

Приложение 4
к ОПОП, утвержденной
Ученым советом ФГАУ
«НМИЦ здоровья детей»
Минздрава России
протокол № 11-2024 г.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Б2.1 РЕНТГЕНОЛОГИЯ

основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа
ординатуры

31.00.00 Клиническая медицина

Специальность

31.08.09 Рентгенология

Трудоемкость программы - 2484 ч. (69 з.е.)

Форма обучения - очно

Москва 2024 г.

Рабочая программа производственной практики Рентгенология составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО)- подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры, по специальности 31.08.09 Рентгенология Программа разработана как приложение ПООП по данной специальности и одобрена сотрудниками кафедры Педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава РФ. Цель и задачи прохождения практики, требования к результатам освоения

Цель прохождения практики

1. Цель и задачи прохождения практики.

Целью прохождения практики: является приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

Задачи практики является приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач:

знать: основы организации здравоохранения, медицинской статистики и научной информатики в пределах практического применения методов рентгеновской диагностики; приказы и другие нормативные акты Российской Федерации, определяющие деятельность службы лучевой диагностики и отдельных её структурных подразделений; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности; основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей здоровья населения; структуру заболеваемости, мероприятия по её снижению; общие принципы статистических методов обработки медицинской документации; физические, технические и технологические основы методов рентгеновской диагностики, принципы организации и проведения инвазивных процедур под лучевым наблюдением; этиологию, патогенез, патофизиологию и симптоматику болезней, в диагностике которых используются рентгеновские методы; лучевую анатомию и лучевую физиологию органов и систем человека; лучевую семиотику нарушений развития, повреждений и заболеваний органов и систем человека; принципы дифференциальной диагностики заболеваний и повреждений органов и тканей при использовании рентгеновских методов исследований, алгоритмы лучевой диагностики заболеваний и повреждений; принципы получения, анализа, хранения и передачи диагностических изображений, устройство госпитальных и радиологических информационных систем, систем архивирования данных о пациенте; основы организации и проведения рентгеновских методов скрининга (доклинической диагностики) социально значимых заболеваний; организацию и проведение диспансеризации, анализ её эффективности; принципы организации неотложной рентгеновской диагностики; физические принципы взаимодействия излучений с веществом, основы радиационной биологии и радиационной защиты, клинической дозиметрии, действующие нормы радиационной безопасности персонала и пациента;

уметь: интерпретировать результаты различных инструментальных исследований: ультразвукового, рентгеновского и т.д; воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия; систематически повышать свою квалификацию; внедрять новые методики лучевых исследований; анализировать результаты своей профессиональной деятельности, используя все доступные возможности для верификации полученной диагностической информации; консультировать лечащих врачей по вопросам обоснованного и рационального выбора рентгеновских исследований, по результатам проведенных рентгеновских исследований, участвовать в консилиумах, клинических разборах, клинико-диагностических конференциях; получить информацию о пациенте, вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями; проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни; осуществлять диагностику заболеваний и повреждений на основе комплексного применения современных методов рентгеновской диагностики; проводить рентгеновские исследования в соответствии со стандартом медицинской помощи; оформлять протоколы проведенных рентгеновских исследований с заключением о предполагаемом диагнозе, необходимом комплексе уточняющих лучевых и других инструментальных исследований не позднее 24 часов после проведения исследования; обеспечивать безопасность пациентов при проведении рентгеновских исследований, предоставлять пациентам в установленном порядке информацию о радиационном и другом воздействии вследствие предлагаемого или проведенного рентгеновского исследования; оказывать первую медицинскую помощь при электрической и механической травме, реакции на введение контрастных веществ и других неотложных состояниях, возникающих при проведении рентгеновских исследований; методикой

анализа основных показателей деятельности лечебно-профилактического учреждения; навыками вычисления и оценки основных демографических показателей, характеризующих состояние здоровья населения; навыками вычисления и оценки уровня и структуры заболеваемости, смертности; навыком проведения анализа работы рентгенодиагностического кабинета и введения отчетности;

владеть: методами определения и оценки физического развития пациента; навыками рентгенологического исследования в условиях оказания неотложной помощи; навыками проведения дифференциальной диагностики, составления протокола рентгенологического исследования, формулировки и обоснования клиничко-рентгенологического заключения; навыками ведения приема в рентгенодиагностическом кабинете поликлиники и стационара; навыками эксплуатации рентгенодиагностического аппарата в режиме просвечивания и производства снимков при обследовании больных; навыками проведения дозиметрической защиты рентгеновского кабинета и ИДК; методиками осуществления рентгенологических исследований; навыками обзорного рентгенологического исследования головы и шеи, органов грудной полости, брюшной полости, скелета (обзорную и прицельную рентгенографию, рентгенографию в стандартных, атипичных и специальных проекциях, томографии.); контрастного рентгенологического исследования (включая двойное контрастирование) желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, фистулографию; навыками обоснованного применения функциональных проб и фармакологических средств; навыков рентгенологического исследования мягких тканей и молочной железы; навыками рентгенологического исследования у детей; навыков анализа рентгенограммы органов и анатомических областей в стандартных и атипичных проекциях, выявления морфологических и функциональных симптомов заболеваний, истолкования патоморфологического субстрата и патофизиологической основы; навыкам определения необходимости проведения специальных рентгенологических и других лучевых исследований (бронхографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ангиографии ультразвуковой и радионуклидной диагностики); навыками проведения дифференциальной диагностики, составления протокола рентгенологического исследования, формулировки и обоснования клиничко-рентгенологического заключения; навыкам оказания первой помощи при возникновении аварий в рентгенологическом кабинете и при ранних осложнениях, связанных с рентгенологическими исследованиями (сосудистый коллапс, острое расстройство дыхания); навыком проведения анализа работы рентгенодиагностического кабинета и ведения отчетности о его работе в соответствии с установленными требованиями

Требования к результатам освоения

Формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций у обучающихся в ходе прохождения практической подготовки осуществляется за счет выполнения обучающимися всех видов учебной деятельности соответствующего периода учебного плана, предусматривающих теоретическую подготовку и приобретение практических навыков с использованием средств обучения, основанных на применении симуляционных технологий, в том числе фантомной и симуляционной техники, имитирующей медицинские вмешательства, в объеме, позволяющем выполнять определенные виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью.

Профессиональные компетенции и индикаторы их сформированности

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения в ходе прохождения практики	
<i>УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</i>		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	- Методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации
	Уметь	- Критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации - Определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	Владеть	- Методами системного анализа достижения в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте
УК-1.2 Оценивает возможности и способы	Знать	- Современные научные и практические достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Анализировать современные научные и практические достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте - Проводить сравнительный анализ возможностей и ограничений использования современных достижений в области медицины и фармации, предлагать и обосновывать возможные решения практических задач
	Владеть	- Навыками критического анализа и оценки современных научных достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте, генерирования новых идей при решении практических задач
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению		
УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации	Знать	- Нормативные законодательные акты по организации деятельности структурного подразделения медицинской организации
	Уметь	- Планировать последовательность действий команды (коллектива) для достижения заданной цели работы на основе понимания результатов (последствий) личных действий
	Владеть	- Навыками планирования командной работы
УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	Знать	- Методы эффективного руководства коллективом при организации процесса оказания медицинской помощи населению (планирование, организация, управление, контроль)
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Эффективно взаимодействовать с другими членами команды - управлять трудовыми ресурсами структурного подразделения медицинской организации - Осуществлять отбор и расстановку работников в структурном подразделении медицинской организации
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Навыками делегирования полномочия членам команды - Навыками организации работы персонала медицинской организации в целях оказания медицинской помощи населению
УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей	Знать	- Основные теории лидерства и стили руководства
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Участвовать в обмене информацией и опытом с другими членами команды знаниями - Презентовать результаты работы команды - Осуществлять контроль работы подчиненного медицинского персонала
	Владеть	- Навыками руководства работниками медицинской организации навыками контроля выполнения должностных обязанностей подчиненным персоналом медицинской организации
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности		
УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Современные методы и технологии коммуникации - Этические и деонтологические нормы общения
	Уметь	- Выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий
	Владеть	- Навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп
УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в формате корреспонденции	Знать	- Знает основные правила орфографии и пунктуации русского языка
	Уметь	- Умеет общаться на русском языке для целей профессиональной деятельности
	Владеть	- Имеет практический опыт составления текстов профессионального характера на русском языке
УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях	Знать	- Психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия
	Уметь	- Вести деловое общение и проводить публичные выступления
	Владеть	- Навыками делового общения и публичных выступлений

ОПК-4. Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютернотомографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты		
ОПК-4.1 Определяет показания и противопоказания к проведению рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Основные положения законодательства Российской Федерации в области радиационной безопасности населения - Общие вопросы организации рентгенологической службы в Российской Федерации, нормативные правовые акты, определяющие ее деятельность - Показания и противопоказания к рентгенологическим исследованиям (в том числе компьютерно-томографическим) - Показания и противопоказания к магнитно-резонансному томографическому исследованию
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Интерпретировать и анализировать информацию о заболевании и (или) состоянии, полученную от пациентов (их законных представителей), а также из медицинских документов - Выбирать в соответствии с клинической задачей методики рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования - Определять и обосновывать показания к проведению дополнительных исследований - Обосновывать показания (противопоказания) к введению контрастного препарата, вид, объем и способ его введения для выполнения рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Определением показаний к проведению рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования по информации от пациента и имеющимся анамнестическим, клиническим и лабораторным данным - Определением противопоказаний к проведению рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования по информации от пациента и имеющимся анамнестическим, клиническим и лабораторным данным
ОПК-4.2 Интерпретирует и анализирует полученные при рентгенологическом исследовании результаты	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Стандарты медицинской помощи - Закономерности формирования рентгеновского изображения (скиалогия)
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Интерпретировать и анализировать полученные при рентгенологическом исследовании результаты, выявлять рентгенологические симптомы и синдромы предполагаемого заболевания - Интерпретировать и анализировать результаты рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований, выполненных в других медицинских организациях - Интерпретировать и анализировать данные компьютерных томографических и магнитно-резонансно-томографических исследований, выполненных ранее
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Оформлением заключения рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования с формулировкой нозологической формы патологического процесса в соответствии с МКБ, или изложение предполагаемого дифференциально-диагностического ряда
ОПК-5. Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях		
ОПК-5.1 Проводит профилактические	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Алгоритм рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического исследования) и магнитно-

(скрининговые) исследования		резонансно-томографического исследования – Показатели эффективности рентгенологических исследований, (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения
	Уметь	– Обосновывать медицинские показания и медицинские противопоказания к применению контрастных лекарственных препаратов при проведении рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований – Анализировать данные иных методов исследований для оценки целесообразности и периодичности проведения рентгенологических исследований
	Владеть	– Определением медицинских показаний для проведения дополнительных исследований
ОПК-5.2 Участвует в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях	Знать	– Ранние признаки заболеваний, а также воздействие вредных и (или) опасных производственных факторов, методы формирования групп риска развития профессиональных заболеваний – Принципы сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастных и гендерных групп
	Уметь	– Выявлять специфические для конкретного заболевания рентгенологические симптомы и синдромы заболеваний органов и систем организма человека, оценивать динамику их изменений при диспансерном наблюдении
	Владеть	– Оформление экстренного извещения при выявлении рентгенологической картины инфекционного или профессионального заболевания
<i>ОПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</i>		
ОПК-6.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	– Законодательство РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников – Основную медицинскую документацию и способы ее заполнения – Принципы организации медицинской помощи в медицинских организациях – Должностные обязанности медицинского персонала в медицинских организациях по занимаемой должности
	Уметь	– Заполнять медицинскую и техническую документацию – Организовать деятельность, находящегося в распоряжении, медицинского персонала
	Владеть	– Навыками работы с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну; – Вести медицинскую документацию и техническую документацию – Навыками организации деятельности, находящегося в распоряжении, медицинского персонала
<i>ОПК-7. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</i>		
ОПК-7.1 Оценивает состояния пациентов	Знать	– Методику сбора жалоб и анамнеза у пациента (история болезни и жизни) – Методику физикального исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
	Уметь	– Выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания

	Владеть	– Оценивать состояние пациентов, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
ОПК-7.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать	– Принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства работой команды врачей, младшего и среднего медицинского персонала – Клинические признаки состояний, требующих оказания помощи в неотложной форме
	Уметь	– Организовывать процесс оказания медицинской помощи, руководить и контролировать работу команды врачей, младшего и среднего медицинского персонала – Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) и способен оказать медицинскую помощь в экстренной форме при указанных состояниях – Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях
	Владеть	– Навыками оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях
<i>ПК-1. Способен к проведению рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека</i>		
ПК-1.1 Проводит рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретирует их результаты	Знать	– Физика рентгеновских лучей – Методы получения рентгеновского изображения – Рентгенодиагностические аппараты и комплексы – Принципы устройства, типы и характеристики рентгенологических компьютерных томографов – Принципы устройства, типы и характеристики магнитно-резонансных томографов – Основы получения изображения при рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии – Рентгеновская фототехника – Техника цифровых рентгеновских изображений – Информационные технологии и принципы дистанционной передачи рентгенологической информации – Средства лучевой визуализации отдельных органов и систем организма человека – Физические и технологические основы рентгенологических исследований, в том числе цифровой рентгенографии – Физические и технологические основы компьютерной томографии – Физические и технологические основы магнитно-резонансной томографии – Физико-технические основы методов лучевой визуализации: рентгеновской компьютерной томографии; магнитно-резонансной томографии; ультразвуковых исследований – Физико-технические основы гибридных технологий – Правила поведения медицинского персонала и пациентов в кабинетах магнитно-резонансной томографии – Специфика медицинских изделий для магнитно-резонансной томографии – Вопросы безопасности томографических исследований – Основные протоколы магнитно-резонансных исследований – Варианты реконструкции и постобработки магнитно-резонансных изображений – Дифференциальная магнитно-резонансная диагностика заболеваний органов и систем – Особенности магнитно-резонансных исследований в педиатрии

		<ul style="list-style-type: none"> - Фармакодинамика, показания и противопоказания к применению контрастных лекарственных препаратов и магнито-контрастных средств - Физические и технологические основы ультразвукового исследования - Медицинские показания и медицинские противопоказания к диагностическим и лечебным рентгеноэндovasкулярным исследованиям - Основные рентгенологические симптомы и синдромы заболеваний органов и систем организма человека
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Выполнять рентгенологическое исследование на различных типах рентгенодиагностических аппаратов - Выполнять компьютерное томографическое исследование на различных моделях рентгенологических компьютерных томографов - Выполнять магнитно-резонансно-томографическое исследование на различных магнитно-резонансных томографах - Обосновывать и выполнять рентгенологическое исследование (в том числе компьютерное томографическое) и магнитно-резонансно-томографическое исследование с применением контрастных лекарственных препаратов, организовывать соответствующую подготовку пациента к ним - Выполнять рентгенологическое исследование (в том числе компьютерное томографическое исследование) и магнитно-резонансно-томографическое исследование с контрастированием сосудистого русла (компьютерно-томографическая ангиография, магнитно-резонансно-томографическая ангиография) - Сопоставлять данные рентгенологического исследования с результатами компьютерного томографического и магнитно-резонансно-томографического исследования и другими исследованиями - Выбирать физико-технические условия для выполняемых рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований - Применять таблицу режимов выполнения рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических исследований) и соответствующих эффективных доз облучения пациентов - Выполнять рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования различных органов и систем организма человека в объеме, достаточном для решения клинической задачи - Применять автоматический шприц-инъектор для введения контрастных лекарственных препаратов - Обосновывать необходимость в уточняющих исследованиях: рентгенологическом (в том числе компьютерном томографическом) и магнитно-резонансно-томографическом - Укладывать пациента при проведении рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического исследования) и магнитно-резонансно-томографического исследования для решения конкретной диагностической задачи - Выполнять рентгенологические исследования органов и систем организма, включая исследования с применением контрастных лекарственных препаратов: <ul style="list-style-type: none"> - органов грудной клетки и средостения; - органов пищеварительной системы, в том числе функциональные исследования пищевода, желудка, тонкой кишки, ободочной и

		<p>прямой кишок, желчного пузыря;</p> <ul style="list-style-type: none"> - обзорную рентгенографию брюшной полости, полипозиционную рентгенографию брюшной полости; - головы и шеи, в том числе обзорные и прицельные рентгенограммы всех отделов черепа, линейную томографию всех отделов черепа, ортопантографию, визиографию; - молочных (грудных) желез, в том числе маммографию, томосинтез молочной железы; - сердца и малого круга кровообращения, в том числе полипроекционную рентгенографию сердца, кардиометрию; - костей и суставов, в том числе рентгенографию, линейную томографию, остеоденситометрию - мочевыделительной системы, в том числе обзорную урографию, экскреторную урографию, уретерографию, цистографию; - органов малого таза, в том числе пельвиографию, гистерографию - Интерпретировать, анализировать и протоколировать результаты выполненных рентгенологических исследований у взрослых и детей - Выполнять протоколы компьютерной томографии, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> - спиральной многосрезовой томографии; - конусно-лучевой компьютерной томографии; - компьютерного томографического исследования высокого разрешения; - виртуальной эндоскопии - Выполнять компьютерную томографию наведения: <ul style="list-style-type: none"> - для пункции в зоне интереса; - для установки дренажа; - для фистулографии - Выполнять постпроцессинговую обработку изображений, полученных при компьютерных томографических исследованиях, в том числе мультипланарные реконструкции, и использовать проекции максимальной интенсивности - Выполнять варианты реконструкции компьютерно-томографического изображения: <ul style="list-style-type: none"> - двухмерную реконструкцию; - трехмерную реконструкцию разных модальностей; - построение объемного рендеринга; - построение проекции максимальной интенсивности - Выполнять измерения при анализе изображений; - Документировать результаты компьютерного томографического исследования - Формировать расположение изображений для получения информативных жестких копий - Интерпретировать, анализировать и протоколировать результаты рентгеновской компьютерной томографии, в том числе с применением контрастных лекарственных препаратов: <ul style="list-style-type: none"> - головы и шеи, - органов грудной клетки и средостения; - органов пищеварительной системы и брюшной полости; - органов эндокринной системы; - молочных (грудных) желез; - сердца и малого круга кровообращения; - скелетно-мышечной системы; - мочевыделительной системы и репродуктивной системы - Интерпретировать и анализировать компьютерно-томографическую симптоматику (семиотику) изменений органов и систем у взрослых и детей с учетом МКБ - Выполнять магнитно-резонансно-томографическое исследование с учетом противопоказаний к магнитно-резонансной томографии - Пользоваться специальным инструментарием для
--	--	---

		<p>магнитно-резонансных исследований</p> <ul style="list-style-type: none"> - Выполнять магнитно-резонансно-томографические исследования с применением контрастных лекарственных препаратов - Использовать стресс-тесты при выполнении магнитно-резонансно-томографических исследований - Интерпретировать и анализировать магнитно-резонансную симптоматику (семиотику) изменений: <ul style="list-style-type: none"> - легких; - органов средостения; - лицевого и мозгового черепа; - головного мозга; - ликвородинамики; - анатомических структур шеи; - органов пищеварительной системы; - органов и внеорганных изменений брюшинного пространства; - органов эндокринной системы; - сердца; - сосудистой системы; - молочных желез; - скелетно-мышечной системы; - связочно-суставных структур суставов; - мочевыделительной системы; - органов мужского и женского таза - Интерпретировать и анализировать магнитно-резонансную симптоматику (семиотику) изменений органов и систем взрослых и детей с учетом МКБ - Оценивать нормальную рентгенологическую (в том числе компьютерную томографическую) и магнитно-резонансно-томографическую анатомию исследуемого органа (области, структуры) с учетом возрастных и гендерных особенностей - Проводить дифференциальную оценку и диагностику выявленных изменений с учетом МКБ - Интерпретировать, анализировать и обобщать результаты рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований, в том числе выполненных ранее - Определять достаточность имеющейся диагностической информации для составления заключения выполненного рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования - Составлять, обосновывать и представлять лечащему врачу план дальнейшего рентгенологического исследования пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Выявлять и анализировать причины расхождения результатов рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований с данными других диагностических методов, клиническими и патологоанатомическими диагнозами - Определять патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний и нозологических форм, оформлять заключение выполненного рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования с учетом МКБ - Использовать автоматизированные системы для архивирования рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-
--	--	--

		<p>томографических исследований и работы во внутрибольничной сети</p>
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Обоснованием отказа от проведения рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования, информирование лечащего врача в случае превышения соотношения риск (польза), фиксация мотивированного отказа в медицинской документации - Выбором и составлением плана рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования в соответствии с клинической задачей, с учетом диагностической эффективности исследования, наличия противопоказаний к его проведению - Обеспечением безопасности рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований, в том числе с соблюдением требований радиационной безопасности - Расчетом дозы рентгеновского излучения, полученной пациентом при проведении рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических), и регистрация ее в протоколе исследования - Созданием цифровых и жестких копий рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических исследований) и магнитно-резонансно-томографических исследований - Архивированием выполненных рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований в автоматизированной сетевой системе
<p>ПК-1.2 Организует и проводит профилактические (скрининговые) исследования, медицинские осмотры, в том числе предварительные и периодические, диспансеризацию, диспансерное наблюдение</p>	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Принципы и порядок организации профилактических (скрининговых) исследований, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения - Автоматизированные системы сбора и хранения результатов рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Организовывать проведение профилактических (скрининговых) исследований во время медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Интерпретировать и анализировать результаты выполненных рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических), и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека - Проводить сравнительный анализ полученных данных с результатами предыдущих рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека, а также иных видов исследований - Интерпретировать и анализировать информацию о выявленном заболевании и динамике его течения - Оформлять заключение по результатам выполненного рентгенологического исследования в соответствии с МКБ
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Проведением рентгенологических исследований в рамках профилактических (скрининговых) исследований, медицинских

		<p>осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с нормативными правовыми актами</p> <ul style="list-style-type: none"> - Интерпретацией результатов рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека - Оформлением заключения выполненного рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического), регистрация в протоколе исследования дозы рентгеновского излучения, полученной пациентом при исследовании - Использованием автоматизированной системы архивирования результатов исследования - Подготовкой рекомендаций лечащему врачу при дальнейшем диспансерном наблюдении пациента
ПК-1.3 Оказывает медицинскую помощь пациентам в экстренной форме	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Порядок и правила оказания медицинской помощи при возникновении осложнений при проведении рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований - Клинические признаки осложнений при введении контрастных лекарственных препаратов при рентгенологических исследованиях (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансных исследованиях - Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания - Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации - Оказывать медицинскую помощь пациентам в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) и при возникновении осложнений при проведении рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований - Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме - Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) - Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме
ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Рентгенология", в том числе в форме электронного документа - Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа

		<ul style="list-style-type: none"> - Работать в информационно-аналитических системах - Использовать информационные медицинские системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Использование информационных медицинских систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" - Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну
ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности - Должностные обязанности медицинских работников рентгенологических отделений (кабинетов), в том числе кабинета компьютерной томографии и кабинета магнитно-резонансной томографии - Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии - Критерии оценки качества оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи - Формы планирования и отчетности работы рентгенологического отделения (кабинета), в том числе кабинета компьютерной томографии и кабинета магнитно-резонансной томографии
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей рентгенолаборантами и младшим медицинским персоналом - Составлять план работы и отчет о работе врача-рентгенолога
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом - Контроль учета расходных материалов и контрастных препаратов - Контроль рационального и эффективного использования аппаратуры и ведения журнала по учету технического обслуживания медицинского оборудования - Консультирование врачей-специалистов и находящегося в распоряжении медицинского персонала по выполнению рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических исследований) и магнитно-резонансно-томографических исследований - Контроль предоставления пациентам средств индивидуальной защиты от рентгеновского излучения - Выполнение требований по обеспечению радиационной безопасности - Организация дозиметрического контроля медицинского персонала рентгенологических (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических отделений (кабинетов) и анализ его результатов - Составлением плана и отчета о работе врача-рентгенолога - Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

2. Объем и структура практики, организация проведения практики

В соответствии с программой ординатуры объем и продолжительность практикисоставляет: 2484часов.

Содержание практики по разделам (выполнение работ, соответствующих видам работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью) приведено в таблице 2.

Производственная практика «Рентгенология»

Таблица 2

№	Место прохождения	Виды профессиональной деятельности	Формируемые компетенции	Продолжительность (в неделях)
1-й год обучения (1242 ч.)				
1	Рентгеновское отделение с ангиографическим кабинетом Отдела лучевой диагностики	Выполнение различных методик традиционного рентгенологического исследования легких и средостения; владение и умение выполнять традиционные рентгенологические исследования сердца в различных проекциях; выполнение различных методик традиционного рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта; проведение лучевого исследования больным уронефрологического профиля; выполнение рентгенологического исследования минерального состава костей; владение выбором тактики, практическими навыками и умение выполнять различные методики традиционного рентгенологического исследования при неотложных состояниях; владение укладками и умение выполнять различные методики традиционного рентгенологического исследования костно-суставной системы; знание принципов работы рентгеновского отделения, умение вести документацию и анализировать выполняемую работу; управление рентгенодиагностическим аппаратом на 3 рабочих места; умение рассчитывать радиационную нагрузку при выполняемых рентгеновских исследованиях; умение построить протокол и формировать дифференциально-диагностический ряд рентгенологического исследования различных органов и систем	ПК-5,6	10
2	Рентгеновское отделение Отдела лучевой диагностики и Отделение реанимации и интенсивной терапии	Владение неотложной рентгенодиагностикой: рентгенологические исследования различных органов и систем Проведение лучевых исследований реанимационным больным; ведение медицинской документации; ведение документации	ПК-5,6	6
3	Рентгеновское отделение Отдела лучевой диагностики	Проведение лучевых исследований различных органов и систем у больных различного клинического профиля и при различных травматических повреждениях; заполнение страховых форм медицинской документации	ПК-5,6	5
2-й год обучения (1134 ч.)				
4	Отделение рентгеновской компьютерной томографии Отдела Лучевой диагностики	Владение выбором тактики и практическими навыками выполнять различные методики КТ- исследования больных различного профиля; умение выбирать параметры исследования, режимы обработки изображения; владение выполнения исследований нативных, с контрастным усилением и КТ-ангиографии; ведение документации, оформление протоколов КТ-исследования и формирование заключения по результатам выполненного сканирования; умение архивировать информацию на разных ее носителях; умение использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении; умение определять целесообразность привлечения различных методик смежных специальностей для аргументации данных лучевого исследования различных органов и систем и обоснования диагноза	ПК-5,6	10
5	Отделение	Способность и готовность к выбору протокола магнитно-		9

магнитно-резонансной томографии и денситометрии Отдела лучевой диагностики	резонансного исследования, формированию заключения по результатам выполненного сканирования; умение выполнять базовые методики МРТ-исследования позвоночника и головного мозга; умение выявлять у пациентов основные рентгенологические патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов развития патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм формирования клинического диагноза на основании комплекса выполненных лучевых исследований и с учетом Международной классификации болезней. Способность и готовность к определению вида рентгенологического исследования и построению оптимального алгоритма его выполнения для анализа дифференциально-диагностического ряда предполагаемой патологии молочной железы; владение нормативной документацией	ПК-5, 6	
Итого:			48

Форма проведения практики: рассредоточенная, концентрированная.

Клиническая практика является разделом программы ординатуры и представляет собой вид учебной работы, непосредственно ориентированной на практическую подготовку обучающихся в соответствии с видом(ами) деятельности, на который направлена программа ординатуры.

Практическая подготовка осуществляется на базе медицинской организации, судебно-экспертного учреждения или иной организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации на основании договора (далее вместе – клиническая база).

Прохождение клинической практики, включает дежурства (суточные, в ночное время, в выходные или праздничные дни в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка и графиком дежурств той клинической базы, на которой ординатор проходит практику).

Обучающиеся в период прохождения практики:

- ведут дневники практики;
- соблюдают правила внутреннего трудового распорядка;
- соблюдают правила охраны труда, техники безопасности, в т.ч. пожарной;
- готовят отчет о прохождении практики.

В процессе прохождения практики обучающийся руководствуется данной программой практики, нормативно-правовой документацией по специальности «Рентгенология».

3. Формы отчетности по практике

Комплект отчетных документов по практике на каждого обучающегося включает:

- дневник практики;
- характеристика на обучающегося, содержащая сведения об уровне освоения обучающимся профессиональных компетенций в период прохождения практики;

отчет о прохождении практики. Оценивание практики осуществляется в ходе:

- текущего контроля успеваемости, который проводится ответственным работником за проведение практической подготовки по итогам выполнения отдельных видов работ или разделов в целом, в виде разбора клинических ситуаций и оценки практических навыков, выполненных в рамках решения конкретной профессиональной задачи, о чем делается соответствующая отметка в дневнике практики;

промежуточной аттестации, которая проводится руководителем практической подготовки от Центра в период, предусмотренный календарным учебным графиком.

Промежуточная аттестация проводится в форме защиты отчета о прохождении практики. При выставлении оценки учитываются характеристика на обучающегося.

Форма промежуточной аттестации установлена учебным планом.

Оценка о прохождении практики выставляется в аттестационный лист (зачетную ведомость).

4. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по практике

Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по итогам прохождения практики представлены в Приложении 1 и являются неотъемлемой частью настоящей программы.

5. Учебно-методическое обеспечение практики

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы, электронные образовательные ресурсы

Основная литература

1. М.В. Ростовцева. Атлас рентгеноанатомии и укладок. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, Россия, 2020 г.
2. И.П. Королюк, Л.Д. Линденбрaten. Лучевая диагностика. Издательство: БИНОМ, Россия, 2020 г.
3. Б. Торстен, Меллер. Норма при рентгенологических исследованиях. Издательство: МЕДпресс-информ, 2022 г.
4. Г. Штаатц и др. Лучевая диагностика. Детские болезни. Издательство: МЕД-пресс-информ, 2019 г.
5. Г.Е. Труфанов. Неотложная рентгенодиагностика в неонатологии и педиатрии. Руководство для врачей. Издательство: ЭЛБИ-СПб, Россия, 2020 г.
6. Н.С. Воротынцева, С.С. Гольев. Рентгенопульмонология. Издательство: Медицинское информационное агентство, Россия, 2021 г.
7. В.М. Китаев, И.Б. Белова, О.Ю. Бронев. Компьютерная томография в пульмонологии. Издательство: МЕДпресс-информ, Россия, 2024 г.
8. Г.Е. Труфанов, К.Н. Алексеев. Лучевая диагностика заболеваний околоносовых пазух и полости носа. Издательство: ЭЛБИ-СПб, Россия, 2021 г.
9. Н.С. Воротынцева. Лучевая диагностика заболеваний сердца и магистральных сосудов. Учебное пособие. Издательство: Медицинское информационное агентство, Россия, 2021 г.
10. В.Г. Мазур, Е.А. Сотникова, Е.А. Савалей. Лучевая диагностика аномалий и пороков развития пищеварительного тракта у детей. Издательство: СпецЛит, Россия, 2019 г.
11. Г.Е. Труфанов. Визуализация заболеваний желудочно-кишечного тракта. Издательство: ЭЛБИ-СПб, Россия, 2023 г.
12. В.М. Китаев. Компьютерная томография в диагностике заболеваний кишечника. Издательство: МЕДпресс-информ, Россия, 2023 г.
13. Г.Е. Труфанов. МРТ. Органы живота: руководство для врачей. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, Россия, 2019 г.
14. Г.Е. Труфанов. Визуализация заболеваний почек, мочеточников и мочевого пузыря. Издательство: ЭЛБИ-СПб, 2023 г.
15. В.М. Китаев. Лучевая диагностика патологии костной ткани. Издательство: МЕД пресс-информ, 2022 г.
16. Маккиннис, Н. Линн. Лучевая диагностика в травматологии и ортопедии. Издательство: Панфилова, Россия, 2018 г.
17. А.М. Орел. Возрастные изменения позвоночника. Издательство: ВИДАР, 2022 г.
18. Г.Е. Труфанов. Неотложная рентгенодиагностика в неонатологии и педиатрии. Руководство для врачей. Издательство: ЭЛБИ-СПб, Россия, 2020 г.
19. А.В. Холин. КТ и МРТ при неотложных состояниях у детей. Издательство: МЕД пресс-информ, 2019 г.

Дополнительная литература

1. К.М. Мортенсен. Рентгенология. Техника исследований и анализ изображений. Издательство: Панфилова, Россия, 2021 г.
2. М. Галански, З. Деттермер, М. Кеберев. Лучевая диагностика. Грудная клетка. Издательство: МЕДпресс-информ, 2022 г.
3. А.Д. Каприн, Н.И. Рожкова. Маммология: национальное руководство. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, Россия, 2020 г.
4. Ф.А. Бургенер. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов. Руководство. Атлас. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, Россия, 2019 г.
5. М.Л. Пестерева, В.А. Картавова, Е.В. Синельникова. Стандартные заключения и алгоритмы в практической рентгенологии. Издательство: ЭЛБИ-СПб, Россия, 2024 г.
6. А.А. Сперанская. Заключения в торакальной компьютерной томографии. Издательство: ЭЛБИ-СПб,

Россия, 2023 г.

6. Материально-техническое обеспечение практики

6.1. Практика проводится на базе отделений Отдела лучевой диагностики Центра (рентгеновское отделение с ангиографическим кабинетом, рентгеновское отделение отдела лучевой диагностики КДЦ с маммографическим и рентгеновским стоматологическим кабинетами, отделение рентгеновской компьютерной томографии, отделение магнитно-резонансной томографии и денситометрии под руководством заведующих отделениями, научных сотрудников, врачей отделений, ответственных за практику. Клинические ординаторы участвуют в утренних общебольничных пятиминутках, клинических разборах. Ведутся электронные истории болезней.

6.2. Перечень оборудования, необходимого для проведения практики:

помещения, оснащенные специализированным оборудованием (негатоскопы, стационарные рентгенодиагностические аппараты: 3 рентгенодиагностических аппарата LUMINOS drF Max (Siemens), 7 мобильных рентгеновских аппарата: 4 аппарата –MOBILETT Elara Max(Siemens) и 3 аппарата - OPTIMA XR220Amx (GE), рентгеновский костный денситометр LUNAR iDXA (GE), ангиографический рентгеновский аппарат INNOVA IGS 5 (GE), 4 хирургических мобильных рентгенодиагностических аппарата: 2 аппарата OEC 9900 Elit (GE), 1 цифровая 3D С-дуга CIOS SPIN (Siemens) и O-ARM 02, литотриптор рентгеновский мобильный операционный OPESCORE ACTENO, 3 компьютерных томографа: 2 аппарата REVOLUTION EVO и 1 – DISCOVERY CT 750 с (GE)?, MG MILLENIUM (GE), МРТ-аппараты: SIGNA OVATION 0,35 T, SIGNA HDx 1,5 T, DISCOVERY MR 750 3T, OPTIMA MR 450w 1,5 T, MR 430 1,5 T (GE), рентгеновский цифровой маммограф SENOGRAPHE PRISTINA (GE), рентгеновский панорамный ORTHOPANTOMOGRAPH OP 300, радиовизиограф GENDEX GXS-700 Ka Vo Dendex Dental, дентальный портативный EzRAY AIR PORTABLE /VEX-P300

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

1. Перечень компетенций, формируемых в ходе прохождения практики

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикаторадостижения компетенции	Планируемые результаты обучения в ходе прохождения практики	
<i>УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</i>		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	- Методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации
	Уметь	- Критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации - Определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	Владеть	- Методами системного анализа достижения в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	- Современные научные и практические достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	Уметь	- Анализировать современные научные и практические достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте - Проводить сравнительный анализ возможностей и ограничений использования современных достижений в области медицины и фармации, предлагать и обосновывать возможные решения практических задач
	Владеть	- Навыками критического анализа и оценки современных научных достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте, генерирования новых идей при решении практических

		задач
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению		
УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации	Знать	- Нормативные законодательные акты по организационной деятельности структурного подразделения медицинской организации
	Уметь	- Планировать последовательность действий команды (коллектива) для достижения заданной цели работы на основе понимания результатов (последствий) личных действий
	Владеть	- Навыками планирования командной работы
УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	Знать	- Методы эффективного руководства коллективом при организации процесса оказания медицинской помощи населению (планирование, организация, управление, контроль)
	Уметь	- Эффективно взаимодействовать с другими членами команды управлять трудовыми ресурсами структурного подразделения медицинской организации - Осуществлять отбор и расстановку работников в структурном подразделении медицинской организации
	Владеть	- Навыками делегирования полномочия членам команды - Навыками организации работы персонала медицинской организации в целях оказания медицинской помощи населению
УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей	Знать	- Основные теории лидерства и стили руководства
	Уметь	- Участвовать в обмене информацией и опытом с другими членами команды знаниями - Презентовать результаты работы команды - Осуществлять контроль работы подчиненного медицинского персонала
	Владеть	- Навыками руководства работниками медицинской организации - Навыками контроля выполнения должностных обязанностей подчиненным персоналом медицинской организации
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности		
УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками	Знать	- Современные методы и технологии коммуникации - Этические и деонтологические нормы общения
	Уметь	- Выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий
УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в формате корреспонденции	Владеть	- Навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп
	Знать	- Знает основные правила орфографии и пунктуации русского языка
	Уметь	- Умеет общаться на русском языке для целей профессиональной деятельности
УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в	Владеть	- Имеет практический опыт составления текстов профессионального характера на русском языке
	Знать	- Психологические и социологические закономерности

публичных выступлениях		и принципы межличностного взаимодействия
	Уметь	- Вести деловое общение и проводить публичные выступления
	Владеть	- Навыками делового общения и публичных выступлений
ОПК-4. Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты		
ОПК-4.1 Определяет показания и противопоказания к проведению рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Основные положения законодательства Российской Федерации в области радиационной безопасности населения - Общие вопросы организации рентгенологической службы в Российской Федерации, нормативные правовые акты, определяющие ее деятельность - Показания и противопоказания к рентгенологическим исследованиям (в том числе компьютерно-томографическим) - Показания и противопоказания к магнитно-резонансному томографическому исследованию
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Интерпретировать и анализировать информацию о заболевании и (или) состоянии, полученную от пациентов (их законных представителей), а также из медицинских документов - Выбирать в соответствии с клинической задачей методики рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования - Определять и обосновывать показания к проведению дополнительных исследований - Обосновывать показания (противопоказания) к введению контрастного препарата, вид, объем и способ его введения для выполнения рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно- томографического исследования
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Определением показаний к проведению рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования по информации от пациента и имеющимся анамнестическим, клиническим и лабораторным данным - Определением противопоказаний к проведению рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования по информации от пациента и имеющимся анамнестическим, клиническим и лабораторным данным
ОПК-4.2 Интерпретирует и анализирует полученные при рентгенологическом исследовании результаты	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Стандарты медицинской помощи - Закономерности формирования рентгеновского изображения (скиалогия)
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Интерпретировать и анализировать полученные при рентгенологическом исследовании результаты, выявлять рентгенологические симптомы и синдромы предполагаемого заболевания - Интерпретировать и анализировать результаты рентгенологических исследований (в том числе компьютерных
		<ul style="list-style-type: none"> томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований, выполненных в других медицинских организациях - Интерпретировать и анализировать данные компьютерных томографических и магнитно-резонансно-томографических исследований, выполненных ранее

	Владеть	– Оформлением заключения рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования с формулировкой нозологической формы патологического процесса в соответствии с МКБ, или изложение предполагаемого дифференциально-диагностического ряда
ОПК-5. Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях		
ОПК-5.1 Проводит профилактические (скрининговые) исследования	Знать	– Алгоритм рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического исследования) и магнитно-резонансно-томографического исследования – Показатели эффективности рентгенологических исследований, (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения
	Уметь	– Обосновывать медицинские показания и медицинские противопоказания к применению контрастных лекарственных препаратов при проведении рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований – Анализировать данные иных методов исследований для оценки целесообразности и периодичности проведения рентгенологических исследований
	Владеть	– Определением медицинских показаний для проведения дополнительных исследований
ОПК-5.2 Участвует в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях	Знать	– Ранние признаки заболеваний, а также воздействие вредных и (или) опасных производственных факторов, методы формирования групп риска развития профессиональных заболеваний – Принципы сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастных и гендерных групп
	Уметь	– Выявлять специфические для конкретного заболевания рентгенологические симптомы и синдромы заболеваний органов и систем организма человека, оценивать динамику их изменений при диспансерном наблюдении
	Владеть	– Оформление экстренного извещения при выявлении рентгенологической картины инфекционного или профессионального заболевания
ОПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ПК-6.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	– Законодательство РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников – Основную медицинскую документацию и способы ее заполнения – Принципы организации медицинской помощи в медицинских организациях – Должностные обязанности медицинского персонала в медицинских организациях по занимаемой должности
	Уметь	– Заполнять медицинскую и техническую документацию – Организовать деятельность, находящегося в распоряжении, медицинского персонала
	Владеть	– Навыками работы с персональными данными пациентов и

		<p>сведениями, составляющими врачебную тайну;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Вести медицинскую документацию и техническую документацию – Навыками организации деятельности, находящегося в распоряжении, медицинского персонала
<i>ОПК-7. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</i>		
ОПК-7.1 Оценивает состояния пациентов	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – Методику сбора жалоб и анамнеза у пациента (истории болезни и жизни) – Методику физикального исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
	Уметь	– Выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания
	Владеть	– Оценивать состояние пациентов, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
ОПК-7.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – Принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства работой команды врачей, младшего и среднего медицинского персонала – Клинические признаки состояний, требующих оказания помощи в неотложной форме
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – Организовывать процесс оказания медицинской помощи, руководить и контролировать работу команды врачей, младшего и среднего медицинского персонала – Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) и способен оказать медицинскую помощь в экстренной форме при указанных состояниях – Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях
	Владеть	– Навыками оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях
<i>ПК-1. Способен к проведению рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека</i>		

<p>ПК-1.1 Проводит рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно- томографические исследования и интерпретирует их результаты</p>	<p>Знать</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Физика рентгеновских лучей - Методы получения рентгеновского изображения - Рентгенодиагностические аппараты и комплексы - Принципы устройства, типы и характеристики рентгенологических компьютерных томографов - Принципы устройства, типы и характеристики магнитно-резонансных томографов - Основы получения изображения при рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии - Рентгеновская фототехника - Техника цифровых рентгеновских изображений - Информационные технологии и принципы дистанционной передачи рентгенологической информации - Средства лучевой визуализации отдельных органов и систем организма человека - Физические и технологические основы рентгенологических исследований, в том числе цифровой рентгенографии - Физические и технологические основы компьютерной томографии - Физические и технологические основы магнитно-резонансной томографии - Физико-технические основы методов лучевой визуализации:
	<p>Уметь</p>	<p>рентгеновской компьютерной томографии; магнитно-резонансной томографии; ультразвуковых исследований</p> <ul style="list-style-type: none"> - Физико-технические основы гибридных технологий - Правила поведения медицинского персонала и пациентов в кабинетах магнитно-резонансной томографии - Специфика медицинских изделий для магнитно-резонансной томографии - Вопросы безопасности томографических исследований - Основные протоколы магнитно-резонансных исследований - Варианты реконструкции и постобработки магнитно-резонансных изображений - Дифференциальная магнитно-резонансная диагностика заболеваний органов и систем - Особенности магнитно-резонансных исследований в педиатрии - Фармакодинамика, показания и противопоказания к применению контрастных лекарственных препаратов и магнито-контрастных средств - Физические и технологические основы ультразвукового исследования - Медицинские показания и медицинские противопоказания к диагностическим и лечебным рентгеноэндovasкулярным исследованиям - Основные рентгенологические симптомы и синдромы заболеваний органов и систем организма человека <p>Выполнять рентгенологическое исследование</p>

	<p>на различных типах рентгенодиагностических аппаратов</p> <ul style="list-style-type: none"> - Выполнять компьютерное томографическое исследование на различных моделях рентгенологических компьютерных томографов - Выполнять магнитно-резонансно-томографическое исследование на различных магнитно-резонансных томографах - Обосновывать и выполнять рентгенологическое исследование (в том числе компьютерное томографическое) и магнитно-резонансно-томографическое исследование с применением контрастных лекарственных препаратов, организовывать соответствующую подготовку пациента к ним - Выполнять рентгенологическое исследование (в том числе компьютерное томографическое исследование) и магнитно-резонансно-томографическое исследование с контрастированием сосудистого русла (компьютерно-томографическая ангиография, магнитно-резонансно-томографическая ангиография) - Сопоставлять данные рентгенологического исследования с результатами компьютерного томографического и магнитно-резонансно-томографического исследования и другими исследованиями - Выбирать физико-технические условия для выполняемых рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований - Применять таблицу режимов выполнения рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических исследований) и соответствующих эффективных доз облучения пациентов - Выполнять рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования различных органов и систем организма человека в объеме, достаточном для решения клинической задачи - Применять автоматический шприц-инъектор для введения
--	--

	<p>контрастных лекарственных препаратов</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обосновывать необходимость в уточняющих исследованиях: рентгенологическом (в том числе компьютерном томографическом) и магнитно-резонансно-томографическом - Укладывать пациента при проведении рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического исследования) и магнитно-резонансно- томографического исследования для решения конкретной диагностической задачи - Выполнять рентгенологические исследования органов и систем организма, включая исследования с применением контрастных лекарственных препаратов: <ul style="list-style-type: none"> - органов грудной клетки и средостения; - органов пищеварительной системы, в том числе функциональные исследования пищевода, желудка, тонкой кишки, ободочной и прямой кишок, желчного пузыря; - обзорную рентгенографию брюшной полости, полипозиционную рентгенографию брюшной полости; - головы и шеи, в том числе обзорные и прицельные рентгенограммы всех отделов черепа, линейную томографию всех отделов черепа, ортопантомографию, визиографию; - молочных (грудных) желез, в том числе маммографию, томосинтез молочной железы; - сердца и малого круга кровообращения, в том числе полипроекционную рентгенографию сердца, кардиометрию; - костей и суставов, в том числе рентгенографию, линейную томографию, остеоденситометрию - мочевыделительной системы, в том числе обзорную урографию, экскреторную урографию, уретерографию, цистографию; - органов малого таза, в том числе пельвиографию, гистерографию - Интерпретировать, анализировать и протоколировать результаты выполненных рентгенологических исследований у взрослых и детей - Выполнять протоколы компьютерной томографии, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> - спиральной многосрезовой томографии; - конусно-лучевой компьютерной томографии; - компьютерного томографического исследования высокого разрешения; - виртуальной эндоскопии - Выполнять компьютерную томографию наведения: <ul style="list-style-type: none"> - для пункции в зоне интереса; - для установки дренажа; - для фистулографии - Выполнять постпроцессинговую обработку изображений, полученных при компьютерных томографических исследованиях, в том числе мультипланарные реконструкции, и использовать проекции максимальной интенсивности - Выполнять варианты реконструкции компьютерно-томографического изображения: <ul style="list-style-type: none"> - двухмерную реконструкцию; - трехмерную реконструкцию разных модальностей; - построение объемного рендеринга; - построение проекции максимальной интенсивности - Выполнять измерения при анализе изображений; - Документировать результаты компьютерного томографического исследования - Формировать расположение изображений для получения информативных жестких копий - Интерпретировать, анализировать и протоколировать
--	---

	<p>результаты рентгеновской компьютерной томографии, в том числе с применением контрастных лекарственных препаратов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - головы и шеи, - органов грудной клетки и средостения; - органов пищеварительной системы и брюшной полости; - органов эндокринной системы; - молочных (грудных) желез; - сердца и малого круга кровообращения; - скелетно-мышечной системы; - мочевыделительной системы и репродуктивной системы <p>- Интерпретировать и анализировать компьютерно-томографическую симптоматику (семиотику) изменений органов и систем у взрослых и детей с учетом МКБ</p> <p>- Выполнять магнитно-резонансно-томографическое исследование с учетом противопоказаний к магнитно-резонансной томографии</p> <p>- Пользоваться специальным инструментарием для магнитно-резонансных исследований</p> <p>- Выполнять магнитно-резонансно-томографические исследования с применением контрастных лекарственных препаратов</p> <p>- Использовать стресс-тесты при выполнении магнитно-резонансно-томографических исследований</p> <p>- Интерпретировать и анализировать магнитно-резонансную симптоматику (семиотику) изменений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - легких; - органов средостения; - лицевого и мозгового черепа; - головного мозга; - ликвородинамики; - анатомических структур шеи; - органов пищеварительной системы; - органов и внеорганных изменений забрюшинного пространства; - органов эндокринной системы; - сердца; - сосудистой системы; - молочных желез; - скелетно-мышечной системы; - связочно-суставных структур суставов; - мочевыделительной системы; - органов мужского и женского таза <p>- Интерпретировать и анализировать магнитно-резонансную симптоматику (семиотику) изменений органов и систем взрослых и детей с учетом МКБ</p> <p>- Оценивать нормальную рентгенологическую (в том числе компьютерную томографическую) и магнитно-резонансно-томографическую анатомию исследуемого органа (области, структуры) с учетом возрастных и гендерных особенностей</p> <p>- Проводить дифференциальную оценку и диагностику выявленных изменений с учетом МКБ</p> <p>- Интерпретировать, анализировать и обобщать результаты рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований, в том числе выполненных ранее</p> <p>- Определять достаточность имеющейся диагностической информации для составления заключения выполненного рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования</p>
--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Составлять, обосновывать и представлять лечащему врачу план дальнейшего рентгенологического исследования пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов
		<p>медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Выявлять и анализировать причины расхождения результатов рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований с данными других диагностических методов, клиническими и патологоанатомическими диагнозами - Определять патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний и нозологических форм, оформлять заключение выполненного рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования с учетом МКБ - Использовать автоматизированные системы для архивирования рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований и работы во внутрибольничной сети
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Обоснованием отказа от проведения рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования, информирование лечащего врача в случае превышения соотношения риск (польза), фиксация мотивированного отказа в медицинской документации - Выбором и составлением плана рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования в соответствии с клинической задачей, с учетом диагностической эффективности исследования, наличия противопоказаний к его проведению - Обеспечением безопасности рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований, в том числе с соблюдением требований радиационной безопасности - Расчетом дозы рентгеновского излучения, полученной пациентом при проведении рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических), и регистрация ее в протоколе исследования - Созданием цифровых и жестких копий рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических исследований) и магнитно-резонансно-томографических исследований - Архивированием выполненных рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований в автоматизированной сетевой системе
ПК-1.2 Организует и проводит профилактические (скрининговые) исследования, медицинские осмотры, в том числе предварительные и периодические, диспансеризацию,	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Принципы и порядок организации профилактических (скрининговых) исследований, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения - Автоматизированные системы сбора и хранения результатов рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека

диспансерное наблюдение	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Организовывать проведение профилактических (скрининговых) исследований во время медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Интерпретировать и анализировать результаты
		<p>выполненных рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических), и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проводить сравнительный анализ полученных данных с результатами предыдущих рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека, а также иных видов исследований - Интерпретировать и анализировать информацию о выявленном заболевании и динамике его течения - Оформлять заключение по результатам выполненного рентгенологического исследования в соответствии с МКБ
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Проведением рентгенологических исследований в рамках профилактических (скрининговых) исследований, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с нормативными правовыми актами - Интерпретацией результатов рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека - Оформлением заключения выполненного рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического), регистрация в протоколе исследования дозы рентгеновского излучения, полученной пациентом при исследовании - Использованием автоматизированной системы архивирования результатов исследования - Подготовкой рекомендаций лечащему врачу при дальнейшем диспансерном наблюдении пациента
ПК-1.3 Оказывает медицинскую помощь пациентам в экстренной форме	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Порядок и правила оказания медицинской помощи при возникновении осложнений при проведении рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований - Клинические признаки осложнений при введении контрастных лекарственных препаратов при рентгенологических исследованиях (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансных исследованиях - Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания - Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации - Оказывать медицинскую помощь пациентам в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) и при возникновении осложнений при проведении рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований - Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме

	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме - Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно
		<ul style="list-style-type: none"> важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) - Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме
ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Рентгенология", в том числе в форме электронного документа - Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа - Работать в информационно-аналитических системах - Использовать информационные медицинские системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Использование информационных медицинских систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" - Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну
ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности - Должностные обязанности медицинских работников рентгенологических отделений (кабинетов), в том числе кабинета компьютерной томографии и кабинета магнитно-резонансной томографии - Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии - Критерии оценки качества оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи - Формы планирования и отчетности работы рентгенологического отделения (кабинета), в том числе кабинета компьютерной томографии и кабинета магнитно-резонансной томографии
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей рентгенолаборантами и младшим медицинским персоналом - Составлять план работы и отчет о работе врача-рентгенолога

	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом - Контроль учета расходных материалов и контрастных препаратов - Контроль рационального и эффективного использования аппаратуры и ведения журнала по учету технического обслуживания медицинского оборудования - Консультирование врачей-специалистов и находящегося в распоряжении медицинского персонала по выполнению рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических исследований) и магнитно-резонансно-томографических исследований - Контроль предоставления пациентам средств индивидуальной защиты от рентгеновского излучения - Выполнение требований по обеспечению радиационной безопасности - Организация дозиметрического контроля медицинского персонала рентгенологических (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических отделений (кабинетов) и анализ его результатов
		<ul style="list-style-type: none"> - Составлением плана и отчета о работе врача-рентгенолога - Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Критерии оценки ответов на тестовые задания:

«Отлично» - 90% и выше правильных ответов тестовых заданий;

«Хорошо» - от 80% до 89% правильных ответов тестовых заданий;

«Удовлетворительно» - от 70% до 79% правильных ответов тестовых заданий;

«Неудовлетворительно» - ниже 70% правильных ответов тестовых заданий.

Для допуска к сдаче практических навыков ординатору необходимо набрать не менее 71% баллов.

Критерии оценки овладения практическими навыками.

Представляет оценку овладения выпускниками практическими навыками.

Набор практических навыков для каждого обучающегося включает в себя: набор клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований по профилю специальности «Рентгенология» и навыки проведения различных инструментальных манипуляций и навыки оказания неотложной помощи на фантомах и муляжах. Ответы обучающимся оформляются в письменной форме.

Критерии оценки:

«Отлично» - продемонстрировано уверенное умение выполнять навык, сопровождаемое полным, развернутым комментарием, показана совокупность осознанных знаний о выполняемой манипуляции, показаниях и противопоказаниях к выполнению. Комментарий сформулирован с использованием медицинской терминологии, изложен литературным языком, демонстрирует авторскую позицию ординатора.

«Хорошо» - продемонстрировано умение выполнять навык, сопровождаемое частичным комментарием, показаны принципиально важные знания о выполняемой манипуляции, показаниях и противопоказаниях к выполнению. Недочеты в выполнении манипуляции исправлены ординатором самостоятельно. Ответ сформулирован с использованием медицинской терминологии, изложен литературным языком.

«Удовлетворительно» - продемонстрировано умение выполнять навык, показаны принципиально важные знания о выполняемой манипуляции, показаниях и противопоказаниях к выполнению. Недочеты в выполнении манипуляции исправлены ординатором с помощью преподавателя. Ответ сформулирован с использованием медицинской терминологии. Речевое оформление требует поправок, коррекции.

«Неудовлетворительно» - навык не продемонстрирован или продемонстрированное выполнение медицинской манипуляции состоит из разрозненных элементов, и не приводит к конкретно поставленной цели. Дан неполный комментарий, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Ординатор не осознает связь выполняемой манипуляции и теории. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора.

Критерии оценки ответов на контрольные вопросы.

Критерии оценки собеседования:

«Отлично» - дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний при решении задачи. Знания демонстрируются на фоне междисциплинарных связей, доказательно поставлен диагноз, предложены правильные компоненты тактики лечения больного. В ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность понятий. Ответ изложен литературным языком с использованием медицинской терминологии, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора. Могут быть допущены незначительные недочеты в определении понятий и решении задачи, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо» - дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний при решении ситуационной задачи. Знание демонстрируется на фоне междисциплинарных связей, доказательно поставлен диагноз; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность понятий. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью уточняющих вопросов преподавателя.

«Удовлетворительно» - дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при решении ситуационной задачи вследствие непонимания ординатором несущественных признаков и связей. Выводы в ответе требуют коррекции, сформулированной грубыми ошибками, устраняются ординатором после уточняющих вопросов преподавателя. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.

«Неудовлетворительно» - дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме ситуационной задачи с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

Критерии оценки написания реферата

- Тема раскрыта полностью и самостоятельно, достаточное количество литературных источников
- Тема раскрыта не полностью, достаточное количество источников
- Тема не раскрыта

3. Варианты оценочных средств для промежуточного и итогового контроля

Контрольные вопросы

Контрольные вопросы используются на этапах текущего контроля, зачета по дисциплине и промежуточной аттестации.

1	Кем и когда были открыты рентгеновские лучи
2	Назовите фамилию российского ученого, который изготовил первую рентгеновскую трубку и обследовал больных
3	Какое изобретение явилось основой для развития метода ультразвуковой диагностики и кто из первых ученых были первооткрывателями этого метода диагностики
4	Понятие о рентгеноанатомии. Роль немецкого физика В. Рентгена в становлении этой науки.
5	Возможности лучевых исследований для прижизненной регистрации вариантов индивидуальной изменчивости, аномалий и уродств.
6	Виды ионизирующих излучений, образующихся при радиоактивном распаде, их основные характеристики. Единицы радиоактивности.
7	Какие существуют методики рентгенологического исследования (основные, дополнительные, специальные).
8	Какая методика рентгенологического исследования позволяет изучить органы послойно.
9	Общие принципы организации лучевых исследований в лечебных учреждениях и основные задачи отделений лучевой диагностики.
10	С какой целью и периодичностью проводят флюорографию, в чем заключается ее сущность.
11	Физические, химические и биологические свойства рентгеновских лучей.
12	Как образуется рентгеновское излучение. Назовите 2 механизма образования рентгеновского излучения.
13	Оснащение и оборудование рентгеновского кабинета. Схема устройства рентгеновского аппарата. Основные типы рентгенодиагностических аппаратов.
14	Взаимодействие рентгеновского излучения с веществом. Способы получения

	рентгеновского изображения, основные типы приемников рентгеновского изображения.
15	От чего зависит качество рентгеновского изображения, и какое основное клиническое требование предъявляется к рентгеновскому изображению.
16	Устройство и оснащение фотолаборатории, способы фотообработки рентгенограмм. Оценка качества выполнения рентгенограммы.
17	От какого параметра зависит проникающая способность рентгеновского излучения.
18	Назовите два компонента, определяющих контрастность изображения.
19	Усиливающие экраны. Принцип действия.
20	Перечислите условия для получения высококачественных диагностических рентгенограмм.
21	Понятие «радиационный фон». Назовите потенциально вредные эффекты ионизирующего излучения.
22	Каковы главные принципы радиационной защиты.
23	Факторы противолучевой защиты: размещение кабинетов, наличие стационарных и нестационарных защитных устройств, размещение аппаратуры.
24	Современные представления о биологическом и терапевтическом действии ионизирующих излучений. Лучевые реакции и повреждения, их профилактика.
25	Кто несет ответственность и осуществляет контроль за радиационную безопасность в учреждении здравоохранения.
26	Облучение какого органа от природных источников вносит наибольший вклад в годовую эквивалентную дозу. Какова доза однократного внешнего облучения, являющаяся потенциально опасной для организма.
27	От чего зависит вероятность возникновения острых лучевых поражений.
28	Защита от ионизирующего излучения и дозы облучения (количество и единицы измерения доз, эквивалентная, поглащенная и эквивалентная дозы). Для каких категорий медицинских работников наиболее вероятно достижение профессионального предела дозы облучения.
29	Стандарты безопасности труда при работе в сфере ионизирующего излучения (нормы радиационной безопасности).
30	Радиационная защита пациентов и персонала при рентгеноскопии. Дозовые нагрузки при рентгеноскопии.
31	Лучевая визуализация черепа (свод, основание, турецкое седло, швы, сосудистые борозды, пахионовы грануляции). Варианты строения и аномалии развития.
32	Лучевая визуализация возрастных изменений черепа. Особенности пневматизации сосцевидного отростка, пазух.
33	Лучевая анатомия ЛОР органов. Лучевые методы исследования носа и носоглотки, придаточных пазух носа.
34	Укажите наиболее оптимальную методику исследования внутреннего слухового прохода.
35	Назовите наиболее достоверные рентгенологические симптомы внутричерепной гипертензии у детей и взрослых.
36	Какие рентгенограммы наиболее информативны в диагностике линейного перелома костей свода черепа.
37	Каковы рентгенологические признаки опухолей головного мозга. Классификация опухолей по рентгенологическому виду (интрааксиальные, экстрааксиальные).
38	Методы лучевого исследования шейного отдела позвоночника. Особенности строения, варианты строения, аномалии развития.
39	Рентгеносемиотика подвывихов в шейном отделе позвоночника.
40	Назовите метод обследования, который является основным для органов грудной полости. Основные рентгенологические синдромы заболеваний грудной полости.
41	Нормальная рентгеноанатомия легких. Легочный рисунок и изображение корней легких в норме. Анатомический субстрат легочного рисунка.
42	Долевое и сегментарное строение легких. Проекция междолевых щелей и бронхолегочных сегментов на рентгенограммах в прямой и боковой проекциях.
43	Лучевая семиотика аномалий развития бронхов. Методы лучевого исследования при инородных телах трахеи, бронхов и легких.
44	Лучевые симптомы поражения органов дыхания. Пороки развития легких.
45	Лучевая семиотика бронхитов, пневмоний, плевритов.
46	Лучевая картина нарушений бронхиальной проходимости, кровообращения в легких.
47	Лучевая семиотика отека легких, острого респираторного дистресс-синдрома, бронхолегочной дисплазии.
48	Клинико-рентгенологическая классификация туберкулеза. Лучевая диагностика

	туберкулеза у детей.
49	Лучевая диагностика объемных образований в средостении.
50	Методы лучевого исследования: обзорные и прицельные снимки (маммограммы), УЗ-исследования.
51	Тактика лучевого исследования пациента с синдромом узлового образования в молочной железе и злокачественным образованием молочной железы в анамнезе.
52	Предложите оптимальную с диагностической точки зрения схему скрининга рака молочной железы.
53	Показания и противопоказания к маммографическому исследованию.
54	Рекомендуемый возраст начала маммографического исследования и временные интервалы между исследованиями в целях динамического контроля за впервые выявленной патологией.
55	Диагностические программы исследования сердца и сосудов.
56	Лучевая анатомия и физиология сердца и сосудов.
57	Рентгеновская семиотика врожденных пороков сердца.
58	Лучевая диагностика и рентгеносемиотика приобретенных пороков сердца.
59	Рентгенологические и КТ признаки тромбоэмболии легочных артерий.
60	Дилатационная кардиомиопатия. Перикардиты. Основные лучевые симптомы.
61	Особенности лучевого исследования органов пищеварительной системы.
62	Методы лучевого и инструментального исследования органов пищеварительной системы. Основные лучевые симптомы.
63	Лучевая анатомия пищевода. Аномалии развития пищевода (атрезия пищевода, короткий пищевод, врожденные сужения пищевода) и болезни пищевода (эзофагит, дивертикул, ахалазия, ожог). Рентгенодиагностика и рентгеносемиотика.
64	Рентгеноанатомия и рентгенофизиология желудка и двенадцатиперстной кишки. Аномалии развития (атрезия желудка, микрогастрия, врожденный пилоростеноз и пилороспазм, атрезия двенадцатиперстной кишки, обратное расположение двенадцатиперстной кишки) и воспалительные заболевания (гастрит, гастродуоденит). Рентгенодиагностика и рентгеносемиотика.
65	Основной рентгенологический симптом характерный для язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
66	Лучевая анатомия тонкой кишки. Рентгенодиагностика аномалий развития (атрезия и врожденные стенозы тонкой кишки, незавершенный поворот кишечника) и воспалительных заболеваний (энтериты, болезнь Крона). Дифференциальная рентгенодиагностика воспалительных и опухолевых заболеваний тонкой кишки.
67	Высокотехнологичные методики диагностики опухолевых и неспецифических воспалительных заболеваний кишечника.
68	Лучевая семиотика аномалий развития толстой кишки (атрезия и стенозы толстой кишки, пороки и аномалии развития прямой кишки, болезнь Гиршпрунга, мегаколон).
69	Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений органов брюшной полости.
70	Тактика лучевого обследования пациента с клиникой острой кишечной непроходимости.
71	Лучевая анатомия органов мочевой системы. Лучевая анатомия органов половой системы.
72	Рентгенодиагностика и рентгеносемиотика аномалий развития почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры.
73	Рентгенологические симптомы заболеваний мочевых путей.
74	Назовите метод лучевой диагностики, являющийся «золотым стандартом» диагностики мочекаменной болезни.
75	Лучевая диагностика аномалий развития половых органов.
76	Заболевания половых органов и алгоритм лучевого исследования.
77	Рентгенодиагностика травматических повреждений органов моче-половой системы.
78	Возрастная и функциональная анатомия скелета. Лучевая анатомия мышечно-скелетной системы.
79	Порядок и сроки окостенения скелета в разные возрастные периоды. Определение «костного» возраста. Методы лучевого исследования костей, морфометрия, денситометрия.
80	Показания к проведению рентгенологического исследования опорно-двигательного аппарата.
81	Методы лучевого исследования костей, суставов и мягких тканей. Основные лучевые симптомы.
82	Пороки развития черепа, позвоночника, грудной клетки, конечностей. Тактика лучевого исследования при пороках развития.

83	Рентгеносемиотика травматических изменений костей. Виды переломов и вывихов костей. Возрастные особенности переломов. Принципы описания рентгенограммы при переломе кости
84	Заживления переломов костей в рентгенологическом изображении, нарушения заживления (избыточная костная мозоль, замедленная консолидация, образование ложного сустава). Репозиция отломков костей.
85	Рентгеносемиотика заболеваний суставов.
86	Классификация остеохондропатий. Лучевая диагностика остеохондропатий
87	Симптом сужения рентгеновской суставной щели. Синдром воспалительной деструкции (длинная трубчатая кость). Роль рентгенологического исследования при выявлении симптома сужения суставной щели и в диагностике воспалительной деструкции кости.
88	Неотложная лучевая помощь в отделениях реанимации, в блоках и палатах интенсивной терапии.
89	Основные лучевые симптомы при неотложных состояниях (органов грудной и брюшной полостей, головного и спинного мозга, опорно-двигательного аппарата).
90	Лучевые исследования во время хирургических вмешательств и в раннем послеоперационном периоде.

Тестовые задания

Тестовые задания используются на этапах текущего контроля, зачета по дисциплине, промежуточной аттестации.

№	Вопросы	Ответы
1.	Какой документ регламентирует нормативы времени на выполнение рентгенодиагностических исследований. а) Приказ МЗ РФ № 560н от 09.06.2020 г. б) Приказ руководителя учреждения здравоохранения в) Инструкция Министерства труда	а
2.	Занятость врача рентгенолога при выполнении прямых функциональных обязанностей составляет а) 40% времени рабочей смены б) 50% времени рабочей смены в) 80% времени рабочей смены г) 100% времени рабочей смены	в
3.	Нагрузка на врача-рентгенолога общелечебной сети при 30-часовой рабочей неделе составляет при исследовании желудка и толстой кишки а) 12 исследований в неделю б) 18 исследований в неделю в) 24 исследований в неделю г) 36 исследований в неделю	в
4.	На какие категории разбито население, проходящее рентгенологические обследования, с точки зрения дозовой нагрузки? а) по жизненным показаниям, плановые обследования б) по жизненным показаниям, плановые обследования, профилактические обследования в) плановые обследования, профилактические обследования г) по жизненным показаниям, профилактические обследования	б
5.	Профилактическое флюорографическое обследование обязательных контингентов проводится а) "сплошное" - один раз в 2 года б) дифференцированное - один раз в 2 года в) дифференцированное при благоприятной эпидемиологической обстановке по туберкулезу - один раз в 3 года г) "сплошное" - с возраста 7-12 лет	а
6.	Рентгенологическое обследование пациентов после отбора при проведении профилактической флюорографии органов грудной клетки происходит	в

	<ul style="list-style-type: none"> а) в противотуберкулезном диспансере б) в онкологическом диспансере в) в амбулаторно-поликлиническом учреждении г) в зависимости от характера патологии легких 	
7.	<p>Каковы сроки хранения рентгенограмм при отсутствии патологии, при патологических изменениях, а также рентгенограмм больных детей (соответственно)?</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 2 года, 5 лет, 10 лет б) 1 год, 3 года, 5 лет в) 3 года, 6 лет, 8 лет г) 5 лет, 10 лет, 15 лет 	а
8.	<p>При невозможности рационально сгруппировать клинические отделения следует</p> <ul style="list-style-type: none"> а) осуществлять сменяемость рабочих мест по производственной необходимости б) медицинский персонал закрепить постоянно на рабочих местах в) осуществлять сменяемость рабочих мест персонала рентгеновских кабинетов каждые 3-4 месяца г) сменяемость персонала проводить каждые 1-2 года 	а
9.	<p>В оценке показателей работы рентгеновского отделения необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> а) проведение систематического анализа результатов исследований, сопоставляя их с данными оперативных вмешательств, патологоанатомических вскрытий, эндоскопий б) участие врачей-рентгенологов в работе врачебно-лечебной комиссии в) обсуждение случаев расхождения диагнозов на патологоанатомической конференции г) все перечисленное 	г
10.	<p>Руководитель медицинского учреждения может изменить штатное расписание рентгеновского отделения путем</p> <ul style="list-style-type: none"> а) замены врачебных должностей на рентгенолаборантов б) замены должностей рентгенолаборантов на врачебные должности в) равнозначной замены всех штатных должностей г) перетарификации должностей 	в
11.	<p>Выполнение нормативных документов врачом-рентгенологом</p> <ul style="list-style-type: none"> а) обязательное б) рекомендательное в) обязательное с установленными сроками г) рекомендательное с установленными сроками 	в
12.	<p>Первичная специализация врачей-рентгенологов проводится</p> <ul style="list-style-type: none"> а) на местной базе областной, краевой или республиканской больницы б) на рабочем месте в) на кафедре рентгенологии института или факультета усовершенствования врачей г) на кафедре рентгенологии и радиологии медицинского института 	в
13.	<p>Длительность циклов первичной специализации по рентгенологии составляет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 8 месяцев б) 6 месяцев в) 5 месяцев г) 4 месяца д) 3 месяца 	в
14.	<p>Усовершенствование врачей-рентгенологов должно проводиться</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ежегодно б) не реже 1 раза в 2 года в) не реже 1 раза в 3 года г) не реже 1 раза в 5 лет 	г
15.	<p>Аттестация врача-рентгенолога на присвоение ему второй квалификационной категории проводится</p>	г

	<ul style="list-style-type: none"> а) по окончании первичной специализации б) при наличии 2-летнего стажа по специальности в) при наличии 3-летнего стажа по специальности г) при наличии 5-летнего стажа по специальности 	
16.	<p>Аттестация врача-рентгенолога на присвоение ему первой квалификационной категории проводится при стаже работы рентгенологом не менее</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 3 лет б) 5 лет в) 7 лет г) 10 лет 	В
17.	<p>Аттестация врача-рентгенолога на присвоение ему высшей квалификационной категории проводится при стаже работы рентгенологом не менее</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 3 лет б) 5 лет в) 7 лет г) 10 лет 	Г
18.	<p>Какие органы и ткани пациента нуждаются в первоочередной защите от ионизирующего излучения?</p> <ul style="list-style-type: none"> а) щитовидная железа б) молочная железа в) костный мозг, гонады г) кожа 	В
19.	<p>Где следует располагать индивидуальный дозиметр?</p> <ul style="list-style-type: none"> а) над фартуком на уровне груди б) под фартуком на уровне груди в) над фартуком на уровне таза г) под фартуком на уровне таза 	Г
20.	<p>В участковых больницах и крупных врачебных амбулаториях производится</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгеноскопия б) томография в) только рентгенография г) функциональные пробы 	В
21.	<p>Массовые профилактические флюорографические, рентгеноскопические исследования производятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) детям б) взрослому контингенту с профилактической целью в) беременным женщинам г) контингентам риска 	Г
22.	<p>Каждый врач-рентгенолог должен повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования не реже</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 2 лет б) 5 лет в) 7 лет г) 10 лет 	б
23.	<p>Развитие рентгенологии связано с именем В.Рентгена, который открыл излучение, названное впоследствии его именем</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в 1890 году б) в 1895 году в) в 1900 году г) в 1905 году 	б
24.	<p>Первые рентгенограммы в России произвел</p> <ul style="list-style-type: none"> а) М.И.Неменов б) И.П.Павлов в) А.С.Попов г) Д.И.Менделеев 	В
25.	<p>Ослабление пучка излучения при прохождении через различные предметы зависит</p> <ul style="list-style-type: none"> а) от поглощения веществом объекта б) от конвергенции лучей в) от интерференции лучей 	Д

	г) от рассеяния д) правильно а) и г)	
26.	Многопроекционное исследование может быть произведено а) при ортопозиции б) при трохопозиции в) при латеропозиции г) все ответы правильны	г
27.	Обычное изображение, получаемое при помощи рентгеновских лучей а) больше снимаемого объекта б) меньше снимаемого объекта в) равно снимаемому объекту г) все ответы правильны	а
28.	При исследовании в косых проекциях можно произвести а) два снимка б) четыре снимка в) восемь снимков г) неограниченное количество снимков	г
29.	Субтракция теней при обзорной рентгенографии а) облегчает выявление патологических изменений б) затрудняет выявление патологических изменений в) не влияет на выявление патологических изменений	б
30.	Геометрическая нерезкость рентгенограммы зависит от всего перечисленного, кроме а) размеров фокусного пятна б) расстояния фокус - пленка в) расстояния объект - пленка г) движения объекта во время съемки	г
31.	Отрицательное влияние рассеянного излучения можно снизить при помощи а) тубуса б) усиливающих экранов в) отсеивающей решетки г) повышения напряжения д) правильно а) и в)	д
32.	Для снижения суммационного эффекта при рентгенологическом исследовании можно использовать все перечисленное ниже, кроме а) многопроекционного исследования б) снижения напряжения в) нестандартной проекции г) послойного исследования	б
33.	Диагноз больного по С.П.Боткину устанавливается на основании а) тщательного изучения больного органа б) применения дополнительных методик в) использования функциональных проб г) изучения состояния всего организма	г
34.	Первый институт рентгенорадиологического профиля в нашей стране был организован а) в Москве б) в Киеве в) в Ленинграде г) в Харькове	в
35.	Первый рентгеновский аппарат в России сконструировал а) М.И.Неменов б) А.С.Попов в) А.Ф.Иоффе г) М.С.Овощников	б
36.	Основателем и первым редактором журнала "Вестник рентгенологии и радиологии" был	б

	<ul style="list-style-type: none"> а) А.К.Яновский б) М.И.Неменов в) Ю.Н.Соколов г) И.Л.Тагер 	
37.	<p>Симптом "ниши" был описан впервые</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Г.Гольцкнехтом б) М.И.Неменовым в) К.Гаудеком г) С.А.Рейнбергом 	В
38.	<p>Историческое заседание медико-физического общества, на котором В.К.Рентген доложил о своем открытии состоялось</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 8 ноября 1895 г. б) 25 ноября 1895 г. в) 28 декабря 1895 г. г) 23 января 1896 г. 	В
39.	<p>Открытие рентгеновских лучей было осуществлено</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в Берлине б) в Вене в) в Вюрцбурге г) в Магдебурге 	В
40.	<p>Международный рентгенорадиологический центр имени Антуана Беклера находится</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в Нью-Йорке б) в Париже в) в Женеве г) в Вене 	б
41.	<p>Ортоскопия и ортография производятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при вертикальном положении пациента и вертикальном ходе лучей б) при горизонтальном положении пациента и вертикальном ходе лучей в) при горизонтальном положении пациента и горизонтальном ходе лучей г) при вертикальном положении пациента и горизонтальном ходе лучей 	Г
42.	<p>Латероскопия производится</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при положении пациента на боку и вертикальном ходе лучей б) при положении пациента на животе и вертикальном ходе лучей в) при горизонтальном положении пациента и горизонтальном ходе лучей г) при положении пациента на спине и вертикальном ходе лучей 	В
43.	<p>При латерографии можно получить снимки только</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в прямых проекциях б) в боковых проекциях в) в косых проекциях г) в любых проекциях 	Г
44.	<p>При релаксационных методиках в рентгенодиагностике заболеваний пищеварительного тракта</p> <ul style="list-style-type: none"> а) снижается тонус гладкой мускулатуры б) перестраивается рельеф слизистой в) ускоряется прохождение бариевой взвеси г) стимулируется спазм сфинктеров 	а
45.	<p>При функциональной пробе Вальсальвы</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличиваются размеры варикозных узлов вен пищевода б) уменьшаются размеры варикозных узлов вен пищевода в) сохраняются размеры варикозных узлов вен пищевода г) усиливается легочный рисунок 	б
46.	<p>Параллактическое искажение формы и размеров объекта может быть следствием</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличения размеров фокуса б) уменьшением размеров фокуса в) смещения трубки по отношению к плоскости объекта г) изменения расстояния фокус - пленка 	В
47.	<p>Уменьшение размеров изображения при рентгенографии по сравнению с размерами объекта может быть достигнуто</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличением расстояния фокус - пленка (или фокус - экран) 	б

	б) фотографированием изображения на экране в) уменьшением расстояния объект - пленка (или объект - экран) г) уменьшением размеров фокусного пятна	
48.	Объемная рентгенограмма (стереорентгенограмма) может быть получена путем наложения двух снимков а) во взаимно-перпендикулярных проекциях б) произведенных при различном расстоянии фокус - пленка в) произведенных при различном расстоянии объект - пленка г) произведенных с двух положений рентгеновской трубки на определенном расстоянии между ними	г
49.	Прямое увеличение изображения достигается а) увеличением расстояния фокус - объект б) увеличением расстояния фокус - пленка в) увеличением размеров фокусного пятна г) увеличением расстояния объект - пленка	г
50.	На размер полутона вокруг изображения объекта на рентгенограмме не влияют а) крупное фокусное пятно б) малое расстояние фокус - пленка в) малое расстояние фокус - объект г) мягкое излучение	г
51.	Сферический объект может изображаться овальной тенью вследствие а) наличия рассеянного излучения б) геометрической нерезкости в) динамической нерезкости г) острого угла между пучком рентгеновских лучей и приемником изображения	г
52.	Рентгенологический синдром - это а) совокупность скиалогических признаков патологической тени б) совокупность рентгенологических симптомов, объединенных единым патогенезом в) теневая картина, требующая проведения дифференциальной диагностики г) нарушение функционального состояния органа	б
53.	К методам лучевой диагностики не относятся а) рентгенография б) термография в) радиосцинтиграфия г) электрокардиография д) сонография	г
54.	Время, необходимое для темновой адаптации, составляет примерно а) 5 мин б) 15 мин в) 30 мин г) 1 ч	а
55.	Процесс темновой адаптации ускоряется, если использовать очки а) с желтыми стеклами б) с синими стеклами в) с зелеными стеклами г) с красными стеклами	г
56.	Резкое понижение чувствительности зрительного анализатора при включении яркого света происходит а) через 20 с б) через 2-3 мин в) через 5 мин г) через 10 мин	а
57.	Если рентгенолог примет решение уменьшить количество случаев гипердиагностики, то частота пропусков патологических теней а) также уменьшится б) не изменится в) обязательно увеличится	б

	г) может увеличиться	
58.	При рассматривании клинической рентгенограммы на негатоскопе можно зарегистрировать а) до 40 степеней яркости б) до 100 степеней яркости в) до 200 степеней яркости г) до 400 степеней яркости	б
59.	При рассматривании изображения с расстояния 75 см область ясного видения - это круг диаметром около а) 1 см б) 2.5 см в) 5 см г) 10 см	г
60.	Чтобы заметить небольшие слабоконтрастные тени можно а) максимально увеличить освещенность рентгенограммы б) использовать источник света малой яркости в) использовать яркий точечный источник света г) диафрагмировать изображение	г
61.	Темные объекты на светлом фоне по сравнению со светлыми объектами на темном фоне различаются а) лучше б) хуже в) одинаково г) иногда лучше, а иногда хуже	а
62.	Использование периферического зрения при восприятии рентгеновского изображения а) бесполезно б) полезно, но доступно не многим в) полезно и развивается упражнениями г) быстро приходит с опытом	в
63.	Ослабление рентгеновского излучения веществом связано а) с фотоэлектрическим эффектом б) с комптоновским рассеянием в) оба ответа правильны г) правильного ответа нет	в
64.	Формула ослабления рентгеновских лучей вещества $J=J_0e^{-\mu x}$, где "e" а) энергия электрона б) толщина слоя вещества в) линейный коэффициент ослабления г) основание натурального логарифма	г
65.	Единица измерения мощности дозы рентгеновского излучения а) Рентген б) Рад в) Рентген/мин г) Грей	в
66.	Слой половинного ослабления зависит а) от энергии рентгеновских фотонов б) от плотности вещества в) от атомного номера элемента г) все ответы правильны	г
67.	Не являются электромагнитными а) инфракрасные лучи б) звуковые волны в) радиоволны г) рентгеновские лучи	б
68.	Семь слоев половинного ослабления уменьшает интенсивность излучения	г

	<ul style="list-style-type: none"> а) до 7.8% б) до 2.5% в) до 1.0% г) до 0.78% 	
69.	<p>В индивидуальных дозиметрах используется все перечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) фотопленки б) конденсаторной камеры в) термомлюминесцентного кристалла г) сцинтилляционного датчика 	г
70.	<p>Показания индивидуального рентгеновского дозиметра зависят</p> <ul style="list-style-type: none"> а) от мощности излучения б) от жесткости излучения в) от продолжительности облучения г) все ответы правильны 	г
71.	<p>В классическом случае рассеянное излучение имеет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) более высокую энергию, чем исходное излучение б) меньшую энергию, чем исходное излучение в) ту же энергию, что и исходное излучение г) правильного ответа нет 	б
72.	<p>При увеличении расстояния фокус - объект в два раза интенсивность облучения</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличивается в 2 раза б) уменьшается на 50% в) уменьшается в 4 раза г) не изменяется 	в
73.	<p>Чем меньше используемый фокус трубки, тем</p> <ul style="list-style-type: none"> а) меньше разрешение на снимке б) больше геометрические искажения в) меньше полутень г) меньше четкость деталей 	в
74.	<p>При рентгенографии расстояние фокус - пленка равно 120 см, а объект - пленка - 10 см. Процент увеличения действительных размеров в этом случае составляет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 9% б) 15% в) 20% г) 25% 	а
75.	<p>Использование отсеивающего раstra приводит</p> <ul style="list-style-type: none"> а) к уменьшению воздействия вторичного излучения и улучшению контрастности и разрешения б) к уменьшению влияния вторичного излучения при снижении контраста снимка в) к получению снимка большей плотности и контраста г) к снижению вторичного излучения при том же контрасте снимка 	а
76.	<p>Рассеянное излучение становится меньше при увеличении</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кВ б) отношения рентгеновского раstra в) толщины пациента г) поля облучения 	б
77.	<p>Действительный фокус рентгеновской трубки имеет форму</p> <ul style="list-style-type: none"> а) круга б) треугольника в) прямоугольника 	г

	г) квадрата	
78.	Излучение рентгеновской трубки стационарного аппарата а) является моноэнергетическим б) имеет широкий спектр в) зависит от формы питающего напряжения г) все ответы правильны	б
79.	Малым фокусом рентгеновской трубки считается фокус размером приблизительно а) 0.2г0.2 мм б) 0.4г0.4 мм в) 1г1 мм г) 2г2 мм д) 4г4 мм	в
80.	Источником электронов для получения рентгеновских лучей в трубке служит а) вращающийся анод б) нить накала в) фокусирующая чашечка г) вольфрамовая мишень	б
81.	Процент энергии электронов, соударяющихся с анодом рентгеновской трубки и преобразующийся в рентгеновское излучение составляет а) 1% б) 5% в) 10% г) 50% д) 98%	а
82.	Использование фильтров приводит а) к повышению интенсивности пучка излучения б) к снижению проникающей способности излучения в) к расширению рентгеновского луча г) все ответы неверны	г
83.	Отношение рентгеновского отсеивающего раstra представляет собой а) количество свинцовых ламелей на 1 см раstra б) отношение ширины раstra к его длине в) отношение толщины свинцовой ламели в поперечном к лучу направлении к толщине прокладки между ламелями г) отношение промежутка между свинцовыми ламелями к его ширине	г
84.	Какой из следующих факторов безразличен при использовании рентгеновского отсеивающего раstra? а) частота раstra б) отношение раstra в) фокусное расстояние раstra г) правильного ответа нет	г
85.	Отсеивающей решеткой называется а) кассетодержатель вместе с неподвижным растром б) мелкоструктурный растр в) растр с приводом и кассетодержателем г) наложенные друг на друга перекрещивающиеся растры	в
86.	На резкость рентгеновских снимков не влияет а) толщина флюоресцентного слоя усиливающих экранов б) размер кристаллов (зерен) люминофора в) толщина подложки усиливающего экрана	в

	г) контакт экрана с рентгеновской пленкой	
87.	Рентгеновский экспонометр с ионизационной камерой работает наиболее точно а) при очень коротких экспозициях б) при "жесткой" технике съемки в) при безэкранной съемке г) при достаточно длинных экспозициях	Г
88.	Для поддержания яркости на экране монитора УРИ используется а) отдельный фотоприемник яркости свечения катодолюминесцентного экрана б) уровень видеосигнала в телевизионных цепях УРИ в) датчик яркости свечения экрана монитора г) правильно б) и в)	Г
89.	При управлении рентгеновским реле экспозиции необходимо учитывать все перечисленное, кроме а) расстояния фокус-пленка б) жесткости излучения в) типа рентгеновской пленки г) размера кассеты	В
90.	Следующее утверждение относительно преимуществ усилителей рентгеновского изображения по сравнению с экраном для рентгеноскопии неверно а) изображение на флюороскопическом экране рассматривается посредством палочкового зрения, а на экране телевизионного монитора - колбочковым зрением б) доза облучения пациента снижается в) различимость деталей и контрастность изображения выше г) выше долговечность и надежность аппаратуры	Г
91.	Предельно допустимая мощность доз облучения персонала рентгеновских кабинетов составляет а) 15 мкГр/ч б) 1.7 мР/ч в) 0.12 мР/ч г) 0.03 мР/ч	б
92.	Наименьшую разрешающую способность обеспечивают а) экраны для рентгеноскопии б) усиливающие экраны для рентгенографии в) усилители яркости рентгеновского изображения г) безэкранная рентгенография	В
93.	Минимально допустимая суммарная фильтрация при 100 кВ составляет а) 1 мм АI б) 1.5 мм АI в) 3 мм АI г) 5 мм АI	В
94.	Глубинные диафрагмы применяют а) для ограничения афокального излучения б) для ограничения рассеянного излучения в) для защиты от неиспользуемого излучения г) все ответы правильные	Г
95.	На качество снимка влияют следующие параметры рентгеновской кассеты а) материал корпуса б) конструкция замка в) упругий материал прижима экранов	а

	г) масса кассеты	
96.	Целью применения свинцовых диафрагм в рентгеновском излучателе является а) укорочение времени экспозиции б) ограничение рентгеновского луча в) уменьшение времени проявления г) отфильтрование мягкого излучения	б
97.	В качестве детектора в рентгеновском автомате экспозиции (рентгеноэкспонетре) используется а) фотоэмульсия б) ионизационная камера в) сцинтилляционный кристалл г) правильно б) и в)	г
98.	Применение усиливающих экранов позволяет уменьшить экспозицию по крайней мере а) в 1.5 раза б) в 3 раза в) в 10 раз г) в 100 раз	в
99.	Выберите один правильный ответ из числа представленных ниже. Одним из важнейших преимуществ 3-фазных аппаратов является а) меньшая стоимость б) большой рентгеновский выход трубки при очень коротких экспозициях в) для снимков равной плотности и контраста облучение пациента ниже г) правильного ответа нет	б
100.	Наибольшую лучевую нагрузку дает а) рентгенография б) флюорография в) рентгеноскопия с люминесцентным экраном г) рентгеноскопия с УРИ	в
101.	Разрешающая способность флюорографа в основном определяется а) линзовой системой б) пленкой в) размером фокуса излучателя г) правильно а) и в)	г
102.	Режим "падающей нагрузки" позволяет а) упростить включение и отключение высокого напряжения б) более рационально использовать мощность трубки в) укоротить экспозицию г) правильно б) и в)	г
103.	Необходимыми элементами рентгеновского ангиографического комплекса являются все перечисленные, кроме а) стола с подвижной декой б) излучателя с вращающимся анодом в) серийной кассеты г) все ответы правильные	г
104.	Признаком высоковольтного пробоя в трубке является а) отсутствие показаний миллиамперметра во время экспозиции б) треск и разряды в пульте управления в) бросок стрелки миллиамперметра во время съемки г) все перечисленное верно д) правильно в) и г)	д

105.	Информативность томографии определяется а) размахом колебания излучателя б) расстоянием фокус - пленка в) мощностью излучения г) все перечисленное верно д) правильно только а) и в)	д
106.	Наибольшую степень "размазывания" при томографии обеспечивает а) прямолинейная траектория б) эллипсоидная траектория в) гипоциклоидная траектория г) круговая траектория	в
107.	При панорамной томографии толщина выделяемого слоя зависит а) от угла качания б) от ширины щели в) от радиуса вращения излучателя г) от размера фокуса	б
108.	Проверка действительного угла включения аппарата при томографии выполняется а) экспонированием ступенчатого фантома б) экспонированием клина в) экспонированием сетчатого фантома г) экспонированием вертикально установленной кассеты	г
109.	Все следующие характеристики снимка связаны с условиями фотообработки, кроме а) контрастности б) разрешения в) размера изображения г) плотности почернения	в
110.	Чувствительность рентгеновских экранных пленок не зависит а) от условий фотообработки б) от типа применяемых экранов в) от длительности и условий хранения г) все ответы правильны	г
111.	Для искусственного контрастирования в рентгенологии применяются а) сульфат бария б) органические соединения йода в) газы (кислород, закись азота, углекислый газ) г) все перечисленное	г
112.	При проведении рентгенологических исследований врач-рентгенолог обязан обеспечить радиационную безопасность а) персонала рентгеновского кабинета б) обследуемых пациентов в) других сотрудников учреждения, пребывающих в сфере воздействия излучения рентгеновского аппарата г) правильно а) и б) д) правильно а), б) и в)	д
113.	Защита от излучения рентгеновского аппарата необходима а) круглосуточно б) в течение рабочего дня в) только во время рентгеноскопических исследований г) только во время генерирования рентгеновского излучения д) все ответы правильны	г
114.	Поглощенная доза в исследуемом органе или области тела	а

	<p>формируется главным образом за счет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рабочего пучка рентгеновского излучения б) излучения, рассеянного в теле пациента в) излучения, рассеянного на металлических частях штатива г) правильно а) и б) д) правильно а), б) и в) 	
115.	<p>При проведении рентгенологических исследований эффективная доза у пациента формируется за счет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) прямого пучка рентгеновского излучения б) излучения, рассеянного в теле пациента в) излучения, рассеянного на металлических частях штатива г) правильно а) и б) д) правильно а), б) и в) 	г
116.	<p>Дозиметрическая величина, равная количеству ионов с отрицательным зарядом, деленному на массу воздуха в ионизационной камере, называется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) эквивалентная доза б) керма в) экспозиционная доза г) мощность дозы д) поглощенная доза 	в
117.	<p>Дозиметрическая величина, равная количеству энергии, поглощенной веществом на единицу массы, называется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) эквивалентная доза б) керма в) экспозиционная доза г) поглощенная доза д) мощность дозы 	д
118.	<p>Дозиметрическая величина, равная дозе, создаваемой вторичными электронами, возникающими при взаимодействии рентгеновского излучения с веществом, называется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) эквивалентная доза б) керма в) экспозиционная доза г) мощность дозы д) поглощенная доза 	б
119.	<p>Дозиметрическая величина, равная произведению поглощенной дозы на коэффициент качества (взвешивающий фактор излучения), называется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) эквивалентная доза б) керма в) экспозиционная доза г) мощность дозы д) поглощенная доза 	а
120.	<p>Дозиметрическая величина, равная дозе за единицу времени, называется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) эквивалентная доза б) керма в) экспозиционная доза г) поглощенная доза д) мощность дозы 	д
121.	<p>Единицей измерения экспозиционной дозы является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентген б) грей 	а

	<ul style="list-style-type: none"> в) зиверт г) рад д) бэр 	
122.	<p>Единицей измерения поглощенной дозы является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентген б) грей в) рад г) бэр д) правильно б) и в) 	д
123.	<p>Единицей измерения эквивалентной дозы является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) грей б) рад в) зиверт г) бэр д) правильно в) и г) 	д
124.	<p>Поглощенной дозе 1 Грей рентгеновского излучения соответствует эквивалентная доза, равная</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 0.1 Зиверт б) 1 Зиверт в) 10 Зиверт г) 100 Зиверт д) все ответы неверные 	б
125.	<p>Радиационная безопасность пациента обеспечивается за счет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) исключения необоснованных исследований б) снижения дозы облучения до величины, достаточной для получения диагностически приемлимого изображения в) непревышения дозового предела для населения 1 мЗв в год г) правильно а) и б) д) правильно б) и в) 	г
126.	<p>Входная доза на поверхности тела пациента меняется следующим образом</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличивается пропорционально времени исследования и силе тока б) увеличивается пропорционально квадрату напряжения в) уменьшается обратно пропорционально квадрату расстояния г) правильно а) и б) д) правильно а) и в) 	д
127.	<p>При установлении дополнительных фильтров рабочий пучок рентгеновского излучения меняется следующим образом</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличивает мощность дозы излучения б) увеличивает эффективная энергия излучения в) уменьшается мощность дозы излучения г) правильно а) и б) д) правильно б) и в) 	д
128.	<p>При проведении рентгенологических исследований выходная доза зависит от следующих параметров</p> <ul style="list-style-type: none"> а) чувствительность приемника изображения б) величина напряжения в) расстояние "источник - кожа" г) толщина тела пациента д) фильтрация излучения 	а
129.	<p>Термин "эффективная энергия рентгеновского излучения" определяет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) среднеарифметическое значения всех энергий квантов б) максимальную энергию излучения в) энергию моноэнергетического излучения, обладающего одинаковой проникающей способностью 	в

	<p>с излучением сложного спектрального состава</p> <p>г) поглощенную энергию излучения в единице массы облучаемой среды</p> <p>д) поглощенную энергию рентгеновского излучения</p>	
130.	<p>Энергия фотонного излучения в результате эффекта Комптона</p> <p>а) увеличивается</p> <p>б) остается прежней</p> <p>в) уменьшается</p> <p>г) может уменьшаться или увеличиваться</p> <p>д) равна нулю</p>	в
131.	<p>При выборе дозиметрического прибора для измерения мощности дозы рентгеновского излучения учитываются, главным образом, следующие параметры</p> <p>а) энергия измеряемого излучения</p> <p>б) класс точности прибора</p> <p>в) вес прибора</p> <p>г) правильно а) и б)</p> <p>д) правильно б) и в)</p>	д
132.	<p>В рентгеновском кабинете имеются следующие факторы вредности</p> <p>а) рентгеновское излучение</p> <p>б) рентгеновское тормозное излучение</p> <p>в) ультрафиолетовое излучение</p> <p>г) g-излучение</p> <p>д) рентгеновское тормозное и характеристическое излучение</p>	д
133.	<p>Наибольшему облучению врач-рентгенолог подвергается при выполнении следующих исследований</p> <p>а) рентгеноскопия при вертикальном положении стола</p> <p>б) рентгеноскопия при горизонтальном положении стола</p> <p>в) прицельная рентгенография грудной клетки за экраном</p> <p>г) прицельная рентгенография желудочно-кишечного тракта за экраном</p> <p>д) рентгенография на втором рабочем месте</p>	б
134.	<p>Наибольшему облучению при проведении рентгенологических исследований подвергаются следующие специалисты</p> <p>а) врачи-рентгенологи в кабинетах общего профиля</p> <p>б) врачи-рентгенологи в кабинетах ангиографического профиля</p> <p>в) врачи-рентгенологи флюорографических кабинетов</p> <p>г) рентгенолаборанты кабинетов общего профиля</p> <p>д) рентгенолаборанты ангиографических кабинетов</p>	б
135.	<p>Защита рук врача-рентгенолога при проведении пальпации во время рентгенологического исследования осуществляется</p> <p>а) правильным выбором режима работы аппарата</p> <p>б) диафрагмированием пучка</p> <p>в) размещением рук за пределами светящегося поля</p> <p>г) применением защитных перчаток</p> <p>д) все вышеприведенные ответы правильные</p>	д
136.	<p>Окончательное решение о проведении рентгенологического исследования принимают</p> <p>а) врач-клиницист</p> <p>б) врач-рентгенолог</p> <p>в) пациент или опекающие его лица</p> <p>г) правильно а) и б)</p> <p>д) правильно б) и в)</p>	д
137.	<p>При подготовке пациента к рентгенологическому исследованию</p>	д

	<p>врач-рентгенолог обязан</p> <p>а) оценить целесообразность проведения исследования</p> <p>б) информировать пациента о пользе и риске проведения исследования и получить его согласие</p> <p>в) в случае необходимости составить мотивированный отказ от проведения исследования</p> <p>г) правильно а) и б)</p> <p>д) правильно а), б) и в)</p>	
138.	<p>Наименьшую дозу облучения за 1 процедуру больной получает при проведении</p> <p>а) рентгеноскопии без УРИ</p> <p>б) рентгеноскопии без УРИ</p> <p>в) рентгеноскопии с УРИ</p> <p>г) рентгенографии</p> <p>д) флюорографии</p>	в
139.	<p>Наиболее вероятная доза облучения в год, полученная врачом в кабинете рентгенодиагностики общего профиля, составляет</p> <p>а) 0.01-0.5 Р</p> <p>б) 0.5-1.5 Р</p> <p>в) 1.5-5 Р</p> <p>г) 5-10 Р</p>	б
140.	<p>При направлении на рентгенологическое исследование с точки зрения уменьшения дозы облучения пациента главным является все перечисленное, кроме</p> <p>а) вида исследования</p> <p>б) диагноза, по поводу чего проводится исследование</p> <p>в) срока проведения последнего исследования</p> <p>г) невозможности получения информации другими методами</p>	г
141.	<p>Норма нагрузки врача-рентгенолога определяется</p> <p>а) количеством коек в стационаре</p> <p>б) количеством участков в поликлинике</p> <p>в) количеством исследований, которые врач может выполнить за рабочее время</p> <p>г) недельной индивидуальной дозой облучения</p> <p>д) мощностью дозы на рабочем месте при этих исследованиях</p>	в
142.	<p>Наиболее удачное сочетание использования технических возможностей рентгеновского аппарата с точки зрения уменьшения дозы облучения больного</p> <p>а) увеличение силы тока, уменьшение напряжения, уменьшение поля облучения, уменьшение КФР</p> <p>б) увеличение силы тока, уменьшение напряжения, увеличение поля облучения, увеличение КФР</p> <p>в) уменьшение силы тока, увеличение напряжения, уменьшение поля облучения, уменьшение КФР</p> <p>г) уменьшение силы тока, увеличение напряжения, уменьшение поля облучения, увеличение КФР</p> <p>д) все сочетания равноценны</p>	а
143.	<p>Защита гонад при исследовании органов грудной клетки осуществляется следующими способами</p> <p>а) правильный выбор режима и диафрагмирования пучка</p> <p>б) правильный выбор направления пучка</p> <p>в) использование дополнительных средств защиты</p> <p>г) верно а) и б)</p> <p>д) верно б) и в)</p>	г

144.	<p>Основными принципами обеспечения радиационной безопасности персонала и населения являются</p> <p>а) принцип обоснования б) принцип оптимизации в) принцип нормирования г) верно а) и б) д) верно а), б) и в)</p>	д
145.	<p>Наибольшую информацию о состоянии костей лицевого черепа дает рентгенограмма</p> <p>а) в прямой передней проекции б) в прямой задней проекции в) в носо-подбородочной проекции г) в боковой проекции</p>	в
146.	<p>Наибольшую информацию при переломе боковой стенки глазниц дает рентгенограмма</p> <p>а) в носо-подбородочной проекции б) в прямой задней проекции в) в носо-лобной проекции г) в аксиальной проекции</p>	г
147.	<p>Наибольшую информацию о соотношении костей краниовертебральной области дает рентгенограмма</p> <p>а) в прямой передней проекции б) в боковой проекции в) в прямой задней проекции г) в носо-подбородочной проекции</p>	б
148.	<p>Наиболее важным рентгенологическим симптомом базилярной импрессии является</p> <p>а) расположение зубовидного отростка второго шейного позвонка выше линий Мак-Грегера и Чемберлена на 6 мм и более б) уплощение базального угла в 140° в) углубление задней черепной ямки г) углубление передней черепной ямки</p>	а
149.	<p>Наиболее информативной в диагностике линейного перелома костей свода черепа являются</p> <p>а) обзорные (прямая и боковая) рентгенограммы б) прицельные касательные рентгенограммы в) прицельные контактные рентгенограммы г) прямые томограммы</p>	б
150.	<p>Наиболее точную информацию при вдавленном переломе костей свода черепа дает</p> <p>а) обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции б) томограммы в прямой и боковой проекции в) прицельные контактные рентгенограммы г) прицельные касательные рентгенограммы</p>	г
151.	<p>Наиболее часто переломы черепа бывают в области</p> <p>а) затылочной кости б) лобной кости в) височной кости г) клиновидной кости</p>	б
152.	<p>Для выявления перелома костей основания черепа рекомендуется произвести</p> <p>а) обзорную рентгенограмму в боковой проекции б) обзорную рентгенограмму в аксиальной проекции в) обзорную рентгенограмму в прямой проекции</p>	б

	г) обзорную рентгенограмму в лобно-носовой проекции	
153.	Принципы исследования больных при острой мозговой травме включают, в первую очередь, выполнение только а) обзорных рентгенограмм черепа в прямой и боковой проекциях б) рентгенограмм черепа в аксиальной проекции в) томограмм черепа г) ангиографии	а
154.	К вариантам переломов костей черепа относятся а) по типу "зеленой ветки" б) поперечный в) вдавленный г) косой с расхождением отломков	в
155.	Для выявления переломов лицевого скелета применяются а) задняя обзорная рентгенограмма б) боковая обзорная рентгенограмма в) аксиальная рентгенограмма г) рентгенограмма в носо-подбородочной проекции	г
156.	Предлежание венозного сигмовидного синуса лучше всего определяется в проекции а) обзорной боковой черепа б) по Стенверсу в) по Майеру г) по Шюллеру	г
157.	Гемосинус является косвенным симптомом а) острого синюита б) травматического поражения костей черепа в) хронического синюита г) остеомы придаточных пазух носа	б
158.	Продольный перелом пирамиды височной кости определяется на рентгенограммах а) в носо-лобной проекции б) в проекции по Стенверсу в) в проекциях по Шюллеру и Майеру г) в обзорной прямой задней рентгенограмме черепа	в
159.	Развитие верхнечелюстных пазух заканчивается а) к 5 годам б) к 20 годам в) к 25 годам г) ко второму прорезыванию зубов	г
160.	Наиболее информативной для исследования турецкого седла является а) рентгенограмма черепа в боковой проекции б) рентгенограмма черепа в затылочной проекции в) рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции г) рентгенограмма прицельная в боковой проекции	г
161.	Нормальные сагиттальные размеры турецкого седла у взрослых составляют а) 3-6 мм б) 7-9 мм в) 9-14 мм г) 7-16 мм	в
162.	Нормальные вертикальные размеры турецкого седла на рентгенограммах в боковой проекции составляют а) 5-7 мм	в

	б) 4-10 мм в) 7-12 мм г) 6-14 мм	
163.	К наиболее часто определяемым нормальным формам турецкого седла относятся а) колбовидная б) плоская в) овальная г) округлая	в
164.	Возрастные особенности черепа включают а) состояние швов б) рисунок сосудистых борозд в) выраженность развития пальцевых вдавлений г) развитие выпускников	а
165.	К обызвествлениям нормальных анатомических образований черепа относятся все перечисленные ниже, кроме а) шишковидной железы б) серповидного отростка в) диафрагмы турецкого седла г) сосудистых сплетений	г
166.	Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является а) увеличение размеров турецкого седла б) остеопороз деталей седла в) повышенная пневматизация основной пазухи г) понижение пневматизации основной пазухи	а
167.	Под термином "рельеф костей свода черепа" понимают а) рисунок венозных синусов б) рисунок артериальных борозд в) рисунок пальцевых вдавлений г) рисунок всех перечисленных выше образований	г
168.	Наиболее информативной методикой исследования при черепной травме является а) краниография б) томография в) ангиография г) пневмоэнцефалография	а
169.	К часто встречающимся доброкачественным опухолям свода черепа относятся а) остеома б) гемангиома в) остеохондрома г) киста	б
170.	Характерными особенностями очагов деструкции черепа при миеломной болезни являются а) размытые контуры б) способность к слиянию в) отсутствие слияния г) мягкотканый компонент	в
171.	Чаще всего метастазируют в кости черепа а) рак желудка б) злокачественные опухоли скелета в) рак легкого г) рак толстой кишки	в
172.	Симптом вздутия костей свода черепа наблюдается а) при остеосаркоме б) при остеомиелите в) при остеоме г) при фиброзной дисплазии	г
173.	Развитием периостальных изменений черепа сопровождается а) эпидермоид	в

	<ul style="list-style-type: none"> б) атерома в) остеосаркома г) остеома 	
174.	<p>Вздутие нижней челюсти характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для одонтогенного остеомиелита б) для остеосаркомы в) для амелобластомы г) для одонтомы 	в
175.	<p>Остеосклероз костей черепа характерен</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для остеомиелита б) для туберкулеза в) для гиперпаратиреоидной остеодистрофии г) для фиброзной дисплазии 	г
176.	<p>Основным рентгенологическим симптомом миеломной болезни костей свода черепа является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) трабекулярный рисунок структуры костей б) множественные, округлой формы и различной величины очаги деструкции в) утолщение костей свода г) очаги склероза 	б
177.	<p>К рентгеновским признакам синдрома Моргани относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) утолщение наружной пластинки лобной кости б) утолщение диплоического слоя лобной кости в) утолщение внутренней костной пластинки лобной кости г) склероз всех слоев лобной кости 	в
178.	<p>Изменения в костях свода черепа при фиброзной деформирующей остеодистрофии сводятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) к диффузному утолщению костей б) к ограниченному утолщению костей в) к очагам уплотнения структуры в сочетании с утолщением костей г) к округлым очагам деструкции 	в
179.	<p>Изменения структуры костей основания черепа при фиброзной дисплазии сводятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) к остеопорозу б) к остеосклерозу в) к деструкции г) к гиперостозу 	б
180.	<p>Для гемангиомы костей свода черепа характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ограниченный остеосклероз б) гиперостоз в) локальный остеопороз с грубоячеистой структурой г) распространенная ячеистость 	в
181.	<p>При эпидермоидах костей черепа характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нечеткие контуры б) четкие склеротические контуры в) изъеденные контуры г) утолщенные контуры 	б
182.	<p>Наиболее достоверным рентгенологическим признаком внутричерепной гипертензии у ребенка является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) истончение костей свода б) расхождение швов в) углубление пальцевых вдавлений г) расширение каналов диплоических вен 	б
183.	<p>Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом внутричерепной гипертензии у взрослого является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) углубление пальцевых вдавлений б) остеопороз структуры, уплощение турецкого седла в) расширение каналов диплоических вен г) расхождение швов 	б
184.	<p>Характерным изменением для гемиатрофии головного мозга является</p>	а

	<ul style="list-style-type: none"> а) истончение костей свода черепа б) утолщение костей свода черепа в) выбухание костей свода черепа г) деструкции костей свода черепа 	
185.	<p>Наибольшую информацию при опухоли слухового нерва дает проекция</p> <ul style="list-style-type: none"> а) по Шюллеру б) по Майеру в) по Стенверсу г) обзорная рентгенограмма черепа у взрослых в прямой проекции 	в
186.	<p>Гиперостозом костной пластинки черепа часто сопровождается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) менингиома б) астроцитомы в) глиобластома г) метастазы рака 	а
187.	<p>Обызвествление является наиболее характерным</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для эозинофильной аденомы б) для глиомы дна III желудочка в) для краниофарингиомы г) для хромофобной аденомы 	в
188.	<p>Очаг деструкции в костях свода может самопроизвольно исчезнуть</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при метастазе опухоли б) при миеломе в) при эозинофильной гранулеме г) при остеомиелите 	в
189.	<p>Основным симптомом полного краниостеноза является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) деформация черепа б) истончение костей свода черепа в) усиление пальцевых вдавлений г) раннее закрытие швов 	г
190.	<p>Наиболее характерным симптомом периферической менингиомы является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) очаг деструкции кости б) ограниченный склероз кости в) патологическое обызвествление г) ограниченный гиперостоз 	г
191.	<p>Наиболее характерным симптомом краниофарингиомы является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) изменение формы и величины турецкого седла б) очаг деструкции кости в) изменение клиновидной пазухи г) патологическое обызвествление в области турецкого седла 	г
192.	<p>Характерным симптомом первично-костной злокачественной опухоли костей свода черепа является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) очаг деструкции неправильной формы б) очаг склероза в) картина "спикулообразного периостита" г) мягкотканый компонент 	а
193.	<p>К рентгенологическим симптомам врожденных черепно-мозговых грыж относятся все симптомы, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) округлого дефекта в срединной плоскости черепа б) дефекта с гладкими четкими контурами в) дефекта со склерозированными контурами г) округлого дефекта височной кости 	г
194.	<p>К рентгеносемиотике гнойных воспалительных заболеваний черепа относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) множественные, округлые, мелкие очаги деструкции б) остеопороз и остеолит с некротическим участком в) диффузный склероз г) диффузный гиперостоз 	б
195.	<p>Рентгенологическая картина метастазов в череп характеризуется чаще</p>	а

	<ul style="list-style-type: none"> а) множественными очагами деструкции б) единичными очагами деструкции в) очагами склероза г) очагами гиперостоза 	
196.	<p>Изменения в костях черепа при гормональных нарушениях чаще характеризуются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) остеопорозом б) деструкцией в) гиперостозом г) склерозом 	а
197.	<p>Причинами возникновения гидроцефалии чаще всего являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) опухоль мозга б) воспалительные процессы в) врожденные состояния г) травмы 	б
198.	<p>К симптомам, позволяющим дифференцировать первичное и вторичное поражение турецкого седла, относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) изменение размеров седла б) изменение формы седла в) деструкция элементов седла г) понижение прозрачности клиновидной пазухи 	в
199.	<p>К рентгенологическим симптомам опухоли зрительного нерва относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) деструкция глазницы б) односторонний экзофтальм в) деструкция отверстия зрительного нерва г) деструкция основания черепа 	в
200.	<p>Повышение внутричерепного давления сопровождается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) утолщением костей б) истончением костей свода черепа в) ранним закрытием швов г) поздним закрытием швов 	б
201.	<p>Наиболее частой локализацией остеом черепа является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) лобная пазуха б) клетки решетчатого лабиринта в) затылочная кость г) верхнечелюстная пазуха 	а
202.	<p>Наибольшую информацию о состоянии внутреннего уха дает</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенограмма черепа в проекции Шюллера б) рентгенограмма черепа в проекции Майера в) рентгенограмма черепа в проекции Стенверса г) обзорная рентгенограмма черепа в прямой передней проекции 	в
203.	<p>Для выявления патологии среднего уха наибольшей разрешающей способностью обладают рентгенограммы черепа</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в проекциях Шюллера и Стенверса б) в проекциях Майера и Стенверса в) в проекциях Шюллера, Майера и Стенверса г) в проекциях Шюллера и Майера 	г
204.	<p>Оптимальным сочетанием проекций при обследовании больного с верхушечной формой мастоидита являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) проекции Шюллера и Стенверса б) проекции Шюллера и Майера в) проекции Майера и Стенверса г) обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях 	а
205.	<p>Типом строения сосцевидного отростка при патологии является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пневматический б) склеротический в) диплоический г) смешанный 	б
206.	<p>Наиболее частым осложнением хронического гнойного отита является</p>	б

	<ul style="list-style-type: none"> а) синусит б) холестеатома в) невринома г) евстахиит 	
207.	<p>Кайма остеосклероза по стенкам костного дефекта в среднем ухе наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при раке височной кости б) при холестеатоме в) при невриноме слухового нерва г) при остеоме 	б
208.	<p>К признакам, патогномоничным для ушной холестеатомы относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) деструкция слуховых косточек б) деструкция верхне-задней стенки наружного слухового прохода в) округлой формы костный дефект в аттико-антральной области г) фистула наружного полукружного канала 	в
209.	<p>При хроническом среднем отите преобладает</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пневматическая структура сосцевидного отростка б) склеротическая структура сосцевидного отростка в) диплоическая структура сосцевидного отростка г) смешанная структура сосцевидного отростка 	б
210.	<p>Для выявления врожденных аномалий среднего и внутреннего уха показана</p> <ul style="list-style-type: none"> а) обзорная рентгенография черепа б) рентгенография черепа в проекциях Майера и Шюллера в) контрастное рентгенологическое исследование уха г) компьютерная томография 	г
211.	<p>Для рентгенодиагностики лабиринтита и фистулы наружного полукружного канала необходимы</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенограммы в проекции Шюллера б) рентгенограммы в проекции Майера в) рентгенограммы в проекции Стенверса г) обзорная рентгенограмма черепа в боковой проекции 	в
212.	<p>Рентгеносемиотика опухоли внутреннего уха (невринома) включает</p> <ul style="list-style-type: none"> а) склероз пирамиды б) расширение внутреннего слухового прохода в) пороз пирамиды г) сужение внутреннего слухового прохода 	б
213.	<p>К симптомам отосклероза относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) склероз височной кости б) пороз височной кости в) уплотнение костного лабиринта внутреннего уха с очагами разрежения г) деструкция пирамиды 	в
214.	<p>Рентгенологическая картина оперированного уха (после радикальной операции) выявляет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) отсутствие части пирамиды б) дефект верхней части "пещеры" в) дефект кости в аттико-антральной области г) дефект части ушной раковины 	в
215.	<p>Причиной мастоидита может быть все, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) среднего отита б) наружного отита в) травмы г) отосклероза 	г
216.	<p>Наибольшую информацию о состоянии практически всех придаточных пазух носа дают</p> <ul style="list-style-type: none"> а) обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях б) прямая рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции в) рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции с открытым ртом г) рентгенограмма черепа в подбородочной проекции 	г
217.	<p>Оптимальной проекцией для выявления клеток решетчатого лабиринта является</p>	в

	<ul style="list-style-type: none"> а) обзорная рентгенограмма черепа в боковой проекции б) косая рентгенограмма лицевого скелета в проекции по Резе в) косая рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции г) обзорная рентгенограмма черепа в аксиальной проекции 	
218.	<p>Основными рентгенологическим симптомом кисты пазухи является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) тень с полициклическими контурами в пазухе б) полукруглая гомогенная тень на широком основании в) округлый дефект пазухи г) овальной формы пристеночное утолщение 	б
219.	<p>Оптимальной методикой для дифференциальной диагностики одонтогенной и внутрипазушной кисты является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) томография черепа в аксиальной проекции б) рентгеноскопия черепа в боковой проекции в) ангиография г) контрастная гайморография 	г
220.	<p>Причинами эмфиземы глазницы могут быть</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ранения глазницы б) переломы лобной пазухи в) переломы основания черепа г) переломы костей носа 	б
221.	<p>Оптимальной методикой рентгенологического исследования для уточнения локализации остеомы в левой лобной пазухе является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенография черепа в левой боковой проекции б) рентгенография черепа в носо-лобной проекции в) рентгенография черепа в аксиальной проекции г) обзорная рентгенография черепа в прямой проекции 	а
222.	<p>Оптимальным положением для выявления жидкости в верхне-челюстных пазухах являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) обзорная рентгенография черепа в боковой проекции и горизонтальном положении больного б) рентгенография черепа в носо-подбородочной проекции и вертикальном положении больного в) рентгенография черепа в носо-лобной проекции г) рентгенография черепа в носо-подбородочной проекции и горизонтальном положении больного 	б
223.	<p>При развитии гемосинуита после травмы черепа возникает</p> <ul style="list-style-type: none"> а) гомогенное затемнение пазухи б) негомогенное затемнение пазухи в) ограниченное округлое затемнение в пазухе г) пристеночное затемнение 	а
224.	<p>Наиболее быстрая динамика рентгенологической картины отека слизистой верхнечелюстных пазух наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при вазомоторной риносинусопатии б) при остром гайморите в) при подостром гайморите г) при обострении хронического гайморита 	а
225.	<p>Увеличение объема пазухи наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при кисте б) при гайморите в) при полипозе г) при злокачественной опухоли 	а
226.	<p>Затемнение лобной пазухи при мукоцеле имеет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) однородный характер б) неоднородный характер в) полуовальную форму по нижней стенке г) округлую форму с костной капсулой 	г
227.	<p>Наиболее достоверным симптомом злокачественной опухоли пазухи является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) затемнение пазухи б) изменение величины и формы пазухи 	г

	<p>в) дополнительная тень на фоне пазухи г) костная деструкция</p>	
228.	<p>Характерным симптомом острого синюита является</p> <p>а) гомогенное затемнение пазухи б) интенсивное пристеночное затемнение пазухи в) изменение формы пазухи г) горизонтальный уровень жидкости в пазухе</p>	Г
229.	<p>Характерным симптомом хронического синюита является</p> <p>а) гомогенное затемнение пазухи б) пристеночное затемнение пазухи в) изменение величины и формы пазухи г) слоистость пристеночного затемнения пазухи</p>	Г
230.	<p>Степень пневматизации пазух и варианты их развития зависят</p> <p>а) от возраста б) от наличия общего заболевания в) от врожденных особенностей развития лицевого черепа г) правильно а) и в)</p>	Г
231.	<p>Рентгенологическими симптомами доброкачественных опухолей пазух является все перечисленное, кроме</p> <p>а) деструкции стенок пазухи б) увеличения размеров пазухи в) гомогенного затемнения пазухи г) дополнительной тени на фоне пазухи</p>	а
232.	<p>Переломы нижней челюсти и зубов в рентгенологическом изображении проявляются</p> <p>а) смещением суставных поверхностей б) несоответствием суставных поверхностей в) наличием линии просветления г) склерозом костей челюсти</p>	В
233.	<p>Показаниями для применения ортопантомографии являются</p> <p>а) заболевания глазницы б) заболевания уха в) заболевания челюстей и зубов г) заболевания лобной пазухи</p>	В
234.	<p>Наиболее целесообразными методиками выявления локализации инородных тел пазухи являются</p> <p>а) томография мозгового черепа в прямой проекции б) контрастное исследование пазух в) зонография в прямой проекции г) обзорная рентгенограмма черепа в прямой и боковой проекциях</p>	Г
235.	<p>Наиболее частым показанием к применению рентгенологического метода исследования в процессе активного лечения зуба является</p> <p>а) определение проходимости канала б) наличие радикулярной кисты в) выявление костной деструкции челюсти г) вывих зуба</p>	а
236.	<p>Незначительное гомогенное затемнение нескольких пазух наблюдается</p> <p>а) при хроническом синюите б) при остром синюите в) при опухоли пазухи г) при нарушении вентиляции, связанной с патологией носа</p>	Г
237.	<p>Наиболее информативными дополнительными рентгенологическими методиками исследования пазух являются все перечисленные, кроме</p> <p>а) контрастного исследования б) томографии в) зонографии г) ангиографии</p>	Г
238.	<p>К вариантам нормальной лобной пазухи относят все перечисленные, кроме</p> <p>а) отсутствия пазухи</p>	Г

	<ul style="list-style-type: none"> б) широко развитой пазухи в) слабо развитой пазухи г) негомогенной сетчатой структуры пазухи 	
239.	<p>Основным рентгенологическим симптомом парезов и параличей гортани является все перечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) неподвижности голосовых складок б) утолщения голосовых складок в) расширения гортанных желудочков г) сглаженности подскладочного пространства 	б
240.	<p>Наиболее частой причиной двигательных нарушений гортани, связанной с заболеванием других органов, является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) опухоль головного мозга б) рак пищевода в) рак легких г) рак желудка 	в
241.	<p>Наиболее информативной методикой исследования гортани является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгеноскопия б) обзорная рентгенография в) контрастная ларингография г) функциональная томография 	г
242.	<p>Основной методикой выявления инородных тел гортаноглотки считается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) контрастное исследование с бариевой взвесью б) обзорная рентгеноскопия органов шеи в) обзорная рентгенография шеи под контролем экрана г) обзорная телерентгенография в боковой проекции 	г
243.	<p>Малодоступными при ларингоскопии, но хорошо выявляемыми при рентгенологическом исследовании, отделами гортани являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) преддверье б) голосовые и желудочковые складки в) гортанные желудочки г) подскладочное пространство 	г
244.	<p>Оптимальной методикой изучения для грушевидных синусов является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) томография в боковой проекции б) ларингография в) фронтальная томография в передней проекции г) контрастная фарингография 	г
245.	<p>Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом флегмоны шеи считают</p> <ul style="list-style-type: none"> а) расширение превертебральной клетчатки б) симптом "стрелки" в) воздух в клетчатке в виде "пузырьков" и "прослоек" г) отек надгортанника 	в
246.	<p>Расширение гортанного желудочка является симптомом</p> <ul style="list-style-type: none"> а) паралича гортани б) рака голосовой складки в) папилломатоза гортани г) ларингита 	а
247.	<p>Асимметрия голосовых складок наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при параличе гортани б) при раке голосовой складки в) при фиброме голосовой складки г) при папилломатозе гортани 	а
248.	<p>Раковая опухоль в гортани чаще локализуется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в подскладочном пространстве б) в гортаноглотке в) в голосовых складках г) в гортанных желудочках 	в
249.	<p>Характерными симптомами рака гортани является все, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) наличия дополнительной тени б) нарушения подвижности элементов гортани в) ограниченности процесса 	г

	г) расширения гортанных желудочков	
250.	Рентгеносемиотика хондро-перихондрита включает а) окостенение хрящей гортани б) отсутствие обызвествления хрящей в) обызвествление складок г) беспорядочное обызвествление хрящей гортани	Г
251.	Рентгенологическими симптомами доброкачественных опухолей гортани являются а) округлая дополнительная тень с четкими контурами б) множественные дополнительные тени в) отсутствие подвижности складок г) правильно а) и б)	Г
252.	Основными областями локализации кист шеи являются а) подскладочное пространство б) голосовые складки в) преднадгортанниковое пространство г) надгортанник	В
253.	Наиболее частой причиной сужений просвета гортани является а) ожог б) рак в) аллергический процесс г) рубцовые процессы (разной этиологии)	Г
254.	К рентгенологическим симптомам травм гортани чаще относятся а) перелом черпаловидных хрящей б) перелом щитовидного хряща в) перелом свободного края надгортанника г) перелом подъязычной кости	Г
255.	Рентгенологическими симптомами ларингита являются а) утолщение надгортанника б) увеличение гортанных желудочков в) неподвижность элементов гортани г) утолщение складок гортани	Г
256.	Рентгенологическими симптомами парезов гортаноглотки при контрастном исследовании являются а) задержка бариевой взвеси в желудочках гортани б) задержка бариевой взвеси в карманах глотки в) поступление бариевой взвеси в пищевод г) поступление бариевой взвеси в глотку	б
257.	К рентгенологическим симптомам аденоидов относятся а) дополнительная тень в полости носа б) дополнительная тень в гортаноглотке в) дополнительная тень в носоглотке г) дополнительная тень в ротоглотке	В
258.	Характерным рентгенологическим симптомом опухоли носоглотки является а) деструкция костей носа б) затемнение клиновидной пазухи в) дополнительная тень в носоглотке г) затемнение верхнечелюстной пазухи	В
259.	Рентгенологическая методика исследования носоглотки включает все перечисленное, кроме а) телерентгенографии носоглотки в боковой проекции с открытым ртом б) рентгенографии черепа в полуаксиальной проекции в) томографии носоглотки в боковой проекции г) рентгенографии черепа в носо-лобной проекции	Г
260.	Функциональная томография при исследовании гортани необходима во всех случаях, кроме а) рака гортани б) парезов, параличей гортани в) абсцесса надгортанника	В

	г) доброкачественных опухолей гортани	
261.	К методикам рентгенологического исследования при заболеваниях щитовидной железы относятся а) томография щитовидной железы б) рентгенография шеи в прямой проекции в) рентгенография трахеи в прямой и боковой проекциях г) контрастное исследование ниже-грудного отдела пищевода	в
262.	Кисты щитовидной железы при УЗИ определяются в виде образований а) правильной округлой формы с четкими контурами б) неправильной формы с четкими контурами в) правильной округлой формы с нечеткими контурами г) неправильной формы с нечеткими контурами	а
263.	Раки щитовидной железы выявляются на эхограммах в виде образований а) однородной эхогенности с размытыми, нечеткими границами б) однородной эхогенности с четкими границами в) неоднородной эхогенности с четкими, подчеркнутыми контурами	а
264.	Рентгеноскопия дает возможность изучить а) легочный рисунок б) подвижность диафрагмы в) состояние междолевой плевры г) мелкие очаговые тени	б
265.	Для определения уменьшения средней доли оптимальной является а) прямая проекция б) боковая проекция в) косая проекция г) лордотическая проекция д) правильно б) и в)	д
266.	Томография и зонография дают возможность определить а) смещение органов средостения б) подвижность диафрагмы в) пульсацию сердца г) состояние легочной паренхимы и бронхов	г
267.	Компьютерная томография наиболее эффективна в изучении а) лимфатических узлов средостения б) состояния легочной паренхимы и бронхов в) пульсации сердца г) подвижности диафрагмы	а
268.	Рентгенокимография определяет состояние а) легочной паренхимы б) подвижности диафрагмы в) легочного рисунка г) плевры	б
269.	Для выявления бронхоэктазов наиболее информативной методикой исследования является а) рентгенография б) томография в) бронхография г) ангиопульмонография	в
270.	Бронхография позволяет изучить состояние а) легочной паренхимы б) плевры в) средостения г) бронхов	г
271.	Диагностический пневмоторакс применяется а) для выявления свободной жидкости в плевральной полости б) для распознавания плевральных шварт в) для дифференциальной диагностики пристеночных образований г) для выявления переломов ребер	в
272.	Рентгенопневмополиграфия производится для изучения а) вентиляционной функции легких б) газообмена в альвеолах	д

	<ul style="list-style-type: none"> в) гемодинамики малого круга г) подвижности диафрагмы д) правильно а) и г) 	
273.	<p>Диагностический пневмоперитонеум показан при заболеваниях</p> <ul style="list-style-type: none"> а) легких б) средостения в) диафрагмы г) сердца 	в
274.	<p>В диагностике пристеночных образований грудной полости наиболее эффективным методом исследования следует считать</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгеноскопию и рентгенографию б) томографию в) диагностический пневмоторакс г) трансторакальную игловую биопсию 	г
275.	<p>Для диагностики праволежащей аорты наиболее эффективной методикой исследования следует считать</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгеноскопию б) рентгенографию в) томографию г) контрастное исследование пищевода 	г
276.	<p>Для выявления небольшого количества жидкости в плевральной полости наиболее эффективной методикой исследования является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгеноскопия б) рентгенография в) томография г) латерография 	г
277.	<p>Бронхоскопию следует проводить</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при ателектазе доли, сегмента б) при острой долево́й, сегментарной пневмонии в) при экссудативном плеврите г) при остром абсцессе легкого 	а
278.	<p>Легочный рисунок при пробе Вальсальвы</p> <ul style="list-style-type: none"> а) не изменяется б) усиливается в) обедняется г) сгущается 	в
279.	<p>Прозрачность легочных полей при пробе Вальсальвы</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличивается б) уменьшается в) не изменяется г) изменяется неравномерно 	а
280.	<p>Проба Вальсальвы наиболее эффективна</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при эхинококковой кисте легкого б) при междолевом осумкованном плеврите в) при артерио-венозной аневризме легкого г) при закрытом абсцессе легкого 	в
281.	<p>Кровенаполнение в легких при пробе Мюллера</p> <ul style="list-style-type: none"> а) не изменяется б) увеличивается в) уменьшается г) увеличивается в базальных отделах 	б
282.	<p>Легочный рисунок при пробе Мюллера</p> <ul style="list-style-type: none"> а) усиливается б) обедняется в) не изменяется г) изменяется неравномерно 	а
283.	Проба Гольцкнехта - Якобсона проводится для изучения	г

	<ul style="list-style-type: none"> а) легочной гипертензии б) кровообращения в малом круге в) подвижности диафрагмы г) бронхиальной проходимости 	
284.	<p>Наиболее информативным в дифференциальной диагностике рака легкого и ограниченного пневмосклероза является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) бронхоскопия б) рентгенография в) томография г) бронхография 	а
285.	<p>При подозрении на полную релаксацию купола диафрагмы наиболее целесообразно исследование большого</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в вертикальном положении б) в положении по Тренделенбургу в) в горизонтальном положении на животе г) в горизонтальном положении на спине д) правильно б) и в) 	д
286.	<p>Для выявления увеличенных лимфатических узлов средостения наиболее целесообразна</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенография в двух проекциях б) томография в прямой проекции в) томография в боковой проекции г) латероскопия д) правильно б) и в) 	д
287.	<p>Наиболее эффективным в дифференциальной рентгенодиагностике наддиафрагмальных образований легкого и частичной релаксации диафрагмы является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгеноскопия б) латероскопия в) томография г) пневмоперитонеум 	г
288.	<p>Для проведения дифференциальной диагностики при поражении средней доли легких наиболее целесообразны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенография в двух проекциях б) исследование в лордотической проекции в) томография г) бронхоскопия 	г
289.	<p>Наиболее эффективной методикой исследования при "маленьком" (до 2 см) круглом образовании в легком является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгеноскопия б) рентгенография в) томография г) бронхография 	в
290.	<p>Пневмомедиастинотомографию следует применять для диагностики</p> <ul style="list-style-type: none"> а) опухолей легких б) солитарных опухолей средостения в) системных заболеваний средостения г) аневризм аорты 	б
291.	<p>Показанием для трансбронхиальной биопсии является опухолевидное образование</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в прикорневой области легких б) в плащевидном слое легких в) в средостении г) в диафрагме 	а
292.	<p>Трансторакальная биопсия наиболее эффективно применяется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при пристеночных образованиях грудной полости б) при междолевых плевритах в) при долевым ателектазах г) при патологических образованиях корней легких 	а
293.	<p>При исследовании верхушек легких наиболее целесообразны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенография в прямой проекции 	г

	б) рентгенография в боковой проекции в) рентгенография в лордотическом положении г) томография д) правильно в) и г)	
294.	Для изучения формы "круглой" тени целесообразны а) рентгенограммы в прямой проекции б) рентгенограммы в боковой проекции в) рентгенограммы в косых проекциях г) рентгеноскопия д) все ответы правильны	д
295.	Для изучения структуры корней легких наиболее целесообразны а) рентгенография в прямой проекции б) рентгенография в боковой проекции в) томография г) многопроекторная рентгеноскопия	в
296.	Для изучения амплитуды дыхательной подвижности диафрагмы наиболее целесообразны а) рентгенография в прямой проекции б) рентгенография в боковой проекции в) рентгеноскопия г) проба Соколова д) правильно в) и г)	д
297.	Для диагностики дисковидных ателектазов необходимы а) рентгеноскопия б) рентгенография в прямой проекции в) рентгенография в боковой проекции г) рентгенография в косых проекциях д) правильно б) и в)	д
298.	При подозрении на острую травматическую грыжу диафрагмы целесообразны а) рентгеноскопия б) рентгенография в стандартных проекциях в) контрастное исследование толстой кишки г) контрастное исследование желудка д) правильно в) и г)	д
299.	Для выявления увеличенных лимфоузлов паратрахеальной группы целесообразно производить а) рентгенографию в стандартных проекциях б) томографию в) контрастное исследование пищевода г) рентгеноскопию	б
300.	Для выявления увеличенных лимфоузлов бифуркационной группы целесообразно производить а) рентгеноскопию б) рентгенографию в) томографию г) контрастное исследование пищевода д) правильно в) и г)	д
301.	При подозрении на артерио-венозную аневризму легких наиболее информативны а) рентгеноскопия б) проба Вальсальвы в) рентгенография г) ангиопульмонография	г
302.	Для изучения структуры "круглой" тени наиболее информативны а) рентгеноскопия б) рентгенография в) рентгенография с прямым увеличением г) томография	г
303.	При подозрении на какое из перечисленных образований в средостении следует изучать смещение его при глотании и кашле?	в

	<ul style="list-style-type: none"> а) аневризма аорты б) метастазы в лимфоузлы в) загрудинный зоб г) тимома 	
304.	<p>Изучение пульсации при патологии корней легких</p> <ul style="list-style-type: none"> а) значения не имеет б) имеет основное значение в) имеет значение в совокупности с другими симптомами г) вводит в заблуждение 	в
305.	<p>Зонография может оказаться информативнее томографии в случае</p> <ul style="list-style-type: none"> а) поликистоза б) очаговых теней в) исследования крупных бронхов г) солитарных круглых теней 	а
306.	<p>Симптом Гольцкнехта - Якобсона встречается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при периферическом раке легкого б) при центральном раке легкого в) при гамартоме г) при аденоме бронха д) правильно б) и г) 	д
307.	<p>Анатомическим субстратом легочного рисунка в норме является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) бронхиальное дерево б) разветвление бронхиальных артерий в) разветвление легочных артерий и вен г) лимфатические сосуды 	в
308.	<p>Анатомическим субстратом тени корня в норме являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) стволы артерий и вен б) стволы артерий, вен и лимфатические сосуды в) стволы артерий, вен, лимфатические узлы, клетчатка г) стволы артерий, вен, бронхи, лимфатические узлы, клетчатка 	а
309.	<p>На правой боковой рентгенограмме правый корень относительно левого расположен</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кпереди б) кзади в) в одной плоскости г) выше 	а
310.	<p>Бронхиальные артерии, питающие легочную ткань, берут начало</p> <ul style="list-style-type: none"> а) от межреберных артерий б) от грудной части аорты в) от легочных артерий г) от брюшной части аорты д) правильно а) и б) 	д
311.	<p>Плащевой слой доли легкого чаще всего состоит из рядов долек</p> <ul style="list-style-type: none"> а) одного б) двух-трех в) шести г) восьми 	б
312.	<p>Сегментарные легочные вены разветвляются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) вместе с артериями б) вместе с бронхами в) по границам сегментов г) в плащевом слое 	в
313.	<p>Плащевой слой доли составляют</p> <ul style="list-style-type: none"> а) разветвления мелких бронхов б) разветвления мелких сосудов в) междолевая и костальная плевра г) легочные дольки 	г
314.	<p>Правое легкое по Лондонской схеме состоит из сегментов</p> <ul style="list-style-type: none"> а) восьми б) девяти 	в

	<ul style="list-style-type: none"> в) десяти г) двенадцати 	
315.	<p>Левое легкое по Лондонской схеме состоит из сегментов</p> <ul style="list-style-type: none"> а) шести б) восьми в) девяти г) десяти 	б
316.	<p>Основой сегментарного строения легкого является разветвление</p> <ul style="list-style-type: none"> а) бронхов б) легочных артерий в) легочных вен г) легочных артерий и бронхов 	г
317.	<p>В правом легком может быть несколько добавочных долей</p> <ul style="list-style-type: none"> а) одна б) две в) три г) четыре 	в
318.	<p>В левом легком может быть несколько добавочных долей</p> <ul style="list-style-type: none"> а) две б) три в) четыре г) пять 	б
319.	<p>При пневмотораксе корень легкого смещается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кверху б) книзу в) медиально г) кнаружи 	в
320.	<p>Анатомически число зон в одном легком</p> <ul style="list-style-type: none"> а) четыре б) пять в) шесть г) семь 	а
321.	<p>Наименьшей автономной единицей легкого является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ацинус б) долька в) сегмент г) доля 	а
322.	<p>Легочная связка видна на обзорной рентгенограмме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в прямой проекции на задне-передней рентгенограмме б) в прямой проекции на передне-задней рентгенограмме в) в боковой проекции г) в косой проекции д) правильно в) и г) 	д
323.	<p>К задней зоне относится</p> <ul style="list-style-type: none"> а) шестой сегмент б) девятый сегмент в) десятый сегмент г) девятый и десятый сегменты 	а
324.	<p>Междолевая плевра, отделяющая добавочную долю от верхней доли, состоит</p> <ul style="list-style-type: none"> а) из двух висцеральных листков б) из двух париетальных листков в) из одного висцерального и париетального листков г) из двух висцеральных и двух париетальных листков 	г
325.	<p>Отличить заднюю рентгенограмму грудной клетки от передней с уверенностью позволяет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) изображение ключиц б) четкость контуров задних отрезков ребер в) соотношение ширины передних и задних отделов ребер г) ширина межреберных промежутков д) правильно в) и г) 	д

326.	<p>Определение локализации патологической тени желательно проводить</p> <ul style="list-style-type: none"> а) по межреберьям б) по легочным поясам в) по сегментам г) не имеет значения 	В
327.	<p>Размеры тени в легком для применения специальных методов исследования (бронхографии, пункционной биопсии)</p> <ul style="list-style-type: none"> а) значения не имеют б) имеют существенное значение в) имеют значение для применения отдельных методов г) имеют весьма относительное значение 	б
328.	<p>В большинстве случаев интенсивность тени зависит</p> <ul style="list-style-type: none"> а) от характера анатомического субстрата (жидкость, инфильтрат, ателектаз и т.д.) б) локализации в) объема г) формы тени 	В
329.	<p>Структура патологической тени в дифференциальной диагностике</p> <ul style="list-style-type: none"> а) значения не имеет б) имеет значение только в сочетании с размерами тени в) имеет существенное значение г) имеет значение весьма относительное 	В
330.	<p>Направление смещения тени при дыхании зависит</p> <ul style="list-style-type: none"> а) от анатомического субстрата б) от размеров в) от локализации г) от связи с корнем легкого 	В
331.	<p>Расширение и неструктурность корней легких наиболее характерна</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для хронического бронхита б) для увеличения лимфоузлов корня в) для центрального рака легкого г) для венозного застоя в легких д) правильно б) и в) 	Д
332.	<p>При легочной гипертензии в системе малого круга кровообращения отмечается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) венозный застой б) западение легочной артерии в) резкое увеличение легочной артерии г) линии Керли 	В
333.	<p>Корни легких при венозном застое</p> <ul style="list-style-type: none"> а) не меняются б) увеличиваются, но сохраняют структуру в) увеличиваются, но теряют структуру г) увеличиваются и приобретают полициклические контуры 	В
334.	<p>Признаками нарушения лимфооттока являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) усиление сосудистого рисунка б) утолщение плевры и линии Керли в) множественные очаговые тени в легком г) тотальное затемнение легкого 	б
335.	<p>Увеличение бифуркационных лимфоузлов характеризуется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличением угла бифуркации трахеи б) уменьшением угла бифуркации в) увеличением трахео-бронхиального угла г) уменьшением трахео-бронхиального угла 	а
336.	<p>Наиболее важный диагностический признак "шаровидных" образований легких</p> <ul style="list-style-type: none"> а) структура б) форма в) размеры 	Г

	г) очертания	
337.	Полосовидная или линейная тень на прямой рентгенограмме, которая не видна в боковой проекции характерна а) для дисковидного ателектаза б) для междолевой плевральной шварты в) для фибринозного плеврита г) для ограниченного пневмосклероза	в
338.	При тотальном затемнении, сопровождающемся уменьшением легкого, в первую очередь определяется а) сужение межреберных промежутков б) высокое стояние купола диафрагмы в) уменьшение вертикального размера легкого г) смещение органов средостения д) правильно а), б) и г)	д
339.	Наиболее убедительным признаком объемного уменьшения доли легкого является а) вогнутость междолевой щели б) смещение корня в) высокое расположение купола диафрагмы г) интенсивное затемнение доли	а
340.	На внутрилегочное расположение пристеночного образования указывает а) округлая форма б) изменение формы в разных проекциях в) четкость очертаний г) острые углы с грудной стенкой в разных проекциях	г
341.	В дифференциальной диагностике солитарных полостей в легких наибольшее значение имеет а) локализация б) размеры в) характер стенок г) наличие или отсутствие жидкого содержимого	в
342.	Легочный рисунок в области верхушек в норме имеет а) сетчатую структуру б) линейную структуру в) петлистую структуру г) нет рисунка	г
343.	Смещение средостения в здоровую сторону характерно а) для рака легкого б) для экссудативного плеврита в) для прогрессирующей легочной дистрофии г) для хронической пневмонии	б
344.	Наиболее характерный симптом гемосидероза а) усиление сосудистого рисунка б) широкие корни легких в) наличие жидкости в плевральной полости г) множественные узелковые тени	г
345.	Отображение воздушных бронхов на фоне затемнения (полоски Флейшнера - Прозорова) характерно а) для очаговой пневмонии б) для крупозной пневмонии в) для экссудативного плеврита г) для ракового ателектаза	б
346.	Для получения всех просветов крупных бронхов легкого проводится томография в проекции а) прямой б) боковой в) косой г) прямой и боковой	г
347.	О четкости рентгенограммы грудной клетки судят по контурам а) средостения б) диафрагмы	г

	<p>в) магистральных сосудов г) ребер</p>	
348.	<p>Малоконтрастная рентгенограмма органов грудной клетки - это снимок при рентгеновских лучах</p> <p>а) оптимальной жесткости б) излишней жесткости в) недостаточной жесткости г) жесткость снимка значения не имеет</p>	б
349.	<p>На обзорной рентгенограмме в боковой проекции угол лопатки виден на уровне грудного позвонка</p> <p>а) пятого б) седьмого в) девятого г) десятого</p>	б
350.	<p>На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции головка левого корня легкого расположена</p> <p>а) выше правой б) на одном уровне в) ниже правой г) не видна из-за частичного наложения срединной тени</p>	а
351.	<p>Корень легкого не структурен при всех приведенных ниже патологических процессах, за исключением</p> <p>а) процесса в бронхе б) процесса в лимфатических узлах в) процесса в сосудах г) процесса в клетчатке средостения</p>	г
352.	<p>Обеднение легочного рисунка бывает при всех перечисленных процессах, за исключением</p> <p>а) кистозного легкого б) врожденной гипоплазии легкого в) периферического рака легкого г) центрального рака легкого</p>	в
353.	<p>Правый купол диафрагмы расположен выше левого на боковой рентгенограмме</p> <p>а) правой органов грудной клетки б) левой органов грудной клетки в) правой органов брюшной полости г) левой органов брюшной полости д) правильно а) и г)</p>	д
354.	<p>На обзорной боковой рентгенограмме органов грудной клетки в виде кольцевидной тени виден просвет</p> <p>а) левого главного бронха б) правого главного бронха в) правого верхнедолевого бронха г) левого верхнедолевого бронха</p>	в
355.	<p>Расширение корня легкого наблюдается всегда</p> <p>а) при расширении легочной артерии б) при опухоли бронха в) при увеличении лимфатических узлов г) при пневмонии д) все ответы правильны</p>	д
356.	<p>Линии Керли-Б чаще обнаруживаются на обзорных рентгенограммах</p> <p>а) в прикорневых отделах б) в верхушке в) в среднем поясе г) в базальных отделах</p>	г
357.	<p>Наиболее частой аномалией развития легких является</p>	б

	<ul style="list-style-type: none"> а) обратное расположение легких б) добавочная доля непарной вены в) трахеальный бронх г) четырехдолевое строение легкого 	
358.	<p>Наиболее часто встречающийся порок развития легких - это</p> <ul style="list-style-type: none"> а) трахеобронхомегалия б) легочная секвестрация в) пищеводно-бронхиальный свищ г) кистозная гипоплазия 	г
359.	<p>Для кистозной доли или легкого характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) усиление и деформация легочного рисунка б) множественные тонкостенные полости в) повышение прозрачности г) расширение корня и деформация легочного рисунка 	б
360.	<p>При бронхографии кистозного легкого характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) деформация бронхов и контрастирование кист б) деформация бронхов без контрастирования кист в) отсутствие изменений бронхиального дерева г) сближение и деформация бронхов д) правильно а) и б) 	д
361.	<p>Гипоплазия легочной артерии проявляется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) обеднением легочного рисунка б) усилением бронхо-легочного рисунка в) деформацией легочного рисунка г) отсутствием легочного рисунка 	а
362.	<p>Гипоплазия легочной артерии достоверно диагностируется на основании</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенографии б) бронхографии в) томографии г) ангиопульмонографии 	г
363.	<p>При гипоплазии легочной артерии характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сужение корня б) отсутствие головки корня в) отсутствие хвостовой части корня г) расширение корня легкого 	а
364.	<p>К аномалиям и порокам развития бронхо-легочной системы относят</p> <ul style="list-style-type: none"> а) отклонения в строении органа во внутриутробном периоде б) отклонения в строении органа вскоре после рождения в) заболевания раннего детского возраста г) правильно а) и б) д) правильно б) и в) 	г
	<p>Аномалии бронхо-легочной системы от пороков отличаются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) отсутствием клинических проявлений б) отсутствием функциональных нарушений в) различным прогнозом г) все ответы правильны 	г
365.	<p>Наиболее частыми осложнениями пороков развития бронхо-легочной системы являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кровотечение б) озлокачествление в) нагноение г) осложнений, как правило, не отмечается д) правильно а) и в) 	д
366.	<p>Наиболее характерным симптомом легочной секвестрации является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) усиление легочного рисунка б) деформация легочного рисунка в) ограниченная тень в базальных отделах г) нет характерных симптомов 	в
367.	<p>При подозрении на легочную секвестрацию необходимо выполнить</p> <ul style="list-style-type: none"> а) томографию б) бронхографию 	г

	<ul style="list-style-type: none"> в) контрастирование пищевода г) аортографию 	
368.	<p>Различают следующие формы кистозной гипоплазии легкого</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кистозная доля б) кистозное легкое в) солитарные кисты г) множественные кисты д) все ответы правильны 	д
369.	<p>Заполненную солитарную кисту следует дифференцировать со всеми перечисленными ниже образованиями</p> <ul style="list-style-type: none"> а) паразитарная киста б) доброкачественная опухоль легкого в) осумкованный междолевой плеврит г) периферический рак д) все ответы правильны 	д
370.	<p>Лечебная тактика в отношении пороков бронхов и легких сводится</p> <ul style="list-style-type: none"> а) к наблюдению б) к консервативному лечению в) обязательно к операции г) единой тактики нет 	г
371.	<p>Для артерио-венозной кавернозной ангиомы легкого характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) анемия б) боли в грудной клетке в) ускоренная СОЭ г) увеличение количества эритроцитов 	г
372.	<p>Наиболее характерным для легочной секвестрации является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) внутридолевое расположение б) внедолевое расположение в) кистозная структура г) наличие дополнительного сосуда, отходящего от аорты 	г
373.	<p>Смещение трахеи возможно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при трахеальных опухолях б) при паратрахеальных опухолях в) при лимфадените г) при трахеите 	б
374.	<p>Сдавление трахеи отмечается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при медиастинитах б) при опухолях средостения в) при плевритах г) при перикардитах д) правильно а) и б) 	д
375.	<p>При разрыве главного бронха в средостении будет определяться</p> <ul style="list-style-type: none"> а) воздух б) кровь в) смещение средостения г) симптомов не будет 	а
376.	<p>Наиболее частая причина бронхолитиаза</p> <ul style="list-style-type: none"> а) хроническая пневмония б) туберкулез в) хронический бронхит г) инородные тела 	б
377.	<p>Наиболее информативными в диагностике опухолей трахеи являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенография б) рентгеноскопия в) томография г) бронхоскопия д) правильно в) и г) 	д
378.	<p>Острая пневмония поражает главным образом</p> <ul style="list-style-type: none"> а) плащевой слой доли б) ядерный слой доли 	а

	<p>в) ядерный и плащевой слои в одинаковой степени</p> <p>г) плевру</p>	
379.	<p>На возможность Фридлендеровской пневмонии указывает</p> <p>а) доленое затемнение</p> <p>б) сопутствующий плеврит</p> <p>в) значительное увеличение доли</p> <p>г) уменьшение доли</p>	в
380.	<p>Усиление и деформацию легочного рисунка в фазе обратного развития острой пневмонии можно отличить от ограниченного пневмосклероза на основании</p> <p>а) характера деталей легочного рисунка</p> <p>б) пробы Вальсальвы</p> <p>в) исследования в динамике</p> <p>г) деформации купола диафрагмы, смещения междолевых щелей, корня, сердца</p>	г
381.	<p>Субстратом затемнения в первую стадию развития крупозной пневмонии является</p> <p>а) лейкоцитарная инфильтрация стромы легкого</p> <p>б) экссудат в альвеолярной ткани</p> <p>в) отек альвеолярной ткани</p> <p>г) отек стромы легкого</p>	в
382.	<p>Уменьшение объема пораженной доли при острой пневмонии</p> <p>а) наблюдается редко</p> <p>б) наблюдается часто</p> <p>в) не встречается</p> <p>г) имеется во всех случаях</p>	а
383.	<p>При крупозной пневмонии чаще всего поражается</p> <p>а) целая доля легкого</p> <p>б) 1-2 сегмента одной доли</p> <p>в) все легкое</p> <p>г) отдельные сегменты в разных долях</p> <p>д) правильно а), б) и г)</p>	д
384.	<p>При крупозной пневмонии на прямой рентгенограмме интенсивность тени</p> <p>а) выше у реберного края</p> <p>б) выше у корня</p> <p>в) одинаковая по всей ширине легочного поля</p> <p>г) не имеет значения</p>	а
385.	<p>Одновременное обнаружение нескольких сегментарных поражений в разных долях наиболее характерно</p> <p>а) для крупозной пневмонии</p> <p>б) для раковых ателектазов</p> <p>в) для инфарктной пневмонии</p> <p>г) для септической метастатической пневмонии</p> <p>д) правильно в) и г)</p>	д
386.	<p>Множественные фокусы септической метастатической пневмонии рентгенологически отличаются от метастазов злокачественной опухоли</p> <p>а) количеством</p> <p>б) локализацией</p> <p>в) формой тени</p> <p>г) динамикой процесса</p>	г
387.	<p>Между очаговым туберкулезом и очаговой пневмонией дифференциальную диагностику решает</p> <p>а) величина очагов</p> <p>б) очертания очаговых теней</p> <p>в) отсутствие петрификатов</p> <p>г) динамика процесса</p>	г
388.	<p>Дифференциальную диагностику между пневмосклерозом и остаточными явлениями острой пневмонии решает</p> <p>а) характер легочного рисунка</p> <p>б) наличие или отсутствие инфильтративных изменений</p> <p>в) проба Вальсальвы</p> <p>г) деформация купола диафрагмы, смещение междолевых щелей,</p>	г

	корня, сердца	
389.	Светлые полосы бронхов - симптом Флейшнера - Прозорова на фоне затемнения не видны при острой неспецифической пневмонии а) крупозной б) интерстициальной в) сливной бронхопневмонии г) Фридендеровской д) правильно в), г)	д
390.	При остром начале заболевания, сопровождающимся разлитыми болями в грудной клетке, кровохарканьем, изменениями на ЭКГ и в легких, наличием затемнения чаще характерно а) для бронхопневмонии б) для периферического рака в) для инфаркта легкого г) для инфильтративного туберкулеза легкого	в
391.	У больного 35 лет с жалобами на сухой кашель, субфебрильную температуру при рентгенологическом исследовании выявлены множественные очаговые тени в легких, которые через 4 дня на фоне противовоспалительной терапии не выявляются. Речь идет а) о септической метастатической пневмонии б) о бронхопневмонии в) о пневмонии при аллергозе верхних дыхательных путей г) о гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких	в
392.	При острой крупозной пневмонии плеврит встречается а) у 5-10% больных б) у 25% больных в) у 50% больных г) у 100% больных	г
393.	Наиболее характерным признаком интерстициальной пневмонии является а) массивный инфильтрат б) милиарная диссеминация в) деформация легочного рисунка г) выпот в плевральной полости	в
394.	Острая пневмония, протекающая с осложнениями, чаще бывает при бактериальной инфекции а) пневмококковой б) стафилококковой в) палочки Фридендера г) вирулентность микробов не имеет значения д) правильно б) и в)	д
395.	В начальном периоде острой среднедолевой пневмонии инфильтрат лучше выявляется в проекции а) передне-задней б) задне-передней в) боковой г) косой	в
396.	Среди ограниченных неспецифических воспалительных заболеваний легких хроническая пневмония составляет а) 90% б) 50% в) 25% г) 1-2%	г
397.	Для ограниченного пневмосклероза наиболее характерно поражение а) легочной паренхимы б) легочных сосудов в) бронхов г) всех элементов легочной ткани	г
398.	Ограниченный деформирующий бронхит клинически всегда проявляется а) кашлем б) кровохарканьем	а

	<p>в) одышкой г) легочно-сердечной недостаточностью</p>	
399.	<p>При хронической пневмонии локальный бронхит наблюдается</p> <p>а) всегда б) часто в) редко г) не наблюдается</p>	а
400.	<p>Наиболее характерным бронхографическим симптомом при ограниченном постпневмоническом склерозе является</p> <p>а) сужение просвета бронхов б) сближение бронхиальных ветвей в) деформация бронхов г) обтурация крупных бронхов д) правильно б) и в)</p>	д
401.	<p>На хроническое течение пневмонии указывает</p> <p>а) высокая интенсивность затемнения б) наличие плевральных шварт в) наличие полостей распада г) объемное уменьшение пораженной части легкого</p>	г
402.	<p>Основным патоморфологическим признаком, указывающим на хроническое течение пневмонии, является</p> <p>а) лейкоцитарная инфильтрация б) гиперемия в) развитие соединительной ткани г) лимфостаз</p>	в
403.	<p>Складки слизистой пищевода лучше выявляются</p> <p>а) при тугом заполнении барием б) после прохождения бариевого комка, при частичном спадении просвета в) при двойном контрастировании г) при использовании релаксантов</p>	б
404.	<p>Оптимальной проекцией при рентгенологическом исследовании дистального отдела пищевода в вертикальном положении является</p> <p>а) прямая б) боковая в) вторая косая г) первая косая</p>	г
405.	<p>Заподозрить или диагностировать экспираторный стеноз трахеи можно при контрастировании пищевода в процессе</p> <p>а) стандартного рентгенологического исследования б) париетографии пищевода в) исследования пищевода в момент выдоха г) исследования пищевода с применением фармакологических препаратов</p>	в
406.	<p>Выявить утолщение стенки пищевода можно только</p> <p>а) при двойном контрастировании б) при тугом заполнении бариевой массой в) при пневмомедиастиноскопии г) при париетографии</p>	г
407.	<p>Состояние перистальтики пищевода можно оценить объективно с помощью</p> <p>а) рентгеноскопии б) рентгенографии в) функциональных проб г) рентгенокинематографии (видеозаписи)</p>	г
408.	<p>При подозрении на наличие варикозно-расширенных вен пищевода целесообразно использовать</p> <p>а) стандартную бариевую взвесь б) густую бариевую взвесь в) пробу с декстраном г) функциональные пробы</p>	в

409.	<p>Наиболее простым способом введения газа в пищевод для его двойного контрастирования является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) введение через тонкий зонд б) проглатывание большим воздухом в) проглатывание большим воздухом вместе с бариевой взвесью (в виде нескольких следующих друг за другом глотков) г) прием большим содового раствора и раствора лимонной кислоты 	В
410.	<p>При рентгенодиагностике органических заболеваний глотки наиболее информативной методикой является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенография мягких тканей шеи в боковой проекции б) контрастное исследование глотки с бариевой взвесью в) релаксационная контрастная фарингография г) томография 	В
411.	<p>Для выявления функциональных заболеваний глотки наиболее информативной методикой является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) бесконтрастная рентгенография (по Земцову) б) рентгенография в горизонтальном положении с бариевой взвесью в) контрастная фарингография с применением функциональных проб (глотание, Мюллера, Вальсальвы и др.) г) релаксационная фарингография 	В
412.	<p>При релаксационной фарингографии применяется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) проба Гольцкнехта - Якобсона б) проба Мюллера в) проба Соколова г) проба Бромбара 	Г
413.	<p>Бесконтрастная рентгенография глотки и шейного отдела пищевода в боковой проекции чаще применяется при диагностике</p> <ul style="list-style-type: none"> а) опухолей глотки и пищевода б) инородных тел пищевода в) опухолей щитовидной железы г) нарушений акта глотания 	б
414.	<p>Методика Ивановой - Подобед заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в исследовании с бариевой пастой б) в двойном контрастировании пищевода в) в приеме чайной ложки густой бариевой взвеси и последующем смывании ее со стенки пищевода приемом воды г) в даче ваты, смоченной бариевой взвесью 	В
415.	<p>Рентгенологическое исследование пищевода с бариевой взвесью и добавлением вяжущих средств может оказаться полезным</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при раке ретрокардиального отдела б) при варикозном расширении вен в) при дивертикулах г) при ахалазии кардии 	б
416.	<p>Для выявления функциональной недостаточности кардии (желудочно-пищеводного рефлюкса) исследовать больных наиболее целесообразно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в условиях пробы Мюллера б) в горизонтальном положении на животе в левой косой проекции в) с применением фармакологических релаксантов г) при максимальном выдохе 	б
417.	<p>Наилучшие условия для оценки состояния кардиоэзофагеального перехода возникают при исследовании в горизонтальном положении. Оптимальной проекцией является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) левая сосковая (на спине) б) правая сосковая (на спине) в) левая лопаточная (на животе) г) правая лопаточная (на животе) 	Г
418.	<p>Оптимальной методикой рентгенологического исследования верхнего отдела желудка является прямая и боковая проекция</p>	В

	<ul style="list-style-type: none"> а) при тугом заполнении в горизонтальном положении на спине б) при двойном контрастировании в горизонтальном положении на животе в) при тугом заполнении с контрастированием пищевода г) при вертикальном положении больного 	
419.	<p>Структуру стенки желудка или кишки можно выявить с помощью</p> <ul style="list-style-type: none"> а) париетографии б) двойного контрастирования в) КТ г) УЗИ 	Г
420.	<p>Наиболее важными техническими и методическими условиями для выявления тонкого рельефа слизистой желудка (желудочных полей) являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгеноскопия с использованием рентгенотелевидения б) специальные усиливающие экраны, рентгенологическое исследование в условиях пневморельефа в) микрофокус рентгеновской трубки, жесткое излучение г) короткая экспозиция рентгенограммы, мелкодисперсная бариевая взвесь, дозированная компрессия 	Г
421.	<p>Толщину стенки органов желудочно-кишечного тракта изучают по данным</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пневмографии б) двойного контрастирования в) париетографии г) ангиографии 	В
422.	<p>Для усиления моторной функции желудочно-кишечного тракта используют</p> <ul style="list-style-type: none"> а) атропин б) метацин в) сорбит г) нитроглицерин 	В
423.	<p>Для дифференциальной диагностики функциональных и органических сужений области пищевода-желудочного перехода наилучший эффект дают фармакологические препараты из группы</p> <ul style="list-style-type: none"> а) холинолитиков - атропин, метацин б) нитритов - амилнитрит, нитроглицерин в) ганглиоблокаторов - бускопан и др. г) холиномиметиков - морфин и др. 	б
424.	<p>Для релаксации желудочно-кишечного тракта применяют</p> <ul style="list-style-type: none"> а) морфин б) пилокарпин в) прозерпин, ациклидин г) атропин, метацин, аэрон 	Г
425.	<p>При экзофитных образованиях желудочно-кишечного тракта наиболее информативной методикой является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) стандартное рентгенологическое исследование в фазу полутугого и тугого заполнения б) первичное двойное контрастирование в) пневмография г) пневмоперитонеум 	а
426.	<p>Наиболее информативной методикой для выявления объемных образований, ограниченных тканью поджелудочной железы, является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) УЗИ б) КТ в) релаксационная дуоденография г) ретроградная панкреатография 	а
427.	<p>Рентгенологической методикой, уточняющей изменения двенадцатиперстной кишки при заболеваниях соседних органов, является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью б) релаксационная дуоденография в) внутривенная холеграфия г) пневмоперитонеум 	б
428.	Преимуществом рентгенологического исследования тонкой кишки	В

	<p>с пищевым завтраком является</p> <p>а) быстрота исследования</p> <p>б) небольшая доза облучения больного</p> <p>в) физиологичность, возможность диагностики функциональных изменений, быстрота исследования</p> <p>г) возможность диагностики полипов</p>	
429.	<p>Рентгенологическая методика, позволяющая произвести ускоренное и фракционное контрастирование тонкой кишки без проекционного наложения петель, - это</p> <p>а) классическая методика</p> <p>б) методика Пансдорфа</p> <p>в) методика Л.С.Розенштрауха</p> <p>г) методика Вейнтрауба - Вильямса</p>	В
430.	<p>Преимущества энтероκлизмы перед другими методиками рентгенологического исследования тонкой кишки состоит в том, что она</p> <p>а) не дает осложнений, не имеет противопоказаний</p> <p>б) позволяет изучить функциональные нарушения</p> <p>в) позволяет оценить сроки пассажа бария по кишке</p> <p>г) позволяет выявить участки сужения, их протяженность, сокращает продолжительность исследования</p>	Г
431.	<p>Основной недостаток методики Вейнтрауба - Вильямса состоит в том, что она</p> <p>а) сложна в выполнении</p> <p>б) нефизиологична, не дает четкого рельефа слизистой</p> <p>в) требует большой продолжительности исследования</p> <p>г) вызывает чрезмерное облучение больного</p>	б
432.	<p>Для детального изучения рельефа слизистой тонкой кишки наиболее подходящим контрастным веществом является</p> <p>а) обычная бариевая взвесь</p> <p>б) водорастворимые препараты</p> <p>в) водорастворимые препараты с сорбитом</p>	а
433.	<p>Основной методикой рентгенологического исследования ободочной кишки является</p> <p>а) пероральное заполнение</p> <p>б) ирригоскопия</p> <p>в) водная клизма и супервольтная рентгенография</p> <p>г) методика Шерижье</p>	б
434.	<p>Исследование ободочной кишки по Велину применяется для диагностики</p> <p>а) любых заболеваний</p> <p>б) только воспалительных заболеваний</p> <p>в) только небольших опухолей</p> <p>г) все ответы правильны</p>	а
435.	<p>При одномоментном двойном контрастировании толстой кишки дивертикулы, полипы и фекальные массы могут проявляться одинаково в виде ободка бария. Их можно уверенно дифференцировать</p> <p>а) по интенсивности тени ободка (более интенсивная при дивертикуле)</p> <p>б) по контурам ободка (при дивертикулах четче наружный, при полипах - внутренний)</p> <p>в) по плотности субстрата (тень полипа плотнее фекальных масс)</p>	В
436.	<p>Париетографию толстой кишки применяют как дополнительную методику у больных</p> <p>а) с неспецифическим язвенным колитом</p> <p>б) с общей брыжейкой кишечника</p> <p>в) с опухолевыми заболеваниями</p> <p>г) с болезнью Гиршпрунга</p>	В
437.	<p>Для детального исследования илеоцекальной области и терминального отдела тонкой кишки наиболее целесообразно использовать</p> <p>а) ирригоскопию</p>	В

	б) методику контрастной энтерографии в) методику Шерриджа г) пероральное заполнение	
438.	Рентгенологическое исследование пищеварительного тракта через 24 часа после приема бариевой взвеси применяется а) для изучения патологии толстой кишки б) для исследования илеоцекальной области в) для контроля сроков пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, изучения положения толстой кишки г) для изучения патологии тонкой кишки	в
439.	Дистальные отделы тонкой кишки наиболее целесообразно исследовать а) в вертикальном положении больного б) в горизонтальном положении на спине в) в горизонтальном положении на животе г) в горизонтальном положении на спине с компрессией	г
440.	Если больной испуган или эмоционально расстроен, его желудок а) гипотоничен б) гипертоничен в) усиленно перистальтирует г) функция желудка не меняется	а
441.	При умеренном раздувании желудка (и других органов желудочно-кишечного тракта) его стенки в нормальных условиях а) выпрямлены б) вогнуты в) выпуклы г) полигональны	в
442.	При перегибах желудка его свод смещается а) кпереди б) кзади в) кнутри г) кнаружи	б
443.	Складки слизистой антрального отдела желудка являются результатом деятельности мышечного слоя. Нормальным для них направлением является а) продольное б) поперечное в) косое г) любое из перечисленных в зависимости от фазы моторики	г
444.	Перистальтика желудка в норме при вертикальном положении больного начинается на уровне а) кардии б) верхней половины тела в) нижней половины тела г) антрального отдела	в
445.	В нормальных условиях продолжительность пассажа головного конца бариевой взвеси по тонкой кишке составляет а) 1 ч б) 3 ч в) 5 ч г) 7 ч	б
446.	Складки слизистой лучше выражены а) в тощей кишке б) в подвздошной кишке в) в двенадцатиперстной кишке г) в тощей и двенадцатиперстной кишке	г
447.	Ворсинки слизистой тонкой кишки предназначены а) для лучшего смешивания пищи и ферментов б) для увеличения площади всасывающей поверхности	б

	<ul style="list-style-type: none"> в) удлинения кишки г) обеспечивают большее расширение просвета 	
448.	<p>Функциями илеоцекального клапана являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) предотвращение преждевременного попадания содержимого тонкой кишки в слепую до завершения процесса переваривания б) предотвращение попадания толстокишечной флоры в тонкую кишку в) обе указанные выше г) ни одна из перечисленных 	в
449.	<p>Из перечисленных отделов кишечника не имеет брыжейки</p> <ul style="list-style-type: none"> а) двенадцатиперстная кишка б) тощая кишка в) подвздошная кишка г) червеобразный отросток слепой кишки 	а
450.	<p>Мезентериальные сосуды в составе связки Трейца проходят</p> <ul style="list-style-type: none"> а) левее дуодено-еюнального перехода б) впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки в) позади двенадцатиперстной кишки г) ниже двенадцатиперстной кишки 	б
451.	<p>Показателем нормального общего желчного протока является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) длина около 7.5 см б) диаметр менее 10 мм в) диаметр 15 мм г) открывается в дивертикул двенадцатиперстной кишки 	б
452.	<p>Большой дуоденальный сосок в 75% случаев локализуется на медиальной стенке двенадцатиперстной кишки</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в ее верхней горизонтальной части б) в нисходящем отделе в) в нижнем колене г) в нижней горизонтальной части 	б
453.	<p>В норме правый купол диафрагмы располагается на уровне передних отделов</p> <ul style="list-style-type: none"> а) III-IV ребер (VII-VIII грудных позвонков) б) V-VI ребер (IX-X грудных позвонков) в) VII-VIII ребер (XI грудного позвонка) г) IX-X ребер (XII грудного позвонка) 	б
454.	<p>Левый купол диафрагмы располагается по отношению к правому</p> <ul style="list-style-type: none"> а) на одном уровне б) на одно ребро (межреберье) ниже в) на одно ребро (межреберье) выше г) ниже на вдохе, выше на выдохе 	б
455.	<p>У детей, по сравнению со взрослыми, диафрагма располагается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) выше б) ниже в) на том же уровне г) нет определенной закономерности 	а
456.	<p>У пожилых людей, по сравнению с молодыми, диафрагма обычно располагается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) на том же уровне б) выше в) ниже г) нет определенной закономерности 	в
457.	<p>Экскурсия диафрагмы в нормальных условиях составляет при умеренном и глубоком вдохе соответственно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 0.5 см и 1 см б) 1 см и 2 см в) 2-3 см и 4 см г) 4 см и 5 см 	в
458.	<p>Ведущим рентгенологическим симптомом атрезии пищевода является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сужение пищевода б) наличие слепого мешка в) деформация пищевода 	б

	г) расширение пищевода	
459.	Характерная форма кисты пищевода а) округлая б) овальная или висячей капли в) неправильная г) типа "песочных часов"	б
460.	При праволежащей аорте сосуд на уровне дуги перебрасывается через правый главный бронх. При этом контрастированный пищевод смещается аортой а) кпереди и влево б) кпереди и вправо в) кзади и влево г) кзади и вправо	а
461.	Болезнь Гиршпрунга (врожденный мегаколон) обусловлена а) недоразвитием мышечного слоя б) избытком ганглионарных клеток в мышечном слое кишки в) отсутствием ганглионарных клеток в мышечном слое кишки г) сегментарной атрезией кишки	в
462.	Выраженное расширение и удлинение дистальных отделов толстой кишки над участком локального сужения с гладкими контурами и плавными переходами у молодого пациента наблюдаются а) при болезни Крона б) при туберкулезе в) при мегаколоне г) при неспецифическом язвенном колите	в
463.	Рентгенологическим симптомом пареза или паралича глотки является а) расширение позадиперстневидного мягкотканного пространства б) деформация грушевидных синусов в) задержка контрастного вещества в валекулах и грушевидных синусах г) асимметричное прохождение контрастного вещества через глотку	в
464.	Термин - "штопорообразный пищевод" отражает а) аномалию развития б) порок развития в) нейромышечное заболевание г) воспалительное заболевание	в
465.	Дисфагия при железодефицитной анемии (синдром Россоломо - Бехтерева, Пламмер - Винсона) является следствием функциональных нарушений, сужений и образования мембран в просвете пищевода на уровне а) шейного отдела б) бифуркации трахеи в) нижней трети пищевода г) абдоминального сегмента и кардии	а
466.	Абдоминальный отрезок пищевода, имеющий вид "мышинного хвоста", описывают как характерный признак а) при склеродермии б) при кардиоэзофагеальном раке в) при ахалазии кардии г) при эпифренальном дивертикуле	в
467.	Пищевод в виде бус, четкообразный, штопорообразный, эти названия отражают одни и те же изменения пищевода, а именно а) множественные дивертикулы б) эзофагоспазм в) вторичные изменения в результате склерозирующего медиастинита г) варикозное расширение вен	б
468.	При парезе глотки на стороне поражения валикулы и грушевидные синусы а) не заполняются б) быстро опорожняются в) длительно заполнены бариевой взвесью, расширены г) деформированы	в
469.	Газовый пузырь желудка при ахалазии III-IV степени	д

	<ul style="list-style-type: none"> а) деформирован б) отсутствует в) уменьшен г) увеличен д) уменьшен или отсутствует 	
470.	<p>Рефлюкс-эзофагит следует ожидать у больных</p> <ul style="list-style-type: none"> а) с гипермоторной дискинезией пищевода б) с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в) с гастритом и пониженной кислотностью желудочного сока г) с раком желудка 	б
471.	<p>Основные симптомы эзофагита могут быть получены</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при тугом заполнении пищевода барием б) при двойном контрастировании в) при изучении рельефа слизистой оболочки г) при применении фармакологических препаратов 	в
472.	<p>При химических ожогах пищевода рубцовое сужение просвета чаще наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в верхней трети б) в средней трети в) в дистальной трети г) в местах физиологических сужений 	г
473.	<p>Язвы пищевода чаще встречаются на уровне</p> <ul style="list-style-type: none"> а) шейного отдела б) верхней трети (1-3 сегментов) в) средней трети (4-6 сегментов) г) нижней трети (7-9 сегментов) 	г
474.	<p>Рак пищевода чаще встречается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в верхнем отделе пищевода б) в среднем отделе пищевода в) в нижнем отделе пищевода г) в абдоминальном отрезке пищевода 	б
475.	<p>При дифференциальной диагностике воспалительных, опухолевых и рубцовых изменений пищевода наиболее эффективным методом является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенологическое исследование с бариевой взвесью б) эзофагоскопия в) париетография, тройное контрастирование г) использование фармакопрепаратов и функциональных проб д) правильно а) и б) 	д
476.	<p>Наиболее сходную рентгенологическую картину дают следующие заболевания пищевода</p> <ul style="list-style-type: none"> а) варикозное расширение вен и рак б) чашеподобная карцинома и язва в) стенозирующий кардио-эзофагеальный рак и кардиоспазм г) рубцовое сужение после ожога и изменения при склеродермии 	в
477.	<p>На основании сходной рентгенологической картины следует дифференцировать изменения пищевода</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при склеродермии и рубцовом стенозе после ожога б) при энтерогенной кисте и раке в) при атрезии и ахалазии г) при фиксированной грыже пищеводного отверстия и эпифренальном дивертикуле 	г
478.	<p>Трехслойная ниша, выступающая за контур желудка, рубцовая деформация желудка и воспалительная перестройка рельефа слизистой характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для острой язвы б) для пенетрирующей язвы в) для озлокачественной язвы г) для инфильтративно-язвенного рака 	б
479.	Рентгеноконтрастные камни желчного пузыря у детей и подростков	г

	<p>взаимосвязаны</p> <p>а) с дефицитом лактазы</p> <p>б) с чрезмерным потреблением молока</p> <p>в) с нарушением холестерина обмена</p> <p>г) с нарушением метаболизма кальция</p>	
480.	<p>Эмфизематозные холециститы часто наблюдаются у больных</p> <p>а) с коронарокардиосклерозом</p> <p>б) с нелеченным или плохо леченным диабетом</p> <p>в) с подагрой</p> <p>г) с холедохолитиазом</p>	б
481.	<p>В процессе внутривенной холангиохолецистографии желчный пузырь при остром холецистите контрастируется</p> <p>а) у 100% исследованных больных</p> <p>б) у 15-20% исследованных больных</p> <p>в) у 50% исследованных больных</p> <p>г) у 50-70% исследованных больных</p>	в
482.	<p>В раннем периоде после операции спленэктомии не характерен следующий симптом</p> <p>а) выпот в косто-диафрагмальном синусе</p> <p>б) релаксация диафрагмы</p> <p>в) уровень жидкости под диафрагмой</p> <p>г) ограничение подвижности диафрагмы</p>	б
483.	<p>Частичная релаксация диафрагмы обычно определяется</p> <p>а) справа в задних отделах</p> <p>б) справа в передних отделах</p> <p>в) слева в задних отделах</p> <p>г) слева в передних отделах</p>	б
484.	<p>Полная релаксация диафрагмы встречается</p> <p>а) справа</p> <p>б) слева</p> <p>в) с обеих сторон</p> <p>г) в центральных отделах</p>	б
485.	<p>Неоднородное затемнение в правом кардиодиафрагмальном углу, примыкающее к передней грудной стенке, в котором определяются петли кишечника - симптомы, характерные</p> <p>а) для целомической кисты перикарда</p> <p>б) для грыжи пищеводного отверстия</p> <p>в) для грыжи Ларрея</p> <p>г) для грыжи Богдалеха</p>	в
486.	<p>При дифференциальной диагностике между опухолевыми образованиями, релаксацией диафрагмы и патологическими процессами под диафрагмой наиболее информативной рентгенологической методикой является</p> <p>а) бесконтрастная рентгенография</p> <p>б) томография</p> <p>в) пневмоперитонеум</p> <p>г) пневмоторакс</p>	в
487.	<p>При дифференциальной рентгенодиагностике между патологическими образованиями диафрагмы и органов грудной клетки наиболее информативной рентгенологической методикой является</p> <p>а) обзорная рентгенография грудной клетки</p> <p>б) томография</p> <p>в) пневмоперитонеум</p> <p>г) компьютерная томография</p>	г
488.	<p>Достоверным симптомом перфорации полого органа является</p> <p>а) нарушение положения и функции диафрагмы</p> <p>б) свободный газ в брюшной полости</p> <p>в) свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости</p> <p>г) метеоризм</p>	б
489.	У больного с клиникой острого живота	д

	<p>при обзорном рентгенологическом исследовании обнаружен свободный газ в брюшной полости. Рентгенолог должен</p> <p>а) при тяжелом состоянии больного закончить исследование б) дополнительно исследовать больного на латероскопе в) при состоянии средней тяжести провести контрастное исследование желудка и 12-перстной кишки с бариевой взвесью или водорастворимыми препаратами г) произвести двойное контрастирование желудка д) правильно а) и в)</p>	
490.	<p>Минимальное количество свободного газа в брюшной полости, которое можно выявить рентгенологически</p> <p>а) 1 см³ б) 10 см³ в) 50 см³ г) 100 см³ д) 25 см³</p>	а
491.	<p>Для любого вида механической кишечной непроходимости общими рентгенологическими признаками являются</p> <p>а) свободный газ в брюшной полости б) свободная жидкость в брюшной полости в) арки и горизонтальные уровни жидкости в кишечнике г) нарушение топографии желудочно-кишечного тракта</p>	в
492.	<p>Непроходимость вследствие обтурации кишки желчным камнем чаще локализуется</p> <p>а) на уровне большого дуоденального соска б) на уровне Трейцевой связки в) в дистальном отделе подвздошной кишки г) в дистальном отделе толстой кишки</p>	в
493.	<p>На рентгенограммах брюшной полости видны вздутые газом кишечные петли, в которых при вертикальном положении больного определяется жидкость с горизонтальными уровнями. Такая картина характерна</p> <p>а) для закрытой травмы живота б) для разрыва стенки кишки в) для механической кишечной непроходимости г) для хронического аппендицита</p>	в
494.	<p>Определяющим рентгенологическим признаком выраженной механической непроходимости тонкой кишки и правой половины ободочной кишки является выявление</p> <p>а) горизонтальных уровней жидкости, ширина которых больше высоты газа над ними б) горизонтальных уровней жидкости, ширина которых меньше высоты газа над ними в) скопления газа в тонкой кишке г) большого количества газа в тонкой и толстой кишках</p>	а
495.	<p>Первые рентгенологические симптомы кишечной непроходимости появляются</p> <p>а) через 1-1.5 ч б) через 1.5-2.5 ч в) через 2.5-3 ч г) через 4-5 ч</p>	в
496.	<p>Определяющим рентгенологическим признаком механической левосторонней толстокишечной непроходимости при обзорном исследовании является наличие</p> <p>а) арок с горизонтальными уровнями жидкости и круговыми складками, горизонтальных уровней жидкости, ширина которых больше высоты газа над ними, четкость их контуров б) одиночных арок с уровнями и прерывистыми складками,</p>	б

	<p>горизонтальных уровней жидкости, ширина которых меньше высоты газа над ними, с нечеткими контурами</p> <p>в) скопления газа в тонкой кишке</p> <p>г) большого количества газа в тонкой и толстой кишках</p>	
497.	<p>Отличительным признаком функциональной кишечной непроходимости является обнаружение</p> <p>а) горизонтальных уровней жидкости, ширина которых больше высоты газа над ними</p> <p>б) горизонтальных уровней жидкости, ширина которых меньше высоты газа над ними</p> <p>в) скопления газа в тонкой кишке</p> <p>г) большого количества газа в желудке, тонкой и ободочной кишке до левого угла, большая часть арок имеет закругленные концы, расположенные на одной высоте, жидкости мало или она отсутствует</p>	г
498.	<p>В основе дифференциальной рентгенодиагностики функциональной и механической кишечной непроходимости, кроме указанных выше имеет значение</p> <p>а) локализация уровня непроходимости</p> <p>б) обнаружение асцита</p> <p>в) соотношение газа и жидкости в кишечнике, локальность или распространенность изменений</p> <p>г) медленное изменение положения кишечных петель при изменении положения тела исследуемого, ограничение подвижности диафрагмы</p>	г
499.	<p>Методика рентгенологического исследования при острых желудочно-кишечных кровотечениях зависит</p> <p>а) от предполагаемой локализации источника кровотечения</p> <p>б) от характера патологического процесса</p> <p>в) от состояния больного</p> <p>г) от всех перечисленных условий</p>	г
500.	<p>Рентгенологическое исследование молочных желез при массовых проверочных осмотрах предпочтительнее производить</p> <p>а) в прямой или боковой проекции</p> <p>б) в прямой и боковой проекции</p> <p>в) в прямой и косой проекции</p> <p>г) в косой проекции</p>	г
501.	<p>Рентгенография с прямым увеличением изображения применяется</p> <p>а) для уточнения характера контуров патологического образования</p> <p>б) для уточнения наличия микрокальцинатов</p> <p>в) для выявления патологического образования при плотном фоне, полученном на обзорных маммограммах</p> <p>г) для выявления патологического образования в инволютивных молочных железах</p>	б
502.	<p>Абсолютным показанием к проведению дуктографии являются выделения из соска</p> <p>а) любого характера</p> <p>б) серозного характера</p> <p>в) кровянистого характера</p> <p>г) серозного и кровянистого характера</p>	г
503.	<p>Наиболее информативно ультразвуковое исследование молочных желез</p> <p>а) при выявлении рака молочной железы</p> <p>б) при дифференциальной диагностике рака и доброкачественных опухолей молочной железы</p> <p>в) при дифференциальной диагностике кистозных и солидных патологических образований</p> <p>г) при дифференциальной диагностике кист, доброкачественных и злокачественных новообразований</p>	в
504.	<p>Проведение маммографии предпочтительнее</p> <p>а) с 1-го по 5-й день менструального цикла</p> <p>б) с 6-го по 12-й день менструального цикла</p>	б

	<p>в) во второй половине менструального цикла г) не имеет значения</p>	
505.	<p>Оптимальной для оценки состояния ретромаммарного пространства и аксиллярного отростка молочной железы является</p> <p>а) прямая проекция б) косая проекция в) боковая проекция г) прямая и косая проекции</p>	б
506.	<p>Какая из приведенных контрастных методик исследования имеет терапевтический эффект?</p> <p>а) пневмомаммография б) дуктография в) пневмокистография г) двойное контрастирование протоков</p>	в
507.	<p>Наиболее часто возникают патологические процессы</p> <p>а) в верхне-наружном квадранте б) в верхне-внутреннем квадранте в) в нижне-наружном квадранте г) в нижне-внутреннем квадранте д) четкой закономерности нет</p>	а
508.	<p>Связки Купера лучше всего определяются на маммограммах в возрастных группах</p> <p>а) 31-40 лет б) 41-50 лет в) 51-60 лет г) в любых</p>	а
509.	<p>Контрольные рентгенологические исследования при выраженной степени смешанной формы мастопатии необходимо проводить в сроки</p> <p>а) через 6 месяцев б) через 1 год в) через 1.5-2 года г) через 3 года</p>	б
510.	<p>Наибольшее дифференциально-диагностическое значение между узловой формой мастопатии и злокачественным новообразованием имеет</p> <p>а) нечеткость контуров б) симптом гиперваскуляризации в) изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла г) наличие глыбчатых кальцинатов</p>	в
511.	<p>В молочной железе наиболее часто встречается</p> <p>а) рассыпной тип ветвления протоков б) магистральный тип ветвления протоков в) раздвоенный тип ветвления протоков г) петлистый тип ветвления протоков</p>	а
512.	<p>Диаметр основного выводного млечного протока составляет в среднем</p> <p>а) 1-1.5 мм б) 2-2.5 мм в) 3-3.5 мм г) от 1 до 3.5 мм</p>	б
513.	<p>После проведения пневмокистографии оперативное вмешательство не показано, если</p> <p>а) внутренние стенки кисты ровные, геморрагическое содержимое б) наличие пристеночных разрастаний, серозное содержимое в) полное опорожнение кисты, наличие в пунктате пролиферирующих клеток г) ровные внутренние стенки кисты, серозное содержимое</p>	г
514.	<p>Какие из перечисленных гистологических форм фиброаденом чаще имеют капсулу?</p>	а

	<ul style="list-style-type: none"> а) периканаликулярные б) интраканаликулярные в) смешанные г) листовидные 	
515.	<p>Провести дифференциальную диагностику между кистой и фиброаденомой позволяет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) наличие крупнолыбчатых обызвествлений б) тонкий ободок просветления по периферии в) полицикличность контуров г) наличие капсулы 	а
516.	<p>На фоне железистой ткани липома выявляется в виде</p> <ul style="list-style-type: none"> а) затемнения с четкими и ровными контурами б) просветления с четкими и ровными контурами в) на фоне железистой ткани липома не выделяется г) затемнения с четкими и ровными контурами и ободком просветления по периферии 	б
517.	<p>В инволютивных молочных железах липома может быть выявлена</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при размерах образования до 2 см б) при размерах образования более 2 см в) при наличии капсулы г) на инволютивном фоне липома не выявляется 	в
518.	<p>При прогрессирующем росте инфильтративных форм рака размеры пораженной молочной железы</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличиваются б) уменьшаются в) могут как увеличиваться, так и уменьшаться г) не изменяются 	б
519.	<p>Пальпаторно определяемая злокачественная опухоль скirrosного типа по размерам</p> <ul style="list-style-type: none"> а) соответствует ее рентгенологическому изображению б) меньше ее рентгенологического изображения в) больше ее рентгенологического изображения г) может быть как больше, так и меньше ее рентгенологического изображения 	в
520.	<p>Для выявления мельчайших пристеночных образований в протоках предпочтительнее использовать</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пневмомаммографию б) обзорную рентгенографию молочной железы с последующим производством прицельных рентгенограмм в) дуктографию г) двойное контрастирование протоков 	г
521.	<p>При проведении ультразвукового исследования молочных желез предпочтительнее использование датчиков с частотой</p> <p>а) 1.5 МГц</p> <ul style="list-style-type: none"> б) 3.5 МГц в) 5 МГц г) от 7 до 10 МГц 	г
522.	<p>Применение ультразвукового исследования ограничено</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при рентгенологически установленных плотных молочных железах б) при исследовании инволютивных молочных желез в) при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей г) при выявлении микрокальцинатов 	г
523.	<p>Дифференциальную диагностику между листовидной и обычной фиброаденомой при размерах образования до 3 см определяют</p> <ul style="list-style-type: none"> а) характер контуров б) характер структуры в) интенсивность тени г) проведение дифференциальной диагностики ограничено 	г
524.	<p>Дифференциальную рентгенодиагностику</p>	а

	<p>между саркомой и местно-инфильтрирующим раком молочной железы определяют</p> <p>а) четкость контуров б) гиперваскуляризация в) деформация органа г) дифференциальная диагностика ограничена</p>	
525.	<p>Проведение дуктографии противопоказано</p> <p>а) при гнойных выделениях из соска б) при серозных выделениях из соска в) при остром воспалительном процессе в молочной железе г) противопоказаний к проведению нет</p>	в
526.	<p>Дифференциальная диагностика между инфильтративно-отечной формой рака молочной железы и воспалительным процессом основана</p> <p>а) на изменении размеров молочной железы б) на диффузной перестройке структуры молочной железы в) на утолщении кожи молочной железы г) дифференциальная диагностика ограничена</p>	г
527.	<p>Дифференциальную диагностику между узловым мастопатией и раком молочной железы позволяет провести</p> <p>а) изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла б) интенсивность тени образования в) наличие кальцинатов г) характер контуров образования</p>	в
528.	<p>Для истинной гинекомастии характерно</p> <p>а) увеличение размеров грудной клетки б) наличие на маммограммах железисто-соединительнотканного комплекса в) наличие выделений из соска г) наличие признаков гиперваскуляризации грудной клетки</p>	б
529.	<p>Гиперваскуляризация при раке молочной железы проявляется</p> <p>а) увеличением калибра сосудов б) увеличением количества сосудистых ветвей в) извитостью сосудов г) увеличением калибра и количества сосудистых ветвей, их извитостью</p>	г
530.	<p>Наиболее информативной для выявления рентгенофункциональных симптомов является</p> <p>а) рентгеноскопия б) рентгенография в) зонография г) томография</p>	а
531.	<p>Симптом "асимметрии" корней наблюдается</p> <p>а) при аномалии Эбштейна б) при стенозе легочной артерии в) при дефекте межпредсердной перегородки г) при дефекте межжелудочковой перегородки</p>	б
532.	<p>Артериальная гипертензия в малом круге кровообращения может наблюдаться</p> <p>а) при гипертонической болезни б) при тетраде Фалло в) при открытом артериальном протоке г) при экссудативном перикардите</p>	в
533.	<p>Для митрального стеноза характерны нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения</p> <p>а) гиповолемия б) гипervолемия в) сочетание артериальной гипертензии и венозного застоя г) нормальный кровоток</p>	б
534.	<p>В норме правый желудочек не выходит на контур в проекциях</p> <p>а) прямой б) боковой</p>	а

	<ul style="list-style-type: none"> в) левой косой г) правой косой 	
535.	<p>Появление субплеврального наличия жидкости характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для венозного застоя б) для гиперволемии в) для артериальной гипертензии г) для гиповолемии 	а
536.	<p>Для недостаточности митрального клапана в правой косой проекции характерен радиус дуги отклонения контрастированного пищевода</p> <ul style="list-style-type: none"> а) малый б) средний в) большой г) отклонения пищевода нет 	в
537.	<p>Для недостаточности митрального клапана характерна амплитуда сокращений левого предсердия</p> <ul style="list-style-type: none"> а) уменьшенная б) увеличенная в) средняя г) амплитуда не изменена 	б
538.	<p>В правой косой проекции контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса кзади и во время систолы левого желудочка смещается кзади. Этот симптом наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при стенозе устья аорты б) при митральном стенозе в) при митральной недостаточности г) при недостаточности аортального клапана 	в
539.	<p>Уменьшение диаметра аорты характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для недостаточности аортального клапана б) для недостаточности митрального клапана в) для атероматоза аорты г) для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия 	г
540.	<p>Уменьшение амплитуды пульсации аорты наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при гипертонической болезни б) при стенозе левого атрио-вентрикулярного отверстия в) при открытом артериальном протоке с большим сбросом крови г) при недостаточности аортального клапана 	б
541.	<p>Отсутствие "галии" сердца наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при открытом артериальном протоке б) при изолированном клапанном стенозе легочной артерии в) при коарктации аорты г) при тетраде Фалло 	а
542.	<p>Увеличение амплитуды сокращений сердца характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для аортальной недостаточности б) для выпотного перикардита в) для миогенной дилатации г) для миокардиопатии 	а
543.	<p>"Перегородочные" линии Керли наиболее характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при нормальном легочном кровотоке б) при венозном застое в малом круге кровообращения в) при гиповолемии г) при гиперволемии 	в
544.	<p>Пульсация корней легких характерна</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для недостаточности аортального клапана б) для дефекта межпредсердной перегородки в) для стеноза легочной артерии г) для тетрады Фалло 	б
545.	<p>Обеднение сосудистого рисунка легких характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для недостаточности митрального клапана б) для тетрады Фалло в) для дефекта межжелудочковой перегородки г) для открытого артериального протока 	б

546.	"Узурь" ребер характерны а) для праволежащей аорты б) для двойной дуги аорты в) для коарктации аорты г) для стеноза устья аорты	В
547.	Гипертрофия правого желудочка наблюдается а) при стенозе устья аорты б) при недостаточности аортального клапана в) при коарктации аорты г) при митральном стенозе	Г
548.	Увеличение левого предсердия является обязательным признаком а) стеноза правого атрио-вентрикулярного отверстия б) митрального стеноза в) недостаточности аортального клапана г) стеноза устья аорты	б
549.	Акцент II тона на легочной артерии имеет место а) при стенозе устья аорты б) при стенозе легочной артерии в) при трикуспидальном стенозе г) при митральном стенозе	Г
550.	Диастолический шум и хлопающий I тон на верхушке, акцент II тона на легочной артерии наблюдается а) при недостаточности митрального клапана б) при стенозе митрального отверстия в) при стенозе устья аорты г) при стенозе легочной артерии д) при недостаточности аортального клапана	б
551.	При дилатации (диастолической перегрузке) левого предсердия радиус отклонения контрастированного пищевода а) малый б) большой в) средний г) отклонения пищевода нет	б
552.	Изометрическая гипертрофия только левого и правого предсердий наблюдается а) при митрально-аортальном стенозе б) при митрально-аортальной недостаточности в) при митрально-трикуспидальном стенозе г) при митральном стенозе	В
553.	Систолические смещения пищевода кзади в правой косо́й проекции наблюдаются а) при митральном стенозе б) при аортальном стенозе в) при недостаточности аортального клапана г) при митрально-трикуспидальном стенозе д) при митральной недостаточности	Д
554.	Расширение и глубокая пульсация верхней полой вены характерны а) для митрального порока б) для аортального порока в) для митрально-аортального порока г) для трикуспидального порока	Г
555.	Отсутствие сокращений по контуру левого желудочка (адинамическая зона) встречается а) при митральном стенозе б) при легочном сердце в) при "гипертоническом" сердце г) при инфаркте миокарда	Г
556.	При стенозе устья аорты имеет место а) диффузное расширение всех сегментов аорты б) удлинение аорты в) локальное расширение восходящей аорты г) "гипоплазия" аорты	В

557.	Амплитуда пульсации аорты при митральном стенозе а) средняя б) уменьшенная в) увеличенная г) отсутствует	б
558.	Изометрическая гипертрофия левого желудочка характерна а) для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия б) для стеноза легочной артерии в) для стеноза устья аорты г) для стеноза правого атрио-вентрикулярного отверстия	в
559.	Глубокая пульсация всей аорты наблюдается а) при стенозе левого атрио-вентрикулярного отверстия б) при недостаточности митрального клапана в) при недостаточности аортального клапана г) при стенозе устья аорты	в
560.	Увеличение правого предсердия наблюдается а) при стенозе устья аорты б) при стенозе правого атрио-вентрикулярного отверстия в) при недостаточности аортального клапана г) при дефекте межжелудочковой перегородки	б
561.	В норме правое предсердие не является краеобразующим а) в прямой проекции б) в правой передней косой проекции в) в левой передней косой проекции г) в левой боковой проекции	г
562.	Для уточнения поперечного размера восходящей аорты оптимальной проекцией является а) прямая б) правая косая в) левая боковая г) левая косая	г
563.	Сердечно-легочный коэффициент складывается из соотношений а) поперечного размера сердца к диаметру грудной клетки б) длинника сердечной тени к диаметру грудной клетки в) высоты сердечной тени к диаметру грудной клетки г) поперечного размера сердца к половине диаметра грудной клетки	а
564.	Резко гипертрофированный правый желудочек в прямой проекции может образовать а) вторую дугу по правому контуру сердца б) первую дугу по правому контуру сердца в) вторую дугу по левому контуру сердца г) четвертую дугу по левому контуру сердца	г
565.	Поперечный размер сердца в прямой проекции представляет собой а) расстояние от верхушки сердца до правого сердечно-сосудистого угла б) расстояние от правого кардио-диафрагмального угла до верхушки сердца в) отрезок линии, соединяющий правый предсердно-сосудистый угол и правый сердечно-диафрагмальный угол г) сумму перпендикуляров к срединной линии от наиболее выступающих точек краеобразующих дуг - правого предсердия и левого желудочка д) сумму перпендикуляров к срединной линии от правого и левого кардиодиафрагмальных углов	г
566.	Атрофия от давления в склете грудной клетки может наблюдаться а) при митральном пороке б) при открытом артериальном протоке в) при аневризме аорты г) при недостаточности аортального клапана	в

567.	Быстрая динамика размеров тени сердца наблюдается а) при миокардите б) при легочном сердце в) при экссудативном перикардите г) при миокардиопатии	в
568.	Гипертрофия правого желудочка обязательна а) при недостаточности клапана аорты б) при стенозе аорты в) при стенозе правого атрио-вентрикулярного отверстия г) при дефекте межпредсердной перегородки	г
569.	Пищевод на уровне дуги аорты (прямая проекция) отклоняется влево а) при коарктации аорты б) при гипертонической болезни в) при правосторонней дуге аорты г) при недостаточности аортального клапана	в
570.	У больного при рентгеноскопии обнаружена самостоятельная пульсация корней легких. Это наблюдается а) при дефекте межпредсердной перегородки б) при клапанном стенозе легочной артерии в) при коарктации аорты г) при митральном стенозе	а
571.	Левый желудочек может иметь уменьшенные размеры а) при коарктации аорты б) при недостаточности митрального клапана в) при митральном стенозе г) при дефекте межжелудочковой перегородки	в
572.	Изменения левого предсердия при открытом артериальном протоке с большим сбросом характеризуются а) систолической перегрузкой б) диастолической перегрузкой в) нормальными размерами г) "гипоплазией"	б
573.	Симптом "кормысла" по переднему контуру сердца (вторая косая проекция) между дополнительной тенью левого предсердия и правыми отделами может быть а) при недостаточности аортального клапана б) при тетраде Фалло в) при недостаточности митрального клапана г) при аномалии Эбштейна	в
574.	Рефлекс Китаева возможен а) при изолированном стенозе легочной артерии б) при митральном стенозе в) при гипертонической болезни I стадии г) при тетраде Фалло	б
575.	Обязательным увеличением левого предсердия сопровождается а) коарктация аорты б) триада Фалло в) митральный стеноз г) аневризма аорты	в
576.	Сужение ретрокардиального пространства в левой передней косой проекции наблюдается при увеличении а) диаметра восходящего сегмента аорты б) левого предсердия в) правого предсердия г) правого желудочка	б
577.	Сужение ретрокардиального пространства над диафрагмой в правом переднем косом положении имеет место при увеличении а) правого желудочка б) правого предсердия	б

	<p>в) левого желудочка г) левого предсердия</p>	
578.	<p>В норме отношения высоты сердечной тени к высоте сосудистого пучка</p> <p>а) 2:1 б) 1:2 в) 1:1 г) 3:1</p>	в
579.	<p>Степень прилегания правого желудочка к груди больше, чем левого к диафрагме (левая боковая проекция) в случае</p> <p>а) гипертонической болезни б) коарктации аорты в) атеросклеротического аортокардиосклероза г) межпредсердного дефекта</p>	г
580.	<p>Удлинение и патологическая извитость аорты наблюдается</p> <p>а) при стенозе устья аорты б) при недостаточности аортального клапана в) при атеросклеротическом аортокардиосклерозе г) при митральном стенозе</p>	в
581.	<p>Локальное расширение восходящего отдела аорты наблюдается</p> <p>а) при тетраде Фалло б) при стенозе устья аорты в) при открытом артериальном протоке г) при митральном стенозе</p>	б
582.	<p>Систолический шум на верхушке сердца выслушивается</p> <p>а) при митральном стенозе б) при аортальной недостаточности в) при открытом артериальном протоке г) при митральной недостаточности</p>	г
583.	<p>Симптом Реслера (передаточная пульсация правого корня) встречается</p> <p>а) при стенозе аорты б) при постинфарктной аневризме левого желудочка в) при митральной недостаточности г) при недостаточности аортального клапана</p>	в
584.	<p>Диастолический шум с пресистолическим усилением выслушивается на верхушке сердца</p> <p>а) при аортальной недостаточности б) при коарктации аорты в) при дефекте межжелудочковой перегородки г) при митральном стенозе</p>	г
585.	<p>Левogramма на ЭКГ имеет место</p> <p>а) при митральном стенозе б) при коарктации аорты в) при тетраде Фалло г) при стенозе легочной артерии</p>	б
586.	<p>Нечеткие и неровные контуры сердца встречаются</p> <p>а) при атеросклеротическом аортокардиосклерозе б) при гипертонической болезни в) при миокардите г) при слипчивом перикардите</p>	г
587.	<p>Усиленный атипичный легочный рисунок (возросший коллатеральный кровоток) может наблюдаться</p> <p>а) при недостаточности аортального клапана б) при дефекте межжелудочковой перегородки в) при открытом артериальном протоке г) при тетраде Фалло</p>	г
588.	<p>Атриомегалия правого предсердия может иметь место</p> <p>а) при митральном стенозе б) при синдроме Лютембаше в) при открытом артериальном протоке г) при аномалии Эбштейна</p>	г
589.	<p>Наиболее характерными изменениями легочного рисунка</p>	а

	<p>при выпотном перикардите с большим количеством жидкости является</p> <p>а) венозный застой б) без изменений в) гиповолемия г) гиперволемия</p>	
590.	<p>Патогномичным симптомом сдавливающего перикардита является</p> <p>а) отсутствие пульсации по контурам б) расширение тени сердца в поперечнике в) обызвествление по контурам сердца г) острый правый кардиодиафрагмальный угол</p>	в
591.	<p>К изменениям в малом круге кровообращения, приводящим к "легочному" сердцу, относятся</p> <p>а) венозная гипертензия б) гиперволемия в) гиповолемия г) тромбоэмболия ветвей легочной артерии</p>	г
592.	<p>В диагностике целомических кист перикарда решающей методикой является</p> <p>а) пневмоторакс б) томография в) пневмомедиастинум г) рентгенография</p>	в
593.	<p>Излюбленная локализация кист перикарда</p> <p>а) кардиодиафрагмальные углы б) в области талии сердца в) у заднего контура сердца г) нет характерной локализации</p>	а
594.	<p>При фиброэластозе характерно увеличение</p> <p>а) левых отделов сердца б) правых отделов сердца в) нет изменений полостей сердца г) всех отделов сердца</p>	а
595.	<p>Для выявления небольшого количества жидкости в полости перикарда наиболее информативной является</p> <p>а) рентгеноскопия б) рентгенография в) эхоскопия г) томография</p>	в
596.	<p>Для выявления обызвествления стенок аорты при ее атеросклерозе более информативной является</p> <p>а) рентгеноскопия б) рентгенография в) аортография г) рентгеноскопия с контрастированием пищевода</p>	б
597.	<p>Аневризма восходящего отдела аорты, на прямой рентгенограмме отображается в виде тени, расположенной</p> <p>а) в правой половине грудной полости б) в левой половине грудной полости в) в правой и левой половине грудной полости г) в брюшной полости</p>	а
598.	<p>Аневризма нисходящего отдела грудной аорты на рентгенограмме отображается в прямой проекции</p> <p>а) в правой половине грудной полости б) в левой половине грудной полости в) в правой и левой половине грудной полости г) в брюшной полости</p>	б
599.	<p>При аневризме нисходящей аорты контрастированный пищевод отклоняется</p>	б

	<ul style="list-style-type: none"> а) кпереди и влево б) кпереди и вправо в) кзади и влево г) кзади и вправо 	
600.	<p>При аневризме дуги аорты контрастированный пищевод отклоняется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кпереди и влево б) кпереди и вправо в) кзади и влево г) вправо и кзади 	г
601.	<p>Гиперволемиа малого круга кровообращения обычно обнаруживается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) по увеличению диаметра артериальных сосудов б) по нормальному диаметру артерий в) по уменьшенному диаметру артерий г) по увеличению диаметра легочных вен 	а
602.	<p>Общий размер сердца при тетраде Фалло</p> <ul style="list-style-type: none"> а) слегка увеличен б) значительно увеличен в) заметно увеличен г) нормальный или сравнительно небольшой 	г
603.	<p>Конфигурацией сердечной тени в прямой проекции при тетраде Фалло является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) отсутствие "галии" б) подчеркнутая "галия" в) сглаженные дуги г) обычная форма 	б
604.	<p>У больного с тетрадой Фалло сосудистый рисунок</p> <ul style="list-style-type: none"> а) обеднен б) не изменен в) избыточен г) усилен за счет венозного русла 	а
605.	<p>Плотность кости на рентгенограммах определяет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) костный минерал б) вода в) органические вещества костной ткани г) костный мозг 	а
606.	<p>Не проходят в своем развитии хрящевой стадии</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ребра б) позвонки в) кости свода черепа г) фаланги пальцев 	в
607.	<p>Надкостница обладает наибольшей остеобластической активностью</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в эпифизах длинных костей б) в метафизах длинных костей в) в диафизах длинных костей г) в плоских и губчатых костях 	в
608.	<p>На правильные соотношения в плечевом суставе указывает</p> <ul style="list-style-type: none"> а) равномерная ширина рентгеновской суставной щели б) неравномерная ширина рентгеновской суставной щели в) расположение ниже-медиального квадранта головки ниже нижнего полюса суставной впадины г) правильно б) и в) 	а
609.	<p>Стандартными проекциями для рентгенографии плечевого сустава являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) прямая задняя при ротации плеча наружу б) прямая задняя при ротации плеча внутрь в) прямая задняя с отведением г) аксиллярная ("эполетная") д) правильно а) и г) 	д
610.	<p>Стандартными проекциями для рентгенографии плечевой кости являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) прямая задняя при ротации плеча наружу б) прямая задняя при ротации плеча внутрь в) прямая задняя с отведением г) аксиллярная ("эполетная") 	д

	д) правильно а) и б)	
611.	<p>На ротацию наружу на прямой задней рентгенограмме плечевого сустава указывают</p> <p>а) проекция малого бугра на внутреннем контуре плечевой кости б) проекция малого бугра на фоне шейки плечевой кости в) проекция большого бугра на наружном контуре плечевой кости отдельно от головки г) проекция большого бугра на головку плечевой кости д) правильно б) и в)</p>	д
612.	<p>К проксимальному ряду костей запястья относятся все перечисленные, кроме</p> <p>а) крючковатой б) ладьевидной в) полулунной г) трехгранной</p>	а
613.	<p>Из дистального ряда костей запястья по оси лучезапястного сустава расположена</p> <p>а) многоугольная б) головчатая в) трапецевидная г) крючковатая</p>	б
614.	<p>Правильные соотношения в лонном сочленении характеризует</p> <p>а) сужение рентгеновской суставной щели б) расширение рентгеновской суставной щели в) плавный характер дугообразной линии таза на уровне симфиза г) правильно а) и в)</p>	в
615.	<p>Наклон таза вперед указывают</p> <p>а) проекционное уменьшение вертикального размера запирающего отверстия б) расположение переднего края вертлужной впадины на одном уровне с задним краем в) расположение переднего края вертлужной впадины выше заднего г) выстояние седалищной ости на внутреннем контуре тазовой кости д) правильно а) и б)</p>	д
616.	<p>К признакам, указывающим на ротацию бедра наружу, на прямой рентгенограмме тазобедренного сустава относятся</p> <p>а) сближение головки бедра и большого вертела б) выстояние всего малого вертела на внутреннем контуре бедренной кости в) выстояние на внутреннем контуре бедренной кости только верхушки малого вертела г) малый вертел не виден на внутреннем контуре бедренной кости д) правильно а) и б)</p>	д
617.	<p>Стандартными проекциями для тазобедренного сустава являются</p> <p>а) прямая задняя при ротации бедра наружу б) прямая задняя при ротации бедра внутрь в) с отведением по Лауэнштейну г) со сгибанием в суставе на 20° д) правильно б) и в)</p>	д
618.	<p>К признакам, указывающим на нормальные соотношения в тазобедренном суставе относятся все перечисленные, кроме</p> <p>а) плавного хода линии Шентона б) проекции фигуры полумесяца на нижне-внутренний квадрант головки бедра в) проекции фигуры полумесяца внутри от головки бедренной кости г) равномерной суставной щели тазобедренного сустава д) плавного хода линии Омбредана</p>	в
619.	<p>Нормальная головка бедренной кости имеет</p> <p>а) правильную круглую форму б) неправильную круглую форму в) овальную форму г) грибовидную форму</p>	а

620.	Частью вертлужной впадины, покрытой суставным хрящом, является а) только крыша вертлужной впадины б) только дно вертлужной впадины в) крыша и дно вертлужной впадины	а
621.	Правильными из нижеперечисленных утверждений являются а) задняя поверхность бедренной кости в норме всегда гладкая б) передняя поверхность бедренной кости в норме всегда гладкая в) передняя поверхность бедренной кости в норме неровная г) задняя поверхность бедренной кости в норме имеет неровности д) правильно б) и г)	д
622.	Характерным для диафиза бедренной кости является а) дугообразная выпуклость вперед б) дугообразная выпуклость назад в) дугообразная выпуклость внутрь г) ось прямая	а
623.	На дистальной суставной поверхности бедренной кости не покрыт суставным хрящом а) внутренний мыщелок б) наружный мыщелок в) межмыщелковая ямка г) правильно а) и в)	в
624.	На правильные соотношения в голеностопном суставе в прямой задней проекции указывают а) "П"-образность рентгеновской суставной щели б) "Г"-образность рентгеновской суставной щели в) равномерная ширина горизонтальной части рентгеновской суставной щели г) правильно б) и в)	г
625.	Сустав Шопара - это а) таранно-ладьевидный сустав б) пяточно-кубовидный сустав в) подтаранный сустав г) ладьевидно-кубовидный сустав д) правильно а) и б)	д
626.	Соединения между ребрами и грудиной - это а) синдесмозы б) синхондрозы в) суставы г) синостозы	б
627.	У первого шейного позвонка (атланта) отсутствует а) тело б) дуга в) боковые массы г) поперечные отростки	а
628.	Основным критерием правильных соотношений между атлантом и аксисом является а) симметричное изображение атланта б) одинаковая ширина суставных щелей боковых атланта-аксиальных суставов в) соответствие наружных краев боковых суставных поверхностей атланта и аксиса г) расстояние между передней дугой атланта и зубовидным отростком аксиса не превышает 2 мм	г
629.	Оптимальной проекцией для определения крючков шейных позвонков является а) прямая задняя б) боковая в) косая с поворотом на 15° г) косая с поворотом на 45°	а
630.	Боковую рентгенограмму шейного отдела позвоночника при острой травме целесообразно производить а) сидя	в

	<ul style="list-style-type: none"> б) лежа на боку в) лежа на спине при горизонтальном ходе пучка лучей (в латеропозиции) г) правильно а) и б) 	
631.	<p>Центральный луч при рентгенографии шейного отдела позвоночника в боковой проекции направляется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) непосредственно выше надплечья б) на середину шейного отдела позвоночника в) на сосцевидный отросток г) правильно б) и в) 	б
632.	<p>Наиболее массивный остистый отросток имеет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) VII шейный позвонок б) V шейный позвонок в) III шейный позвонок г) II шейный позвонок 	а
633.	<p>Из нижеперечисленных утверждений правильно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) "ступеньки" по ходу линии, проведенной по задним поверхностям шейных позвонков на боковой рентгенограмме, всегда представляют собой патологическое явление б) такие "ступеньки" могут наблюдаться и в норме в) оба утверждения правильны г) оба утверждения неправильны 	б
634.	<p>Межпозвоночные отверстия шейного отдела позвоночника лучше всего выявляются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в прямой проекции б) в боковой проекции в) в проекции с поворотом на 15° г) в проекции с поворотом на 45° 	г
635.	<p>На рентгенограммах могут отображаться отверстия позвоночной артерии</p> <ul style="list-style-type: none"> а) всех шейных позвонков б) I шейного позвонка в) II шейного позвонка г) правильно б) и в) 	в
636.	<p>Из приведенных утверждений правильное</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ножки дуг отображаются в виде овалов во всех позвонках б) ножки дуг шейных позвонков отображаются в виде овалов в) ножки дуг всех поясничных позвонков отображаются в виде овалов г) ножки дуг IV поясничного позвонка могут не иметь типичного отображения в виде овала 	г
637.	<p>Для отображения тел верхних грудных позвонков в прямой проекции при усиленном кифозе используют</p> <ul style="list-style-type: none"> а) приподняtie тазового конца б) наклон рентгеновской трубки краниально в) наклон рентгеновской трубки каудально г) приподняtie головного конца 	б
638.	<p>Сосудистые каналы Гана в телах позвонков могут выявляться</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в шейном отделе б) в грудном отделе в) в поясничном отделе г) на всех уровнях 	б
639.	<p>Выберите правильное утверждение</p> <ul style="list-style-type: none"> а) "ступеньки" по ходу линии, проведенной по задним поверхностям тел поясничных позвонков на боковой рентгенограмме, всегда представляют собой патологическое явление б) такие "ступеньки" могут быть и в норме в) оба утверждения правильны г) оба утверждения неправильны 	а
640.	<p>Форма межпозвоночного диска LV-SI в норме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) лентовидная б) клиновидная с расширением кпереди в) клиновидная с расширением кзади 	б

	г) клиновидная с расширением латерально	
641.	<p>Выберите правильное утверждение</p> <p>а) высота всех тел поясничных позвонков на боковой рентгенограмме одинакова в передних и задних отделах</p> <p>б) высота всех поясничных межпозвоночных дисков на боковой рентгенограмме одинакова в переднем и заднем отделе</p> <p>в) форма тела V поясничного позвонка клиновидна с вершиной клина назад</p> <p>г) форма тела V поясничного позвонка клиновидна с вершиной клина вперед</p>	в
642.	<p>Для изображения тела V поясничного позвонка в прямой проекции при усиленном лордозе используется</p> <p>а) сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах</p> <p>б) приподнятие таза у больного</p> <p>в) наклон рентгеновской трубки краниально</p> <p>г) наклон рентгеновской трубки каудально</p> <p>д) правильно а) и в)</p>	д
643.	<p>Наиболее убедительным симптомом при распознавании переломов костей является</p> <p>а) уплотнение костной структуры</p> <p>б) деформация кости</p> <p>в) перерыв коркового слоя</p> <p>г) линия просветления</p>	в
644.	<p>Из перечисленных соотношений между отломками проявляются уплотнением в области перелома</p> <p>а) вклинение отломков</p> <p>б) проекционная суперпозиция отломков при их захождении</p> <p>в) смещение отломков под углом</p> <p>г) расхождение отломков</p> <p>д) правильно а) и б)</p>	д
645.	<p>Наиболее часто среди переломов проксимального конца плечевой кости встречается перелом</p> <p>а) головки</p> <p>б) анатомической шейки</p> <p>в) хирургической шейки</p> <p>г) малого бугорка</p>	в
646.	<p>Наиболее типичным для привычного вывиха в плечевом суставе является</p> <p>а) варусное искривление проксимального конца плечевой кости</p> <p>б) секирообразная форма головки плечевой кости</p> <p>в) признаки деформирующего артроза плечевого сустава</p> <p>г) неравномерная ширина рентгеновской суставной щели</p> <p>д) обызвествление слизистых сумок</p>	б
647.	<p>Для гематогенного гнойного остеомиелита в длинных костях характерно поражение</p> <p>а) диафиза</p> <p>б) эпифиза</p> <p>в) метафиза</p> <p>г) диафиза и эпифиза</p>	в
648.	<p>Наиболее ранним рентгенологическим признаком гематогенного остеомиелита является</p> <p>а) мелкоочаговая деструкция коркового слоя</p> <p>б) остеосклероз</p> <p>в) периостальная реакция</p> <p>г) изменения в прилежащих мягких тканях</p>	г
649.	<p>Изменения со стороны кости и надкостницы при гематогенном остеомиелите у взрослых появляются в сроки</p> <p>а) 7-10 дней</p> <p>б) 2-3 недели</p> <p>в) 1-1.5 месяца</p>	б

	г) 2 месяца	
650.	Ранняя периостальная реакция при гематогеном остеомиелите имеет вид а) линейной тени б) полосы периостальных наслоений в) слоистый г) спикүлоподобный	а
651.	При переходе гематогенного остеомиелита в хроническую стадию периостальные наслоения а) нарастают в объеме б) подвергаются обратному развитию в) сливаются с кортикальным слоем г) правильно б) и в)	в
652.	Остеосклероз при гнойном остеомиелите появляется а) через 2-3 недели б) через 2-3 месяца в) через полгода г) через год	б
653.	Гиперостоз характерен а) для острой стадии остеомиелита б) для подострой стадии остеомиелита в) для хронической стадии остеомиелита	в
654.	Костный секвестр рентгенологически характеризуется а) повышением интенсивности тени б) уменьшением интенсивности тени в) хотя бы частичным отграничением от окружающей костной ткани г) обязательным отграничением от окружающей костной ткани на всем протяжении д) правильно а) и г)	д
655.	Из приведенных утверждений неправильно а) в условиях антибактериального лечения участок остеонекроза при остеомиелите не обязательно секвестрируется б) наличие секвестра свидетельствует об обострении остеомиелита в) секвестр является признаком хронического остеомиелита	б
656.	Наиболее частым осложнением гематогенного остеомиелита является а) эпифизолиз б) гнойный артрит в) озлокачествление	б
657.	Туберкулезный остит чаще всего возникает а) в эпифизе б) в метафизе в) в диафизе г) в апофизе	а
658.	Для туберкулезного остита характерны а) деструкция костной ткани б) периостальная реакция в) регионарный остеопороз г) атрофия кости	а
659.	Туберкулезный остит в области тазобедренного сустава локализуется а) в головке бедренной кости б) в шейке бедренной кости в) в вертлужной впадине г) правильно б) и в)	г
660.	Из приведенных утверждений неправильны а) при туберкулезном остите деструктивный очаг может быть окаймлен узкой зоной уплотнения костной структуры б) туберкулез коротких костей может проявляться в рентгенологическом отображении преимущественным уплотнением костной структуры в) уплотнение костной структуры не наблюдается при туберкулезных поражениях костей г) для туберкулезных поражений костей характерно чередование	д

	очаговой деструкции и пятнистого остеосклероза д) правильно в) и г)	
661.	Для туберкулеза наиболее характерны секвестры а) губчатые б) кортикальные в) тотальные г) кортикальные и тотальные	а
662.	Туберкулез, как правило, сопровождается периостальной реакцией а) в плоских и губчатых костях б) в эпифизе длинной кости в) в метафизе длинной кости г) в диафизе длинной кости	г
663.	Для воспалительных поражений позвоночника - спондилитов не характерны а) разрушение ножки дуги позвонка б) разрушение замыкающей пластинки тела позвонка в) вовлечение смежных отделов тел соседних позвонков г) несоответствие степени компрессии имеющейся деструкции тела позвонка д) правильно а) и г)	д
664.	Выберите из нижеприведенных утверждений правильное а) расширение паравертебральных мягких тканей характерно только для воспалительных заболеваний позвоночника б) может наблюдаться и при опухолях позвоночника в) может иметь место при переломах позвонков г) правильно б) и в)	г
665.	Наиболее ранним рентгенологическим симптомом при неспецифическом спондилите грудной локализации является а) разрушение замыкающей пластинки тела позвонка б) снижение межпозвоночного диска в) расширение паравертебральных мягких тканей г) оссифицирующая реакция передней продольной связки	в
666.	Наиболее ранним рентгенологическим симптомом при неспецифическом спондилите поясничной локализации является а) разрушение замыкающей пластинки тела позвонка б) снижение высоты межпозвоночного диска в) деформация контура поясничной мышцы г) оссифицирующая реакция передней продольной связки	б
667.	В пользу неспецифического спондилита при дифференциальной диагностике с туберкулезным спондилитом свидетельствуют все перечисленные ниже признаки, кроме а) разрушения смежных отделов тел соседних позвонков б) отсутствия изменений рентгенологической картины на высоте заболевания с последующей быстрой динамикой в) оссифицирующей реакции передней продольной связки г) остеосклероза через 2.5 месяца после начала заболевания	а
668.	Костно-хрящевые экзостозы в длинных костях исходят а) из диафиза б) из метафиза в) из эпифиза г) из апофиза	б
669.	Озлокачествление костно-хрящевого экзостоза происходит а) в хрящевом покрытии б) в компактной пластинке в) в губчатом веществе г) в подлежащей кости	а
670.	Из приведенных утверждений неправильно а) костно-хрящевой экзостоз представляет собой дополнительное к кости образование, состоящее из костной части и хрящевого покрытия б) костно-хрящевой экзостоз в рентгенологическом отображении	в

	<p>имеет губчатое строение и покрыт тонкой компактной пластинкой</p> <p>в) костно-хрящевой экзостоз наглухо отграничен от подлежащей кости корковым слоем</p> <p>г) корковый слой и трабекулы губчатого вещества подлежащей кости непосредственно продолжают в костно-хрящевой экзостоз</p>	
671.	<p>Костно-хрящевые экзостозы не встречаются</p> <p>а) в костях таза</p> <p>б) в ребрах</p> <p>в) в позвоночнике</p> <p>г) в своде черепа и костях лица</p>	г
672.	<p>О малигнизации костно-хрящевого экзостоза не свидетельствует</p> <p>а) отсутствие компактной пластинки, покрывающей костно-хрящевой экзостоз</p> <p>б) утолщение мягких тканей над костно-хрящевым экзостозом</p> <p>в) неоднородность рентгенологического изображения костно-хрящевого экзостоза с участками просветления и обызвествления</p> <p>г) обызвествление в покрывающих экзостозах мягких тканях</p>	в
673.	<p>Для доброкачественных опухолей и опухолевидных образований внутрикостной локализации наиболее типичны</p> <p>а) нечеткие очертания</p> <p>б) четкие очертания</p> <p>в) склеротический ободок</p> <p>г) широкий склеротический вал</p>	в
674.	<p>Из приведенных утверждений правильно</p> <p>а) вздутие кости не наблюдается при злокачественных опухолях</p> <p>б) вздутие кости наиболее характерно для доброкачественных опухолей, но наблюдается и при злокачественных опухолях с относительно медленным ростом</p> <p>в) вздутие кости является обязательным симптомом доброкачественных опухолей и опухолевидных образований</p> <p>г) вздутие кости в сочетании с ячеисто-трабекулярным рисунком патогномично для остеобластокластомы</p>	б
675.	<p>В дифференциальной диагностике между различными внутрикостными доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями имеет значение</p> <p>а) склеротический ободок</p> <p>б) ячеисто-трабекулярный рисунок</p> <p>в) вздутие кости</p> <p>г) локализация опухоли</p>	г
676.	<p>Для доброкачественных опухолей костей не характерно</p> <p>а) утолщение мягких тканей</p> <p>б) нормальная толщина мягких тканей</p> <p>в) нормальная структура мягких тканей</p> <p>г) истончение мягких тканей</p>	а
677.	<p>Мякотканый компонент в отсутствие озлокачествления может наблюдаться при всех перечисленных поражениях костей, кроме</p> <p>а) остеонной остеомы</p> <p>б) остеобластокластомы</p> <p>в) аневризматической костной кисты</p> <p>г) эозинофильной гранулемы</p>	а
678.	<p>Остеобластокластома при локализации в длинной кости располагается</p> <p>а) в диафизе</p> <p>б) в метаэпифизе</p> <p>в) в апофизе</p> <p>г) в эпифизе</p>	б
679.	<p>Для диффузно-остеокластического типа остеобластокластомы не характерно</p> <p>а) разрушение коркового слоя</p> <p>б) симптом "пики"</p> <p>в) периостальный козырек</p> <p>г) отсутствие склеротического ободка</p>	в

680.	Быстрый рост без озлокачествления может наблюдаться а) при гемангиоме б) при остеобластокластоме в) при костной кисте г) при энхондроме	б
681.	Энхондромы чаще всего располагаются а) в длинных костях кистей и стоп б) в прочих длинных костях в) в губчатых костях г) в своде черепа	а
682.	Для энхондромы длинной кости типичной локализацией является а) эпифиз б) метаэпифиз в) метадиафиз г) диафиз д) диафиз и метадиафиз	д
683.	Наиболее показательны для энхондромы а) вздутие кости б) ячеисто-трабекулярный рисунок в) склеротический ободок г) мелкоочаговое обызвествление	г
684.	Энхондромы озлокачествляются редко при локализации а) в ребрах б) в костях таза в) в длинных костях кистей и стоп г) в прочих длинных костях	в
685.	Из приведенных утверждений неправильно а) среди доброкачественных опухолей длинных костей кистей и стоп наиболее часты хондромы б) отсутствие обызвествлений исключает диагноз хондромы в) для хондром характерна локализация близ хрящевых пластинок роста г) дифференциальная диагностика хондром и хондросарком высокой степени зрелости представляет большие трудности	б
686.	По обе стороны эпифизарной хрящевой пластинки могут располагаться а) остеобластокластома б) костная киста в) хондробластома г) туберкулезный остит д) правильно в) и г)	д
687.	Для туберкулезной костоеды в отличие от хондробластомы при локализации в проксимальном конце плечевой кости характерны а) вздутие пораженного участка кости б) атрофия плечевой кости в) краевая эрозия в области анатомической шейки плечевой кости г) периостальные наслоения д) правильно б) и в)	д
688.	Для аневризматической костной кисты наиболее характерно а) равномерное вздутие пораженного участка кости б) эксцентрическое вздутие с образованием тонкой субпериостальной скорлупы в) асимметричное вздутие преимущественно в одну сторону г) правильного ответа нет	б
689.	Неправильным утверждением является а) простая (ювенильная) киста поражает детей и подростков б) костная киста более чем в 90% локализуется в метафизах и диафизах длинных костей, располагаясь центрально в) костная киста в 60% случаев впервые проявляется патологическим переломом г) костная киста часто озлокачивается	г
690.	Более всего страдает при системном остеопорозе	б

	<ul style="list-style-type: none"> а) череп б) позвоночник в) длинные кости нижних конечностей г) короткие кости стоп 	
691.	<p>Убыль компактного вещества при системном остеопорозе ранее всего обнаруживается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в бедренных костях б) в плюсневых костях в) в пястных костях г) в большеберцовых 	В
692.	<p>Для системного остеопороза не характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) перелом лучевой кости в типичном месте б) переломы тел позвонков в) переломы шейки бедренной кости г) переломы лодыжек берцовых костей 	Г
693.	<p>Для системного остеопороза не характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) снижение минеральной плотности костей б) истончение коркового слоя в) продольное разволокнение коркового слоя по всей толще г) подчеркнутость замыкающих пластинок тел позвонков 	В
694.	<p>Из приведенных утверждений неверно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для тяжелого вертебрального остеопороза характерна множественная неравномерная компрессия тел грудных и поясничных позвонков по типу "клиновидных" и "рыбьих" б) изменения в позвоночнике при остеопорозе часто нельзя отличить от генерализованной миеломы в) переломы тел позвонков при остеопорозе наступают спонтанно, или под действием небольшой травмы г) остеопороз осложняется компрессией не только грудных и поясничных, но и шейных позвонков 	Г
695.	<p>Наиболее точным определением остеомалации является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) размягчение костей б) уменьшение содержания Са в единице объема костного органа в) нарушение минерализации вновь образованной костной ткани с накоплением в костях неминерализованного остеоида г) "вымывание" Са из костей 	В
696.	<p>Из перечисленных патологических процессов в скелете характерным для авитаминоза D у взрослых людей является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) остеопороз б) остеомалация в) фиброзная остеодистрофия г) остеосклероз 	б
697.	<p>Для остеомалации наиболее характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) системное разрежение костной структуры б) множественные зоны Лоозера в костях в) деформации тел позвонков г) продольное разволокнение коркового слоя 	б
698.	<p>Для зон Лоозера при остеомалации не характерна локализация</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в ветвях тазовых костей б) в шейках бедренных костей в) в ребрах г) в диафизах большеберцовых костей 	Г
699.	<p>Для зон Лоозера при остеомалации характерно все перечисленное, кроме утверждения, что</p> <ul style="list-style-type: none"> а) могут распространяться на весь поперечник кости б) могут осложняться истинным переломом со смещением отломков в) чаще всего подвергаются самостоятельному заживлению г) количество их со временем может увеличиваться 	В
700.	<p>В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты</p>	б

	<ul style="list-style-type: none"> а) все ликвидаторы аварии б) ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии в) ликвидаторы 1987-1990 гг. г) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г 	
701.	<p>В 1986 г наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дошкольники б) школьники в) подростки г) взрослое население д) ликвидаторы 	а
702.	<p>При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе</p> <ul style="list-style-type: none"> а) центральной нервной системе б) сердечно-сосудистой системе в) системе органов кроветворения г) пищеварительной системе д) иммунной системе 	в
703.	<p>Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) тошнота и рвота б) лейкопения в) эритема кожи г) выпадение волос д) жидкий стул 	а
704.	<p>Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 0.5 Гр б) 1 Гр в) 2 Гр г) 3 Гр д) 4 Гр 	б
705.	<p>Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов</p> <ul style="list-style-type: none"> а) эритроцитов б) лейкоцитов в) нейтрофилов г) лимфоцитов д) тромбоцитов 	г
706.	<p>Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 1.5 Гр б) 1 Гр в) 0.5 Гр г) 0.1 Гр д) любая 	а
707.	<p>Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 0.25 Гр б) 0.5 Гр в) 1 Гр г) 1.5 Гр д) 2 Гр 	г
708.	<p>Единица активности</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Рентген б) Грей в) Беккерель г) Рад д) Зиверт 	в

709.	<p>Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано</p> <p>а) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ки/км^2</p> <p>б) лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности</p> <p>в) детям, проживающим на загрязненных территориях</p> <p>г) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях</p>	б
710.	<p>В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов</p> <p>а) детей</p> <p>б) подростков</p> <p>в) взрослых</p> <p>г) пенсионеров</p> <p>д) беременных женщин</p>	б
711.	<p>Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается</p> <p>а) йод</p> <p>б) цезий</p> <p>в) стронций</p> <p>г) плутоний</p> <p>д) радий</p>	а
712.	<p>"Малыми" принято называть дозы</p> <p>а) не вызывающие лучевой болезни</p> <p>б) не вызывающие хромосомных повреждений</p> <p>в) не вызывающие генных поломок</p> <p>г) не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы лиц</p> <p>д) меньшие, чем допустимые дозы облучения</p>	г
713.	<p>После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются</p> <p>а) нарушение половой потенции</p> <p>б) гипоспермия</p> <p>в) водянка яичка</p> <p>г) наследственные болезни у детей</p> <p>д) снижение в крови тестостерона</p>	б
714.	<p>Единица поглощенной дозы</p> <p>а) Грей</p> <p>б) Зиверт</p> <p>в) Рентген</p> <p>г) Кюри</p> <p>д) Бэр</p>	а
715.	<p>Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена</p> <p>а) локальным внешним облучением конечности</p> <p>б) поступлением внутрь радионуклидов</p> <p>в) внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 Гр</p> <p>г) внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр</p> <p>д) заболеванием, не связанным с облучением</p>	г
716.	<p>Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является</p> <p>а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла</p> <p>б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла</p> <p>в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста</p> <p>г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу</p>	а
717.	<p>Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае</p>	а

	<ul style="list-style-type: none"> а) при поглощенной дозе на плод более 0.1 Гр б) при поглощенной дозе на плод более 0.5 Гр в) при поглощенной дозе на плод более 1 Гр г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности 	
718.	<p>Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) несколько десятков б) несколько сотен в) несколько тысяч г) несколько миллионов 	б
719.	<p>Опасность, которую может представлять больной после внешнего γ-облучения для медицинского персонала</p> <ul style="list-style-type: none"> а) от тела больного исходит γ-излучение б) больной выделяет с мочой радионуклиды в) никакую 	в
720.	<p>Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, - это</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дезактивация кожи б) прием радиопротектора в) реанимационные мероприятия г) гемосорбция д) купирование рвоты 	в
721.	<p>Степень тяжести лучевого поражения определяется</p> <ul style="list-style-type: none"> а) содержанием радионуклидов на месте облучения б) количеством "горячих" частиц в легких в) количеством радионуклидов в организме г) степенью угнетения кроветворения 	г
722.	<p>Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови</p> <ul style="list-style-type: none"> а) менее 3000 в мкл б) менее 1000 в мкл в) менее нормы г) менее 500 в мкл д) менее 100 в мкл 	г
723.	<p>Кровоточивость возникает при содержании тромбоцитов в крови</p> <ul style="list-style-type: none"> а) менее 150 тыс в мкл б) менее 100 тыс в мкл в) менее 50 тыс в мкл г) менее 40 тыс в мкл д) менее 10 тыс в мкл 	г
724.	<p>Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) до 10 случаев в год б) несколько в) менее 100 случаев в год г) менее 1000 случаев в год д) 20-30 случаев в год 	а
725.	<p>Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу</p> <ul style="list-style-type: none"> а) на костный мозг б) на печень в) на легкие г) на желудок д) на щитовидную железу 	в
726.	<p>Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) родители больного б) родные братья или сестры в) дети больного г) другие члены семьи 	б
727.	Первое место среди причин смерти	а

	ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают а) сердечно-сосудистые заболевания б) онкологические заболевания в) травмы и отравления	
728.	Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают а) сердечно-сосудистые заболевания б) онкологические заболевания в) травмы и отравления	а
729.	Наиболее вероятно, что нижеперечисленные злокачественные новообразования связаны с облучением в результате аварии на ЧАЭС а) рак желудка б) рак легкого в) лейкозы г) рак щитовидной железы д) рак молочной железы	г
730.	Наибольший вклад в риск (вероятность) развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, вносят а) сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты б) употребление алкоголя в) курение г) употребление продуктов местного производства д) пребывание в лесах в зоне радиационного контроля	в
731.	Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано а) при дозах облучения менее 3 Гр б) больным, у которых не было первичной реакции в) больным с легкой степенью болезни г) больным, получившим летальные дозы облучения	в
732.	Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов и населения, проживающего в зонах аварии, - а) направление в санатории, специализирующиеся на лечении лучевой патологии б) направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями в) не направлять в санаторий в летний период г) не направлять в санаторий, если полученная доза превышает допустимые уровни	б
733.	Особенности клинического течения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах а) никаких б) утяжеление клинического течения в) большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию г) переход острых форм в хронические д) устойчивость к обычной терапии	а
734.	При нефроптозе лоханка расположена на уровне поясничного позвонка а) первого б) второго в) третьего г) четвертого	г
735.	Наибольшее значение в дифференциальной диагностике дистопии и нефроптоза имеет а) уровень расположения лоханки б) длина мочеточника в) уровень отхождения почечной артерии г) расположение мочеточника д) длина мочеточника и уровень отхождения почечной артерии	д
736.	Почечную колику на экскреторной урограмме можно предположить на основании	а

	<ul style="list-style-type: none"> а) пиелэктазии б) пузырно-мочеточникового рефлюкса в) оттеснения верхней группы чашечек г) деформации наружных контуров почки 	
737.	<p>Наибольшую информацию при туберкулезном папиллите дает</p> <ul style="list-style-type: none"> а) экскреторная урография б) ретроградная пиелография в) томография г) ангиография 	б
738.	<p>О кавернозном туберкулезе почки в нефрографической фазе экскреторной урографии свидетельствует</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дефект паренхимы б) "белая" почка в) отсутствие контрастирования почки г) интенсивное неравномерное контрастирование паренхимы 	а
739.	<p>К симптомам опухоли почки относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ампутация чашечки б) слабая нефрографическая фаза в) уменьшение размеров почки г) гипотония чашечек и лоханки 	а
740.	<p>При "невидимых" камнях верхних мочевых путей наиболее информативно применение</p> <ul style="list-style-type: none"> а) экскреторной урографии б) обзорной рентгенографии в) томографии г) ультразвукового исследования 	г
741.	<p>К признакам, свидетельствующим о снижении тонуса мочевых путей, относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) отсутствие контрастирования лоханки б) пиелэктазия в) "ампутация" чашечек г) "псоас"-симптом 	г
742.	<p>Наиболее достоверные данные об аплазии почки дает</p> <ul style="list-style-type: none"> а) обзорная рентгенография б) экскреторная урография в) пневмоперитонеум с томографией г) ультразвуковое исследование 	г
743.	<p>Для обнаружения гипоплазии почки наиболее достоверной методикой является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ультразвуковое исследование б) экскреторная урография в) ретроградная пиелография г) ангиография 	г
744.	<p>Для выявления состояния лоханки и чашечек при "выключенной почке" можно использовать</p> <ul style="list-style-type: none"> а) инфузионную урографию б) ретроградную пиелографию в) обзорную рентгенографию г) компьютерную томографию 	б
745.	<p>При нефроптозе ведущим видом исследования является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ультразвуковое исследование в вертикальном положении б) экскреторная урография в) ретроградная пиелография г) обзорная рентгенография д) ангиография 	а
746.	<p>Почки у здорового человека находятся на уровне</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 8-10-го грудного позвонка б) 12-го грудного и 1-2-го поясничного позвонков в) 1-5-го поясничного позвонков г) 4-5-го поясничного позвонков 	б
747.	<p>В норме верхний полюс правой почки по сравнению с левой располагается ниже</p>	а

	<ul style="list-style-type: none"> а) на 1-2 см б) на 3-4 см в) на 5-6 см г) на 10 см 	
748.	<p>Длинные оси почек у здорового человека располагаются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) параллельно позвоночнику б) пересекаются друг с другом под углом, открытым книзу в) пересекаются друг с другом под углом, открытым вверх г) левая параллельна, правая под углом 	б
749.	<p>На обзорной рентгенограмме мочевыводящих путей тень мочевого пузыря</p> <ul style="list-style-type: none"> а) выявляется редко б) выявляется всегда в) никогда не выявляется г) отлично выявляется 	а
750.	<p>Почка нормальной величины, тень ее однородная, лоханка умеренно увеличена, контуры ее округлые и четкие, чашечки не увеличены. Это наиболее характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для гипоплазии почек б) для хронического пиелонефрита в) для пиелозктазии г) для опухоли почки 	в
751.	<p>Мочеточник и лоханка смещены, чашечки нередко сдавлены, раздвинуты, на ангиограммах отмечается бессосудистая зона. Дефект паренхимы и эконегативная зона с четкими контурами при экоскопии. Это наиболее характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для опухоли почки б) для хронического пиелонефрита в) для солитарной кисты почки г) для гидронефроза 	в
752.	<p>Расширение почечной лоханки и чашечек, атрофия паренхимы почки, увеличение в размерах с волнообразными выбуханиями латерального контура, резкое снижение или отсутствие функции - наиболее характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для солитарной кисты б) для опухоли почки в) для гидронефроза г) для хронического пиелонефрита 	в
753.	<p>Увеличенная, неоднородная, с неровными контурами тень почки на обзорной рентгенограмме, дефект наполнения, расширение или "ампутация" чашечки на ретроградной пиелограмме, дефект наполнения лоханки с неровными, изъеденными контурами наиболее характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для солитарной кисты б) для гидронефроза в) для опухоли почки г) для туберкулеза почки 	в
754.	<p>Значительное сужение стволовой части почечной артерии и ее сегментарных и субсегментарных ветвей, образование бессосудистых зон. Внутрпочечные артериальные ветви смещены преимущественно к периферии, как бы раздвинуты. Эти признаки наиболее характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для солитарной кисты б) для гидронефроза в) для опухоли почки г) для пиелонефрита 	б
755.	<p>Уменьшение размеров почки, деформация лоханочно-чашечной системы, контуры малых чашечек неровные, облитерация мелких сосудов коркового вещества почки наиболее характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для туберкулеза почек б) для сморщенной почки в) для гипоплазии почки 	б

	г) для опухоли почки	
756.	<p>Двустороннее поражение почек, увеличение их в размерах, полицикличные контуры, почечные лоханки сдавлены и удлинены, смещены, контуры их ровные, чашечки вытянуты, сужены и дугообразно искривлены, в области сводов чашечек полуовальные дефекты наполнения или колбообразные расширения - мочеточник не изменен. Внутрпочечные артерии сужены и искривлены, количество их уменьшено, имеются бессосудистые зоны. Это наиболее характерно</p> <p>а) для гидронефроза б) для туберкулеза почки в) для опухоли почки г) для поликистоза</p>	г
757.	<p>Почка увеличена в размере, реже уменьшена, контуры ее полицикличные, различной формы и величины обызвествления, почечная лоханка уменьшена в размерах и деформирована, контуры ее неровные; шейки чашечек деформированы и сужены, почечные сосочки с неровными контурами, по периферии почки округлые или неправильной формы полости с неровными, размытыми контурами. Это наиболее характерно</p> <p>а) для гидронефроза б) для туберкулеза почки в) для поликистоза г) для рака почки</p>	б
758.	<p>Необходимо дополнительно использовать для выявления нефроптоза</p> <p>а) исследование в положении Тренделенбурга б) компрессию мочеточника в) снимок на высоте пробы Вальсальвы г) пиелоскопию д) компьютерную томографию</p>	в
759.	<p>Рентгенологическое исследование органов дыхания необходимо</p> <p>а) недоношенному ребенку с синдромом дыхательных расстройств б) ребенку с высокой температурой в) ребенку с изменениями в крови г) ребенку с шумами в сердце</p>	а
760.	<p>Положение ребер у детей раннего возраста зависит</p> <p>а) от формы грудной клетки б) от возраста ребенка в) от качества рентгеновской пленки г) от направления центрального рентгеновского луча</p>	а
761.	<p>Расправление легких у новорожденных детей наступает</p> <p>а) в первые сутки б) в течение 48 ч в) в течение недели г) в течение месяца</p>	б
762.	<p>Трахея у детей первых 2 лет жизни расположена</p> <p>а) с отклонением влево от основной оси человека б) с отклонением вправо в) срединно г) изогнутый ход трахеи</p>	б
763.	<p>Сосудистый рисунок можно определить у детей на рентгенограмме грудной клетки</p> <p>а) с момента рождения б) с первого месяца жизни в) с 1 года г) после 3 лет</p>	а
764.	<p>Деформация грудной клетки возможна</p> <p>а) при пневмонии б) при рахите в) при бронхите г) при бронхиолите</p>	б

765.	На рентгенограмме грудной клетки у недоношенных детей изменения могут отсутствовать а) при ателектазах б) при абсцессе в) при пневмоцистной пневмонии г) при микоплазменной пневмонии	в
766.	Самой частой причиной образования жидкости в плевральной полости у новорожденных является а) хилоторакс б) сердечная недостаточность в) гемоторакс травматического происхождения г) экссудативный плеврит воспалительного характера	а
767.	Участки просветления легочной ткани, выявляемые на рентгенограмме грудной клетки при синдроме Вильсона - Микити, являются а) истинными кистами б) приобретенными полостями в) участками атрофированной альвеолярной ткани г) кажущимися просветлениями	в
768.	Наличие гипертензии малого круга кровообращения у больных с синдромом Вильсона - Микити может быть выявлено а) бронхографией б) томографией в) ангиопульмонографией г) рентгенокимографией	в
769.	Синдром Вильсона - Микити необходимо дифференцировать а) с муковисцидозом б) с бронхолегочной дисплазией в) с пневмонией г) с туберкулезом	б
770.	Появление на рентгенограмме грудной клетки ретикулярно-гранулярного рисунка характерно а) для синдрома Вильсона - Микити б) для гиалиновых мембран в) для рассеянных ателектазов г) для синдрома Жэнэ	б
771.	Ранним симптомом при синдроме гиалиновых мембран является а) вздутие легких б) очаговые тени в) усиление сосудистого рисунка г) отечный синдром	г
772.	У ребенка с подозрением на синдром Жэнэ необходимо исследовать (рентгенологически) а) органы грудной клетки б) плоские кости в) сердечно-сосудистую систему г) желудочно-кишечный тракт	б
773.	У недоношенного ребенка на рентгенограмме грудной клетки выявляются изменения, называемые "белой грудной клеткой". Эта картина типична а) для ателектазов б) для аспирационного синдрома в) для отечного синдрома г) для нерасправления легкого	в
774.	Картина "белой грудной клетки" на рентгенограмме грудной клетки у новорожденных наблюдается а) при аспирации б) при задержке фетальной жидкости в легких в) при синдроме Жэнэ г) при рассеянных ателектазах	б
775.	Кровоизлияния в легких необходимо дифференцировать	в

	<ul style="list-style-type: none"> а) с гиалиновыми мембранами б) с нерасправлением легких в) со сливной пневмонией г) с бронхолегочной дисплазией 	
776.	<p>К рентгенологическим симптомам, являющимся признаками рассеянных ателектазов новорожденных, относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) усиление сосудистого рисунка б) общее вздутие легких в) перибронхиальные изменения г) мелкоточечная очаговость 	Г
777.	<p>Расправление ателектазов, возникающих при острых респираторно-вирусных инфекциях у детей раннего возраста, наступает в сроки</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 1 месяца б) 2 недель в) 1 недели г) 2-3 дней 	Г
778.	<p>У детей раннего возраста при бронхите дыхательная недостаточность выражена больше, чем при пневмонии, так как</p> <ul style="list-style-type: none"> а) бронхит локализованный процесс б) бронхит сочетается с пневмонией в) бронхит у детей раннего возраста всегда имеет диффузное распространение г) при бронхите поражаются крупные бронхи 	В
779.	<p>У детей раннего возраста, больных диффузным бронхитом, частая летальность обусловлена одновременным наличием</p> <ul style="list-style-type: none"> а) врожденного порока сердца б) заболеваний печени в) незавершенного поворота кишечника (II стадия) г) врожденных пороков развития почек 	а
780.	<p>К развитию асфиктической грудной клетки у детей раннего возраста может привести</p> <ul style="list-style-type: none"> а) недостаточное развитие альвеолярной ткани б) недостаточный рост ребер в длину в) развитие ателектазов г) развитие вздутия легких 	б
781.	<p>Рентгенологические симптомы в легких, не относящихся к картине "рахитического легкого" - это</p> <ul style="list-style-type: none"> а) усиление сосудисто-интерстициального рисунка б) ателектазы в) буллезные вздутия г) воспалительные очаги 	Г
782.	<p>Бронхологическое обследование больного при лобарной эмфиземе возможно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в компенсированной форме б) при сочетании с пневмонией в) в декомпенсированной форме г) при любой форме 	а
783.	<p>К особенностям сердца новорожденных относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) левый и правый желудочек равны по своим размерам б) левый желудочек значительно превосходит размеры остальных камер сердца в) левое предсердие значительно больше правого г) объем правого желудочка превышает таковой левого 	Г
784.	<p>Величина левого желудочка начинает преобладать над величиной правого желудочка</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в возрасте 2-3 недель б) к концу первого года жизни в) после 2 лет 	Г

	г) после 6 лет	
785.	На рентгенограмме в передней прямой проекции левый контур сердечно-сосудистой тени имеет четыре дуги а) на втором месяце жизни б) к концу первого года жизни в) к 3-летнему возрасту г) после 3 лет	г
786.	Индекс Мура у детей первого года жизни превышает нормальный показатель а) менее, чем на 5 б) менее, чем на 10 в) более, чем на 30 г) более, чем на 45	в
787.	Нормальная амплитуда пульсации ствола легочной артерии, выявляемая при рентгеноскопии у детей составляет а) у здорового ребенка пульсация не определяется б) 0.2 см в) 0.5 см г) более 0.7 см	б
788.	Нормальный диаметр нисходящей ветви правой легочной артерии у детей 8-9 лет составляет а) 0.2 см б) 0.6 см в) 1.0 см г) 2.0 см	б
789.	Нормальный диаметр нисходящей ветви правой легочной артерии у подростка составляет а) не превышает 0.15 см б) около 0.5 см в) 2 см г) более 3 см	а
790.	Соотношение артерио-бронхиального коэффициента составляет в детском возрасте а) 0.5:1 б) 1:1 в) 2:1 г) 3:1	г
791.	Кардио-торакальный коэффициент у детей раннего возраста составляет а) не более 30 б) 35-40 в) 40-45 г) до 55	г
792.	Величина кардио-торакального коэффициента у новорожденных по отношению к детям раннего возраста составляет а) не более 40 б) 40-50 в) не более 60 г) не более 70	в
793.	Рентгеноскопия при исследовании сердца и крупных сосудов дает возможность выявлять а) только рентгеноморфологические изменения камер сердца б) рентгеноморфологические и рентгенофункциональные изменения сердца и крупных сосудов в) только рентгенофункциональные изменения полостей сердца и крупных сосудов г) только рентгеноморфологические изменения крупных сосудов	б
794.	Рентгенография при исследовании сердца и крупных сосудов выявляет а) функциональные изменения полостей сердца б) морфологические изменения полостей сердца и сосудов в) функциональные изменения крупных сосудов г) все перечисленное	б

795.	Преимущества рентгеноскопии с электронно-оптическим усилителем перед обычной рентгеноскопией при исследовании сердца и крупных сосудов состоят а) в более легком выявлении только морфологических изменений полостей сердца б) в более легком выявлении функциональных и морфологических изменений полостей сердца и крупных сосудов в) в проведении фазового анализа движений контуров сердца г) в более легком выявлении функциональных изменений сосудов	б
796.	Пневмомедиастинография в диагностике заболеваний сердца и крупных сосудов дает возможность а) дифференциальной диагностики опухолей средостения и аневризм аорты б) дифференциальной диагностики митральных пороков сердца в) выявления рентгенофункциональных изменений полостей сердца г) функциональной оценки крупных сосудов	а
797.	Симптом "снежной бабы" описан а) при частичном аномальном дренаже легочных вен б) при тотальном аномальном дренаже легочных вен в) при открытом общем антриовентрикулярном канале г) при дефекте межжелудочковой перегородки	б
798.	Синдром "турецкой сабли" характерен а) для аномального дренажа правых легочных вен в верхнюю полую вену б) для левожелудочково-правопредсердного сообщения в) для аномального дренажа правых легочных вен в нижнюю полую вену г) для частичного аномального дренажа легочных вен	в
799.	Рентгенофункциональным признаком митрального стеноза является а) увеличение амплитуды пульсации всех отделов аорты б) увеличение амплитуды пульсации восходящей аорты в) уменьшение амплитуды пульсации ствола легочной артерии г) уменьшение амплитуды пульсации аорты	г