

<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		70/11
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		Идент.номер 1стр. из 25

## Контрольно-измерительные средства

### Вопросы для рубежного контроля 1

**Название дисциплины** «Ультразвуковая диагностика»

**Код дисциплины** R-UD

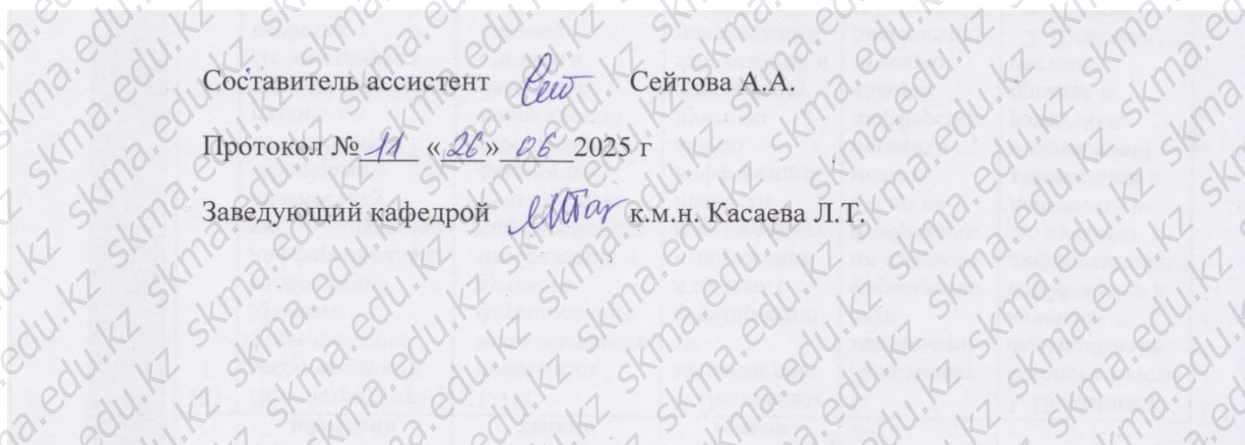
**ОП:** 7R01114 «Радиология»

**Объем учебных часов/кредитов:** 600/20

**Курс:** 1

Шымкент 2025 г.

<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер 2стр. из 25</p>



## Рубежный контроль №1

### Вопросы программы для рубежного контроля - 1

- Организация и структура ультразвуковой службы, основные директивные докумен
- ты. Физика ультразвука. Основные принципы работы УЗ-аппаратов.
- Эхокардиография, современные возможности, различные методики и режимы обследования сердца и сосудов.
- Нормальная ультразвуковая анатомия и патология сердца и крупных сосудов и органов грудной клетки: норма, приобретенные пороки сердца (митральный стеноз, митральная недостаточность, аортальный стеноз, аортальная недостаточность, недостаточность трикуспидального клапана).
- УЗИ диагностика врожденные пороки сердца и крупных сосудов (открытый артериальный проток, дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, стеноз легочной артерии, коарктация аорты, тетрада Фалло, аномалия Эбштейна.
- Лучевая диагностика аневризмы аорты Ультразвуковая диагностика аневризмы аорты
- УЗИ диагностика мышечные изменения сердца – гипертрофия миокарда, дилатационная кардиомиопатия; аневризма сердца; перикардит, патология плевры, ателектаз легкого, пневмонии, абсцессы; патология сосудов.
- УЗИ диагностика аневризмы, стенозы, тромбозы, окклюзии, варикозная болезнь, болезнь Такаюсу.

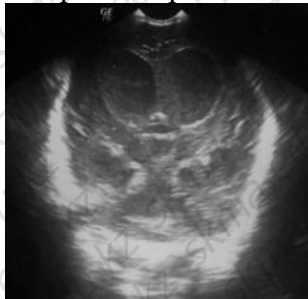
<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>   SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер Зстр. из 25</p>

- Нормальная ультразвуковая анатомия и патология органов брюшной полости: норма; патология печени (диффузные изменения; цирроз; портальная гипертензия; тромбоз воротной вены; жировая инфильтрация; гепатолиенальный синдром; доброкачественные очаговые изменения (гемангиома, очаговая узловая гиперплазия, аденома).
- УЗИ диагностика доброкачественные кистозные образования (кисты – врожденные, приобретенные посттравматические, паразитарные, воспалительные); злокачественные очаговые изменения печени.
- УЗИ диагностика патология желчного пузыря и желчевыводящей системы (аномалии развития; желчекаменная болезнь; холедохолитиаз; водянка; воспалительные заболевания (холецистит, холангит, эмпиема, перивизикальный абсцесс).
- УЗИ диагностика опухолевые и гиперпластические поражения желчного пузыря и желчевыводящей системы (полипоз, аденомиоматоз, холестероз, нейрофиброматоз, доброкачественные опухоли и злокачественные опухоли).
- УЗИ диагностика патология селезенки (аномалии развития; кисты, инфаркт, абсцесс, доброкачественные опухоли, саркома, спленомегалия, травма – гематома, разрыв).
- Нормальная ультразвуковая анатомия и патология почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы, органов мошонки, забрюшинного пространства: норма, патология почек: аномалии развития почек и верхних мочевых путей.
- УЗИ диагностика пузырно-мочеточниковый рефлюкс, травматическое повреждение почек, карбункул, пара- и перинефрит.
- УЗИ диагностика МКБ, дилатация верхних мочевых путей, нефрологические заболевания (диффузные изменения паренхимы почек), нефросклероз, опухоли, кисты почек; патология мочевого пузыря и мочеточников (аномалии развития мочевого пузыря и мочеточников).
- УЗИ диагностика дивертикулы, уретероцеле, конкременты, цистит, травма, опухоли); патология простаты (ДГПЖ, простатит, рак).
- УЗИ диагностика патология органов мошонки (воспалительные процессы, опухоли, перекрут яичка, варикоцеле, крипторхизм).
- Нормальная ультразвуковая анатомия и патология органов эндокринной системы: норма; аномалии развития органов эндокринной системы; патология надпочечников (гиперплазия, киста, опухоли).
- УЗИ аномалии развития органов эндокринной системы; патология надпочечников (гиперплазия, киста, опухоли).
- УЗИ патология щитовидной железы (диффузный зоб, узловой зоб, киста, опухоли); патология паращитовидных желез.
- УЗИ аномалии развития поджелудочной железы; острый и хронический панкреатит; осложнения острого панкреатита (псевдокиста, абсцесс).
- Лучевая диагностика в эндокринологии. Роль УЗИ, при диагностике заболеваний щитовидной железы и других желез внутренней секреции.
- УЗИ диагностика липоматоз, кисты, доброкачественные опухоли, рак, диффузные изменения поджелудочной железы.
- Основные принципы работы УЗ-аппаратов Пункции органов и патологических образований под контролем УЗИ.
- Методики УЗИ - одномерная эхография, ультразвуковое сканирование, доплерография, дуплексная сонография



<question>Нейросонограмма головного мозга ребенка в возрасте 1,5 мес.

Нейросонограмма головного мозга:



<variant>гидроцефалия

<variant>опухоль

<variant>внутричерепная гематома

<variant>эпидуральная гематома

<variant>субдуральная гематома

<question>Сонограмма почки:



<variant>гидронефроз почки на фоне камня проксимальной трети мочеточника

<variant>пиелокаликсэкстазия

<variant>острая почечная недостаточность

<variant>уретеропиелосклероз

<variant>парапельвикальные кисты

<question>Сонограмма мочевого пузыря:



<variant>конкремент устья мочеточника

<variant>конкремент мочевого пузыря

<variant>дивертикул

<variant>полип мочевого пузыря

<variant>опухоль

<question>Сонограмма мочевого пузыря:



<variant>дивертикул

<variant>киста стенки

<variant>разрыв стенки

<variant>устье мочеточника

<variant>уретра

<question>Сонограмма мочевого пузыря:



<variant>конкременты мочевого пузыря

<variant>множественные дивертикулы

<variant>полипы мочевого пузыря

<variant>расширенные устья мочеточников

<variant>конкременты устья мочеточников

<question>Сонограмма мочевого пузыря:



<variant>опухоль

<variant>дивертикул мочевого пузыря

<variant>конкремент

<variant>расширенное устье правого мочеточника

<variant>киста стенки мочевого пузыря

<question>Сонограмма мочевого пузыря:



<variant>утолщенная стенка мочевого пузыря

<variant>полип

<variant>осадок

<variant>артефакт

<variant>опухоль стенки мочевого пузыря

<question>Больная 30 лет. Обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6°C. Из анамнеза: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не

<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер бстр. из 25</p>

увеличены. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа. УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет. Ваше заключение:



- <variant> хронический первичный правосторонний необструктивный пиелонефрит, ст. обострения
- <variant> острый первичный правосторонний обструктивный пиелонефрит, ст. обострения
- <variant> гидронефроз правой почки, 3 стадия
- <variant> камень правой почки, спазматический синдром
- <variant> хронический вторичный правосторонний обструктивный пиелонефрит, ст. обострения.

<question>Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита. Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Ваше заключение:



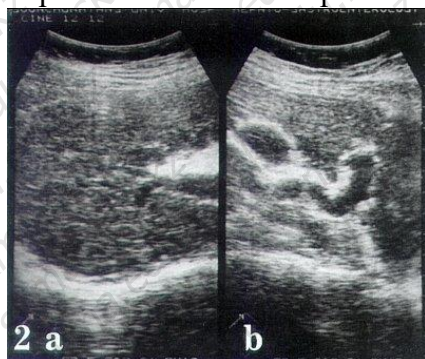
- <variant> хронический холецистит
- <variant> калькулезный холецистит
- <variant> застойный холецистит



<variant> киста желчного пузыря

<variant> холецистохолеостаз

<question>Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. УЗИ печени: диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Вопросы:



<variant> хронический гепатит

<variant> цирроз печени

<variant> камень желчного пузыря

<variant> С-реактивный гепатит

<variant> вирусный гепатит

<question>Пациентка 26 лет. Жалобы на непостоянные, ноющие боли внизу живота, продолжающиеся в течении трехнедель. 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:

<variant> железистая гиперплазия эндометрия


<variant> субмукозная миома матки

<variant> гематометра

<variant> плодное яйцо в полости матки

<variant> эндометрит

<question>Пациентка 32 г. 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 боковой стенки матки выявляется

<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>   SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		70/11
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		Идент.номер 8стр. из 25

тонкостенное жидкостное образование вытянутой (S-образной) формы, 42x11мм - с однородным содержимым. Ваше заключение:

- <variant> простая киста левого яичника
- <variant> пиовар слева
- <variant> жидкость в позадиматочном пространстве
- <variant> гидросальпингс слева
- <variant> позадишеечный эндометриоз

<question>Пациентка 45 лет. Из анамнеза известно об эндометрите после аборта и неоднократных воспалениях придатков матки. Месячные 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 - 6мм, в просвете мелкие эхопозитивные включения, образующие горизонтальный уровень на границе с однородной жидкой средой. При компрессии датчиком резко болезненно.

Ваше заключение:

- <variant> тубарный абсцесс слева
- <variant> двурогай матка
- <variant> гидросальпингс слева
- <variant> эндометриоидная киста слева
- <variant> субсерозная миома матки

<question>Пациентка 33 г. На УЗИ: Слева от матки лоцируется тонкостенное, анэхогенное образование, 60x42мм с дорзальным эхоусилением. Повторное УЗИ в другую фазу менструального цикла: жидкостного образования в проекции левого яичника не выявлено.

Ваше заключение:

- <variant> эндометриоидная киста слева
- <variant> фолликулярная киста слева
- <variant> гидросальпингс слева
- <variant> тубарный абсцесс слева
- <variant> персистенция доминантного фолликула слева

<question>Пациентка 28 лет. На УЗИ: Над левым углом матки лоцируется жидкостное с умеренно утолщенными стенками анэхогенное образование овальной формы -48 x34 мм, в просвете по верхней стенке определяется овальной формы тканевое образование с ровным четким контуром, однородной эхоструктуры. Ваше заключение:

- <variant> эндометриоидная киста слева
- <variant> папиллярная серозная цистаденома слева
- <variant> тератодермоидное образование слева
- <variant> тубарный абсцес, слева
- <variant> фолликулярная киста слева

<question>Пациентка 24 г. Три года назад роды. Абортов не было, к гинекологу не обращалась. Жалобы на задержку месячных в течении 2 недель. На УЗИ: В полости матки плодное яйцо СВД - 11мм, матка оттеснена многокамерным кистоподобным образованием слева (150 x 110мм). Наружный контур кисты четкий волнистый. В просвете множественные «дочерние» кисты, сгруппированные в единый внутрикистозный конгломерат разнокалиберных жидкостных образований неправильной формы. Ваше заключение:

- <variant> тубарный абсцесс слева



<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>   SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		70/11
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		Идент.номер 9стр. из 25

<variant> тератодермоидное образование слева

<variant> малигнизация папиллярной серозной кисты слева

<variant> эндометриоидная киста, слева

<variant> простая псевдомуцинозная киста слева

<question>Пациентка 33г. 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 18мм, эхоплотная (ЖГЭ). Ваше заключение:

<variant> диффузная форма фибромиомы матки

<variant> узловая форма фибромиомы матки

<variant> аденомиоз

<variant> метроэндометрит;

<variant> маточная беременность 3-4 недель

<question>Пациентка 38 л. На приеме у гинеколога - слева от матки пальпируется округлое образование, связанное со стенкой маткой. При УЗИ: поперечный срез на уровне дна матки: два расположенных рядом друг с другом, мягкотканых, четко очерченных образования правильной округлой (справа 60 мм в Д) и овальной (слева, 50x31мм) формы; их структура и эхоплотность соответствуют нормальному миометрию. В центре каждого образования в продольном сечении виден эндометрий толщиной 9-10 мм. Ваше заключение:

<variant> параовариальная киста слева

<variant> двурога матка

<variant> серозная цистаденома

<variant> перитубарная киста слева

<variant> субсерозная миома матки

<question>УЗИ плода. При проведении эхографии в сроки 28-29 недель плод соответствует по фетометрии 24-25нед. При изучении структур мозга полость прозрачной перегородки не визуализируется, нет деления боковых желудочков в области передних рогов. Эхографические признаки:

<variant> лобарной голопроэнцефалии, задержки внутриутробного развития плода

<variant> аномалии Арнольда - Киари

<variant> порока Дэнди Уокера

<variant> агенезии мозолистого тела, задержки внутриутробного развития плода

<variant> норэнцефалии

<question>При эхографии плода в сроки 25-26 нед определяется выраженный подкожный отёк (наличие двойного контура), признаки асцита. Указанные изменения сочетаются с многоводием, плацентомегалией. Эхографические признаки:

<variant> водянки плода

<variant> диафрагмальной грыжи

<variant> гастрошизиса

<variant> задержки внутриутробного развития плода

<variant> атрезии пищевода

<question>Пациентка Н., 27 лет, беременность 27-28 нед. При проведении эхографии выявлены численные значения индекса амниотической жидкости >97,5 %о (АЖ >280мм), глубина наибольшего кармана АЖ >80мм. Желудок не визуализируется. Причиной многоводия могут быть:

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		<p>70/11 Идент.номер 10стр. из 25</p>

<variant> атрезия пищевода

<variant> патология плаценты

<variant> двусторонняя агенезия почек плода

<variant> аномалии ЦНС

<variant> пороки развития сердца

<question>Пациентка А., 21 год, первая беременность. При проведении эхографии в сроке 18 нед выявлено двустороннее увеличение почек у плода (эхогенность почек повышена), отсутствие эхотени мочевого пузыря, маловодие. Эхографические признаки больше соответствуют:

<variant> поликистозной болезни почек инфантильного типа

<variant> двусторонней агенезии почек

<variant> мультикистозной дисплазии почек

<variant> двусторонней опухоли Вильмса

<variant> обструкции лоханочно-мочеточникового соустья

<question>Пациентка Б., 31 год, мажущие кровянистые выделения, болевой синдром, мед. аборт в анамнезе. На эхограмме полость матки расширена, контуры деформированы, внутри полости матки определяются структуры смешанной эхоплотности.

Эхографические признаки соответствуют:

<variant> угрозе выкидыша

<variant> отслойке хориона

<variant> пузырному заносу

<variant> замершей беременности в раннем сроке

<variant> неполному самопроизвольному аборту

<question>Пациентка Н., 28 лет, переболела краснухой в течение первых 12-ти недель беременности. Какой вид патологии может наблюдаться у новорожденного?

<variant> макроцефалия

<variant> микроцефалия

<variant> омфалоцеле

<variant> ВПС

<variant> множественные пороки развития

<question>Пациентка Т., 26 лет. Беременность 24 нед. Монохориальная диамниотическая двойня. У плодов отмечается различие по массе более 20% (1 плод больше второго).

Максимальный карман амниотической жидкости у 1 плода 8 см, у второго - 1,5 см.

Мочевой пузырь второго плода не визуализируется, в артериях его пуповины 0 кровотоков в диастолу. На основании представленных данных, наиболее вероятно наличие:

<variant> ЗВРП второго плода из двойни.

<variant> синдром обратной артериальной перфузии

<variant> Фето-фетальный трансфузионный синдром

<variant> синдром внутриутробной гибели одного из плодов

<variant> нормальный вариант течения многоплодной беременности

<question>У больного Е., 73 лет при УЗ: уменьшение размеров печени за счет правой доли, контуры бугристые, капсула четко не дифференцируется, края печени не дифференцируются, структура паренхимы диффузно неоднородная с множественными участками повышенной и средней эхогенности на фоне повышения общей эхогенности паренхимы с выраженным затуханием ультразвука в глубоких отделах. Сосудистый рисунок значительно изменен - на периферии органа сосуды не визуализируются, как бы «обрубленные» магистральные стволы печеночных вен, также имеется некоторая



<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		<p>70/11 Идент.номер 11стр. из 25</p>

деформация средних стволов печеночных вен, что характерно при:

- <variant> остром гепатите
- <variant> хроническом гепатите
- <variant> циррозе печени
- <variant> синдром Бадда-Киари
- <variant> хронических гемодинамических нарушениях

<question>У больного Д, 33 г. па УЗИ - в структуре печени множество полостных структур округлой формы, с четкими контурами, хорошо дифференцирующимися от окружающей паренхимы печени, размерами 30-40 мм. Эхогенность их смешанная, превышает эхогенность паренхимы печени. Структура образований мелкосетчатая с эффектом дистального псевдоусиления эхосигнала, с медленным ростом, что характерно при:

- <variant> капиллярной гемангиоме печени
- <variant> кавернозной гемангиоме печени
- <variant> очаговой узловой гиперплазии печени
- <variant> паразитарных кист печени
- <variant> аденоме печени

<question>У больной Г', 34 л. на УЗИ - в структуре печени гипоехогенные участки размером 10-150 мм в с неровными контурами, неоднородной структуры, с эффектом дистального псевдоусиления эхосигнала с медленным ростом, что характерно для:

- <variant> капиллярной форме гемангиомы печени
- <variant> кавернозной формы гемангиомы печени
- <variant> очаговая узловая гиперплазия печени
- <variant> кист печени
- <variant> аденоме печени

<question>У больной П., 46 лет 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 пузыря неравномерно утолщены, что характерно для:

- <variant> гипоплазии желчного пузыря
- <variant> желчного пузыря полностью заполненного конкрементами
- <variant> вторично сморщенного на фоне ЖКБ желчного пузыря
- <variant> вторично сморщенного желчного пузыря
- <variant> полностью сокращенного желчного пузыря

<question>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:

- <variant> послеоперационной сероме
- <variant> петле кишечника
- <variant> дилатированном фрагменте пузырного протока
- <variant> эктазированной культе шейки удаленного желчного пузыря
- <variant> кисте ложа желчного пузыря

<question>У больного З, 35 лет на УЗИ - поджелудочной железы 28 x 17 x 19 мм с неровным, четким контуром, неоднородной структуры - неравномерно уплотнена, также отмечается локальное расширение главного панкреатического протока, что характерно



<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p> SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		70/11
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		Идент.номер 12стр. из 25

при:

- <variant> остром панкреатите
- <variant> хроническом панкреатите
- <variant> опухоли
- <variant> жировой дистрофии
- <variant> билиарной гипертензии

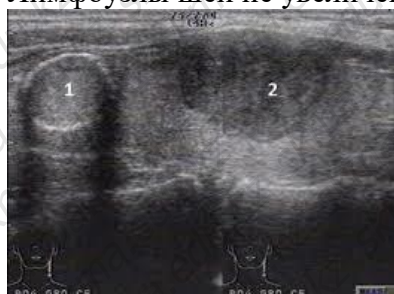
<question>У больной К., 37 лет на УЗИ - селезенка увеличена, площадь = 62 см<sup>2</sup>, с ровными, четкими контурами, неоднородная - с наличием анэхогенного неправильной формы образования, с эффектом дистального псевдоусиления, с неоднородным внутренним содержимым - перегородками, что характерно при:

- <variant> абцессе селезенки
- <variant> инфаркте селезенки
- <variant> сплените
- <variant> аутоспленэктомии
- <variant> кисте селезенки

<question>У больного Т., 37 лет на УЗИ левая почка увеличена 145 x 91 мм контуры ровные паренхима 26 мм, ЛИИ увеличен, структура неоднородная, симптом выделяющихся пирамидок, подвижность почки резко ограничена уменьшение почечного синуса, что характерно при:

- <variant> остром пиелонефрите
- <variant> хроническом пиелонефрите
- <variant> карбункуле почки
- <variant> абцессе почки
- <variant> опухоли почки

<question>Больная К., 64 лет обратилась с жалобами на беспричинный кашель, чувство давления в области шеи справа. При обследовании в зоне правой доли щитовидной железы определяется узел плотно-эластической консистенции в диаметре до 3 см. Лимфоузлы шеи не увеличены. Ваш предварительный диагноз:



- <variant> узловой зоб
- <variant> диффузный зоб
- <variant> рак щитовидной железы
- <variant> метастазы рака железы
- <variant> эндемический зоб

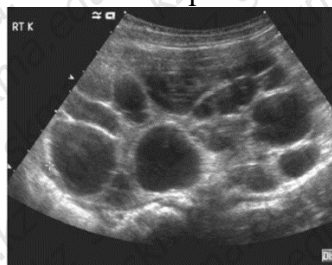
<question>Мальчик, 10,5 года, поступил в отделение с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи. Ребенок от первой беременности, протекавшей с артериальной гипертензией и отечным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Заболевание началось с озноба, повышения температуры тела до 39,5 °С, дизурических явлений, появления мочи цвета «мясных помоев». Ребенок был госпитализирован. При осмотре: Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней.

Живот 120 мягкий. Печень +2 см из-под реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи. УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка — 122x50 мм, паренхима — 17 мм. Правая почка — 125x47 мм, паренхима — 16 мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханка щелевидной формы. Ваше заключение:



- <variant> острый постстрептококковый гломерулонефрит
- <variant> почечная недостаточность острого периода
- <variant> нефритический синдром
- <variant> хронический гломерулонефрит
- <variant> острый пиелонефрит

<question> Мальчик 6,5 года, родился от беременности, протекавшей с гестозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в третьем триместре. В сроке 5 недель мать переболела гриппом. Роды срочные, протекали физиологично. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3–4 раза в год, ветряная оспа. При осмотре обнаружены: эпикант, «готическое» нёбо, аномальная форма ушных раковин. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены, пальпируется нижний полюс правой почки. УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах, паренхима неоднородна, ЧЛС деформирована. Экскреторная урография: обе почки значительно увеличены в размерах, контуры ровные, ЧЛС деформирована: паукообразная конфигурация почечной лоханки, чашечки полигональной формы, множественные кистозные образования в паренхиме обеих почек. Ваше заключение:



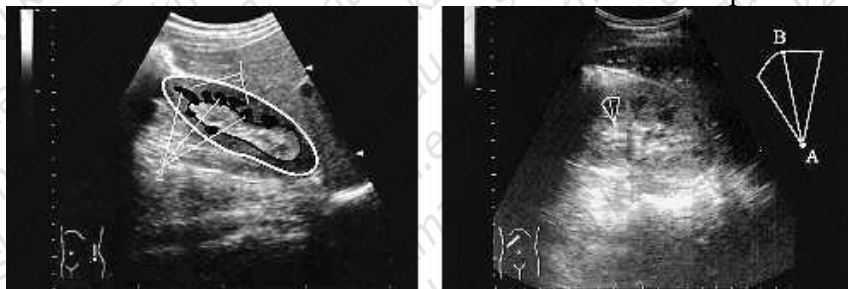
- <variant> поликистоз почек
- <variant> врожденный порок развития почек
- <variant> гидронефроз почек
- <variant> аномалия развития
- <variant> пиелонефрит

<question> Девочка, 9 лет, поступила в отделение по поводу боли в поясничной области, учащенного мочеиспускания. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских



<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер 14стр. из 25</p>

инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ — часто. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38 °С. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечаются учащенные мочеиспускания. УЗИ почек: почки расположены правильно, левая — 107х42х13 мм, правая — 94х37х13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, расширен. Подозрение на удвоение левой почки. Посев мочи: высеяна кишечная палочка в количестве 100 000 микробных тел/мл. Ваш диагноз:



- <variant> вторичный пиелонефрит (удвоение левой почки)
- <variant> рефлюкс-нефропатия (вторично сморщенные почки)
- <variant> врожденный порок развития почек (поликистоз почек)
- <variant> хронический вторичный пиелонефрит
- <variant> хронический первичный гломерулонефрит

## Рубежный контроль №2

### Вопросы программы для рубежного контроля - 2

- Ультразвуковая семиотика заболеваний в акушерстве и гинекологии. УЗИ плода.
- Ультразвуковая диагностика заболеваний в акушерстве и гинекологии при беременности 1 триместре
- УЗИ плода при беременности 2
- УЗИ плода при беременности 2-3 триместре
- Ультразвуковая семиотика заболеваний в акушерстве и гинекологии. УЗИ плода
- Ультразвуковая диагностика органов и систем. Лучевая диагностика заболеваний и повреждений костей и суставов.
- Возрастные особенности костей и суставов, аномалии развития.
- Лучевая диагностика воспалительных заболеваний костей и суставов.
- Лучевая диагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний
- Лучевая диагностика в эндокринологии. Роль УЗИ при диагностике заболеваний щитовидной железы и др. желез внутренней секреции
- Роль УЗИ при диагностике заболеваний ЛОР-органов.
- Ультразвуковая диагностика заболеваний в офтальмологии.
- Ультразвуковая диагностика при патологии молочных желез. Методика исследования
- Роль маммографии, УЗИ, контрастных исследований при диагностике заболеваний молочной железы.
- УЗИ диагностика доброкачественные и злокачественные образования молочной железы, дисгормональные заболевания молочной железы.



<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		<p>70/11 Идент.номер 15стр. из 25</p>

- Ультразвуковая диагностика доброкачественные и злокачественные образования молочной железы, дисгормональные заболевания молочной железы, классификация BI-RADS
- Мастит. Серозный. Инфильтративный. Инфильтративно-гнойный. Абсцедирующий. Флегмонозный. Гангренозный
- Специфические воспаления молочных желез. Туберкулез. Сифилис. Актиномикоз
- Нейросонография, показания, преимущества, недостатки метода.
- УЗИ анатомия, локализация и структура органов пищеварения. Ультразвуковая анатомия, локализация и структура органов пищеварения.
- Изменение состояния стенки желудка. Признаки перфорации. Нарушение опорожнения желудка. Повышенная эхогенность просвета желудка
- Ультразвуковая диагностика заболеваний печени. Аномалии печени и желчевыводящих путей. Заболевания печени: гепатит, цирроз
- УЗИ заболеваний желчного пузыря и желчевыводящей системы. Холецистит: острый и хронический. Холедохолитиаз. Полипы желчного пузыря.

## Тестовые вопросы для рубежного контроля - 2

<question>Сосудистые ориентиры для ультразвуковой визуализации поджелудочной железы:

<variant>поперечное сечение нижней полой вены, аорты, верхнебрыжеечной артерии и продольное сечение селезеночной вены

<variant>продольное сечение аорты и верхнебрыжеечной артерии

<variant>продольное сечение нижней полой вены

<variant>продольное сечение верхнебрыжеечной вены

<variant>брюшной отдел аорты

<question>"Инклинационная" линия для угловой оценки ультразвукового среза тазобедренного сустава проводится через:

<variant>основание лимбуса

<variant>вертлужную впадину

<variant>край подвздошной кости

<variant>"U"-образный хрящ

<variant>гребень подвздошной кости

<question>"Ацетабулярная" линия для угловой оценки ультразвукового среза тазобедренного сустава проводится через:

<variant>наружный костный выступ вертлужной впадины

<variant>"U"-образный хрящ

<variant>основание лимбуса

<variant>край подвздошной кости

<variant>основание средней ягодичной мышцы

<question>У недоношенных новорожденных детей при нейросонографии субэпендимальные кровоизлияния наиболее часто определяются в:

<variant>области головок хвостатых ядер, каудоталамических борозд

<variant>области сосудистых сплетений боковых желудочков

<variant>перивентрикулярной области боковых желудочков

<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер 16стр. из 25</p>

<variant>паренхиме мозга

<variant>субэпендимальных отделах передних рогов

<question>У доношенных новорожденных кровоизлияния в боковых желудочках наиболее часто определяются при нейросонографии в:

<variant>сосудистых сплетениях

<variant>субэпендимальных отделах передних рогов

<variant>перивентрикулярной области

<variant>области каудоталамических борозд

<variant>области головок хвостатых ядер, каудоталамических борозд

<question>Для атрезии двенадцатиперстной кишки плода при ультразвуковом исследовании характерно наличие:

<variant>расширения петель тонкой и толстой кишки

<variant>асцита

<variant>двойного пузыря в брюшной полости

<variant>маловодия

<variant>отсутствия эхотени желудка

<question>Мочевой пузырь у детей до 2-летнего возраста расположен:

<variant>задняя стенка забрюшинно, передняя – частично в брюшной полости

<variant>в малом тазу

<variant>забрюшинно

<variant>в брюшной полости

<variant>над малым тазом

<question>Наиболее часто встречающаяся разновидность пузырно-мочеточникового рефлюкса у девочек:

<variant>врожденная

<variant>приобретенная

<variant>медикаментозная

<variant>воспалительная

<variant>обструктивная

<question>Для опухоли Вильмса в стадии T1 характерно:

<variant>локализация в паренхиме, при отсутствии деформации лоханки

<variant>проращение опухоли в капсулу почки

<variant>метастазирование в другие органы

<variant>деформация чашечно-лоханочной системы

<variant>проращение опухоли в соседние ткани и органы

<question>Выявляемое во время ультразвукового исследования при клинической картине «острого живота» стабильное во времени жидкость содержащее образование, прилежащее к нижней, латеральной или медиальной стенке желчного пузыря, имеющее утолщенные стенки с нечеткими контурами и часто гиперэхогенный ореол вокруг большинстве случаев соответствует:

<variant>петле тонкой кишки с жидкостью

<variant>околопузырному абсцессу

<variant>кисте печени

<variant>дивертикулу желчного пузыря

<variant>кисте поджелудочной железы

<question>Физическое явление, которое лежит в основе получения медицинского изображения при ультразвуковых методах исследования:



<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер 17стр. из 25</p>

<variant>отражение волн биосубстратом

<variant>поглощение энергии фотонов биосубстратом

<variant>движущимися в магнитном поле

<variant>регистрация гамма-квантов, введенными в биосубстрат

<variant>регистрация теплового излучения от биосубстрата

<question>У больной А., 21 г., на 14 день после родов появились боли в левой молочной железе, повысилась температура до 38. В левой молочной железе определяется болезненный инфильтрат. Ваше заключение:



<variant> острый лактационный мастит

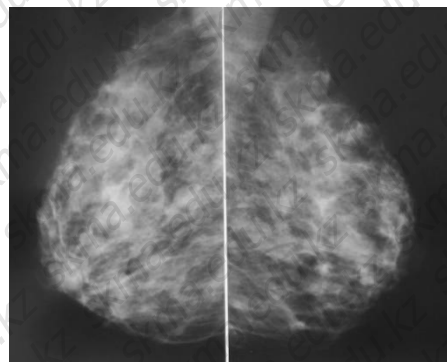
<variant> гнойный мастит

<variant> абсцесс слева

<variant> фиброаденома

<variant> мастопатия

<question>Больная М., 27 л жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. 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. Маммография – затемнение диффузного характера с мелкими очагами просветления. УЗИ: гиперэхогенные структуры с неровными контурами. Ваше заключение:



<variant> фиброзно-кистозной мастопатия

<variant> рак молочной железы

<variant> киста левой молочной железы

<variant> фиброаденома молочной железы

<variant> острый лактационный мастит

<question> 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.



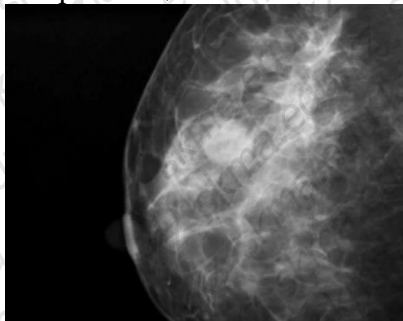
<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>   SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер 18стр. из 25</p>

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. Маммография – определяется образование в молочной железе, кальцинаты. УЗИ: опухоль в молочной железе с вариабельностью эхогенных признаков. Ваше заключение:



- <variant> рак левой молочной железы
- <variant> фиброаденома молочной железы
- <variant> узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии
- <variant> липомамолочной железы
- <variant> аденома молочной железы

<question>На прием к хирургу обратился юноша 18 лет, с жалобами на увеличение левой молочной железы. Железа начала увеличиваться 3 года назад. Объективно определяется диффузное увеличение молочной железы. Болезненности при пальпации нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Мамография – тени неправильной формы, зачастую с микрокальцинатами. УЗИ – эхографически сходна с мастопатией. Ваше заключение:



- <variant> железистая мастопатия
- <variant> доброкачественная опухоль
- <variant> левосторонняя гинекомастия
- <variant> рак молочной железы
- <variant> атрофированная молочная железа

<question>Впервые миома матки была обнаружена 6 лет назад, матка была увеличена до 6 нед беременности. Все это время больная состояла на учете у врача-гинеколога. В последний год она стала отмечать обильные менструации, жалуется на плохое самочувствие, слабость. Последний раз у гинеколога была полгода назад (величина миомы соответствовала 9-недельной беременности). Было две беременности; обе закончились искусственными абортами без осложнений. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Матка увеличена до 10 нед беременности, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровяные, обильные. Поставьте диагноз по УЗИ картинке:

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		<p>70/11 Идент.номер 19стр. из 25</p>



- <variant> полип эндометрия
- <variant> беременность 10 недель, аборт в ходу
- <variant> геморрагический синдром
- <variant> хронический аднексит
- <variant> миома матки с субмукозным ростом
- <question>Эхогенность паренхимы печени и сосудистый рисунок при жировой инфильтрации печени следующие:
- <variant> "обеднение" сосудистого рисунка и повышение эхогенности паренхимы печени
- <variant> эхогенность понижена, сосудистый рисунок "обеднен"
- <variant> четкая визуализация сосудистого рисунка, эхогенность смешанная
- <variant> эхогенность не изменена, сосудистый рисунок четкий
- <variant> воротная вена не изменена, эхогенность смешанная
- <question>Укажите дифференциально-диагностические признаки отличия очаговой жировой инфильтрации от объемных процессов при исследовании:
- <variant> архитектура и сосудистый рисунок печени не нарушены
- <variant> деформация сосудистого рисунка и повышение эхогенности печени
- <variant> нарушение архитектуры и сосудистого рисунка печени
- <variant> сосудистый рисунок не нарушен, эхогенность снижена
- <variant> изменения гистограммы яркости
- <question>В УЗ картине печени при хроническом гепатите с умеренными и выраженными морфологическими изменениями чаще всего наблюдается:
- <variant> неравномерное повышение эхогенности паренхимы печени участками, "полями"
- <variant> неравномерное понижение эхогенности паренхимы печени
- <variant> равномерное понижение эхогенности паренхимы печени
- <variant> нормальная эхогенность паренхимы печени
- <variant> равномерное повышение эхогенности паренхимы печени
- <question>Узловая (очаговая) гиперплазия печени является:
- <variant> врожденной аномалией развития с прогрессирующим течением
- <variant> злокачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением
- <variant> доброкачественным опухолевым процессом с прогрессирующим течением
- <variant> воспалительным поражением с прогрессирующим течением
- <variant> хроническим поражением с прогрессирующим течением
- <question>Выявляемое во время диспансеризации при УЗИ стабильное во времени жидкое содержимое, прилежащее к нижней, латеральной или медиальной стенке желчного пузыря, имеющее тонкие и четко видимые стенки, эхонегативное содержимое с отсутствием его передвижения в большинстве случаев соответствует:
- <variant> дивертикулу желчного пузыря



<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		<p>70/11 Идент.номер 20стр. из 25</p>

<variant>петле толстой кишки с жидкостью

<variant>опухолью печени

<variant>околопузырному абсцессу

<variant> кисте поджелудочной железы

<question>Выявляемое во время исследования при клинической картине "острого живота" стабильное во времени жидкостьсодержащее образование, прилегающее к нижней, латеральной или медиальной стенке желчного пузыря, имеющее утолщенные стенки с нечеткими контурами и часто гиперэхогенный ореол вокруг большинства случаев соответствует:

<variant> околопузырному абсцессу

<variant> петле тонкой кишки с жидкостью

<variant>гемангиоме печени

<variant> дивертикулу желчного пузыря

<variant>рака поджелудочной железы

<question>Симптом Курвуазье проявляется:

<variant> в увеличении желчного пузыря при наличии желтухи

<variant> в уменьшении и деформации желчного пузыря при наличии желтухи

<variant> в уменьшении размеров печени и увеличении размеров селезенки

<variant> в появлении симптомов портальной гипертензии

<variant>в появлении асцита

<question>Водянка желчного пузыря в УЗ изображении характеризуется:

<variant> увеличением длинника желчного пузыря более 10 см

<variant> увеличением длинника желчного пузыря более 7 см

<variant> увеличением длинника желчного пузыря более 5 см

<variant> увеличением длинника желчного пузыря более 3 см

<variant> расширением внутрипеченочных желчных ходов

<question>Анатомической последовательностью расположения структур ворот печени, считая спереди назад, являются:

<variant> печеночная артерия, холедох, портальная вена

<variant> холедох, портальная вена, печеночная артерия

<variant>холедох, печеночная артерия, портальная вена

<variant> печеночная артерия, холедох, нижняя полая вена

<variant> печеночная артерия, нижняя полая вена, холедох

<question>Конкременты желчного пузыря при УЗИ определяются как:

<variant>гиперэхогенные округлые образования с четким контуром и акустической тенью

<variant> гипоэхогенные образования

<variant> многокамерные неоднородные эхоструктуры

<variant>образования с четким контуром, деформирующие контуры желчного пузыря

<variant> аэхогенные образования

<question>Патогномоничным симптомом лимфогранулематоза при брюшной его форме является:

<variant>определение увеличенных парааортальных лимфатических узлов и лимфатических узлов ворот печени

<variant> увеличение размеров селезенки

<variant> определение очаговых образований паренхимы печени



<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		<p>70/11 Идент.номер 21стр. из 25</p>

<variant> увеличение размеров желчного пузыря и расширение внутрипеченочных желчных протоков

<variant> увеличение размеров печени и селезенки

<question>Наиболее характерными и часто встречающимися признаками острого панкреатита являются:

<variant> увеличение размеров, понижение эхогенности, нарушение однородности эхогенности и изменение контуров

<variant> сохранение размеров поджелудочной железы, понижение эхогенности, однородность структуры и четкость контуров

<variant> невозможность определения контуров поджелудочной железы и повышение ее эхогенности

<variant> увеличение размеров, повышение эхогенности и подчеркнутость контурой поджелудочной железы

<variant> отсутствие характерных признаков

<question>Кисты поджелудочной железы чаще характеризуются следующими признаками:

<variant> отсутствием капсулы, неправильной формой, эффектом псевдоусиления, разнообразным внутренним содержимым

<variant> отсутствием капсулы, эффекта псевдоусиления, неправильной формой, неоднородной структурой

<variant> неоднородной структурой, четко выраженной капсулой, неправильной формой, наличием внутренних перегородок

<variant> наличием капсулы, эффектом псевдоусиления, правильной округлой формой, однородностью структуры

<variant> отсутствием характерных признаков

<question>При УЗИ основанием для предположения о наличии у пациента хронического панкреатита может служить:

<variant> наличие неоднородности паренхимы, неровности контуров, повышения эхогенности, изменений размеров

<variant> наличие любого из признаков диффузных изменений паренхимы

<variant> возраст пациента старше 50 лет

<variant> пол пацинета

<variant> повышения эхогенности, изменений размеров

<question>Так называемый "калькулезный панкреатит":

<variant>сопровождается формированием кальцификатов в протоковой системе на фоне частых обострений, особенно при злоупотреблении алкоголем

<variant>развивается из-за обструкции общего соустья холедоха и Вирсунгова протока желчным камнем

<variant> является синонимом острого панкреатита или обострения хронического панкреатита при наличии желчекаменной болезни

<variant>является названием хронического воспалительного процесса поджелудочной железы, приводящего к образованию конкрементов в желчном пузыре

<variant>является названием хронического воспалительного процесса поджелудочной железы

<question>Основным дифференциально-диагностическим отличием сморщенной почки от гипоплазированной по данным УЗИ является:

<variant>повышение эхогенности паренхимы сморщенной почки

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер 22стр. из 25</p>

- <variant> ровный контур сморщенной почки
- <variant> повышение эхогенности паренхимы гипоплазированной почки
- <variant> истончение паренхимы гипоплазированной почки
- <variant> неровность контура у гипоплазированной почки
- <question> Поликистоз почек чаще сочетается с поликистозом:
- <variant> печени
- <variant> поджелудочной железы
- <variant> селезенки
- <variant> яичников
- <variant> легких
- <question> Гидрокаликоз на поздних стадиях хр. пиелонефрита обусловлен:
- <variant> склеротическими процессами в стенке чашечно-лоханочного комплекса
- <variant> блоком мочеточника воспалительным эмболом
- <variant> присоединяющейся на этой стадии хр. пиелонефрита хронической почечной недостаточностью
- <variant> наличием интерстициального воспаления, атрофии и склероза паренхимы
- <variant> присоединяющимся нефрокальцинозом
- <question> Причиной уменьшения площади и снижения эхогенности почечного синуса у больного острым пиелонефритом является:
- <variant> резорбция почечного синусного жира, сдавление почечного синуса
- <variant> фиброз почечного синуса
- <variant> сопутствующий паранефрит
- <variant> сопутствующий перинефрит
- <variant> резкий отек клетчатки почечного синуса
- <question> Ультразвуковыми признаками карбункула почки являются:
- <variant> гиперэхогенная зона с четкой границей, либо гипоэхогенная зона с нечеткой границей в паренхиме
- <variant> анэхогенная зона неправильной формы в паренхиме с толстой капсулой
- <variant> анэхогенная зона овально-вытянутой формы в почечном синусе
- <variant> диффузная неоднородность паренхимы, снижение эхогенности почечного синуса
- <variant> синдром "выделяющихся пирамидок"
- <question> Для туберкулезного поражения почек характерны:
- <variant> множественные петрификаты в паренхиме, расширение и деформация чашечек, кистозные массы с толстой, неровной стенкой
- <variant> синдром гиперэхогенных пирамид
- <variant> утолщение паренхимы, повышение эхогенности пирамидок
- <variant> анэхогенная зона овально-вытянутой формы в почечном синусе
- <variant> прогрессирования ксантогранулематозного пиелонефрита
- <question> В области треугольника мочевого пузыря визуализируется вихреобразное перемещение точечных гиперэхогенных структур 1-2 мм в диаметре - это
- <variant> выброс жидкости из мочеточника
- <variant> реверберация
- <variant> воспалительная взвесь, либо песок
- <variant> опухоль на тонкой ножке
- <variant> трабекулярность стенки мочевого пузыря
- <question> Дивертикул мочевого пузыря это:



<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		<p>70/11 Идент.номер 23стр. из 25</p>

<variant>мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыря с образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря

<variant>мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря

<variant> полиповидное разрастание в области устья мочеточника

<variant> расширение урахуса

<variant> опухоль на тонкой ножке

<question>Уретероцеле - это

<variant> мешковидное выпячивание стенки мочеточника в полость мочевого пузыря

<variant>мешотчатое выпячивание стенки мочевого пузыря с образованием полости, связанной с полостью мочевого пузыря

<variant> полиповидное разрастание в области устья мочеточника

<variant> расширение урахуса

<variant> киста, связанная с лоханкой или чашечкой

<question>У больного при УЗИ мочевого пузыря определяется пристеночное, несмещаемое округлой формы высокой эхогенности образование с четкой акустической тенью. Наиболее вероятен диагноз:

<variant>конкремента в устье мочеточника

<variant>опухоли

<variant> уретероцеле

<variant> нагноившейся кисты урахуса

<variant> хронического цистита

<question>Ориентирами для определения зоны нахождения правого надпочечника при эхографическом исследовании являются:

<variant>нижняя полая вена, верхний полюс правой почки, правая ножка диафрагмы, правая доля печени

<variant> верхний полюс правой почки, аорта, печеночный изгиб толстой кишки, головка поджелудочной железы

<variant> верхний полюс правой почки, нижняя полая вена, большая поясничная мышца, тело 12-го грудного позвонка

<variant> нижняя полая вена

<variant> головка поджелудочной железы

<question>Ориентирами для определения зоны левого надпочечника являются:

<variant> аорта, верхний полюс левой почки, левая ножка диафрагмы, большая кривизна желудка, ворота селезенки

<variant> верхний полюс левой почки, аорта, тело 12-го грудного позвонка, хвост поджелудочной железы, vena lienalis

<variant> верхний полюс левой почки, аорта, верхний полюс селезенки, большая поясничная мышца, тело 12-го грудного позвонка

<variant> верхний полюс селезенки

<variant> хвост поджелудочной железы

<question>При УЗИ инфаркт селезенки в острой стадии выявляется как:

<variant> образование с нечеткими контурами и сниженной эхогенностью

<variant> образование с четкими контурами и сниженной эхогенностью

<variant> образование с повышенной эхогенностью

<variant> образование с нечеткими контурами и повышенной эхогенностью

<variant> образование с лучистыми контурами

<question>При УЗИ инфаркт селезенки в поздней стадии выявляется:

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		<p>70/11 Идент.номер 24стр. из 25</p>

<variant> образование с четкими контурами и повышенной эхогенностью

<variant> образование с четкими контурами и сниженной эхогенностью

<variant> образование с сниженной эхогенностью

<variant> образование с нечеткими контурами и повышенной эхогенностью

<variant> образование с четкими контурами

<question> При разрыве селезенки как дополнительный эхографический признак может выявляться:

<variant> наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве

<variant> гиперэхогенность капсулы в области разрыва

<variant> гипоэхогенность капсулы в области разрыва

<variant> дистальное усиление за зоной разрыва

<variant> дистальное ослабление за зоной разрыва

<question> Наличие изолированной дилатации правого желудочка без патологического сброса слева направо и при наличии желудочковой тахикардии в анамнезе может быть признаком:

<variant> аритмогенной дисплазии правого желудочка

<variant> дефекта межжелудочковой перегородки

<variant> аномалии Эбштейна

<variant> дефекта межпредсердной перегородки

<variant> постинфарктного кардиосклероза

<question> Участок нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка в виде акинезии характерен для:

<variant> крупноочагового инфаркта миокарда

<variant> гипертрофической кардиомиопатии

<variant> врожденного порока сердца

<variant> мелкоочагового инфаркта миокарда

<variant> приобретенного порока сердца

<question> Утолщение стенки преимущественно за счет слизистой и подслизистой оболочек с наличием в ней гипер- и анэхогенных участков небольшого размера, полипообразные структуры по внутреннему контуру стенки, неоднородная структура стенки с вовлечением всех отделов ж. пузыря - характерна для:

<variant> распространенного аденомиоматоза желчного пузыря

<variant> острого холецистита

<variant> острого флегмонозного холецистита

<variant> хр. холецистита

<variant> полипоза желчного пузыря

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

<variant> только при наличии соответствующих морфологических изменений в желчном пузыре

<variant> никогда

<variant> во всех случаях

<variant> только при наличии соответствующих функциональных изменений в желчном пузыре

<variant> только при наличии клиники заболевания



