

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский институт им. Н.В. Склифосовского
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения ПМР

К.В.Албул

16 2025г.



СОГЛАСОВАНО

Ученым советом института

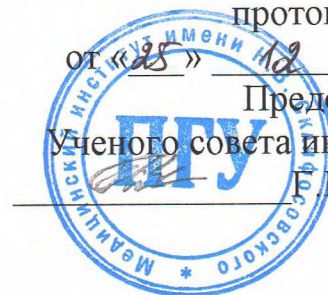
протокол № 5

от «25» 12 2025г.

Председатель

Ученого совета института

Г.Н.Самко



ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы послевузовского профессионального
образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.09 РЕНТГЕНОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – рентгенолог

Трудоемкость: 108 часов-3з.е.

Сроки проведения: с 29 июня 2026г. по 11 июля 2026г.

Тирасполь, 2025

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры по специальности 31.08.09 Рентгенология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.09 Рентгенология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 662 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры»)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от «25» 11 2025 г. /
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК Медицинского институт им. Н.В. Склифосовского

«04» 12 20 25 г. (протокол № _____)

Председатель УМК _____ И.Б. Левицкая

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС Медицинского институт им. Н.В. Склифосовского

«25» 12 2025 г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент

_____ Дарий Ю.И.

Ассистент

_____ Стамов О.П.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
 - 4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
 - 4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
 - 4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
 - 6.1 Критерии оценки результатов тестирования
 - 6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
 - 6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
 - 7.1 Тестирование
 - 7.2 Практические навыки.
 - 7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.09 «Рентгенология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.09 «Рентгенология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - рентгенолог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.09 «Рентгенология» завершается присвоением квалификации " врач - рентгенолог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;
- б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность:

1) готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

2) готовность к применению методов лучевой диагностики и интерпретации их результатов - ПК6;

в) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих – ПК7;

г) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях – ПК8;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей – ПК9.

4. Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1. Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе послевузовского профессионального образования- программы ординатуры 31.08.09 «Рентгенология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3. Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для

ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование проводится для получения результатов освоения образовательной программы, которых имеют определяющее значение в дальнейшей профессиональной деятельности, а также для получения сертификата специалиста с целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности. Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут (2 астрономических часа). Тестирование проводится в ручную на бумажных носителях распечатанных для каждого обучающегося.

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из ответов на вопросы по практическим навыкам и умениям, приобретенным в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Рентгенология с целью определения сформированности профессиональных компетенций обучающегося, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА обучающемуся выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирования	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться за 6 месяцев с программой ИГА.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена, в период практической подготовки ординаторов на базе практики.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки результатов тестирования

Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по пятибалльной системе:

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и незначительные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или

неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестирование: Приложение 1

7.2. Практические навыки: Приложение 2

7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Королук, И. П. Лучевая диагностика [Текст] : [учеб. для вузов] / И. П. Королук, Л. Д. Линденбратен. – 3-е изд., перераб и доп. – Москва : БИНОМ, 2015. – 492 с. : ил. – (Учебная литература для студентов медицинских вузов). <https://radiologie.usmf.md/wp-content/blogs.dir/131/files/sites/131/2018/04/%D0%9B%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BD-%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BB%D1%8E%D0%BA-%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F-%D0%B8-%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F.pdf>
2. Лучевая диагностика [Текст] : [учеб. для мед. вузов]. Т. 1 / [Р. М. Акиев, А. Г. Атаев, С. С. Багненко и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 416 с. : [16] л. ил., ил. – Авт. указ. на с. 3. – Загл. 2 т. : Лучевая терапия. https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%9A%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B0%D0%B1%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%9B%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%D0%93_%D0%95_%D0%A2%D1%80%D1%83%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2_2015.pdf
3. Лучевая диагностика [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / [Г. Е. Труфанов и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 496 с. : ил. – https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%9A%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B0%D0%B1%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%9B%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%D0%93_%D0%95_%D0%A2%D1%80%D1%83%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2_2015.pdf
4. Труфанов Г. Е. Лучевая терапия [Текст] : [учеб. для мед. вузов]. Т. 2 / Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жаринов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 187 с. : [3] л. Ил., ил. – Библиогр. : с. 186-187. – Загл. 1 т. : Лучевая диагностика. <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F/%D0%9B%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D1%8F-%D0%B8-%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F.pdf>

[%B0%D1%8F %D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F %D0%A2%D0%BE%D0%BC 2 %D0%A2%D1%80%D1%83%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%BE %D0%B2 %D0%93 %D0%95 2007.pdf](#)

5. Лучевая терапия [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / [Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жариков, В. Н. Малаховский] ; под ред. Г. Е. Труфанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 208 с. : ил. – URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

6. Прокоп, М. Спиральная и многослойная компьютерная томография [Текст] : [учеб. пособие для послевуз. образования врачей] : в 2 т. / М. Прокоп, М. Галански ; [пер. с англ. Ш. Ш. Шотемор ; пер. с англ. под общ. ред. А. В. Зубарева, Ш. Ш. Шотемора]. – 3-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2011. – Пер. изд.: Spiral and Mulyislice Computerhttps://<https://www.trauma-books.ru/spir i mnog comp tom sod i pr str tl.pdf>

Tomography of the Body / M. Prokop, M. Galanski (Stuttgart, New York :Thieme). Т. 1. – 2011.

7. Прокоп, М. Спиральная и многослойная компьютерная томография [Текст] : [учеб. пособие для послевуз. образования врачей] : в 2 т. / М. Прокоп, М. Галански ; [пер. с англ. : Ш. Ш. Шотемор ; под общ. ред. А. В. Зубарева, Ш. Ш. Шотемора]. – 3-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2011. – Пер. изд.: Spiral and Mulyislice Computer Tomography of the Body / M. Prokop, M. Galanski (Stuttgart, New York :Thieme). Т. 2. – 2011.

Б.) Дополнительная литература:

1. Основы лучевой диагностики и терапии [Электронный ресурс] : [нац. рук.] / [Абдураимов А. Б. и др.] ; гл. ред. сер. и тома С. К. Терновой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 996 с. : ил. – URL : <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%9A%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B0%D0%B1%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0/%D0%9B%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D1%8F %D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0 %D0%93 %D0%95 %D0%A2%D1%80%D1%83%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2 2015.pdf>

2. Терновой, С. К. Лучевая диагностика и терапия : [учебник для вузов] / С. К. Терновой, В. Е. Сеницын. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 300 с. <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F%2B%2B%D0%91%D0%B8%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F%D0%9B%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D1%8F%20%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D0%B8%20%D1%82%D0%B>

3. Васильев, А. Ю. Лучевая диагностика [Текст] : [учеб. для педиатр. вузов и фак.] / А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.

4. Морозов, С. П. Мультиспиральная компьютерная томография : [учебное пособие для системы послевуз. проф. образования врачей] / С. П. Морозов, И. Ю. Насникова, В. Е. Сеницын ; под ред. С. К. Тернового. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 108 с. : [8] л. ил. : ил. – (Библиотека врача-специалиста) (Лучевая диагностика). https://doctorstepankov.ru/wp-content/uploads/2021/01/multispiralnaya_kt_v_mnogoprofilnom_stacionare.pdf

5. Рентгеновская компьютерная томография : руководство для врачей : [учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей] / под ред. Г. Е. Труфанова, С. Д. Рудя ; [К. Н. Алексеев, А. Г. Атаев, М. А. Аш-Шавах и др. ; Военно-медицинская академия ; Кафедра рентгенологии и радиологии]. – Санкт-Петербург : ФО-ЛИАНТ, 2008. – 1195 с

6. Уэстбрук К. Магнитно-резонансная томография [Электронный ресурс] : справочник : пер. с англ. / К. Уэстбрук. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 451 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
7. Уэстбрук К. Магнитно-резонансная томография [Электронный ресурс] : практ. рук. : пер. с англ. / К. Уэстбрук, Р. К. Каут, Дж. Тэлбот. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. – 449 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
8. Сеницын, В. Е. Магнитно-резонансная томография [Электронный ресурс] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / В. Е. Сеницын, Д. В. Устюжанин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 204 с.
9. Байбаков С. Е. Атлас нормальной анатомии магнитно-резонансной и компьютерной томографии головного мозга [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. Е. Байбаков, Е. А. Власов. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. – 244 с. : ил. – URL : <http://e.lanbook.com>.
10. Стрэнг, Д. Г. Секреты компьютерной томографии [Текст] : Грудная клетка. Живот. Таз / Д. Г. Стрэнг, В. Догра ; пер. с англ. [И. В. Фолитар] ; под ред. И. И. Семенова. – Москва : БИНОМ : Диалект, 2015.
11. Компьютерная томография в неотложной медицине [Электронный ресурс] / под ред. С. Мирсадре [и др.] ; пер. с англ. О. В. Усковой, О. А. Эттингер. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. – (Неотложная медицина). - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
12. Юдин, А. Л. Торакоабдоминальная компьютерная томография. Образы и симптомы [Текст] : [учебное пособие] / РНИМУ им. Н. И. Пирогова. – Москва : РНИМУ, 2012. – 103 с.
13. Зиц В. Р. Клинико-рентгенологическая диагностика болезней органов дыхания : общая врачебная практика [Электронный ресурс] / В. Р. Зиц, С. В. Зиц. – Москва : Логосфера, 2009. – 147 с. – URL : <http://books-up.ru>.
14. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни [Текст] : лаб. и инструмент. диагностика : [учеб. пособие для системы послевуз. образования врачей] / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : МЕДпресс-информ, 2011.
15. Беленков, Ю. Н. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. Н. Беленков, С. К. Терновой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
24. Каплунова, О. А. Малый атлас рентгеноанатомии [Текст] : [учеб. пособие для мед. вузов] / О. А. Каплунова, А. А. Швырев, А. В. Кондрашев. – Ростов на Дону : Феникс, 2012.
25. Лучевая диагностика в стоматологии : учеб. пособие для студентов, обучающихся по спец. "Стоматология" / А. Ю. Васильев и др. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
26. Лучевая диагностика в стоматологии [Электронный ресурс] : [учеб. пособие] / [А. Ю. Васильев и др.] ; под ред. А. Ю. Васильева. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 361 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

1. Малый фокус рентгеновской трубки считается фокус размером
 - а) 0,4 x 0,4 мм
 - б) 1 x 1мм
 - в) 2 x 2 мм
 - г) 4 x 4 мм
2. Наиболее удачное сочетание физико-технических условий рентгенографии с точки зрения уменьшения дозы облучения пациента :
 - а) увеличение силы тока, уменьшение напряжения, уменьшение поля облучения, уменьшение КФР
 - б) увеличение силы тока, уменьшение напряжения, увеличение поля облучения, увеличение КФР
 - в) уменьшение силы тока, увеличение напряжения, уменьшение поля облучения, уменьшение КФР
 - г) уменьшение силы тока, увеличение напряжения, уменьшение поля облучения, увеличение КФР
3. Отсеивающая решетка включает в себя:
 - а) кассетодержатель вместе с неподвижным растром
 - б) мелкоструктурный растр
 - в) растр с приводом и кассетодержателем
 - г) наложенные друг на друга перекрещивающиеся растры
4. Наименьшую разрешающую способность обеспечивают:
 - а) экраны для рентгеноскопии
 - б) усиливающие экраны для рентгенографии
 - в) усилители яркости рентгеновского изображения
 - г) безэкранная рентгенография
5. Цель применения свинцовых диафрагм в рентгеновском излучателе
 - а) укорочение времени экспозиции
 - б) формирование поля облучения
 - в) уменьшение времени проявления
 - г) фильтрация мягкого излучения
6. Наибольшую лучевую нагрузку дает
 - а) рентгенография
 - б) флюорография
 - в) рентгеноскопия с люминесцентным экраном (прямая рентгеноскопия)
 - г) рентгеноскопия с УРИ
7. Чувствительность рентгеновских экранных пленок не зависит
 - а) от условий фотообработки
 - б) от типа применяемых экранов
 - в) от длительности и условий хранения
 - г) от времени экспозиции
8. Для искусственного контрастирования в рентгенологии применяются
 - а) сульфат бария
 - б) йод содержащие соединения
 - в) газы (кислород, закись азота, углекислый газ)
 - г) все перечисленное
9. Показания индивидуального рентгеновского дозиметра зависят

- а) от мощности излучения
- б) от жесткости излучения
- в) от продолжительности облучения
- г) все ответы правильны

10. Использование отсеивающего раstra приводит

- 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

11. При увеличении расстояния фокус-объект в два раза интенсивность облучения

- а) увеличивается в 2 раза
- б) уменьшается на 50%
- в) уменьшается в 4 раза
- г) не изменяется

12. Направление центрального луча при укладке больного для прямого заднего снимка коленного сустава:

- а) перпендикулярно на центр кассеты
- б) через центр сустава
- в) на подколенную ямку

13. Чтобы заметить небольшие слабоконтрастные тени можно:

- а) максимально увеличить освещённость рентгенограммы
- б) использовать источник света малой яркости
- в) использовать яркий точечный источник света
- г) диафрагмировать изображение

14. Размер фокусного пятна рентгеновской трубки:

- а) 1 на 1 мм
- б) 10 на 10 мм
- в) диаметром 132 мм

15. Все следующие характеристики снимка связаны с условиями фотообработки, кроме:

- а) контрастности
- б) разрешения
- в) размера изображения
- г) плотности почернения

16. Какой метод лучевой диагностики служит для раннего выявления туберкулеза легких?

- а) Компьютерная томография
- б) Рентгенография
- в) Рентгеноскопия
- г) Флюорография

17. В каком возрасте чаще всего происходит заболевание первичным туберкулезом легких?

- а) 10-13 лет
- б) 1-5 лет
- в) 19-22 года
- г) 6-9 лет

18. Какие признаки наиболее характерны для доброкачественных опухолей легких?

- а) Распад в толще опухолей;
- б) Реакция плевры;
- в) Шаровидная форма с четкими контурами;
- г) Увеличение бронхо-легочных лимфатических узлов.

19. Вы подозреваете, что тень на рентгенограмме неоднородная. Какой метод лучевой диагностики с большой точностью позволяет подтвердить или отвергнуть ваше предположение?

- а) Бронхография
- б) Томография
- в) Ангиография
- г) Компьютерная томография

20. Какие рентгенологические стадии развития процесса наблюдаются при очаговых пневмониях?

- а) В отличие от крупозной пневмонии наблюдаются только стадии прилива и разрешения;
- б) Отчетливо определяется только стадия опеченения;
- в) Такие же как при крупозной пневмонии, только стадии значительно укорочены по времени;
- г) Стадийности не наблюдается.

21. Для каких заболеваний характерны множественные размером от 1 до 3 см круглые с четкими контурами однородные тени в обоих легких?

- а) Туберкулез
- б) Пневмония
- в) Пневмокониоз
- г) Множественные метастазы.

22. Какая форма рака легкого встречается чаще?

- а) Центральная
- б) Периферическая
- в) Медиастинальная
- г) С одинаковой частотой.

23. Сколько грудных позвонков дифференцируются на нормальной по качеству рентгенограмме органов грудной клетки?

- а) Видны все грудные позвонки
- б) Видны только VI-VII шейные позвонки
- в) Определяются грудные позвонки с I по IX
- г) Видны первые III-IV грудные позвонки

24. При каком заболевании определяется симптом «дорожки» к корню легкого?

- а) Киста легкого
- б) Периферический рак легкого
- в) Осумкованный плеврит
- г) Доброкачественная опухоль

25. КТ-картина солитарной полости в паренхиме легкого

- а) Туберкулезная каверна
- б) Фиброзирующий альвеолит
- в) Гидроторакс
- г) Гематома

26. КТ-картина периферического образования легких, связанное с плеврой, корнем, легкого, сегментарным бронхом, перифокальной инфильтрацией паренхимы наиболее характерна для:

- а) Периферического рака
- б) Центрального рака
- в) Очаговой пневмонией
- г) Лучевого фиброза

27. Характерный КТ-признак дренированного острого абсцесса легких

- а) горизонтальный уровень жидкости
- б) наличие «секвестра»
- в) наличие «дорожки» к корню
- г) изменение формы

28. В дифференциальной диагностике периферического рака легкого и шаровидного доброкачественного образования наиболее характерные КТ-признаки

- а) величина образования
- б) характер контуров
- в) отсутствие известковых включений
- г) наличие полости распада

29. На КТ сканах органов грудной клетки у больной Н., 52 года определяется высокой интенсивности затемнения во всех легочных полях, округлой формы, с нечеткими контурами, с наличием полостей распада некоторые из них содержат жидкость. Ваше заключение:

- а) крупозная пневмония
- б) диссеминированный туберкулез
- в) стафилококковая пневмония
- г) очаговая пневмония

30. Больной И., 60 лет на КТ сканах органов грудной клетки в правом корне определяется дополнительная тень 4,0 x 5,0см высокой плотности, с лучистыми контурами, неправильной овальной формы, однородной структуры. Гиповентиляция правого легкого. Это характерно для:

- а) ателектаз
- б) периферический рак
- в) центральный рак со смешанным типом роста
- г) центральный рак с эндобронхиальным типом роста

31. Для митрального стеноза характерны нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения

- а) гиповолемия
- б) гиперволемия
- в) сочетание артериальной гипертензии и венозного застоя
- г) нормальный кровоток

32. Появление субплеврального наличия жидкости характерно

- а) для венозного застоя
- б) для гиперволемии
- в) для артериальной гипертензии
- г) для гиповолемии

33. Отсутствие "тали" сердца наблюдается

- а) при открытом артериальном протоке
- б) при изолированном клапанном стенозе легочной артерии
- в) при коарктации аорты
- г) при тетраде Фалло

34. Обеднение сосудистого рисунка легких характерно

- а) для недостаточности митрального клапана
- б) для тетрады Фалло
- в) для дефекта межжелудочковой перегородки
- г) для открытого артериального протока

35. Узуры ребер характерны

- а) для праволезающей аорты
- б) для двойной дуги аорты
- в) для коарктации аорты
- г) для стеноза устья аорты

36. Обязательным увеличением левого предсердия сопровождается

- а) коарктация аорты
 - б) триада Фалло
 - в) митральный стеноз
 - г) аневризма аорты
37. Аортальная форма сердца наблюдается
- а) при митральном стенозе
 - б) при трикуспидальном стенозе
 - в) при митральной недостаточности
 - г) при стенозе устья аорты
38. "Легочное сердце" является осложнением
- а) гипертонической болезни
 - б) гипертиреоза
 - в) миокардита
 - г) хронической пневмонии
39. Гемосидероз, как осложнение, встречается
- а) при стенозе легочной артерии
 - б) при "легочном" сердце
 - в) при митральном стенозе
 - г) при дефекте межпредсердной перегородки
40. Линии Керли могут определяться
- а) при коарктации аорты
 - б) при дефекте межпредсердной перегородки
 - в) при митральном стенозе
 - г) при аномалии Эбштейна
41. Симптом "ампутации" корней легких может наблюдаться
- а) при стенозе устья аорты
 - б) при недостаточности аортального клапана
 - в) при митральном стенозе с высокой легочной гипертензией
 - г) при коарктации аорты
42. Правый желудочек в норме не является красобразующим
- а) в прямой проекции
 - б) в правой косой проекции
 - в) в левой косой проекции
 - г) в левой боковой проекции
43. Симптом "перекрестка" в левой косой проекции по переднему контуру между дополнительной тенью левого предсердия и правым отделом может иметь место
- а) при сдавливающем перикардите
 - б) при целомической кисте перикардита
 - в) при постинфарктной аневризме левого желудочка
 - г) при митральной недостаточности
44. В прямой проекции увеличенный правый желудочек может выходить на левый контур сердца
- а) при гипертонической болезни
 - б) при коарктации аорты
 - в) при тетраде Фалло
 - г) при сдавливающем перикардите
45. Положение сердечной тени следует считать нормальным, когда угол наклона составляет
- а) 30°-42°
 - б) 43°-48°
 - в) 49°-60°
 - г) 61°-70°

46. Выявить утолщение стенки пищевода можно только
- а) при двойном контрастировании
 - б) при тугом заполнении бариевой массой
 - в) при пневмомедиастиноскопии
 - г) при париетографии
47. Бесконтрастная рентгенография глотки и шейного отдела пищевода в боковой проекции чаще применяется при диагностике
- а) опухолей глотки и пищевода
 - б) инородных тел пищевода
 - в) опухолей щитовидной железы
 - г) нарушений акта глотания
48. Методика Ивановой - Подобед заключается
- 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
49. Одиночная известковой плотности тень неправильной формы до 1 см в правой верхней половине живота, располагающаяся в боковой проекции кпереди от позвоночника, обусловлена
- а) камнем желчного пузыря или общего желчного протока
 - б) почечным камнем
 - в) обызвествленным лимфоузлом
 - г) обызвествлением в головке поджелудочной железы
50. 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
51. Ведущим рентгенологическим симптомом атрезии пищевода является
- а) сужение пищевода
 - б) наличие слепого мешка
 - в) деформация пищевода
 - г) расширение пищевода
52. Врожденный мегаколон (болезнь Гиршпрунга) 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
53. 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
54. Парадоксальная дисфагия (задержка жидкой пищи) может встретиться
- а) при дивертикуле пищевода
 - б) при ожоге пищевода
 - в) при эзофагокардиальном раке
 - г) при ахалазии кардии

55. При химических ожогах пищевода рубцовое сужение просвета чаще наблюдается
- в верхней трети
 - в средней трети
 - в дистальной трети
 - в местах физиологических сужений
56. Стойкое циркулярное сужение средней и нижней третей пищевода протяженностью более 6 см с супрастенотическим расширением и карманоподобным нависанием стенки на границе с сужением - характерные рентгенологические проявления
- при эндодиффитном раке
 - при рубцовом сужении после ожога
 - при эзофагоспазме
 - при склерозирующем медиастините
57. Среди доброкачественных опухолей пищевода чаще встречаются
- аденома
 - папиллома
 - лейомиома
 - фиброма
58. Большая протяженность изменений пищевода в виде множественных дефектов с участками ригидности стенок наиболее характерны
- для полипов
 - для рака
 - для саркомы
 - для варикозно расширенных вен
59. Дивертикулы пищевода, образующиеся при хроническом медиастините, называются
- ценкеровскими
 - эпифренальными
 - пульсионными
 - тракционными
60. Пептический эзофагит характеризуется
- "разлохмаченным" контуром в средней и нижней трети грудного отдела пищевода. Могут наблюдаться изъязвления и дефекты наполнения
 - дефекты имеют вид серпантина, меняют величину и форму в зависимости от положения больного, фазы дыхания наиболее выражены в средней и нижней трети пищевода
 - признаки обычно сочетаются с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и наблюдаются в нижней трети пищевода
61. Горизонтальный уровень жидкости на фоне средостения не наблюдается при следующих изменениях пищевода
- дивертикуле
 - варикозном расширении вен
 - врожденном коротком пищеводе
 - ахалазии кардии
62. Наиболее информативной в диагностике линейного перелома костей свода черепа являются
- обзорные (прямая и боковая) рентгенограммы
 - прицельные касательные рентгенограммы
 - прицельные контактные рентгенограммы
 - прямые томограммы
63. Наиболее информативной для исследования турецкого седла является
- рентгенограмма черепа в боковой проекции
 - рентгенограмма черепа в затылочной проекции
 - рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции

- г) рентгенограмма прицельная в боковой проекции
64. 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
65. Чаще всего метастазируют в кости черепа
- а) рак желудка
 - б) злокачественные опухоли скелета
 - в) рак легкого
 - г) рак толстой кишки
66. Основным рентгенологическим симптомом миеломной болезни костей свода черепа является
- а) трабекулярный рисунок структуры костей
 - б) множественные округлой формы и различной величины очаги деструкции
 - в) утолщение костей свода
 - г) очаги склероза
67. Наиболее частой локализацией остеом черепа является
- а) лобная пазуха
 - б) клетки решетчатого лабиринта
 - в) затылочная кость
 - г) верхнечелюстная пазуха
68. Наибольшую информацию о состоянии практически всех придаточных пазух носа дают
- а) обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях
 - б) прямая рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции
 - в) передняя рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции
 - г) рентгенограмма черепа в передней подбородочной проекции
69. Оптимальной проекцией для выявления клеток решетчатого лабиринта является
- 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
70. Основными рентгенологическим симптомом кисты пазухи является
- а) полициклические контуры
 - б) полукруглая гомогенная тень на широком основании
 - в) округлый дефект пазухи
 - г) овальной формы пристеночное утолщение
71. Увеличение объема пазухи наблюдается
- а) при кисте
 - б) при гайморите
 - в) при полипозе
 - г) при злокачественной опухоли
72. Переломы нижней челюсти и зубов в рентгенологическом изображении проявляются
- а) смещением суставных поверхностей
 - б) несоответствием суставных поверхностей
 - в) наличием линии просветления
 - г) склерозом костей челюсти
73. Показаниями для применения ортопантомографии являются

- а) заболевания глазницы
 - б) заболевания уха
 - в) заболевания челюстей и зубов
 - г) заболевания лобной пазухи
74. К вариантам нормальной лобной пазухи относят все перечисленные, кроме
- а) отсутствия пазухи
 - б) широко развитой пазухи
 - в) слабо развитой пазухи
 - г) неомогенной сетчатой структуры пазухи
75. Основной методикой выявления инородных тел гортаноглотки считается
- а) контрастное исследование с бариевой взвесью
 - б) обзорная рентгеноскопия органов шеи
 - в) обзорная рентгенография шеи под контролем экрана
 - г) обзорная телерентгенография в боковой проекции
76. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом флегмоны шеи считают
- а) расширение превертебральной клетчатки
 - б) симптом "стрелки"
 - в) воздух в клетчатке в виде "пузырьков" и "прослоек"
 - г) отек надгортанника

77. Сотовое легкое на компьютерных томограммах представляет собой
- единичные участки субплевральной консолидации
 - воздушные полости, расположенные в несколько рядов в центральных отделах легочной паренхимы
 - воздушные полости, расположенные в один ряд в субплевральных отделах легочной паренхимы
78. Наиболее частой аномалией развития легких является
- обратное расположение легких
 - добавочная доля непарной вены
 - трахеальный бронх
 - четырёхдолевое строение легкого
79. Деформация по типу «трамвайных рельсов» на компьютерных томограммах представляет собой:
- сужение бронха к периферии
 - отсутствие сужения бронха к периферии
 - мешотчатые бронхоэктазы
 - нормальный ход бронхов
80. Какая причина возникновения легочной секвестрации?
- хронический воспалительный процесс
 - гипоплазия бронхов
 - гипоплазия легочной артерии
 - наличие дополнительного сосуда, отходящего от аорты
81. Для выявления увеличенных лимфатических узлов средостения наиболее целесообразна
- рентгенография
 - ультразвуковое исследование
 - компьютерная томография
 - магнитно-резонансная томография
82. Аномалия развития, при которой полностью отсутствуют все элементы легкого на одной стороне, называется
- гипогенезия легкого
 - аплазия легкого
 - гипоплазия легкого
 - агенезия легкого
83. Бронхолегочные секвестрации - это
- участки нефункционирующей легочной ткани, которые не связаны с трахеобронхиальным деревом и снабжаются артериальной кровью из большого круга кровообращения
 - участки нефункционирующей легочной ткани, которые связаны с трахеобронхиальным деревом и снабжаются артериальной кровью из большого круга кровообращения
 - участки нефункционирующей легочной ткани, которые не связаны с трахеобронхиальным деревом и снабжаются артериальной кровью из малого круга кровообращения
 - участки функционирующей легочной ткани, которые не связаны с трахеобронхиальным деревом и снабжаются артериальной кровью из большого круга кровообращения
84. Симптом «воздушной ловушки» на компьютерных томограммах наилучшим образом выявляется при исследовании
- на высоте вдоха
 - на выдохе
 - с внутривенным контрастным усилением
 - в положении пациента на животе
85. КТ-изменением, характерным для лимфомы тонкой кишки, является
- овальное образование в стенке, покрытое нормальной слизистой оболочкой
 - сегментарное утолщение стенки кишки, концентрически суживающее просвет
 - диффузное утолщение стенок кишки, концентрически суживающее просвет
 - диффузное расширение просвета с истончением мышечной оболочки
86. Характерным компьютерно-томографическим признаком холангита является расширение желчных протоков с наличием в их просвете участков плотности
- газа
 - жира

- в. крови
- г. кости

87. Компьютерно-томографическим признаком аппендицита является наличие в ретроцекальном пространстве кольцевидной зоны с

- а. включениями газа в просвете
- б. тонкими стенками, окруженной жидкостью
- в. утолщенной стенкой
- г. значениями плотности мягких тканей, окруженной жидкостью

88. Компьютерно-томографическим признаком абсцесса поясничной мышцы является наличие паравертебрального объемного образования _____ после контрастирования

- а. повышенной плотности с краевым ее усилением
- б. пониженной плотности с отсутствием ее реакции
- в. пониженной плотности с диффузным ее усилением
- г. пониженной плотности с краевым ее усилением

89. Контрастным препаратом, который применяют при КТ- ангиографии почек, является

- а. углекислый газ
- б. кислород
- в. взвесь сульфата бария
- г. йодсодержащее вещество

90. При КТ-исследовании определяется слабо васкуляризированное мягкотканное образование, которое инфильтрирует паренхиму и лоханку, распространяется на почечный синус, что может быть проявлением

- а. онкоцитомы
- б. переходно-клеточного рака
- в. ангиомиолипомы
- г. кистозной нефромы

91. При КТ характерным признаком абсцесса печени является выявление

- а. толстостенного образования, накапливающего контрастный препарат по периферии в виде ободка
- б. округлого образования, накапливающего контрастный препарат в виде «глыбок»
- в. образования с нечеткими неровными контурами, неравномерно накапливающего контрастный препарат
- г. тонкостенного образования, не накапливающего контрастный препарат

92. При компьютерной томографии признаками цирроза печени являются

- а. образование неоднородной структуры, блок внутрипечёчных желчных протоков, отсеки в печени
- б. образование однородной структуры, с четкими ровными контурами, жировой гепатоз, увеличение селезенки
- в. увеличение селезенки, выпячивание части двенадцатиперстной кишки около большого дуоденального сосочка, наличие в просвете уровня воздух-жидкость
- г. атрофия правой доли и увеличение левой доли, наличие регенераторных узлов, портальная гипертензия, спленомегалия

93. Почечную колику на экскреторной урограмме можно предположить на основании

- а) пиелозктазии
- б) пузырно-мочеточникового рефлюкса
- в) оттеснения верхней группы чашечек
- г) деформации наружных контуров

94. Почки у здорового человека находятся на уровне

- 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

95. В норме верхний полюс правой почки по сравнению с левой располагается ниже

- а) на 1-2 см
- б) на 3-4 см
- в) на 5-6 см
- г) на 10 см

96. На обзорной рентгенограмме мочевыводящих путей тень мочевого пузыря
- а) выявляется редко
 - б) выявляется всегда
 - в) никогда не выявляется
 - г) отлично выявляется
97. Заключение об "отсутствии функции" почки возможно в случае
- а) отсутствия контрастирования чашечек и лоханки
 - б) отсутствия нефрографической фазы
 - в) при ретроградной пиелографии чашечно-лоханочная система не изменена
 - г) сосудистое русло почки не изменено
98. К наиболее частым заболеваниям почек относятся
- а) гломерулонефрит
 - б) пиелонефрит
 - в) нефроптоз
 - г) опухоли
99. Самым характерным симптомом для вторично сморщенной почки является
- а) деформация чашечно-лоханочной системы
 - б) деформация формы почки
 - в) уменьшение размеров почки
 - г) слабо выраженная нефрографическая фаза
100. При поликистозе отмечается
- а) увеличение размеров почки
 - б) уменьшение размеров почки
 - в) размеры не изменены
 - г) деформация почки
- д) увеличение и деформация почки
101. Отсутствие контрастирования верхних мочевых путей при истинной почечной колике связано
- а) с отсутствием экскреторной функции
 - б) с временным угнетением экскреторной функции
 - в) с нарушением внутривисцерального кровотока
 - г) с венозным "полнокровием"
102. О наличии почечной колики свидетельствуют все перечисленные ниже симптомы, кроме
- а) отсутствия нефрографической фазы
 - б) отсутствия контрастирования мочевых путей
 - в) позднего появления контрастного вещества в мочевых путях
 - г) дилатации мочевых путей
103. Наиболее ранним симптомом при туберкулезе почек является
- а) папиллит
 - б) инфильтрат
 - в) каверна
 - г) обызвествление в очаге поражения
104. К аномалиям почек и мочевых путей, реже всего осложняемым различными заболеваниями, относятся
- а) подковообразная почка
 - б) дистопия
 - в) удвоение почки
 - г) добавочная (третья, четвертая) почка
 - д) дисплазия
105. При подозрении на гидронефроз наиболее рациональной методикой является
- а) обзорная урография

- б) экскреторная урография
- в) ретроградная пиелография
- г) ангиография
- д) ультразвуковое исследование

106. Следующее поражение не вызывает увеличения почек

- а) амилоидоз
- б) пиелонефрит
- в) лейкемия
- г) поликистоз
- д) саркоидоз

107. Соотношение паренхимы и чашечно-лоханочной системы в норме составляет

- а) паренхима : ЧЛС - 1:1
- б) паренхима : ЧЛС - 2:1
- в) паренхима : ЧЛС - 1:2
- г) соотношение зависит от варианта строения почки

Приложение 2

1. Приготовление растворов для обработки рентгеновской пленки. Виды обработки рентгеновской пленки.
2. Фокус большой, малый, микрофокус. Способ прямого увеличения изображения.
3. Дозиметрический контроль, величины и единицы (эквивалентная доза, поглощенная доза, экспозиционная доза).
4. Оценка степени облучения пациентов и персонала при рентгенологических исследованиях. Методы индивидуальной защиты.
5. Физико-технические основы методики работы компьютерного томографа.
6. Компьютерная томография, принцип метода.
7. Показания и противопоказания к применению компьютерной томографии.
8. Оценка степени облучения пациентов и персонала при КТ. Методы индивидуальной защиты.
9. Физико-технические основы методики работы МРТ.
10. МРТ, принцип метода.
11. Показания к проведению МРТ позвоночника.
12. Рентгенодиагностика инородных тел глотки и пищевода (методика Земцова, Ивановой).
13. Комплексная лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы.
14. Проба Вальсальвы-Мюллера.
15. Проба Гольцкнехта-Якобсона.
16. Проба Прозорова.
17. Рентгенография верхушек легких по Флейшнеру.
18. Показания к магнитно-резонансному исследованию головного мозга.
19. Принцип послойной линейной томографии и томографии с поперечным размазыванием рентгеновских лучей.
20. Методика и техника рентгенологического исследования пищевода.
21. Лучевые методики исследования носа, носоглотки и околоносовых пазух.
22. Лучевые методики исследования гортани.
23. Методика одномоментного двойного контрастирования желудка, тонкого и толстого кишечника.
24. Алгоритм комплексного лучевого исследования при подозрении на новообразование почек.
25. Алгоритм комплексного лучевого исследования при желудочно-кишечном кровотечении.
26. Алгоритм лучевого исследования при почечной колике.
27. Лучевая диагностика острой интерстициальной, вирусной пневмоний у взрослых и детей.
28. Алгоритм лучевого исследования при подозрении на новообразования органов малого таза.
29. Определение контрастных веществ. Области применения в рентгенологии.
30. Классификация рентгенконтрастных веществ.
31. Методы искусственного контрастирования.
32. Водорастворимые контрастные вещества. Преимущества и недостатки применения.
33. Бариевая взвесь. Преимущества и недостатки применения.
34. Факторы, определяющие безопасность контрастного препарата (осмолярность, вязкость, растворимость). Предварительная проба на чувствительность к йодистым препаратам (перед ангиографическим исследованием).
35. Рентгенологические методики, при использовании которых применяются газообразные контрастные вещества.
36. Виды контрастных препаратов, используемых в ангиографии.
37. Методика ирригоскопии. Подготовка пациента.
38. Методика фистулографии.
39. Методика экскреторной урографии.
40. Методика ретроградной пиелографии.
41. Методика контрастной артрографии.
42. Методика одно/двусторонней бронхографии.
43. Методика рентгенконтрастного исследования желудка.
44. Методика дуоденографии.
45. Методика гистеросальпингографии.
46. Методика миелографии.
47. Сущность методики двойного контрастирования.
48. Принцип метода прямого и непрямого контрастирования.
49. Методы лучевой диагностики головного мозга.
50. Методика контрастирования при исследовании головного мозга.
51. Методы лучевой диагностики органов грудной полости.
52. Методика контрастирования при исследовании органов грудной полости.

53. Методы лучевой диагностики органов брюшной полости
54. Методика контрастирования при исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
55. Методика контрастирования при КТ-ангиографии аорты и ее ветвей.
56. Методика контрастирования при КТ-ангиографии сосудов шеи и головы.
57. Методика контрастирования при КТ-ангиографии сосудов верхних и нижних конечностей.
58. Показания к контрастированию при магнитно-резонансной томографии.
59. Реакции и осложнения после введения контраста. Меры предупреждения системных реакций и осложнений.
60. Первая помощь при анафилактической реакции.
61. Методы исследования мочевыделительной системы.
62. Методы лучевой диагностики органов малого таза.
63. Черепно-мозговая травма – методы лучевой диагностики.
64. Лучевая диагностика дисплазии тазобедренного сустава.
65. Методы лучевой диагностики инородных тел у детей.
66. Методы лучевой диагностики аномалий развития позвоночника. (Спондилолиз, спондилолистез, люмбализация, сакрелизация).
67. Специальные укладки при обследовании патологии пирамиды височных костей.
68. Методика исследования орбит при инородных телах.
69. Рентгенологические методы с функциональными пробами при исследовании позвоночника и стоп.
70. Лучевые методы исследования при мочекаменной болезни.
71. Методы обследования при подозрении на кишечную непроходимость.
72. Методы обследования при подозрении на перфорацию полого органа.
73. Лучевые методы исследования грудных желез.
74. Сцинтиграфия как лучевой метод диагностики. Показания, противопоказания, методика исследования.
75. Лучевые методы исследования сердечно-сосудистой системы.

I. Лучевая диагностика заболеваний органов дыхания и средостения:

1. Пневмоторакс, пневмоперитонеум.
2. Линии Керли. Патологические состояния с появлением линий Керли.
3. Аномалии развития легких.
4. Виды эмфиземы легких.
5. Фиброзирующий альвеолит (синдром Хаммена-Рича).
6. ТЭЛА.
7. Неотложная лучевая диагностика при травме органов грудной полости (пневмоторакс, гидроторакс, эмфизема).
8. Эмфизема средостения.
9. Саркоидоз легких – классификация, основные рентгенологические симптомы, дифференциальная диагностика.
10. Туберкулез легких – классификация, методы лучевой диагностики.
11. Лучевая диагностика при ХОБЛ.
12. Особенности рентгеносемиотики абсцесса и полостной формы рака легкого.
13. Первичный туберкулез легких. Методы лучевой диагностики. Основные принципы дифференциальной диагностики туберкулом и периферического рака легкого.
14. Лучевая диагностика заболеваний и повреждений диафрагмы.
15. Доброкачественные и злокачественные опухоли средостения – преимущественная локализация.
16. Состояния и заболевания, для которых характерно сужение пищевода.
17. Дифференциальная диагностика долевой пневмонии и инфильтративного туберкулеза легких.
18. Изменения пищевода при заболеваниях органов средостения.

II. Лучевая диагностика заболеваний органов пищеварительной системы и органов брюшной полости:

19. Болезнь Менетрие.
20. Синдром Изъязвления в желудке, дифференциальная диагностика.
21. Безоары желудка.
22. Врожденные дивертикулы. Дивертикул Меккеля.
23. Болезнь Крона.
24. Мегаколон. Долихоколон. Долихомегаколон.
25. Избыточная подвижность слепой кишки.
26. Дивертикулез тонкого и толстого кишечника. Рентгенодиагностика. Осложнения.
27. Острый панкреатит. Рентгенодиагностика. Осложнения.
28. Инсуломы.
29. Абсцесс печени. Кисты печени, их осложнения.
30. Опухоли печени – доброкачественные и злокачественные.
31. Синдром Курвуазье.
32. Доброкачественные и злокачественные образования диафрагмы.
33. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
34. Перфорация полого органа.
35. Кишечная непроходимость – рентгенодиагностика.
36. Дифференциальная лучевая диагностика при синдроме острого живота.

III. Лучевая диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы:

37. Гемодинамика малого и большого кругов кровообращения в норме.
38. Нарушение гемодинамики малого круга кровообращения.
39. Центральная артериальная гипертензия.
40. Центральная венозная застой.
41. Смешанный тип застоя.
42. Отек легких (интерстициальный, альвеолярный).
43. Митральные пороки сердца (стеноз, недостаточность).
44. Сочетание стеноза и недостаточности митрального клапана.
45. Аортальные пороки сердца (стеноз, недостаточность).
46. Сочетание стеноза и недостаточности устья аорты.
47. Коарктация аорты. Открытый артериальный проток.

- 48. Заболевания перикарда.
- 49. Аневризма аорты. Синдром Такаюсу.

IV. Заболевания опорно-двигательного аппарата:

- 50. Экзостозная костно-хрящевая дисплазия.
- 51. Хондроматоз костей (дисхондроплазия).
- 52. Фиброзная дисплазия.
- 53. Мраморная болезнь.
- 54. Острый, подострый остеомиелит. Абсцесс Броди.
- 55. Туберкулез костей. Туберкулезный спондилит.
- 56. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей костей.
- 57. Метастазы – остеобластические, остеолитические, смешанные.
- 58. Наиболее часто встречающиеся остеохондропатии.
- 59. Артриты – туберкулезный, ревматоидный, синдром Рейтера. Рентгенологические стадии.
- 60. Лучевая диагностика переломов позвоночника. Классификация, осложнения, методы лучевой диагностики.
- 61. Лучевая диагностика заживления переломов.

V. Лучевая диагностика заболеваний мочеполовых органов, органов малого таза:

- 62. Аномалии развития почек и МВС.
- 63. Солитарные кисты, поликистозные почки.
- 64. Острый и хронический пиелонефрит, туберкулез МВС, паранефрит.
- 65. Мочекаменная болезнь почек и МВС, гидронефроз, дилатация верхних мочевыводящих путей.
- 66. Опухоли почек – доброкачественные и злокачественные. Опухоль Вильмса.
- 67. Гиперплазия и опухоли надпочечников.
- 68. Воспалительные заболевания, доброкачественные и злокачественные мочевого пузыря.
- 69. Дифференциальная диагностика узловых образований грудной железы.
- 70. Лучевая диагностика воспалительных заболеваний грудной железы.

VI. Лучевая диагностика заболеваний головы и шеи:

- 71. Виды гематом паренхимы и оболочек головного мозга.
- 72. Ушибы головного мозга – методы лучевой диагностики, классификация, степени.
- 73. Острые нарушения мозгового кровообращения – классификация, методы лучевой диагностики.
- 74. Паразитарные и воспалительные заболевания головного мозга. Методы лучевой диагностики.
- 75. Синдром Клиппеля-Фейля. Аномалия Киммерле.
- 76. Лучевая диагностика опухолей мозговых оболочек.

VII. Лучевая диагностика в педиатрии:

- 77. Болезнь Гиршпрунга.
- 78. Атрезия пищевода. Пилоростеноз.
- 79. Особенности травм опорно-двигательного аппарата у детей. Лучевая диагностика.
- 80. Лучевая диагностика саркомы Юинга.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструкующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез и патоморфология туберкулеза.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Формулировка диагноза.
3. Выявление и диагностика туберкулеза. Лучевые методы диагностики туберкулеза.
4. Основные рентгенологические синдромы туберкулеза органов дыхания и их дифференциация.
5. Особенности течения туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции. Алгоритм диагностики. Рентгенологические особенности.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.

5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.
7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?
8. Воспроизводство населения (естественное движение населения). Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9. Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация, сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие. Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”, патологическая пораженность”
12. От чего зависит полнота учета заболеваемости?