гемодинамических расстройств
- Б) По степени угнетения сознания
- В) По степени угнетения рефлексов**
- Г) По глубине дыхания

12. Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:

- А) Артериальная гипотония
- Б) Артериальная гипертензия
- В) Нарушение ритма сердца
- Г) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут**
- Д) Холодный пот

13. Противопоказанием для применения морфина у больных с отеком легких является:

- А) Отек легких на фоне инфаркта

- Б) Отек легких на фоне гипертонического криза
- В) Отек легких на фоне порока сердца
- Г) Отек легких у больных старческого возраста**

14. При астматическом статусе необходимо:

- А) Прекращение контакта с аллергеном, перорально - антигистаминные препараты
- Б) Повторное введение подкожно адреналина 0,1% 0,2 мл и внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл
- В) Внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл, преднизолона 90-120 мг, инфузия 5% глюкозы, ингаляция кислорода**
- Г) Внутривенное введение эуфиллина 2,4 % 10-15 мл, эфедрин 5 % 1,0 мл, инфузия физраствора 200 мл

15. Максимальное время, в течение которого может развиваться анафилактический шок составляет:

- А) 3 минуты после введения препарата
- Б) 10 минут после введения препарата
- В) 30 минут после введения препарата**
- Г) 1 час после введения препарата

16. Для кетоацидотической комы характерно:

- а. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз
- б. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация
- в. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность
- г. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы

17. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:

- а. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы
- б. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара
- в. 4-5 таблеток глюкозы
- г. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)

18. При лечении больных с зависимостью от бензодиазепинов нецелесообразно: 1. постепенная отмена бензодиазепинов; 2. назначение финлепсина для предупреждения судорожных припадков; 3. проведение длительной терапии ноотропами для коррекции энцефалопатических расстройств; 4. назначение в качестве поддерживающего лечения седативных средств.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. При проведении дезинтоксикации больным зависимостью от психоактивных веществ назначают: 1. ноотропные средства, витамины; 2. магнезию сернокислую; 3. форсированный диурез; 4. нейролептики.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. При состоянии отмены у больных с зависимостью терапия направлена на: 1. коррекцию нарушения сна; 2. купирование адренергического возбуждения; 3. снятие болевого синдрома; 4. купирование диспептических нарушений;

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

21. Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:

- а. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- б. выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- в. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта
- г. поворот пациента на спину, освобождение дыхательных путей

22. Основным признаком коматозного состояния является:

- а. угнетение гемодинамики
- б. угнетение дыхания
- в. угнетение центральной нервной системы
- г. угнетение периферической нервной системы

23. Наиболее частой причиной кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является:

- а. тромбоэмболия легочной артерии
- б. обширный некроз миокарда
- в. разрыв межжелудочковой перегородки
- г. тампонада сердца

24. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- а. асистолия
- б. фибрилляция желудочков
- в. полная атриовентрикулярная блокада
- г. экстремальная синусовая брадикардия

25. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- а. всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- б. всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- в. запястьями, не сгибая рук в локтях
- г. запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

26. При проведении доплеровского исследования печеночных вен при отсутствии патологии печени отмечают на протяжении сердечного цикла:

- а. ток крови в печеночных венах имеет разнонаправленный и турбулентный характер
- б. ток крови в печеночных венах имеет разнонаправленный и ламинарный характер**
- в. ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и турбулентный характер
- г. ток крови в печеночных венах имеет однонаправленный и ламинарный характер
- д. невозможно оценить характер кровотока

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

- а. воротная вена.
- б. нижний край печени

- в. задняя стенка пилорического отдела желудка
- г. гастродуоденальная артерия
- д. луковица 12-перстной кишки

28. Площадь митрального отверстия в норме составляет:

- а. 4-6 см кв
- б. 1,5-2 см кв
- в. 2-4 см кв
- г. 1,0 см кв
- д. менее 1,0 см кв

29. При УЗИ взрослых допустимыми размерами толщины правой и левой долей печени обычно являются:

- А. ПРАВАЯ ДО 152-165 ММ , ЛЕВАЯ ДО 60 ММ;
- б. правая до 120-140 мм , левая до 60 мм;
- в. правая до 172-185 мм , левая до 50 мм;
- г. правая до 142-155 мм , левая до 75 мм;
- д. правая до 170-180 мм , левая до 60 мм.

30. При УЗИ "маркерами" поджелудочной железы являются:

- а. a. mesenterica superior, v. lienalis, v. portae, a. gastrica sin.
- б. a. mesenterica superior, v. lienalis, v. mesenterica superior, a. gastroduodenalis
- в. a. mesenterica superior, v. lienalis, v. mesenterica superior, a. renalis sin.
- г. a. mesenterica superior, v. lienalis, a. lienalis, a. renalis dex.
- д. a. mesenterica superior, v. lienalis, a. lienalis, a. hepatica propria

31. Тень двенадцатого ребра пересекает правую почку на уровне:

- а. ворот почки;
- б. границе верхней и средней третей почки;
- в. границе средней и нижней третей почки;
- г. у верхнего полюса;
- д. у нижнего полюса.

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

- а. парастеральная позиция - короткая ось на уровне корня аорты
- б. супрастеральная короткая ось
- в. супрастеральная длинная ось
- г. парастеральная длинная ось левого желудочка
- д. парастеральная короткая ось левого желудочка на уровне конца папиллярных мышц

32. Максимальное открытие створок аортального клапана в систолу в норме составляет:

- А. не менее 17 ММ
- б. более 30 мм
- в. более 25 мм
- г. не менее 15 мм
- д. не менее 25 мм

Критерии оценки тестирования:

Оценка «отлично» - из 10 предложенных заданий в тестовой форме ординатором даны правильные ответы на все задания,

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

12.1.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения факультатива (зачет).

Промежуточная аттестация по программе «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» проходит в виде двухэтапного зачета:

1 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования.

2 этап – оценка практических навыков и умений на фантомах и муляжах.

Примеры типовых контрольных вопросов для проведения первого этапа промежуточной аттестации, проверяющих знания в рамках компетенции.

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
4.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
5.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
6.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
8.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями	УК-1,ПК-1,3

	на фантоме.	ОПК 1,2,5,6
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
10.	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
11.	Передне-задний размер правой доли печени при продольном сканировании в В-режиме	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
12.	Спектр кровотока в воротной вене в режиме импульсноволновой доплерографии	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
13.	Слияния селезеночной и верхней брыжеечной вен в поперечной плоскости в В-режиме (при необходимости в режиме цветового доплеровского картирования)	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
14.	Правая почка в продольной плоскости в В-режиме	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
15.	Индекс резистентности в междолевой (интерлобарной) артерии левой почки в режиме импульсноволновой доплерографии	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
16.	Левый желудочек в парастернальной позиции по длинной оси левого желудочка в В-режиме	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
17.	Кровоток на предмет наличия регургитации через аортальный клапан в парастернальной позиции по короткой оси аортального клапана в режиме цветового доплеровского картирования	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
18.	Кровоток в выносящем тракте правого желудочка и в легочной артерии в парастернальной позиции по короткой оси аортального клапана в режиме постоянноволновой доплерографии	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
19.	Обзорное поперечное сканирование правой доли щитовидной железы (от правой надключичной области до нижней челюсти) в В-режиме	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
20.	Кровоток в паренхиме левой доли щитовидной железы при цветовом доплеровском картировании	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4

Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
3.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
4.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
5.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
6.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
7.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
8.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
9.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1,ПК-1,3 ОПК 1,2,5,6
10.	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
11.	Измерить передне-задний размер правой доли печени при продольном сканировании в В-режиме	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
12.	Вывести спектр кровотока в воротной вене в режиме импульсно-волновой доплерографии	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
13.	Показать изображение места слияния селезеночной и верхней брыжеечной вен в поперечной плоскости в В-режиме (при необходимости в режиме цветового доплеровского картирования)	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
14.	Оценить кортико-медуллярную дифференциацию паренхимы правой почки в продольной плоскости в В-	УК-1, ПК-1,2,

	режиме	ОПК-1,4
15.	Измерить индекс резистентности в междолевой (интерлобарной) артерии левой почки в режиме импульсноволновой доплерографии	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
16.	Измерить конечно-диастолический размер левого желудочка в парастеральной позиции по длинной оси левого желудочка в В-режиме	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
17.	Оценить кровоток на предмет наличия регургитации через аортальный клапан в парастеральной позиции по короткой оси аортального клапана в режиме цветового доплеровского картирования	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
18.	Вывести кровоток в выносящем тракте правого желудочка и в легочной артерии в парастеральной позиции по короткой оси аортального клапана в режиме постоянноволновой доплерографии	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
19.	Провести обзорное поперечное сканирование правой доли щитовидной железы снизу вверх (от правой надключичной области до нижней челюсти) в В-режиме	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4
20.	Показать кровоток в паренхиме левой доли щитовидной железы при цветовом доплеровском картировании	УК-1, ПК-1,2, ОПК-1,4

Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)

- **«зачтено»** - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий
- **«не зачтено»** - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по факультативу	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.</p>	А	100-96	ВЫСОКИЙ	5 (5+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.</p>	В	95-91	ВЫСОКИЙ	5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.</p>	С	90-86	СРЕДНИЙ	4 (4+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.</p>	С	85-81	СРЕДНИЙ	4

<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.</p>	О	80-76	НИЗКИЙ	4 (4-)
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.</p>	Е	75-71	НИЗКИЙ	3 (3+)
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	Е	70-66	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	Е	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие</p>	Ех	60-41	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	2

вопросы дисциплины.				
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.	F	40-0	НЕ СФОРМИРОВАНА	2

