

Программа практик

Основная профессиональная образовательная программа по направлению «Рентгенология» предусматривает прохождение обучающимися производственной практикой включающую базовую и вариативную часть.

В соответствии с ФГОС по направлению подготовки «Рентгенология» Блок 2 основной профессиональной образовательной программы ординатуры «Практики» является обязательным и представляет собой вид учебных занятий, непосредственно ориентированных на профессионально-практическую подготовку обучающихся. Практики закрепляют знания и умения, приобретаемые обучающимися в результате освоения теоретических курсов, вырабатывают практические навыки и способствуют комплексному формированию общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающихся.

Производственная практики проводятся на клинических базах Университета.

Вариативная часть практики включает в себя практику по получению профессиональных умений и навыков. Производственная практика включает в себя практику по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности.

Все виды практик реализуются на основе договоров, заключенных между Университетом и предприятиями, организациями и учреждениями, в соответствии с которыми организации предоставляют места для прохождения обучающимися практик.

Рабочие программы практик содержат следующие разделы:

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)
2. Цели и задачи практики.
3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы
4. Базы практики.
5. Содержание практики.
6. Обязанности руководителя практики от Университета.
7. Обязанности обучающихся на практике.
8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.
9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.
10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики
11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.
12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики.

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Симуляционный цикл для клинических ординаторов относится к вариативной части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
		1
Сроки проведения практики: 2 недели	108 / 3	108
Вид промежуточной аттестации	зачет	зачет
Общая трудоемкость часы зачетные единицы	108	108
	3	3

2. Цели и задачи практики

Цель практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

Задачи симуляционного курса:

1. Отработать практические навыки и овладеть методиками дренирования верхних отделов желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря, методикой обследования и клинической диагностики молочных желёз, методикой ухода за колостомированными больными.
2. Отработать практические навыки и овладеть методиками сердечно-лёгочной реанимации и обеспечения проходимости верхних дыхательных путей.
3. Отработать практические навыки и овладеть методикой аускультации сердца и лёгких взрослого, уметь интерпретировать выявленные аускультативные феномены.
4. Овладеть методикой осмотра шейки матки в зеркалах и родовспоможения, уметь выстраивать диагностический алгоритм при заболеваниях шейки матки.
5. Владеть методикой смены повязок и ухода за пролежнями.
6. Овладеть методиками наложения и снятия швов.
7. Отработать навыки отоскопии и офтальмоскопии.
8. Отработать навыки катетеризации центральных и периферических вен.
9. Овладеть методиками плевральной и люмбальной пункции.

2. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

- профилактическая деятельность:
 - ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7).

4. Базы симуляционного курса

Симуляционный курс проводится на базе Центра инновационных образовательных технологий ГБОУ ВПО «ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ (корпус 53, I этаж. Ул.Л.Толстого, д. 19, г. Санкт-Петербург, 197022)

5.Содержание симуляционного курса

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр №1)</i>				
1.	Дренирование верхних отделов желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря, обследование молочных желёз, уход за колостомированными больными	Центр инновационных образовательных технологий ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1
2.	Сердечно-лёгочная реанимация. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
3.	Аускультация сердца и лёгких взрослого	Центр инновационных образовательных технологий ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1

4.	Осмотр шейки матки в зеркалах. Родовспоможение.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1
5.	Смена повязок. Уход за пролежнями.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
6	Наложение и снятие швов.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
7	Отоскопия. Офтальмоскопия.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-1 ПК-5 ПК-7 УК-1
8	Катетеризация центральных и периферических вен.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1

9	Плевральная пункция. Люмбальная пункция.	Центр инновационн ых образователь ных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
---	---	--	---------------------	----------------

План работы:

1. Освоение алгоритмов выполнения практических навыков под руководством преподавателя.
2. Самостоятельная отработка практических навыков.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с преподавателем.

Учебная работа:

- ✓ Посещение лекционных занятий для клинических ординаторов.
- ✓ Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных кафедрой.
- ✓ Практическая работа ординаторов - важное звено учебного процесса. А отработка практических навыков начинается на симуляционном курсе. Основная задача курса - получение будущими врачами глубоких практических знаний и навыков по специальности в условиях симуляционного центра.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- Выполнять дренирование полых органов: мочевого пузыря и желудка;
- Выполнять уход за колостомированными больными, осуществлять смену калоприёмника;
- Выполнять осмотр и пальпацию молочных желез с построением дальнейшего диагностического алгоритма;
- Осуществлять аускультацию сердца и лёгких с выявлением имеющихся у пациента аускультативных феноменов;
- Выполнять осмотр шейки матки в зеркалах и выстраивать дальнейшие диагностические алгоритмы;
- Диагностировать и принимать физиологические роды;
- Проводить сердечно-лёгочную реанимацию;
- Осуществлять перевязки и уход за пролежнями на различных стадиях;
- Накладывать и снимать швы;
- Выполнять офтальмо- и отоскопию;
- Катетеризировать центральные и периферические вены;
- Выполнять плевральную и люмбальную пункции.

6. Обязанности преподавателя симуляционного курса:

- Обучить клинических ординаторов практическим навыкам
- Контролировать процесс освоения навыка и выполнения манипуляции ординарами
- Выполнять оценку степени освоения навыка

- Осуществлять зачёт по окончании симуляционного курса

7. Обязанности обучающихся на практике:

- Посещение занятий без пропусков и опозданий согласно расписанию курса;
- Выполнение плана обучения, освоение манипуляций под руководством преподавателя и самостоятельное их выполнение
- Соблюдение учебной дисциплины

8. Условия постановки зачёта по симуляционному курсу

Для постановки зачёта по симуляционному курсу требуется 100% посещение, освоение всех практических навыков курса, правильный ответ на тестовые вопросы по темам занятий.

9. Фонд оценочных средств для постановки зачёта по симуляционному курсу.

Тесты по теме «Базовая сердечно-лёгочная реанимация»:

1.1. Абсолютными признаками остановки сердца являются:

- а) отсутствие пульсации на сонных артериях
- б) паралитически расширенные зрачки, не реагирующие на свет
- в) резко выраженный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек
- г) отсутствие сознания
- д) отсутствие дыхания

1. верно все

2. верно а,б,в

3. верно а,г,д

4. верно а,б,д

1.2. Какова правильная последовательность действий при проведении первичных реанимационных мероприятий:

- 1. вызвать помощь, нанесение прекардиального удара, обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, искусственное дыхание и закрытый массаж сердца**
2. закрытый массаж сердца, искусственное дыхание.
3. прекардиальный удар, закрытый массаж сердца, искусственное дыхание
4. вызвать помощь, начать искусственное дыхание, наружный массаж сердца

1.3. Каково оптимальное соотношение искусственных вдохов и компрессий грудной клетки при проведении реанимационных мероприятий?

1. 1 : 10

2. 2 : 15

3. 2 : 30

4. 1 : 5

5. 1 : 30

1.4. Первой медикаментозной помощью при проведении реанимационных мероприятий является:

1. введение 1 мг адреналина

2. введение 10 мг адреналина

3. введение 1 мг атропина

4. инфузия 200 мл 5% р-ра бикарбоната натрия

5. введение 2 мг норадреналина

1.5. При регистрации на ЭКГ фибрилляции желудочков могут быть показаны следующие мероприятия:

- а) проведение электрической дефибрилляции
- б) продолжение наружного массажа сердца между разрядами дефибриллятора
- в) внутрисердечное введение 2 мг адреналина в разведении 1:10
- г) внутривенное введение 1 мг атропина
- д) внутривенное введение антифибрилляторных средств (кордарона, лидокаина) при неэффективности электрической дефибрилляции

- 1. верно а,б,г
- 2. верно а,б,д**
- 3. верно а,в,д
- 4. верно а,б,г,д

1.6. При развитии коллапса в условиях поликлиники показаны следующие мероприятия:

- а) уложить пациента в горизонтальное положение с подъемом ног.
- б) произвести венопункцию и ввести внутривенно 200-400 мл 0,9% хлорида натрия
- в) внутримышечное введение 2,0 мл кордиамина
- г) вдыхание паров нашатырного спирта
- д) внутривенное или внутримышечное введение 60-90 мг преднизолона.

- 1. верно все
- 2. верно а,в,г,
- 3. верно а,б,д**
- 4. верно а,в,г,д.

1.7. Интенсивная терапия при кардиогенном отеке легких включает все перечисленное, кроме:

- 1. внутривенного введения дыхательных аналептиков**
- 2. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения
- 3. кислородотерапии, искусственной вентиляции легких
- 4. введения мочегонных и глюкокортикоидов
- 5. введения морфина и венозных дилататоров

1.8. В отношении пароксизма мерцательной аритмии (фибрилляции предсердий) выберите верные утверждения:

- а) пароксизм может быть спровоцирован внутрисосудистой инъекцией местного анестетика, содержащего адреналин в качестве адъюванта
- б) для купирования эффективны вагусные пробы.
- в) пульс аритмичный с частотой 100-200 уд. в мин, может отмечаться дефицит пульса
- г) для купирования приступа можно использовать анаприлин (обзидан), корвалол (валокордин), панангин
- д) для купирования эффективно внутривенное введение 10 мл 25% раствора сульфата магния

- 1. верно все
- 2. верно а,б,в
- 3. верно в,г,д
- 4. верно а,в,г**

1.9. Основными дифференциально-диагностическими характеристиками стенокардитической боли являются:

- а) давящие боли за грудиной, связанные с физической или эмоциональной нагрузкой
- б) длительность болей обычно составляет 2-4 часа
- в) боли стреляющего характера, связанные с изменением положения тела

- г) боли часто сопровождаются страхом смерти, бледностью кожных покровов, потливостью
- д) боли хорошо купируются приемом внутрь нестероидных противовоспалительных препаратов

1. верно а,г,
2. верно все
3. верно а,б,г
4. верно б,в,д.

1.10. Клиника тяжелой токсической реакции на местные анестетики может включать в себя все, кроме;

1. нарушения сознания
2. урежения дыхания, апноэ
3. тремора, судорог
4. тахикардии и артериальной гипертензии
5. брадикардии

1.11. При лечении тяжелого анафилактического шока показаны следующие лечебные мероприятия:

- а) быстрая внутривенная инфузия жидкости
 - б) медленное внутривенное введение 0,5 мг адреналина в 20 мл 0,9% р-ра хлорида натрия
 - в) введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов (например 500 мг гидрокортизона)
 - г) введение фуросемида для ускорения выведения аллергена
 - д) переливание свежезамороженной плазмы
1. верно а,б,в,г
 2. верно а,б,в
 3. верно а,в,г,д
 4. верно б,в,д

1.12. После введения местного анестетика у больного начал развиваться отек Квинке и появилось стридорозное дыхание (отек гортани). Какие неотложные мероприятия показаны, кроме:

1. внутривенное введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов
2. ингаляции вазопрессоров для уменьшения отека слизистой оболочки гортани
3. внутривенное введение антигистаминных препаратов
4. введение фуросемида для уменьшения отека слизистой оболочки гортани
5. ранняя интубация трахеи

1.13. У какого из перечисленных местных анестетиков наименьшая токсичность:

1. мепивакаин
2. артикаин
3. бупивакаин
4. цитанест
5. лидокаин

1.14. При обмороке показаны все мероприятия, кроме:

1. уложить больного в горизонтальное положение
2. обеспечить проходимость верхних дыхательных путей
3. измерить частоту пульса и уровень артериального давления
4. ввести подкожно 1,0 мл 0,1% р-ра адреналина
5. применить кратковременное вдыхание паров нашатырного спирта

1.15. Что следует сделать немедленно при остановке сердечной деятельности из перечисленного?

1. записать ЭКГ
- 2. начать непрямой массаж сердца и искусственное дыхание**
3. внутрисердечно ввести адреналин 1 мл 0,1% р-ра
4. выполнить интубацию трахеи
5. обеспечить венозный доступ

1.16. Где следует расположить ладони (минимальной площадкой) для проведения эффективного непрямого массажа сердца?

- 1. на границе средней и нижней трети грудины (по срединной линии)**
2. на верхней части грудины
3. на мечевидном отростке
4. в пятом межреберном промежутке слева
5. с обеих сторон грудной клетки

1.17. При проведении электрической дефибрилляции рекомендована последовательность разрядов со следующими значениями энергии:

1. 100 Дж - 150 Дж- 200 Дж
2. Все разряды с энергией 200 Дж
- 3. 200 Дж – 300 Дж – 360 Дж**
4. 200 Дж- 250 Дж – 300 Дж
5. Все разряды с энергией 300 Дж

1.18. Какова оптимальная частота компрессий грудной клетки в минуту при проведении закрытого (непрямого) массажа сердца:

1. 40-60
2. 60
3. 60-80
- 4. около 100**
5. 110-120

1.19. Показаниями для общей ингаляционной анестезии являются:

- а) обширное хирургическое вмешательство
- б) непереносимость местных анестетиков для регионарной анестезии
- в) время операции свыше трех часов
- г) психическое заболевание пациента
- д) страх больного перед другими видами анестезии

- 1. верно а,б,в,г**
2. верно а,б,г
3. верно б,г
4. верно б,г,д

1.20. Обязательным компонентом премедикации является:

- 1. транквилизатор**
2. наркотический анальгетик
3. холиномиметик
4. ненаркотический анальгетик
5. холинолитик

Тесты по теме «Аускультация сердца и лёгких»:

01. Укажите основное место выслушивания аортального клапана

- 1) верхушка сердца
- 2) II межреберье слева у грудины
- 3) II межреберье справа у грудины**
- 4) IV межреберье слева у грудины
- 5) верно 1) и 2)

02. Укажите основное место выслушивания клапанов легочной артерии

- 1) верхушка сердца
- 2) II межреберье справа у грудины
- 3) II межреберье слева у грудины**
- 4) III межреберье слева у грудины
- 5) IV межреберье справа у грудины

03. Укажите основное место выслушивания митрального клапана

- 1) на верхушке сердца**
- 2) II межреберье справа у грудины
- 3) II межреберье слева у грудины
- 4) III межреберье слева у грудины (точка Боткина-Эрба)
- 5) IV межреберье справа у грудины

04. Укажите истинную проекцию клапанов легочной артерии

- 1) Слева за хрящом III ребра**
- 2) в области грудины на уровне III ребра
- 3) место прикрепления IV ребра к грудины слева
- 4) в области грудины на середине расстояния линии, соединяющей III ребро слева и V ребро справа

05. Укажите истинную проекцию аортального клапана

- 1) в области грудины слева на уровне III ребра**
- 2) III межреберье слева у грудины
- 3) III межреберье справа у грудины
- 4) II межреберье справа у грудины
- 5) II межреберье слева у грудины

06. Укажите основное место оценки трикуспидального клапана

- 1) верхушка сердца
- 2) точка Боткина-Эрба (III межреберье слева у грудины)
- 3) II межреберье справа у грудины
- 4) II межреберье слева у грудины
- 5) IV межреберье справа у грудины**

07. О чем свидетельствует акцент второго тона на легочной артерии?

- 1) повышение давления в малом круге кровообращения
- 2) повышение давления в большом круге кровообращения
- 3) уплотнение створок аортального клапана
- 4) уплотнение створок клапанов легочной артерии
- 5) верно 1) и 4)**

08. Какие из перечисленных ниже компонентов могут участвовать в механизме образования II тона?

- 1) открытие клапанов аорты и легочной артерии

2) закрытие клапанов аорты и легочной артерии

3) колебание стенок аорты и легочной артерии в период изгнания крови

4) верно 1) и 3)

5) верно 2) и 3)

09. Какие из перечисленных ниже компонентов могут участвовать в механизме образования I тона?

1) конец систолы предсердий

2) смыкание створок митрального клапана

3) верно 1) и 2)

4) смыкание створок трехстворчатого клапана

5) верно 1), 2) и 4)

10. Звуковые явления с клапанов аорты могут выслушиваться

1) во II межреберье справа у края грудины

2) во II межреберье слева у края грудины

3) в III межреберье слева у края грудины (точка Боткина)

4) в IV межреберье справа у края грудины

5) верно 1) и 3)

11. Над полостью вскрывшегося абсцесса аускультативно определяется

1. ослабленное везикулярное дыхание

2. амфорическое дыхание

3. жесткое дыхание

4. стенотическое дыхание

5. отсутствие дыхательных шумов

12. При первой стадии крупозной пневмонии аускультативно определяется дыхание

1. ослабленное везикулярное

2. саккадированное

3. жесткое

4. стенотическое

5. бронхиальное

13. Для эмфиземы лёгких характерно

1. ослабленное везикулярное дыхание

2. амфорическое дыхание

3. жесткое дыхание

4. бронхиальное дыхание

5. отсутствие дыхательных шумов

14. Звук разлипания альвеол на высоте вдоха ЭТО

1. мелкопузырчатые влажные хрипы

2. шум трения плевры

3. крепитация

4. сухие хрипы

5. бронхофония

15. В норме бронхиальное дыхание выслушивается над

1. верхушками легких

2. нижними отделами легких

3. спереди над рукояткой грудины
4. сзади на уровне VII-VIII грудных позвонков
- 5. сзади на уровне III-IV грудных позвонков**

16. Сухие хрипы в легких образуются при

1. скопления экссудата в альвеолах
2. отложении фибрина на поверхности листков плевры
3. наличии полости в ткани легкого
- 4. сужении просвета бронхов**
5. скопления воздуха в плевральной полости

17. Основным механизмом везикулярного дыхания является

1. трение листков плевры при дыхании
2. завихрения воздуха при прохождении через бронхи
3. наличие вязкой мокроты в трахее и крупных бронхах
- 4. колебание стенки альвеол при их расправлении и спадении**
5. завихрение потока воздуха при прохождении через голосовую щель

18. Основной механизм образования жесткого дыхания

1. снижение эластичности легочной ткани
2. проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом
- 3. сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота)**
4. наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани
5. повышение эластичности легочной ткани

19. Появление влажных крупнопузырчатых хрипов обусловлено прохождением воздуха через

1. вязкую мокроту в крупных бронхах
2. вязкую мокроту в мелких бронхах и/или их спазм
- 3. жидкую мокроту в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом**
4. жидкую мокроту в мелких бронхах при сохраненной воздушности окружающей легочной ткани
5. жидкую мокроту в мелких бронхах и воспалительных уплотнениях легочной ткани

20. Шум трения плевры связан с

1. наличием в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или транссудата
- 2. воспалением листков плевры («сухой» плеврит)**
3. заполнением альвеол экссудатом или транссудатом
4. вязкой мокротой в крупных бронхах
5. вязкой мокротой в мелких бронхах и/или их спазм

Тесты по теме: «Катетеризация мочевого пузыря»:

Выбрать один правильный ответ

1. **Количество мочи, выделенное за определённый промежуток времени называется**

- а. водным балансом;
- б. диурезом;
- в. водной нагрузкой;
- г. энурезом.

2. **Наличие скрытых отёков можно определить с помощью**

- а. измерения АД и взвешивания;
- б. взвешивания и определения диуреза;
- в. определения диуреза и контроля анализов мочи;
- г. контроля анализов мочи и измерения АД

2. **Странгурия это -**

- а. учащенное мочеиспускание
- б. суточный диурез более 2 литров
- в. затрудненное мочеиспускание
- г. суточный диурез менее 500 мл.

2. **Олигурия это -**

- а. учащенное мочеиспускание
- б. суточный диурез более 2 литра
- в. затрудненное мочеиспускание
- г. суточный диурез менее 500 мл.

2. **Катетеризация мочевого пузыря это -**

- а. самостоятельная манипуляция;
- б. независимая манипуляция;
- в. взаимозависимая манипуляция;
- г. зависимая манипуляция.

2. **Абсолютным показанием к катетеризации мочевого пузыря является**

- а. недержание мочи;
- б. полная ишурия, связанная с аденомой предстательной железы;

в. гематурия;

г. полиурия.

7. Потенциальная проблема при катетеризации мочевого пузыря, которая может возникнуть при нарушении правил асептики и антисептики

а. гематурия;

б. кровотечение;

в. уремия;

г. ощущение препятствия при введении катетера.

8. Перед введением катетера устье уретры обрабатывают

а. раствором 3% перекиси водорода;

б. 0,02% раствором фурацилина;

в. стерильным глицерином;

г. 0,5% раствором перманганата калия.

8. Перед введением катетера, его внутренний конец обрабатывают

а. раствором 3% перекиси водорода;

б. 0,02% раствором фурацилина;

в. стерильным глицерином;

г. 0,5% раствором перманганата калия.

8. Профилактика инфицирования при проведении катетеризации связана в первую очередь с

а. педантичным соблюдением правил асептики и антисептики;

б. использованием одноразового инструментария;

в. соблюдением техники проведения манипуляции;

г. использованием высокоэффективных антисептиков.

11. Установить соответствие:

1. показания к катетеризации **а.** инфицирование мочевого пузыря;

2. противопоказания к катетеризации **б.** выведение мочи при проблеме

3. возможные осложнения «острая задержка мочи»;

- в. перед промыванием мочевого пузыря;
- г. новообразования, кровотечения;
- д. травмирование уретры, кровотечения;
- е. механическое препятствие при введении катетера.

12. Установить соответствие:

- 1. ишурия **а.** полное прекращение поступления мочи в мочевой пузырь;
- 2. анурия **б.** расстройство мочеиспускания;
- 3. дизурия **в.** задержка мочеиспускания вследствие скопления мочи в мочевом пузыре из-за невозможности самостоятельного мочеиспускания.

13. Установить последовательность подготовки к катетеризации одноразовым катетером женщины:

- 1. Пациентку уложить на спину с согнутыми в коленях и разведенными ногами. Под таз пациентки постелить клеенку, под крестец поставить судно.
- 2. Обработать перчатки антисептиком для перчаток.
- 3. Объяснить пациентке цель и ход манипуляции, получить согласие на манипуляцию (если есть контакт с пациентом).
- 4. Вымыть руки гигиеническим уровнем, надеть перчатки.
- 5. Поставить ширму.
- 6. Стерильным пинцетом взять ватный шарик, смочить его раствором антисептика.
- 7. Правой рукой стерильным пинцетом обработать наружное отверстие мочеиспускательного канала одним из антисептических растворов.
- 8. Подмыть пациентку теплой (38°C) кипячёной водой.
- 9. Развести большим и указательным пальцами левой руки большие и малые половые губы.
- 10. Развернуть упаковку со стерильными перчатками.
- 11. Развернуть упаковку с катетером.
- 12. Надеть стерильные перчатки.
- 13. Снять использованные перчатки после туалета половых органов и поместить их в дезраствор.
- 14. Смочить внутренний конец катетера стерильным глицерином на расстоянии 5 - 6см поливая на

него из ёмкости.

15. Взять катетер внутренний конец как вилку, а наружный поместить между мизинцем и безымянным пальцами.

14. Установить последовательность промывания мочевого пузыря

- 1. Отсоединить шприц Жанэ от катетера, подставить под наружный конец катетера ёмкость для сбора мочи и собрать промывной раствор.

2. Извлечь катетер, промыть и поместить его в дезраствор.
3. Опорожнить мочевой пузырь при помощи катетеризации (катетер не извлекать).
4. Помощник выливает раствор и ополаскивает ёмкость.
5. Через катетер шприцем Жанэ ввести в мочевой пузырь 150 – 200мл антисептического раствора.
6. Снять перчатки, вымыть руки.
7. Промывание повторить до чистого промывного раствора.
8. Сделать отметку в медицинской карте о выполнении процедуры.

15. **Дописать возможные проблемы при катетеризации:**

Катетеризацию мочевого пузыря следует осуществлять так, чтобы избежать:

- _____,
- _____,
- _____.

16. **Дописать определение:**

Поступление азотистых шлаков в кровь называется _____.

Ситуационные задачи

Тема: «Катетеризация мочевого пузыря»

1. При введении катетера в уретру мужчине медсестра почувствовала препятствие, ей показалось, что осторожно она его сможет преодолеть, но после повторной попытки ввести катетер с применением небольшой силы, из уретры потекла кровь.

Какое правило нарушила медсестра?

Какие осложнения в результате её действий возникли?

Как должна поступить медсестра в этой ситуации?

2. Медсестра проводила катетеризацию в чистых обработанных антисептиком для перчаток перчатках без пинцета.

Правильно ли проводила катетеризацию медсестра?

Если нет, то в чём её ошибка?

Какое основное правило она нарушила?

Какое осложнение может возникнуть в результате её действий?

Ответы к тестовому контролю

Тема: «Катетеризация мочевого пузыря»

1. б; 6. б; 11. – 1б, в; 2г,е; 3а, д. 16. – уремия.
2. б; 7. в; 12. – 1в, 2а, 3б.
3. в; 8. б; 13. – 3, 5, 1, 4, 2, 8, 6, 9, 7, 13, 10, 11, 12, 15, 14.
4. г; 9. в; 14. – 3, 5, 1, 4, 7, 2, 6, 8.

5. г; 10. а. 15. – инфицирования мочевых путей,

травмы мочевых путей,

психологические проблемы.

Ответы на задачи

1. Медсестра нарушила следующее правило: Если во время введения катетера медсестра почувствует препятствие, катетеризацию следует прекратить и сообщить об этом врачу.

В результате её действий возникли осложнения: травмирование слизистой оболочки уретры и кровотечение.

Медсестра в этой ситуации должна, не извлекая катетера вызвать врача.

2. Нет, не правильно, катетеризацию она должна была проводить в стерильных перчатках или пинцетом.

Она нарушила основное правило – асептики.

Инфицирование мочевой системы.

Тесты по теме «Акушерство и гинекология» (часть 1)

1. Норма прибавки массы беременной за 1 неделю во вторую половину беременности составляет

- а) 250-300 г
- б) 500 г
- в) 700 г
- г) 1000 г

2. К концу беременности женщина прибавляет в массе

- а) 5 кг
- б) 10-12 кг
- в) 20 кг
- г) 30 кг

3. Физиологические изменения гемодинамики во время беременности

- а) снижение объема циркулирующей крови
- б) снижение АД
- в) уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина
- г) увеличение объема циркулирующей крови

4. Предположительные признаки беременности

- а) перемены в аппетите
- б) прослушивание сердцебиения плода
- в) изменение обонятельных ощущений
- г) пигментация кожи
- д) движения плода

5. Достоверные признаки беременности

- а) перемены в аппетите
- б) прекращение менструаций
- в) прощупывание частей плода врачом или акушеркой
- г) появление молозива

6. Трубная беременность

- а) возникает вследствие воспалительного процесса в маточной трубе или трубах
- б) прерывается после 12 недель беременности
- в) всегда заканчивается разрывом трубы
- г) всегда осложняется абсолютным бесплодием

7. При субинволюции (плохом сокращении мускулатуры матки) после родов назначают

- а) маммофизин
- б) синестрол
- в) трихопол
- г) викасол

8. Признаки угрожающего разрыва промежности

- а) гиперемия кожи промежности
- б) кровотечение
- в) цианоз или побледнение кожи промежности
- г) местное повышение температуры

9. Патологическая кровопотеря в родах

- а) 150 мл
- б) 200 мл
- в) 250 мл
- г) более 400 мл

10. Наиболее часто встречающийся ранний признак токсикоза

- а) рвота
- б) дерматозы

- в) тетания беременных
- г) острая желтая атрофия печени

11. Симптомы, появление которых характерно для нефропатии беременных

- а) отеки, гипертония, протеинурия
- б) судороги
- в) анемия
- г) боли в подложечной области

12. При водянке беременных назначают диету с ограничением в первую очередь

- а) соли и жидкости
- б) продуктов, богатых жирами
- в) продуктов, богатых углеводами
- г) продуктов, содержащих большое количество клетчатки

13. При уходе за беременными с ранним токсикозом чрезвычайно важным

является

- а) наличие в палате других беременных с подобным заболеванием
- б) кормление беременных не чаще трех раз в день
- в) назначение препаратов per os
- г) отсутствие в палате других беременных с подобным заболеванием

14. Обильные пенистые выделения желтого или зеленоватого цвета характерны для

- а) гонореи
- б) трихомониаза
- в) эрозии шейки матки
- г) злокачественных заболеваний

15. Выскабливание полости матки проводится

- а) акушеркой
- б) без обезболивания
- в) только после влагалищного исследования
- г) только по жизненным показаниям

16. Острая гипоксия плода развивается в результате

- а) тугого обвития пуповины
- б) несовместимости крови матери и плода
- в) слабости родовой деятельности
- г) сердечно-сосудистых заболеваний

17. Приоритетная проблема пациентки, страдающей вульвитом

- а) повышение температуры тела
- б) зуд, жжение в области наружных половых органов
- в) обильные бели
- г) кровотечение из половых органов

18. Первоочередная задача медицинской сестры при лечении вульвита

- а) нанесение анестезиновой мази
- б) применение примочек с 1% свинцовой водой
- в) бережная гигиеническая обработка наружных половых органов раствором перманганата калия 1:1000
- г) измерение базальной температуры

19. Препарат, применяемый для специфического лечения трихомонадного

кольпита:

- а) анальгин
- б) но-шпа
- в) трихопол
- г) тавегил

20. Для постановки диагноза гонореи необходимо

- а) выяснить жалобы пациентки
- б) тщательно собрать анамнез заболевания
- в) выявить наличие гонококков в мазке из уретры или шейки матки
- г) определить наличие у пациентки обильных гнойных выделений

21. Спринцевание проводится для воздействия на

- а) слизистую оболочку влагалища и влагалищную часть шейки матки
- б) слизистую полости матки
- в) наружные половые органы
- г) канал шейки матки

22. Диспансерный осмотр пациенток, страдающих доброкачественными

опухолями женских половых органов проводится

- а) 1 раз в год
- б) 2 раза в год
- в) 3 раза в год
- г) 4 раза в год

23. Диагностическое наблюдение беременных со сроком до 20 недель в женской консультации проводится

- а) ежемесячно
- б) 1 раз в 2 месяца
- в) 2 раза в месяц
- г) еженедельно

24. Динамическое наблюдение за пациенткой, перенесшей операцию по поводу рака шейки матки, предполагает

- а) наблюдение онкогинекологом
- б) исследование мочи
- в) регулярное измерение АД
- г) измерение частоты дыхания

Дополнить утверждение

25. Основные симптомы гинекологических заболеваний – боли, бели, зуд наружных половых органов, нарушение менструального цикла, нарушение функции соседних органов и
26. Бели цвета "мясных помоев" характерны для
27. Бесплодным считается брак, когда при регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств беременность не наступает в течение лет.
28. Вульвит – это воспаление
29. Наиболее распространенный путь заражения гонореей –
30. Предраковое заболевание шейки матки –
31. Для улучшения сокращения матки в послеродовом периоде назначают

Установить соответствие

32. *Виды бесплодия и соответствующие им признаки*

- | | |
|------------------|--|
| 1) первичное | а) наличие в организме женщины нарушений, исключающих всякую возможность зачатия (отсутствие матки, яичников, атрезия влагалища и др.) |
| 2) вторичное | б) причина бесплодия может быть устранена |
| 3) абсолютное | в) отсутствие беременности с самого начала половой жизни в течение 2-3 лет |
| 4) относительное | г) отсутствие беременности в течение 2-3 лет брачной жизни после бывших ранее родов, выкидышей или внематочной беременности |

33. *Гинекологический анамнез (функция – вопросы)*

- | | |
|--------------------------|---|
| 1) менструальная функция | а) возраст, в котором появилась первая менструация |
| 2) сексуальная функция | б) промежуток времени, через который установились менструации |
| 3) детородная функция | в) срок от начала половой жизни до наступления первой беременности |
| | г) возраст, в котором началась половая жизнь |
| | д) характер менструаций (продолжительность, количество теряемой крови, болезненность) |
| | е) количество беременностей |
| | ж) количество родов |
| | з) течение беременностей, осложнения |
| | и) течение родов, осложнения, травматизм |
| | к) были ли преждевременные роды, исход? |
| | л) сколько живых детей, здоровье детей? |
| | м) изменился ли тип менструаций после начала половой жизни, после родов, после абортов? |
| | н) не было ли факторов, отрицательно сказавшихся на сексуальной функции (случайная связь, страх, отвращение и др.)? |
| | о) наличие полового влечения (либидо) |
| | п) наличие полового удовлетворения (оргазма) |

- р) характер менструаций во время настоящего заболевания
- с) наличие болезненности во время полового акта
- т) мертворождаемость, ранняя детская смертность
- у) последняя менструация, ее характер
- ф) сколько было абортов, их течение, осложнения
- х) течение послеродовых периодов, осложнения

34. *Классификация опухолей по клиническому течению (вид опухоли – признаки)*

- | | |
|----------------------|--|
| 1) доброкачественные | а) рост быстрый |
| 2) злокачественные | б) рост медленный |
| | в) после удаления опухоли наступает выздоровление |
| | г) после удаления первичной опухоли – рецидивы |
| | д) рост опухоли ограничен тканью, в которой растет опухоль |
| | е) опухоль прорастает в окружающие ткани и разрушает их |
| | ж) наличие метастазов |
| | з) отсутствие метастазов |
| | и) нарушение общего состояния, кахексия |
| | к) общее состояние нарушается незначительно |

35. *Классификация нарушений менструального цикла (нарушение менструального цикла - характер менструаций)*

- | | |
|-----------------|--|
| 1) аменорея | а) обильные |
| 2) гипоменорея | б) длительные, затяжные (более 10-12 дней) |
| 3) олигоменорея | в) короткие, непродолжительные |
| 4) опсоменорея | г) отсутствие менструаций у взрослой женщины |
| 5) гиперменорея | д) слишком частые (через 1,5-2 недели) |
| 6) полименорея | е) слишком слабые, скудные |
| 7) пройоменорея | ж) слишком редкие (через 6-8 недель) |
| 8) альгоменорея | з) болезненные |

36. *Инструменты, необходимые при различных методах гинекологического обследования (методы – инструментарий)*

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1) исследование с помощью зеркал | а) ложкообразное зеркало |
| 2) зондирование полости матки | б) зеркала Куско (створчатые) |
| 3) пункция брюшной полости через задний свод влагалища | в) пулевые щипцы или щипцы Мюзо |
| 4) пробное (диагностическое) выскабливание слизистой оболочки матки | г) расширители Гегара |
| | д) кюретки |
| | е) подъемник Отто |
| | ж) толстая длинная инъекционная игла |
| | з) шприц |
| | и) маточный зонд |
| | к) корнцанг |

37. *Методы провокации (искусственное усиление секреции из глубоких очагов заболевания) (методы – проводимые действия)*

- | | |
|--------------------|---|
| 1) физиологический | а) смазывание наружного отверстия мочеиспускательного канала и наружного отверстия канала шейки матки |
| 2) алиментарный | б) горячие спринцевания |
| 3) химический | в) забор мазков в дни менструации |
| 4) термический | г) наложение на шейку матки колпачка Кафки (на сутки) |
| | д) употребление острой соленой пищи |

38. *Классификация гонореи по локализации*

(уровень поражения – заболевания)

- | | |
|--|--|
| 1) гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата | а) уретрит
б) вульвит
в) эндометрит |
| 2) гонорея верхнего отдела мочеполового аппарата | г) бартолинит
д) перитонит
е) сальпингит
ж) аднексит
з) кольпит
и) параметрит
к) пельвиоперитонит
л) эндоцервицит |

39. *Стадии аборта и соответствующие им изменения в матке*

- | | |
|-------------------|--|
| 1) угрожающий | а) плодное яйцо вышло из полости матки |
| 2) начавшийся | б) часть плодного яйца вышла, а часть осталась в полости матки |
| 3) аборт в ходу | в) плодное яйцо отслоилось от слизистой матки на небольшом участке |
| 4) неполный аборт | г) отслоившееся плодное яйцо выталкивается из полости матки |
| 5) полный аборт | д) связь плодного яйца со слизистой матки нарушена на незначительном участке |

40. *Токсикозы беременных*

- | | |
|------------|---|
| 1) ранние | а) водянка беременных |
| 2) поздние | б) острая желтая атрофия печени |
| 3) редкие | в) нефропатия
г) рвота беременных
д) эклампсия
е) дерматозы беременных
ж) слюнотечение
з) преэклампсия
и) симфизиопатия
к) тетания беременных
л) желтуха беременных |

41. *Симптомы токсикозов беременных*

(заболевания и симптомы, им соответствующие)

- | | |
|---------------------|--|
| 1) рвота беременных | а) боли в подложечной области |
| 2) водянка | б) судороги тонические и клонические |
| 3) нефропатия | в) повышение АД |
| 4) преэклампсия | г) рвота |
| 5) эклампсия | д) отеки |
| | е) белок в моче (протеинурия) |
| | ж) пелена перед глазами, мелькание "мушек" |
| | з) увеличение массы тела более чем на 300 г в неделю |
| | и) головная боль |
| | к) снижение массы тела |

42. *Редкие формы токсикозов беременных и симптомы, им соответствующие*

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1) дерматозы | а) рвота и зуд, вызванные поражением печени |
| 2) симфизиопатия и сакроилеопатия | б) судороги мышц, связанные с нарушением кальциевого обмена |
| 3) тетания беременных | в) чрезмерная подвижность и расслабление сочленений таза |
| 4) желтуха беременных | г) зуд беременных, прекращающийся после родов |
| 5) острая желтая атрофия печени | д) белковое и жировое перерождение печеночных клеток |

43. *Противозачаточные средства*

- | | |
|---------------------|--|
| 1) гормональные | а) мужские и женские презервативы |
| 2) механические | б) прерванное половое сношение |
| 3) химические | в) перевязка маточных труб |
| 4) физиологические | г) растворы кислот (молочной, борной, уксусной) |
| 5) хирургические | д) марвелон |
| 6) не рекомендуемые | е) половые сношения за 3-5 дней до и после менструации |
| | ж) нарколут |

44. *Классификация послеродовых инфекционных заболеваний*

- | | |
|-------------|---------------------------------|
| 1) I этап | а) послеродовая язва |
| 2) II этап | б) прогрессирующий тромбофлебит |
| 3) III этап | в) тромбофлебит |
| 4) IV этап | г) эндометрит |
| | д) метрит |
| | е) параметрит |
| | ж) септицемия |
| | з) сальпингооофорит |
| | и) септикопиемия |
| | к) пельвиоперитонит |
| | л) диффузный разлитой перитонит |

Выбрать правильные ответы.

45. Проблемы беременной, возникающие в первые месяцы беременности и перед родами из-за смещения органов малого таза

- а) одышка
- б) задержка стула
- в) частые позывы к мочеиспусканию
- г) повышение температуры тела

46. Потенциальные проблемы пациентки после инфицированного аборта

- а) тошнота, рвота
- б) кровотечение
- в) бесплодие
- г) нарушение менструального цикла

47. Преждевременной считается отслойка плаценты

- а) во время беременности
- б) во время I периода родов
- в) во время II периода родов
- г) после рождения плода

48. Проблемы беременной при возникновении водянки

- а) отеки нижних конечностей
- б) прибавка массы тела за 1 неделю более 300 г
- в) повышение температуры
- г) судороги

49. Проблемы беременной при развитии преэклампсии

- а) боль в подложечной области
- б) судороги
- в) пелена перед глазами, мелькание "мушек"
- г) частое мочеиспускание

50. Сестринский процесс при нефропатии беременных предусматривает

- а) проведение термометрии каждые 3 часа
- б) ежедневное взвешивание
- в) регулярное измерение АД
- г) измерение суточного диуреза

51. Лечение трихомонадного кольпита предусматривает

- а) обязательное лечение обоих половых партнеров
- б) соблюдение постельного режима
- в) прекращение половых контактов
- г) ежедневное взятие мазков из влагалища

52. Приоритетная проблема родильницы в первые дни после родов

- а) задержка стула
- б) рвота
- в) затруднение мочеотделения
- г) ухудшение зрения

53. До снятия швов на промежности из рациона родильницы исключают

- а) молочные продукты
- б) продукты, богатые клетчаткой
- в) хлеб
- г) макароны

54. Сестринские рекомендации родильнице с разрывами на промежности

- а) диета, исключая овощи и фрукты в сыром виде, хлеб
- б) не сидеть до полного снятия и полного заживления швов
- в) умеренное употребление жидкости
- г) трехразовое питание

55. Факторы риска поздних токсикозов

- а) тазовое предлежание плода
- б) ожирение
- в) аллергия
- г) гипертоническая болезнь

56. Предпочтительные продукты питания при нефропатии беременных

- а) свежие фрукты и овощи
- б) сметана, сливки
- в) сдоба, макароны
- г) нежирное мясо

57. Сестринское наблюдение за беременными, страдающими нефропатией

- а) мониторинг дыхания
- б) контроль уровня АД
- в) контроль суточного диуреза
- г) все вышеперечисленное

58. Для профилактики послеродового мастита медсестра рекомендует пациентке

- а) дородовую подготовку молочной железы
- б) тщательное сцеживание молока после кормления
- в) массажирование молочной железы
- г) прекращение сцеживания молока

59. Самоконтроль беременных с водянкой предусматривает

- а) соблюдение режима дня, диеты
- б) контроль массы тела
- в) контроль дыхания
- г) измерение температуры тела

60. Неотложная помощь при эклампсии беременных предполагает

- а) измерение температуры тела
- б) предотвращение прикуса языка
- в) предупреждение асфиксии рвотными массами
- г) измерение суточного диуреза

Тесты по теме "Акушерство и гинекология" (часть 2).

1. Чувствительность и периодичность проведения скрининга (онкоцитогамма) цервикального рака:

- 1) выявляемость заболевания 85-95%
- 2) выявляемость заболевания 70-85%
- 3) проведение онкоцитологического исследования спустя 3 года после первого полового контакта, но не позже чем в возрасте 21 года
- 4) во время профосмотра
- 5) ежегодно в течение первых двух лет, при отрицательных данных далее каждые 2-3 года
- 6) после 70 лет при интактной шейке матки и при условии отрицательных цитологических исследований в пределах последних 10 лет

Ответ: 1, 3, 5

2. Чаще выявляется гистологическая структура РШМ:

- 1) плоскоклеточный неороговевающий рак
- 2) аденокарцинома
- 3) плоскоклеточный ороговевающий рак
- 4) плоскоклеточный низкодифференцированный рак
- 5) светлоклеточный рак
- 6) мукоэпидермоидный рак

Ответ: 1, 3

3. Наибольший приоритет заболеваемости раком эндометрия в последние годы отмечают среди женщин в возрасте:

- 1) до 29 лет
- 2) до 40 лет
- 3) от 40 до 49 лет

4) от 50 до 59 лет

5) старше 59 лет

Ответ:

4. Частота и средний возраст поражения при раке маточной трубы:

1) 0,11-1,18 % среди опухолей женских половых органов

2) 1,2-1,5 % среди всех опухолей женских половых органов

3) 2 %

4) 17 – 19 лет

5) 45 – 50 лет

6) 62,5 лет

Ответ: 1, 6

5. Принципы лечения рака вульвы II-III ст.:

1) широкое иссечение опухоли

2) широкое иссечение опухоли и односторонняя пахово-бедренная лимфоаденэктомия

3) радикальная вульвоэктомия их трех разрезов

4) лучевая терапия

5) лекарственная терапия, химиотерапия

6) комбинированное лечение

Ответ: 3, 4, 5, 6

6. Клиническая картина рака влагалища III-IV ст. характеризуется:

1) кровянистые выделения

2) отек нижних конечностей

3) гематурия

4) лейкорея

5) дизурия

6) мочеполовые и ректовагинальные свищи

Ответ: 2, 3, 6

7. Частота рака шейки матки в структуре онкогинекологической патологии у женщин, проживающих в РФ:

- 1) I место
- 2) II место
- 3) III место
- 4) 15%
- 5) 20%
- 6) 30%

Ответ: 3, 4

8. Стандартное хирургическое лечение РШМ I B₁ стадии заключается в:

- 1) высокая конусовидная ампутация шейки матки
- 2) расширенная экстирпация матки с придатками
- 3) операция Вертгейма
- 4) высокая конусовидная ампутация шейки матки
- 5) расширенная экстирпация матки с транспозицией яичников

Ответ: 2, 5

9. Определите последовательность основных этапов развития рака эндометрия:

- 1) формирование фоновых морфологических изменений (ЖКГЭ, полипы)
- 2) ановуляция, гиперэстрогенизм
- 3) преинвазивный рак
- 4) выраженные формы рака эндометрия
- 5) рак с минимальной инвазией в миометрий

Ответ: 2, 1, 3, 5, 4

10. Чаще наблюдаются метастазы Крукенберга при раке:

- 1) при раке шейки матки
- 2) при раке мочевого пузыря
- 3) при раке молочной железы
- 4) при раке толстой кишки
- 5) при раке желудка

б) при раке желчных протоков

Ответ: 5

11. Показания и объем оперативного лечения трофобластических опухолей:

- 1) полный пузырный занос
- 2) кровотечение из первичной или метастатической опухоли, угрожающее жизни больной
- 3) резистентность первичной опухоли и солитарных метастазов в отсутствии опухоли
- 4) перфорация стенки матки опухолью
- 5) ампутация матки с придатками
- 6) органосохраняющая гистерэктомия с иссечением опухоли в пределах здоровых тканей у молодых женщин
- 7) резекция пораженного органа в пределах здоровых тканей
- 8) экстирпация матки с придатками, резекция сальника

Ответ: 2, 3, 4, 6, 7

12. С использованием следующей современной техники возможно выполнение пластики только передней или только задней стенки влагалища, а также вагинопексия при сохраняемой матке или сочетание с вагинальной гистерэктомией, леваторопластикой:

- 1) сакроспинальная фиксация вагинальным доступом
- 2) лапароскопическая сакрокольпопексия
- 3) сакрокольпопексия при чревосечении
- 4) вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия
- 5) передняя и задняя кольпоррафия

Ответ: 4

13. При следующей частоте бесплодного брака наблюдается неблагоприятная демографическая ситуация:

- 1) 8-10%
- 2) 15%
- 3) 18%
- 4) 20%
- 5) 22%

Ответ: 2

14. Следующий скрининг обязательно проводится при женском бесплодии:

- 1) опрос женщин по схеме, рекомендуемой ВОЗ
- 2) физикальное исследование
- 3) инфекционный скрининг
- 4) иммунологический скрининг
- 5) гормональный скрининг
- 6) дополнительное обследование (УЗИ, ГСТ, маммография, КТ, ЯМР и др.)
- 7) эндоскопические методы исследования (ГС, ЛС)

Ответ: 2, 4, 5

15. Следующие причины infertility не наблюдаются при эндометриозе:

- 1) трубное бесплодие (органическое, функциональное)
- 2) перитонеальное бесплодие (СББ)
- 3) ретрофлексия матки
- 4) эндокринное бесплодие (ановуляция, НЛФ)
- 5) угнетение процесса имплантации бластоцисты
- 6) поражение сперматозоидов активированными макрофагами
- 7) обструктивная азооспермия

Ответ: 3, 7

16. Современные подходы к лечению трубно-перитонеального бесплодия:

- 1) микрохирургическое, ЭКО/ПЭ
- 2) хирургическое
- 3) индукция овуляции
- 4) вспомогательные репродуктивные технологии
- 5) хирургическое + подавление овуляции, вспомогательные репродуктивные технологии

Ответ: 1

17. Абсолютные показания к ЭКО:

- 1) отсутствие маточных труб или непроходимость обеих труб
- 2) консервативно-пластические операции на трубах, если в течение 1-2 лет беременность не наступила
- 3) эндометриоз при отсутствии эффекта от консервативного и хирургического лечения в течение 6-12 мес.
- 4) отсутствие матки
- 5) бесплодие
- 6) иммунологическое бесплодие с высоким титром антиспермальных антител

Ответ: 1

18. Определите последовательность проведения программы ЭКО и ПЭ:

- 1) стимуляция суперовуляции препаратами гонадотропных гормонов
- 2) подавление уровня эндогенных гонадотропинов и десенситизация гипофиза
- 3) забор ооцитов путем пункции яичников через своды влагалища под УЗ-контролем
- 4) гормональная поддержка лютеиновой фазы
- 5) ПЭ на 6-8 клеточной стадии в полость матки
- 6) оплодотворение ооцитов сперматозоидами в специальных средах и содержание их до стадии 6-8 бластомеров

Ответ: 2, 1, 3, 6, 5, 4

19. Следующие пороки развития женских половых органов относят к аномалиям полового развития без нарушения половой дифференцировки:

- 1) преждевременное половое развитие
- 2) дисгенезия гонад
- 3) АГС
- 4) задержка полового созревания
- 5) тестикулярная феминизация
- 6) пороки развития матки и влагалища
- 7) различия интерсексуальные состояния

Ответ: 1, 4

20. Причины патологической дефлорации, сопровождающейся обильным кровотечением:

- 1) гипоплазия матки
- 2) разрыв плевы до её основания
- 3) чрезмерная плотность девственной плевы
- 4) «мясистость» девственной плевы
- 5) чрезмерное физическое воздействие при грубости и насилии
- 6) ранний возраст начала половой жизни

Ответ: 2, 3, 4, 5

21. Следующие ранения и повреждения половых органов относят к «старым»:

- 1) мочеполовые и кишно-половые свищи
- 2) ожоги

- 3) травмы, нанесенные режущими и колющими предметами и огнестрельным
- 4) свежие повреждения при половом сношении
- 5) свежие повреждения, не зависящие от полового акта
- 6) рубцовые изменения промежности и влагалища

Ответ: 1, 6

22. Цели планирования семьи:

- 1) рождение желанных детей
- 2) снижение распространения ИППП
- 3) снижение частоты незапланированных беременностей и искусственных абортов
- 4) преодоление бесплодия
- 5) снижение МС, ПС

Ответ: 1, 3, 5

23. Следующие методы контрацепции относят к современным:

- 1) ритмический
- 2) гестогенсодержащие ВМК
- 3) прерванное половое сношение
- 4) мужской и женский презервативы, диафрагмы, шейные колпачки
- 5) спермициды
- 6) гормональные (таблетки, влагалищное кольцо, пластырь, импланты, инъекции)
- 7) женская и мужская стерилизация

Ответ: 2, 6, 7

24. Лечебные эффекты КОК заключаются в:

- 1) снижение риска развития рака эндометрия и яичников, колоректального рака
- 2) регуляция менструального цикла
- 3) снижение риска внематочной беременности
- 4) устранение или уменьшение тяжести дисменореи
- 5) уменьшение менструальной кровопотери
- 6) уменьшение частоты воспалительных заболеваний органов малого таза
- 7) снижение риска развития ЖДА
- 8) уменьшение гиперандрогении
- 9) устранение или уменьшение ПМС
- 10) устранение овуляторных болей

- 11) снятие «страха нежелательной беременности»
- 12) возможность отсрочки очередной менструации

Ответ: 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10

25. Следующие прогестагенсодержащие контрацептивы относят к противозачаточным таблеткам «мини-пили»:

- 1) норплант
- 2) микрононор
- 3) норэтистерон-энантат
- 4) фемулен
- 5) эксклютон
- 6) чарозетта
- 7) неогест
- 8) микровал
- 9) микролут
- 10) эскапел
- 11) марвелон

Ответ: 2, 4, 5, 7, 8, 9

26. Двойной «голландский метод» контрацепции, рекомендуемой в подростковом возрасте, заключается в:

- 1) ВМК
- 2) низко- и микродозированные КОК
- 3) влагалищное кольцо (Нова Ринг)
- 4) барьерные методы
- 5) КОК + презерватив
- 6) презерватив + спермицид

Ответ: 5

27. Требования к контрацепции после родов:

- 1) надежность и обратимость
- 2) защитные свойства
- 3) отсутствие влияний на лактацию
- 4) защита от СТЗ

5) минимальный риск метаболических нарушений

Ответ: 1, 3

28. Противопоказания для искусственного аборта:

- 1) инфекционные заболевания
- 2) хронические воспалительные заболевания женских половых органов
- 3) острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов
- 4) гипертермия неясной этиологии
- 5) внематочная беременность любой локализации
- 6) угрожающий самопроизвольный аборт
- 7) киста яичника

Ответ: 1, 3, 4, 5, 6

29. Абсолютные противопоказания для выполнения медикаментозного аборта:

- 1) курение более 10 сигарет в сутки
- 2) подозрение на внематочную беременность
- 3) декомпенсированные экстрагенитальные заболевания
- 4) длительная кортикостероидная терапия
- 5) наличие рубца на матке
- 6) миома матки малых размеров
- 7) терапия антикоагулянтами
- 8) беременность на фоне внутриматочной контрацепции
- 9) аллергия к препарату
- 10) надпочечниковая, почечная и печеночная недостаточность

Ответ: 2, 3, 4, 7, 9, 10

30. Сочетание следующих симптомов встречается в более чем в половине случаев внематочной беременности:

- 1) тошнота, рвота
- 2) задержка менструации
- 3) использование ВМК
- 4) кровянистые выделения из половых путей
- 5) боли различного характера и интенсивности

Ответ: 2, 4, 5

31. Скрининг внематочной беременности заключается в:

1) при задержке менструации, отсутствии или наличии кровянистых выделений из половых путей – определение В-ХГЧ в крови

2) выявление женщин группы риска по внематочной беременности

3) гинекологическое исследование

4) проведение трансвагинального УЗИ

5) лапароскопия

Ответ: 1, 4

32. Следующие признаки характерны для прогрессирующей трубной беременности:

1) содержание ХГ несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока

2) содержание ХГ как и при маточной беременности

3) увеличение размеров матки соответствует предполагаемому сроку беременности

4) увеличение размеров матки не соответствуют предполагаемому сроку беременности

5) в области придатков болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции

Ответ: 1, 4, 5

33. При прервавшейся трубной беременности по типу разрыва следует провести операцию:

1) тубэктомия лапароскопическим доступом

2) сальпинготомия

3) тубэктомия лапаротомным доступом

4) рассечение маточного угла при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы

5) выдавливание плодного яйца

Ответ: 3, 4

34. Показания для сальпингоэктомии при внематочной беременности:

1) содержание ХГЧ более 15000 МЕ /мл

2) содержание ХГЧ менее 15000 МЕ/мл

3) размер плодного яйца более 5 см

4) размер плодного яйца 3-5 см

5) эктопическая беременность в анамнезе

Ответ: 1, 3, 5

35. Апоплексия яичника по МКБ-10 кодируется:

- 1) гематома яичника
- 2) разрыв кисты желтого тела
- 3) геморрагическая фолликулярная киста яичника
- 4) кровотечение из яичника
- 5) геморрагическая киста желтого тела
- 6) разрыв яичника

Ответ: 3, 5

36. Показания к оперативному лечению при апоплексии яичника:

- 1) ухудшение общего состояния
- 2) признаки внутреннего кровотечения
- 3) отсутствие признаков внутреннего кровотечения
- 4) удовлетворительное общее состояние
- 5) нарастание анемии
- 6) жалобы на боль внизу живота

Ответ: 1, 2, 5

37. Тактика при подозрении и перекруте ножки опухоли яичника:

- 1) амбулаторное наблюдение
- 2) госпитализация в гинекологический стационар в экстренном порядке
- 3) немедикаментозные методы лечения
- 4) консервативные медикаментозные методы лечения
- 5) хирургические методы лечения

Ответ: 2, 5

38. Для некроза миоматозного узла характерны клинические симптомы:

- 1) боли внизу живота
- 2) острые боли в животе
- 3) повышение температуры тела
- 4) тошнота, рвота
- 5) напряжение передней брюшной стенки
- 6) нарушение стула и мочеиспускания
- 7) увеличение и болезненность матки

- 8) определение в матке миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации
- 9) при УЗИ выявление зоны некроза узла
- 10) гипотермия
- 11) гиперполименорея
- 12) менометроррагия

Ответ: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9

39. Частота и причины перфорации матки:

- 1) у 1 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 2) у 0,5 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 3) у 0,1 – 0,3 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 4) самопроизвольный аборт малых сроков
- 5) искусственный аборт
- 6) диагностическое выскабливание
- 7) гистероскопия
- 8) введение ВМК
- 9) удаление ВМК

Ответ: 1, 5, 6, 7, 8

40. Выделите клинико-лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции:

- 1) температура тела более 38 или менее 36 градусов Цельсия
- 2) субфебрильная температура тела
- 3) гектическая лихорадка
- 4) ЧСС более 90 в минуту
- 5) ЧСС менее 90 в минуту
- 6) ЧД более 20 в минуту или гипервентиляция
- 7) ЧД менее 20 в минуту
- 8) лейкоциты крови более 12000/мл или количество незрелых лейкоцитов

более 10 %

9) лейкоциты крови менее 4 000/мл

10) лейкоциты 4 000 – 6 000/мл

Ответ: 1, 4, 6, 8, 9

41. Гинекологический сепсис при влагалищном источнике вызывают следующие возбудители:

1) пептострептококки

2) кишечная палочка

3) бактероиды (bivus)

4) энтерококки

5) энтеробактерии

6) стрептококки группы В

7) бактероиды (fragilis)

8) грибы Candida

9) гарднереллы (vaginalis)

10) микоплазмы (hominis)

11) стрептококки группы А

12) золотистый стафилококк

13) гонококки

14) хламидии

Ответ: 1, 3, 6, 9, 10, 12

42. Риск развития гинекологического сепсиса повышается у больных:

1) с высоким индексом тяжести общего состояния

2) с миомой матки

3) при длительном пребывании в РАО (более 21 дней)

4) при генитальном эндометриозе

5) находившихся на полном парентеральном питании

- 6) получавших глюкокортикоиды
- 7) получавших экстракорпоральную детоксикацию

Ответ: 2, 4, 6, 7, 8

43. Глюкокортикоиды при сепсисе применяют по следующим показаниям в следующей дозировке:

- 1) при септическом шоке в высоких дозах (более 1500 мг/сут.)
- 2) при сопутствующей относительной надпочечниковой недостаточности в дозах 240-300 мг/сут. в течение 5 – 7 дней
- 3) для поддержания эффективной гемодинамики высоких доз вазопрессоров в дозе 300 мг/сут. на 3 – 6 введений
- 4) в малых дозах эмпирическое назначение
- 5) при рефрактерном септическом шоке в дозе 300 мг/сут.

Ответ: 2, 3, 5

44. Летальность при тяжелом сепсисе и моноорганной дисфункции, а также при поражении четырех и более органов составляет соответственно:

- 1) 10 %
- 2) 20 %
- 3) 30 %
- 4) 40 %
- 5) 50-60 %
- 6) 60-80 %
- 7) 80-100 %

Ответ: 2, 7

45. Следующие патологические состояния в гинекологии могут привести к развитию геморрагического шока:

- 1) внематочная беременность, прогрессирующая форма
- 2) апоплексия яичника, болевая форма
- 3) травмы половых органов
- 4) онкологические заболевания половых органов

- 5) прервавшаяся трубная беременность
- 6) искусственный аборт
- 7) септические процессы, связанные с массивным некрозом тканей и эрозированием сосудов
- 8) апоплексия яичника, геморрагическая форма

Ответ: 3, 4, 5, 7, 8

46. Следующее мероприятие является основным и неотложным по лечению и профилактике прогрессирования геморрагического шока?

- 1) быстрое восстановление ОЦК
- 2) поиск источника кровотечения и его ликвидация
- 3) введение глюкокортикоидов
- 4) введение вазопрессоров
- 5) реинфузия крови

Ответ: 2

47. При следующих патологических состояниях в гинекологии ДВС-синдром протекает в хронической форме:

- 1) геморрагический шок
- 2) доброкачественные опухоли матки и яичников
- 3) неразвивающаяся беременность
- 4) HELLP-синдром
- 5) длительный прием гормональных средств на фоне химиотерапии, лучевого лечения
- 6) ЗГТ в перименопаузальном периоде
- 7) при синдроме системного воспалительного ответа
- 8) анафилактический шок

Ответ: 2, 3, 5, 7, 8, 9

48. Следующий компонент терапии ДВС-синдрома является основным:

- 1) инфузия СЗП
- 2) применение неселективных ингибиторов протеолиза (апротинин)

- 3) применение селективных ингибиторов фибринолиза (амбен)
- 4) применение рекомбинантных факторов свертывания (новосэвен)
- 5) инфузия гидроксиэтилированного крахмала (рефортан, ХАЕС-стерил)

Ответ: 1

49. Незаконному производству абортосредств посвящена статья УК РФ:

- 1) статья № 131
- 2) статья № 132
- 3) статья № 134
- 4) статья № 123
- 5) статья № 135

Ответ: 4

50. Поводом для проведения экспертизы по установлению истинного пола свидетелем является:

- 1) расследование половых преступлений
- 2) расторжение брака
- 3) иски об алиментах
- 4) неправильное определение пола при рождении
- 5) желание изменить пол
- 6) адреногенитальный синдром
- 7) тестикулярная феминизация
- 8) выдача документов, удостоверяющих личность

Ответ: 1, 2, 3, 4, 8

51. Ручное пособие в родах при головном предлежании не включает:

- 1) воспрепятствия преждевременному разгибанию головки
- 2) уменьшения напряжения промежности
- 3) вульварную и пудендальную анестезии
- 4) рассечение промежности (перинео-,эпизиотомия)

- 5) выведение головки из половой щели вне потуг
- 6) освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода

Ответ: 3,4.

52. Верхняя допустимая граница объема физиологической кровопотери в родах составляет:

- 1) 5 мл на 1 кг массы тела
- 2) 0,3 % массы тела
- 3) 0,5 % массы тела
- 4) более 0,5 % массы тела
- 5) до 250 мл

Ответ: 1, 3, 5

53. Следующие признаки отделения плаценты надо проверить, чтобы установить ее отделение:

- 1) признак Чукалова – Кюстнера
- 2) признак Альфельда
- 3) признак Шредера
- 4) признак Довженко
- 5) признак Штрассмана
- 6) признак Клейна

Ответ: 1, 2, 3

54. Для оценки состояния плода в неотложных родах применяют:

- 1) аускультацию сердца плода в I периоде каждые 30 минут
- 2) аускультацию сердца плода в I периоде каждые 15 минут
- 3) аускультацию сердца плода после каждой потуги
- 4) КТГ в начале и конце I периода родов
- 5) постоянное проведение КТГ
- 6) определение биофизического профиля плода

Ответ: 2,3,4

55. Из следующих мероприятий складывается туалет новорожденных:

- 1) отсасывание слизи из носика, ротика
- 2) выкладывание новорожденного на живот матери
- 3) двухмоментное отсечение пуповины и обработка пуповинного остатка
- 4) обработка глаз новорожденного
- 5) обработка кожи новорожденного
- 6) определение антропометрических данных
- 7) прикладывание к груди

Ответ: 3,4,5,6

56. Следующие немедикаментозные методы обезболивания родов разрешены и применяются:

- 1) гипноз, аутотренинг
- 2) психопрофилактическая подготовка
- 3) акупунктура
- 4) чрескожная электронейростимуляция
- 5) эпидуральная анестезия
- 6) продленная спинальная анальгезия
- 7) введение спазмолитиков, анальгетиков

Ответы: 1,2,3,4

57. При ведении партограммы влагалищное исследование проводится каждые:

- 1) 2 часа
- 2) 3 часа
- 3) 4 часа
- 4) 5 часа
- 5) 6 часов

Ответ: 3.

58. Продолжительность послеродового периода и время максимального темпа инволюционных изменений составляют:

- 1) 2-4 часа после родов
- 2) время нахождения родильницы в акушерском стационаре
- 3) 42 дня после рождения последа
- 4) 8 недель после родов
- 5) 8-12 суток после родов

Ответ: 3, 5.

59. Характер лохий в послеродовом периоде:

- 1) в первые 2-3 дня кровяные
- 2) на 4-5ый день кровянисто-серозные
- 3) на 7-8ой день серозные
- 4) реакция лохий нейтральная
- 5) реакция лохий щелочная
- 6) реакция лохий кислая
- 7) запах прелый
- 8) общее количество лохий 500-1500г
- 9) общее количество лохий менее 500г
- 10) к концу 3й недели после родов выделения из половых путей прекращаются

Ответ: 1,2,3,4,5,6,7,8,

60. Состояние мягких тканей родового канала к концу 2-3-й недели послеродового периода заключается в:

- 1) эпителизация плацентарной площадки
- 2) шейка матки цилиндрическая, внутренний зев закрыт, наружный зев приобретает щелевидную форму
- 3) стенки влагалища отечны, просвет влагалища расширен
- 4) тонус промежности восстановлен
- 5) выделения серовато-белого цвета

Ответ: 2, 3, 4, 5

61. Секреция молока начинается после родов на ... и стимулирующее действие на лактацию оказывают:

- 1) на 2-3-и сутки
- 2) на 3-4-е сутки
- 3) на 5-6-е сутки
- 4) гормоны щитовидной железы и надпочечников
- 5) акт сосания
- 6) пролактин

Ответ: 1, 4, 5

62. Клиническая картина послеродового периода определяется:

- 1) хорошее состояние женщины
- 2) нормальная температура тела
- 3) субинволюция матки
- 4) достаточная лактация
- 5) гипогалактия
- 6) лихорадка неясной этиологии
- 7) лактостаз
- 8) нормальные АД, пульс, частота дыхания
- 9) правильная инволюция матки, нормальное количество и характер лохий

Ответ: 1, 2, 4, 8, 9

63. Уход за родильницей заключается в следующем:

- 1) ежедневное наблюдение врача и акушерки за родильницей
- 2) оценка состояния молочных желез
- 3) определение высоты стояния дна матки, ее поперечника, консистенции, болезненности
- 4) диета с преобладанием молочнокислых, белковых продуктов, свежих фруктов и овощей
- 5) туалет наружных половых органов

- 6) душ ежедневно, смена белья через 3 суток
- 7) немедленное прикладывание новорожденного к груди матери
- 8) совместное пребывание матери и ребенка
- 9) кормление ребенка грудью по первому требованию, без ночных интервалов
- 10) ранняя выписка из родильного дома

Ответ: 5, 6, 7, 8, 9, 10

64. Для профилактики опущения и выпадения внутренних половых органов, стрессового недержания мочи с первых суток после родов назначают:

- 1) упражнения для восстановления тонуса мышц брюшного пресса
- 2) упражнения Кегеля
- 3) упражнения Грищенко и Шулеповой
- 4) упражнения Дзнецладзе
- 5) упражнения Диканя

Ответ: 2

65. Период новорожденности продолжается:

- 1) 168 часов жизни
- 2) 8-12 дней жизни
- 3) 4-6 дней жизни
- 4) 28 дней жизни
- 5) 26 дней жизни

Ответ: 4.

66. Основные принципы ведения детей в периоде новорожденности составляют:

- 1) прикладывание к груди в первые 20 минут жизни.
- 2) дотация молозива детям в теплом состоянии
- 3) уход за новорожденным
- 4) интенсивная терапия новорожденного
- 5) профилактическая вакцинация (вакцина БЦЖ, против гепатита В)

б) скрининг на врожденную и наследственную патологию (в РФ с 2006года обязательное обследование на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, глухоту, галактоземию, муковисцидоз и адреногенитальный синдром)

7) совместное пребывание матери и ребенка

8) ранняя выписка из акушерского стационара

Ответ: 1, 2,3,5,6,8

67. Следующие ранние токсикозы беременных наиболее часто встречаются (85-90%):

1) тошнота

2) рвота

3) слюнотечение

4) дермопатия

5) тетания

6) бронхиальная астма

7) гепатоз

8) остеомалация

Ответ: 2

68. Рвота беременных тяжелой формы характеризуется следующими симптомами:

1) частота рвоты 6-10 раз в сутки

2) частота рвоты 11-15 раз в сутки

3) частота пульса в минуту 80-90

4) частота пульса в минуту 90-120

5) частота пульса в минуту свыше 100

6) систолическое АД 110-100 мм рт. ст.

7) систолическое АД ниже 100 мм рт. Ст.

8) субфебрильная температура

9) гипотермия

10) диурез 900-800 мл

- 11) диурез менее 700мл
- 12) кетонурия +, +, + +
- 13) кетонурия + + +, + + + +

Ответ: 2, 5, 7, 8, 11, 13

69. В основе развития гестоза лежит:

- 1) тромбофилии
- 2) дисфункция эндотелия
- 3) иммунный эндотелиоз
- 4) нарушение ПОЛ (перекисного окисления липидов)
- 5) гипоксия

Ответ: 2, 3

70. Патогенетически обоснованным золотым стандартом терапии гестоза считают:

- 1) нормализация осмотического и онкотического давления
- 2) воздействие на ЦНС, создание лечебно-охранительного режима
- 3) снятие генерализованного спазма
- 4) нормализация сосудистой проницаемости, ликвидация гиповолемии
- 5) улучшение кровотока в ногах, стимуляция мочевыделительной функции
- 6) регулирование водно-солевого обмена
- 7) нормализация метаболизма
- 8) нормализация реологических и коагуляционных свойств крови.
- 9) проведение антиоксидантной терапии
- 10) проведение профилактики и лечения внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода
- 11) современное щадящее родоразрешение
- 12) профилактика кровотечения, коагуляционных расстройств в родах и раннем родовом периоде

Ответ: 1, 2, 4, 8.

71. К кровотечениям второй половины беременности относят:

- 1) начинающийся самопроизвольный аборт
- 2) прервавшаяся внематочная беременность
- 3) пузырный занос
- 4) предлежание плаценты
- 5) несостоятельность рубца на матке
- 6) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Ответ: 4,5,6.

72. Основными симптомами ПОНРП являются:

- 1) неправильные положения и тазовое предлежание плода
- 2) хроническая гипоксия плода и ЗПР
- 3) артериальная гипотония, гиповолемия
- 4) боль в животе
- 5) кровотечение и симптомы геморрагического шока
- 6) кровотечение, симптомы геморрагического шока и ДВС – синдрома
- 7) гипертонус матки
- 8) острая гипоксия плода
- 9) высокое стояние предлежащей части плода

Ответ: 4, 6, 7, 8

73. К клиническим признакам предлежания плаценты относят:

- 1) кровяные выделения из половых путей с темными сгустками
- 2) гипертонус матки
- 3) кровяные выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матки
- 4) высокое стояние предлежащей части плода
- 5) неправильные положения и тазовое предлежание плода
- 6) артериальная гипотония, гиповолемия

Ответ: 3, 4, 5, 6

74. Определите алгоритм обследования беременных, поступающих в стационар с кровяными выделениями:

- 1) УЗИ (при массивной кровопотере в операционной)
- 2) наружное акушерское исследование
- 3) осмотр наружных половых органов и определение характера кровяных выделений.
- 4) выслушивание сердечных тонов плода, кардиомониторинг
- 5) осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал (если не подтвержден диагноз ПОНРП)

Ответ: 2, 4, 3, 1, 5

75. Причины кровотечений в послеродовом периоде составляют:

- 1) частичное плотное прикрепление или приращение плаценты
- 2) задержка частей плода в полости матки
- 3) ущемление отделившегося последа в матке
- 4) гипотония, атония матки
- 5) травмы мягких тканей родовых путей
- 6) наследственные и приобретенные дефекты гемостаза

Ответ: 1, 3, 5, 6

76. Определите последовательность мероприятий при кровотечении в третьем периоде родов:

- 1) ручное отделение плаценты и выделение последа
- 2) катетеризация мочевого пузыря; пункция или катетеризация локтевой вены с подключением внутривенных инфузий
- 3) применение приема выделения последа по Креде – Лазаревичу без обезболивания
- 4) выделение последа по Креде – Лазаревичу при положительных признаках отделения плаценты
- 5) применение приема выделения последа по Креде – Лазаревичу под наркозом
- 6) определение признаков отделения плаценты

Ответ: 2, 6, 4, 3, 5, 1

77. Определите алгоритм мероприятий по остановке кровотечения при гипотонии матки:

- 1) катетеризация вены и ИТТ
- 2) ручное обследование матки
- 3) прижатие брюшной аорты к позвоночнику через переднюю брюшную стенку
- 4) наружный массаж матки
- 5) катетеризация мочевого пузыря
- 6) оперативное лечение

Ответ: 5, 4, 1, 2, 3, 6

78. Угрожающими для жизни кровотечениями считают следующие состояния:

- 1) кровопотеря менее 15% ОЦК
- 2) кровопотеря со скоростью 150мл/мин. в течение 20 минут
- 3) кровопотеря менее 1,5% массы тела
- 4) кровопотеря со скоростью 1,5 мл/кг/ мин. в течение 20 минут
- 5) одномоментная кровопотеря более 1500 – 2000мл
- 6) кровопотеря 50% ОЦК за 3 часа

Ответ: 2, 4, 5, 6

79. При неэффективности консервативных мероприятий по остановке кровотечения переходят к следующим методам:

- 1) гистерэктомия
- 2) надвлагалищная ампутация матки
- 3) утеротоники
- 4) перевязка магистральных сосудов (а. hypogastrica) и / или перевязка маточных артерий
- 5) селективная эмболизация маточных артерий
- 6) гемастатические швы («рюкзачный», «квадратный», «матрасный»)

Ответ: 1, 4, 5, 6

80. Следующие инфузионные среды и объем восполнения используют при кровопотере 15% - 30% ОЦК:

- 1) кристаллоиды : коллоиды (3:1)
- 2) кристаллоиды : коллоиды (2:1)
- 3) СЗП (50% кровопотери)
- 4) СЗП (100% кровопотери)
- 5) эритроцитарная масса (20-30% кровопотери)
- 6) эритроцитарная масса (> 30% кровопотери)
- 7) тромбоциты, криопреципитат
- 8) объем восполнения 150 – 200% кровопотери
- 9) объем восполнения 200 – 250% кровопотери

Ответ: 2, 3, 9

81. Лечение острой формы ДВС-синдрома при акушерских кровотечениях заключается в:

- 1) контроль за лабораторными показателями; гемостазиограмма
- 2) надвлагалищная ампутация матки
- 3) экстирпация матки
- 4) восстановление центральной и периферической гемодинамики
- 5) восстановление коагуляционных свойств крови (СЗП, свежечитратная кровь, антигемофильная плазма, аprotинин)
- 6) гепаринотерапия

Ответ: 3, 4, 5

82. Определите механизм родов при лицевом предлежании:

- 1) максимальное сгибание головки
- 2) максимальное разгибание головки
- 3) внутренний поворот головки с образованием переднего вида
- 4) внутренний поворот головки с образованием заднего вида
- 5) сгибание головки

б) внутренний поворот плечиков и наружной поворот головки

Ответ: 2, 4, 5, 6

83. При следующем разгибательном предлежании головки плода роды возможны через естественные родовые пути:

- 1) тазовое предлежание плода в сочетании с разгибанием головки I степени
- 2) переднее – головное предлежание
- 3) лобное предлежание
- 4) лицевое, задний вид
- 5) лицевое, передний вид

Ответ: 2, 4

84. Неправильные положения плода обнаруживают с частотой:

- 1) 0,3 – 0,5 %
- 2) 0,5 – 0,7%
- 3) 1,0%
- 4) чаще у первородящих
- 5) чаще у многорожавших

Ответ: 2, 5

85. Механизм (последовательность моментов) родов при тазовых предлежаниях плода составляют:

- 1) сгибание головки
- 2) опускание и внутренний поворот ягодиц
- 3) разгибание головки
- 4) боковое сгибание поясничного отдела позвоночника плода
- 5) боковое сгибание шейно – грудного отдела позвоночника плода
- 6) внутренний поворот плечиков
- 7) внутренний поворот головки

Ответ: 2, 3, 6, 5, 7, 1

86. Плановое абдоминальное родоразрешение не производится у первородящих с тазовым предлежанием плода при:

- 1) узком тазе
- 2) массе плода менее 2000 или более 3600г
- 3) при мужском поле плода
- 4) сумме баллов по шкале 12 баллов
- 5) наличии рубца на матке
- 6) беременности после ЭКО и ПЭ
- 7) перенашивании беременности

Ответ: 4

87. Определите тактику ведения II периода самопроизвольных родов при чистом ягодичном предлежании плода:

- 1) мониторинг состояния плода, сократительной деятельности матки
- 2) ведение партограммы
- 3) введение спазмолитиков, анальгетиков
- 4) внутривенное введение спазмолитиков
- 5) рассечение промежности
- 6) пособие по Цовьянову №1
- 7) пособие по Цовьянову №2

Ответ: 3, 4, 6

88. Преждевременными родами считают:

- 1) роды от 22 до 28 недель
- 2) роды от 29 до 37 недель
- 3) роды от 22 до 37 недель
- 4) ребенок с массой от 500 до 2500г
- 5) ребенок с массой от 1000 до 2500г
- 6) ребенок ростом от 25 до 45 см
- 7) ребенок ростом от 35 до 45см

Ответ: 3, 4, 6

89. Основные причины прерывания в первой половине беременности составляют:

- 1) нейроэндокринные нарушения
- 2) инфекционные заболевания
- 3) генетическая патология
- 4) истмико – цервикальная недостаточность
- 5) иммунологические факторы
- 6) экстрагенитальные заболевания неинфекционной природы
- 7) пороки развития матки

Ответ: 3

100. Медикаментозное лечение угрожающих и начинающихся преждевременных родов включает:

- 1) острый токолиз препаратами, снижающими СДМ (магнезия сульфат, гинепрал, нифедипин, индометацин)
- 2) постельный режим
- 3) палатный режим
- 4) по показаниям гормонотерапия (аналоги прогестерона, глюкокортикоиды)
- 5) спазмолитики (папаверин, дротаверин и др.)
- 6) фитотерапия
- 7) физиотерапия, ЧЭНС, ИРТ
- 8) гомеотерапия
- 9) регуляция стула
- 10) седативная терапия (диазепам, оксазепам) Ответ: 1, 4, 5, 10

Тест по теме "Десмургия"

1. Понятие «повязка» обозначает... (выберите правильный ответ):

способ фиксации перевязочного материала

смену повязки

вид перевязочного материала

2. Цель давящей повязки ... (выберите правильный ответ):

создание неподвижности и покоя для органа или части тела

остановка кровотечения

исправление патологического положения части тела

прочная фиксация лекарственных препаратов к ране

предупреждение вторичного инфицирования раны

3. Для наложения простой (защитной) повязки используют ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) марлевый бинт; 2) гипсовый бинт; 3) косынку; 4) трубчатый трикотажный бинт; 5) лейкопластырь

1,2,4,5;

1, 3, 4,5;

2, 3, 4, 5;

4. Повязка «Дезо» по лечебному эффекту является ... (выберите правильный ответ):

иммобилизирующей

давящей

корректирующей

защитной

5. Свободный конец скатанной части бинта называется ... (выберите правильный ответ):

началом бинта

головкой бинта

6. Простая (защитная) повязка должна быть ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) удобной; 2) легкой и красивой; 3) оказывать давление на рану; 4) прочно фиксировать перевязочный материал; 5) не ограничивать движения.

1,2,4,5;

1, 3, 4,5;

2, 3, 4, 5;

7. Повязкой «чепец» можно забинтовать ... (выберете правильную

комбинацию ответов): 1) ухо; 2) лобную область; 3) теменную область; 4) затылочную область; 5) заднюю поверхность шеи

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 5;

2,3,4;

2, 3, 5.

8. Показания к срочной смене повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) внезапное обильное пропитывание повязки кровью; 2) обильное пропитывание повязки гноем; 3) появление чувства распирания в ране под повязкой; 4) появление признаков нарушения кровообращения в конечности.

все ответы не верны;

все ответы верны;

1,2,3;

1,3,4;

2,3,4.

9. Разновидностью восьмиобразной повязки является ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) колосовидная; 2) возвращающаяся; 3) сходящаяся черепашья; 4) расходящаяся черепашья; 5) ползучая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 5;

1, 3, 4;

2, 3, 5.

10. На плечевой сустав накладывается повязка ... (выберете правильный ответ):

спиральная

ползучая

колосовидная

возвращающаяся

циркулярная

11. Перевязкой называется ... (выберите правильный ответ):

способ фиксации перевязочного материала

смена повязки

вид перевязочного материала

12. Для выполнения давящей повязки используют ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) трубчато-сетчатый бинт; 2) эластичный бинт; 3) резиновый бинт; 4) жгут «Эсмарха»; 5) марлевый бинт.

1, 3, 4, 5;

1, 2, 4, 5;

2, 3, 4, 5;

13. В зависимости от применяемого материала повязки называются ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) марлевая; 2) пращевидная; 3) лейкопластырная; 4) циркулярная; 5) гипсовая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

1, 3, 5;

2, 3, 5.

14. Для закрытия повреждений в области подбородка накладывают повязку ... (выберете правильный ответ):

Т-образную

циркулярную

пращевидную

черепашью

восьмиобразную

15. Для бинтования пяточной области применяется повязка ... (выберете правильный ответ):

черепашня

круговая

возвращающаяся

T-образная

ползучая

16. Стопа бинтуется в положении под углом (к голени) в градусах ... (выберите правильный ответ):

45

70

90

110

130

17. На теменную область накладываются повязки ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

спиральная

колосовидная

круговая

прямоугольная

18. На локтевой сустав накладывается повязка ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

черепашья

колосовидная

спиральная

циркулярная

19. Если каждый последующий тур бинта прикрывает предыдущий на

$1/2 - 2/3$, то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

ползучей

циркулярной

спиральной

возвращающейся

колосовидной

20. Если каждый тур бинта идет винтообразно, не соприкасаясь с предыдущим, то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

ползучей

циркулярной

спиральной

восьмиобразной

возвращающейся

21. Восьмиобразная повязка может быть использована при бинтовании ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)голеностопного сустава; 2)задней поверхности шеи; 3)средней трети бедра; 4)межлопаточной области; 5)основной фаланги 1 пальца кисти

1, 3, 4, 5;

1, 2, 4, 5;

2, 3, 4, 5;

22. Повязки в зависимости от назначения, называются ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)защитная; 2)давящая; 3)бинтовая; 4)лейкопластырная; 5)иммобилизирующая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

1, 2, 5;

2, 3, 5.

23. Повязка «Дезо» применяется для иммобилизации верхней конечности при ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)переломе лопатки; 2)переломе ключицы; 3)переломе костей предплечья; 4)переломе ребер; 5)вывихе плеча

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

1, 2, 5;

2, 3, 5.

24. Локтевой сустав бинтуется в положении под углом (в градусах) ...
(выберите правильный ответ):

45

70

90

110

130

25. Т-образная повязка используется при заболеваниях и повреждениях в области ... (выберите правильный ответ):

подбородка

носа

промежности

подмышечной ямки

культы конечности

*26. Показанием к наложению працевидной повязки являются заболевания и повреждения ... *(выберете правильную комбинацию ответов):*

1)носа

2)подбородка

3)теменной области

4)затылочной области

5)промежности

1, 3, 4, 5;

1, 2, 3, 4;

2, 3, 4, 5;

27. На культю бедра накладывается повязка ... (выберите правильный ответ):

Т-образная

восьмиобразная

прящевидная

возвращающаяся

спиральная

28. Повязки защищают от воздействия внешней среды ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)рану; 2)патологически измененные ткани; 3)поврежденные ткани

все ответы не верны;

все ответы правильны;

1, 2;

2, 3;

1, 3.

29. Неподвижные повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)шины; 2)гипсовые повязки; 3)аппараты для вытяжения; 4)косыночная повязка; 5)колосовидная повязка

1, 2, 5;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

1, 2, 3;

2, 3, 5.

30. Неподвижные повязки используют для ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)временной иммобилизации различных частей тела; 2)лечения повреждений опорно-двигательного аппарата; 3)сдавления мягких тканей; 4)защиты ран от внешней среды; 5)лечения заболеваний костей и суставов

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

1, 2, 5;

2, 3, 5.

31. Накладывающий повязку становится к больному ... (выберите правильный ответ):

лицом

боком

в наиболее удобном для накладывания повязки положении

32. Мягкую повязку на конечность накладывают ... (выберите правильный ответ):

от туловища к периферии

от периферии к туловищу

место наложения первого тура значения не имеет

33. Циркулярная повязка применяется для закрытия ран в области ... (выберите правильную комбинацию ответов): 1) лба; 2) шеи; 3) средней трети предплечья; 4) нижней 1/3 плеча; 5) голеностопного сустава

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 3, 4, 5;

1, 2, 4, 5;

2, 3, 4, 5;

34. Недостатки циркулярной повязки ... (выберите правильную комбинацию ответов): 1) может вращаться вокруг места наложения; 2) возможно смещение перевязочного материала; 3) закрывает лишь раны небольших размеров; 4) нельзя использовать с давящей целью; 5) не создает иммобилизации

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3, 5;

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

35. Простую спиральную повязку накладывают на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) грудную клетку; 2) плечо; 3) бедро; 4) голень; 5) предплечье

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3, 5;

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

36. Спиральная повязка с перегибами накладывается на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) предплечье; 2) плечо; 3) голень; 4) бедро; 5) грудную клетку

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3;

2, 3, 5;

1, 3, 4;

37. Особенности спиральной повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) проста для наложения; 2) быстро накладывается; 3) легко смещается при движении; 4) при движении не смещается; 5) сложность выполнения

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3;

2, 3, 4;

1, 4, 5;

38. Ползучая повязка обычно является предварительным этапом перед наложением повязки ... (выберете правильный ответ):

циркулярной

спиральной

восьмиобразной

колосовидной

черепашьей

39. Ползучая повязка применяется ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)на конечностях; 2)на шее; 3)для фиксации большого по протяжению перевязочного материала; 4)для фиксации перевязочного материала любой длины; 5)на грудной клетке

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 3, 5;

2, 3, 4;

1, 4, 5;

40. Колосовидная повязка является разновидностью повязки ... (выберете правильный ответ):

восьмиобразной

спиральной

циркулярной

ползучей

возвращающейся

41. Синоним обозначения крестообразной повязки ... (выберете правильный ответ):

возвращающаяся

восьмиобразная

колосовидная

ползучая

спиральная

42. Участки тела, на которые накладывается колосовидная повязка ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)тазобедренный сустав; 2)локтевой сустав; 3)плечевой сустав; 4)коленный сустав; 5)задняя поверхность шеи

1, 2;

3, 5;

1, 4;

1, 3;

2, 5.

43. «Черепашья» повязка накладывается на области ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)коленного сустава; 2)локтевого сустава; 3)лучезапястного сустава; 4)голеностопного сустава; 5)затылочную область

1, 2, 3;

1, 2, 4;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

2, 3, 5.

44. Если при наложении «черепашьей» повязки начинают с циркулярных туров через область сустава, то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

расходящейся

сходящейся

45. «Черепашья» повязка, которая начинается с циркулярных туров выше и ниже сустава, называется ... (выберите правильный ответ):

расходящейся

сходящейся

46. Возвращающуюся повязку накладывают на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)голову; 2)стопу; 3)кисть; 4)суставы; 5)культю конечности после ампутации

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3, 5;

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

47. Циркулярную повязку на голову накладывают при небольших ранах в области ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)лба; 2)виска; 3)затылка; 4)ушной раковины; 5)глаза

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3;

2, 3, 4;

1, 3, 5;

48. Возвращающуюся повязку на голову накладывают при повреждениях ...
(выберите правильный ответ):

волосистой части (обширных)

лба

височной области

теменной области

затылочной области

К фонду оценочных средств также относится программное обеспечение тренажеров сердечно-лёгочной реанимации (торс электронный для отработки СЛР) с программным обеспечением.

10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики

а) основная литература:

Инструкции по эксплуатации симуляционного оборудования: одеваемая модель для обучения самообследования молочной железы, фантом-тренажер для введения назогастрального зонда и трахеостомической трубки, фантом-тренажер ухода за стомами, фантом-тренажер ухода за стомой у взрослого, многофункциональный манекен для ухода за больными и базовой СЛР "ВиртуМЭРИ", тренажер для крикотиреотомии, торс электронный для отработки СЛР, фантом для отработки процедуры катетеризации центральных вен, модель для обучения наложению повязок, тренажер вагинальных исследований, фантом гинекологический "Ева", фантом для отработки навыков гинекологического обследования, фантом для отработки интубации, тренажер для крикотиреотомии, фантом для отработки интубации, тренажер манипуляций дыхательных путей, модель для обследования уха, карманный отоскоп, тренажер для эндоскопии носа и горла, фантом-симулятор для офтальмоскопии, фантом для отработки процедуры катетеризации центральных вен, фантом отработки процедуры катетеризации центральных вен, фантом верхней части туловища для отработки навыков плеврального дренажа.

б) дополнительная литература:

1. Симуляционное обучение в медицине / Под ред. проф. Свистунова А.А. Сост. Горшков М.Д. – М.: Издательство Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, 2013 – 288 с.
2. Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» / Под ред. проф. Свистунова А.А. Сост. М.Д.Горшков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288с.

11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

Материалы по анатомии, представленные на медицинском портале и в качестве временных доступов в библиотеке ПСПбГМУ:

- <http://www.univadis.ru/3d-anatomy>
- <http://aclandanatomy.com/>

12. Материально-техническая база, необходимая для проведения симуляционного курса

Симуляционный курс проводится на базе Центра инновационных образовательных технологий ГБОУ ВПО «ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ (корпус 53, I этаж. Ул.Л.Толстого, д. 19, г. Санкт-Петербург, 197022)

Кабинет (Тема занятий)	Перечень оборудования
Кабинет 1 (Общеврачебные навыки; Аускультация сердца и лёгких. Отоскопия. Офтальмоскопия)	<p>Модель «Женский таз и тазовое дно», одеваемая модель для обучения самообследования молочной железы, модель для обучения назогостральной интубации, имитатор для обучения катетеризации (женский), имитатор для обучения катетеризации (мужской), Плакат «Женская грудь, анатомия», анатомическая модель «Пищеварительная система, 3 части», тренажер для катетеризации мочевого пузыря (женский), тренажер для катетеризации мочевого пузыря (мужской), фантом-тренажер ухода за стомами, фантом-тренажер ухода за стомой у взрослого, фантом-тренажер для введения назогастрального зонда и трахеостомической трубки</p> <p>Плакат «Гортань: аномалия и патология», инфекции дыхательных путей (плакат), классическая модель сердца (2 части), модель атеросклеротических изменений сосудов с поперечным разрезом артерии, общие сердечные расстройства (плакат), модель лёгких с гортанью, бронхиальное дерево с гортанью и прозрачными легкими, тренажер для обучения аускультации и Smart Score, имитатор сердечных тонов и дыхательных шумов.</p> <p>Заболевания среднего уха (плакат), риниты и синуситы (плакат), гортань: аномалия и патология (плакат), модель для обследования уха, карманный отоскоп, тренажер для эндоскопии носа и горла, фантом-симулятор для офтальмоскопии.</p>
Кабинет 2 (Осмотр шейки матки в зеркалах. Родовспоможение. Смена повязок. Уход за пролежнями. Наложение и снятие швов. Катетеризация центральных и периферических вен. Плевральная пункция. Люмбальная пункция.)	<p>Тренажер вагинальных исследований, модель «Женский таз и тазовое дно», гинекологический тренажер, расширенная версия фантома родов, фантом гинекологический "Ева", базовая версия фантома родов, фантом для отработки навыков гинекологического обследования.</p> <p>Модель для обучения наложению повязок, набор для имитации несчастного случая, многофункциональный манекен для ухода за больными и базовой СЛР "ВиртуМЭРИ".</p>

	<p>Рука для тренировки наложения швов, муляж ткани для отработки прошивания, тренажер для отработки базовых хирургических навыков с набором тканей.</p> <p>Рука для внутривенных инъекций, усовершенствованная модель для венопункции и инъекций, фантом для отработки процедуры катетеризации центральных вен.</p> <p>Классический гибкий позвоночник с ребрами, фантом отработки процедуры катетеризации центральных вен, фантом верхней части туловища для отработки навыков плеврального дренажа.</p>
<p>Кабинет 3 (Сердечно-лёгочная реанимация. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей)</p>	<p>Плакат «Гортань: аномалия и патология», тренажер для крикотиомии, рука для внутривенных инъекций, усовершенствованная модель для венопункции и инъекций, торс электронный для отработки СЛР, фантом для отработки интубации, фантом для отработки процедуры катетеризации центральных вен, аппарат искусственной вентиляции легких NEFTIS, дефибрилятор Responder, тренажер для в/в инъекций, классическая модель сердца (2 части), модель лёгких с гортанью, бронхиальное дерево с гортанью и прозрачными легкими, модель туловища взрослого для обучения мероприятиям СЛР с интерактивным имитатором, тренажер манипуляций дыхательных путей, тренажер реанимации взрослого человека, ротаторасширитель с кремальерой, языкодержатель Collin, ларингоскоп лампочный (рукоятка с комплектом изогнутых и прямых клинков), клинок "Флеплайт" №3, набор реанимационный Серия Стандарт ICW H.</p> <p>Тренажер для крикотиомии, фантом для отработки интубации, тренажер манипуляций дыхательных путей.</p>

Разработчик:

Авраменко Е.А., специалист по учебно-методической работе

Рецензент:

Вахитов М.Ш., д.м.н., проф.

Эксперт:

Гостимский А.В., профессор, зав.кафедрой общей медицинской практики ГБОУ ВПО СПбГПМУ

ПРАКТИКА «РЕНТГЕНОЛОГИЯ»

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
		1
Сроки проведения практики: 2 недели	108	108
Вид промежуточной аттестации	зачет	зачет
Общая трудоемкость	часы	108
	зачетные единицы	3

1. Цели и задачи практики

Цель практики: закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения врача-ординатора, формирование профессиональных компетенций врача-специалиста рентгенолога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач

Задачи амбулаторной практики:

Задачи первого года обучения:

1. Уметь выполнять различные методики традиционного рентгенологического исследования легких и средостения
2. Владеть навыками и умениями выполнения традиционного рентгенологического исследования сердца в различных проекциях
3. Уметь выполнять различные методики традиционного рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта
4. Уметь выполнять различные методики традиционного рентгенологического исследования мочевыводящей системы
5. Владеть выбором тактики, практическими навыками и уметь выполнять различные методики традиционного рентгенологического исследования при неотложных состояниях
6. Владеть укладками и уметь выполнять различные методики традиционного рентгенологического исследования костно-суставной системы
7. Уметь построить протокол рентгенологического исследования различных органов и систем

Задачи второго года обучения

1. Владеть выбором тактики, иметь практические навыки выполнения различных методик КТ-исследования больных различного клинического профиля
2. Уметь построить протокол КТ – исследования и формировать дифференциально-диагностический ряд рентгенологического исследования различных органов и систем
3. Владеть построением алгоритма лучевых исследований при обследовании больных различного клинического профиля
4. Уметь определять целесообразность привлечения различных методик смежных специальностей для аргументации данных рентгенологического исследования различных органов и систем и обоснования клинического диагноза
5. Уметь рассчитывать радиационную нагрузку при выполняемых рентгеновских исследованиях
6. Знать принципы организации работы рентген-кабинета, уметь вести документацию и анализировать выполняемую работу

7. Уметь управлять рентгенодиагностическим аппаратом на 3 рабочих места и рентгеновским компьютерным томографом

2. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

- готовность 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 (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

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

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Базы практики

Практика проводится в поликлинике и клиниках ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

5.Содержание практики

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр №1)</i>				
ПРАКТИКА «РЕНТГЕНОЛОГИЯ»				
1.	Рентгенология	поликлиника и клиники ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова	216 6 ЗЕ	ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 УК-1

План работы:

1. Анализ пациентов по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
2. Работа в качестве ассистента врача.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение изученных материалов с куратором.
4. Выполнение консультаций больных под руководством сотрудников кафедры.
5. Ведение медицинской документации.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
- оценить данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
- определить вопросы трудоспособности больного;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз
- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний;
- своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её;
- проводить остановку кровотечений, иммобилизацию частей тела, наложение повязок;
- самостоятельно проводить подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные инъекции;

- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой
- своевременно проводить комплексный анализ клинических и параклинических данных;
- вести необходимую медицинскую документацию;
- составить план своей работы и работы подчинённого среднего медицинского персонала;
- составить отчёт о работе за год и провести её анализ.

Во время обучения и работы на амбулаторном приеме врач ординатор получает и углубляет знания по организации помощи населению, особенностям диагностики и лечения заболеваний по профилю «рентгенология» и вопросам медикосоциальной экспертизы (МСЭ), приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с разнообразной патологией, заполнения и ведения учетной медицинской документации.

6. Обязанности руководителя практики от Университета:

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

7. Обязанности обучающихся на практике:

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором. Форма дневника представлены ниже:

Квартал № _____ года

обучения

_____ 20____ г.

Раздел индивидуального плана _____
отделения _____

№ пп	1.Первичная консультация больных (диагнозы заболеваний)	Число больных за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

№ пп	2.Диагностические мероприятия	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

№ пп	3. Самостоятельно диагностические мероприятия	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
1							
2							
3							
4							

5							
6							
7							
8							
9							
10							

№ пп	4. Ассистирование на консультациях	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
1							
2							
3							
4							
5							
6							

. Изученная медицинская литература:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

10. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.

КОМПЛЕКТЫ НАБОРОВ ИССЛЕДОВАНИЙ (РЕНТГЕНОГРАММЫ, КТ, МР-ТОМОГРАММЫ)

Набор 1

Лучевая диагностика воспалительных изменений в легких (пневмонии бактериальные)

Набор 2

Лучевая диагностика воспалительных изменений в легких (пневмонии вирусные и микотические)

Набор 3

Лучевая диагностика новообразований легких (центральный рак)

Набор 4

Лучевая диагностика воспалительных изменений в легких (периферический рак)

Набор 5

Лучевая диагностика гранулематозных поражений легких.

Набор 6

Лучевая диагностика интерстициальных заболеваний легких.

Набор 7

Лучевая диагностика туберкулеза легких

Набор 8

Лучевая диагностика неотложных состояний в пульмонологии

Набор 9

Лучевая диагностика травматических изменений органов грудной полости

Набор 10

Лучевая диагностика травматических изменений костно- суставного аппарата

Набор 11

Лучевая диагностика дегенеративно- дистрофических изменений костно- суставного аппарата

Набор 12

Лучевая диагностика злокачественных опухолей костно- суставного аппарата

Набор 13

Лучевая диагностика доброкачественных опухолей костно- суставного аппарата

Набор 13

Лучевая диагностика заболеваний головного мозга

Набор 15

Лучевая диагностика дегенеративно- дистрофических изменений позвоночника

Набор 16

Лучевая диагностика язв желудка

Набор 17

Лучевая диагностика опухолей желудка

Набор 18

Лучевая диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей

Набор 19

Лучевая диагностика опухолей челюстно- лицевой области

Набор 20

Лучевая диагностика ТЭЛА

9. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики

а. Основная литература

1. Васильев А.Ю. Лучевая диагностика : учебник для студентов педиатр. вузов и фак-ов / А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова. - 2-е изд. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР- Медиа", 2009. - 679 с.-23 экз
2. Королюк И.П. Лучевая диагностика : учебник / И. П. Королюк, Л. Д. Линденбратен. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Бином, 2013. - 492 с. - 1 экз
3. Васильев А.Ю. Лучевая диагностика в педиатрии / [А. Ю. Васильев, М. В. Выключ, Е. А. Зубарева и др.] ; гл. ред. тома А. Ю. Васильев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 361 с. -2 экз

4. Лучевая диагностика в стоматологии : национальное руководство / [Т. Ю. Алексахина, А. П. Аржанцев, Ю. В. Буковская и др.] ; гл. ред. тома А. Ю. Васильев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 284 с. -3 экз
5. Лучевая диагностика и терапия : учебник: В 2-х т. - М. : Медицина : Шико, 2008 - Т. 1: Общая лучевая диагностика / С. К. Терновой, А. Ю. Васильев, В. Е. Сеницын, А. И. Шехтер. - 231 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 229-231.- 301 экз
6. Лучевая диагностика и терапия : учебник: В 2-х т. - М. : Медицина : Шико, 2008. Т. 2: Частная лучевая диагностика / С. К. Терновой, А. Ю. Васильев, В. Е. Сеницын. - 2008. - 351 с. – 301 экз
7. Лучевая диагностика : учебник для вузов / под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2007- Т. 1 / Р. М. Акиев [и др.]. - 412 с. -7 экз

Б. Дополнительная литература

1. Щедренок В.В. Клинико-лучевая диагностика изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмы : монография / В. В. Щедренок, Г. Н. Доровских, О. В. Могучая [и др.] ; под ред. В. В. Щедренка. - СПб.: Изд-во "РНХИ им. проф. А. Л. Поленова", 2012. - 447 с. : ил. - Библиогр.: с. 379-400. – 1 экз
2. Лучевая диагностика в стоматологии / Т. Н. Трофимова, И. А. Гарапач, Н. С. Бельчикова. - М. : Мед. информ. агентство, 2010. - 188 с. : ил. - Библиогр.: с. 187-18 1 экз
3. Гамова Е.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике и дифференциальной диагностике рака легкого : монография / Е. В. Гамова, Н. В. Нуднов. - М. : Изд. дом " Рус. врач ", 2007. - 121 с. : ил., табл. - (Лучевая диагностика ; вып. 10). - Библиогр.: с. 111-121 -1экз
4. Лучевая диагностика заболеваний глаза и глазницы : руководство / Г. Е. Труфанов, Е. П. Бурлаченко. - СПб. : Элби-СПб., 2009. - 159 с 1 экз
5. Контрастные средства : руководство по рацион. применению / Н. Л. Шимановский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 463 с. -1 экз

11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

В ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.(Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор";Контракт № 509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс";Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

Обеспечивается клиническими базами практики

№ п/п	Наименование помещения	Перечень медицинской техники (оборудования) используемой Учреждением совместно с Учебным заведением	Адрес, месторасположение	Общая площадь	
	Клиника факультетской хирургии	2.Рентгеноперационная	Установка ангиографическая «Allura Xper FD20» 1 шт. Защитная ширма 1 шт Пультовая ангиографа Пульт управления 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Н (3 этаж)	58.6 м ²
	Отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма и электрокардиостимуляции клиники госпитальной хирургии №2	3.Рентгеноперационная	Рентгенхирургическая передвижная установка «ОЕС Fluorostar» 1 шт. Защитная ширма 1 шт	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Н (2 этаж)	39 м ²
	Клиника общей хирургии	1.Рентгенологический кабинет	Система рентгенодиагностическая «Diga-RC/D» 1 шт. Пультовая Фотолаборатория Пульт управления 1 шт Рентгеновский передвижной аппарат «ТМХ+» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Г (1 этаж)	54.55 м ²
	Клиника факультетской терапии	1.Рентгенологический кабинет	Система рентгенодиагностическая «Diga-RG» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Д (3 этаж)	44.77 м ²
	Поликлиника №31	1.Рентгенологический кабинет	Рентгенографический цифровой аппарат «АРЦ-ОКО» 1 шт.,	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. АБ (1 этаж)	63.68 м ²
	Поликлиника №31	2.Рентгенологический кабинет	Рентгеновский дентальный аппарат «СД-РА» 1 шт., «ЕДР-750В» 1 шт., «SENOGRAPH DS» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. АБ (2 этаж)	47.5 м ²
	Нефрокорпус	1.Рентгенологический кабинет №368	Рентгенодиагностический аппарат «ЕДР-750В» 1 шт., Рентгенодиагностический аппарат «5Д2» 1 шт., установка маммографическая	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.17, лит. А (3 этаж)	34.3 м ²

№ п/п	Наименование помещения	Перечень медицинской техники (оборудования) используемой Учреждением совместно с Учебным заведением	Адрес, месторасположение	Общая площадь	
			«SENOGRAPH DMR+» 1 шт.		
	Нефрокорпус	2.Рентгенологический кабинет	Система рентгенологическая «Diga-RC» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.17, лит. А (3 этаж)	34.6 м ²
	Нефрокорпус	3.Рентгенологический кабинет №336	Рентгенодиагностический аппарат «СД-РА-ТМО» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.17, лит. А (3 этаж)	37.8 м ²
	Нефрокорпус	4. Приемный покой, рентгенологический кабинет	Система рентгенодиагностическая «Diga-RG/D» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.17, лит. А (1 этаж)	97.2 м ²
	Госпитальная хирургия №1	1.Рентгенологический кабинет № 351	Рентгенодиагностический аппарат «СД-РА-ТМО» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Я (3 этаж)	20.6 м ²
	Поликлиника НИИ Пульмонологии	1.Рентгенологический кабинет	Флюорограф цифровой малодозовый безплечный «РЕНЕКС-Флюоро» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Я (1 этаж)	21.7 м ²
	Отделение рентгеновской компьютерной томографии	1.Кабинет компьютерной томографии	Компьютерный томограф «Asteon multi» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Я (3 этаж)	61 м ²
	Отделение рентгеновской компьютерной томографии	2.Кабинет компьютерной томографии	Компьютерный томограф «Optima CT660» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Я (1 этаж)	20.8 м ²
	Отделение рентгеновской компьютерной томографии	3.Кабинет компьютерной томографии	Компьютерный томограф «Bright Speed Excel» 1 шт. Пультовая Пульт управления Аппаратная Процедурный стол	197022, город Санкт-Петербург, ул. Рентгена 8	35.6 м ²
	Отделение ПЭТ-КТ	1.Кабинет остеоденситометрии	Рентгеновский костный денситометр «Prodigy» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Ю	62.9 м ²

№ п/п	Наименование помещения	Перечень медицинской техники (оборудования) используемой Учреждением совместно с Учебным заведением	Адрес, месторасположение	Общая площадь	
	Отделение радиологии	1. Кабинет сцинтиграфии	Гамма-камера «Филипс № FA 05090135» 1 шт. Рентгенотерапевтический аппарат «РУМ 17» 1 шт. Рентгенотерапевтический аппарат «Рентген-ТА» 1 шт. Радиоизотопная лаборатория	197022, город Санкт-Петербург, ул. Рентгена 8, лит. А	12 м ²
	Отделение радиологии	2. Кабинет контактной лучевой терапии	Аппарат для проведения высокодозной контактной лучевой терапии «MicroSelectron HDR № 10251» 1 шт. Цифровой интегрированный рентгеновский модуль «IBU Digital» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Рентгена 8, лит. А	58 м ²

Разработчик:

Сперанская А.А., д.м.н., доцент, профессор кафедры рентгенологии и радиационной медицины

Рецензент:

д.м.н., профессор

Эксперт:

д.м.н., профессор

Стационарная практика

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Практика «Стационарная практика» относится к базовой части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр		
		1	2	3
Сроки проведения практики: 44 недель	2376	756	378	1242
Вид промежуточной аттестации	Зачет (с оценкой)	+	+	зачет
Общая трудоемкость часы	2376	756	378	1242
зачетные единицы	66	21	10,5	34,5

2. Цели и задачи практики

Цель практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

Задачи стационарной практики:

1. Владеть комплексом вопросов, связанных с конкретным использованием диагностических процедур в различных областях их применения.
2. Освоить комплекс профессиональных компетенций, связанных с выполнением диагностических процедур в клинике
3. Владеть практическими действиями по коррекции возможных осложнений в процессе выполнения диагностических и лечебных мероприятий.
4. Владеть методикой разрешения вопросов стратегического планирования и использования этого в прогнозировании качества жизни пациентов.

3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- 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 в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

- готовность 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 (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

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

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании экстренной медицинской помощи (ПК-6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению диагностических процедур у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Базы практики

Практика проводится в клиниках и поликлинике ПСПбГМУ им акад И.П. Павлова

5. Содержание практики в стационаре

<i>Первый год обучения (семестр №2)</i>

1.	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, ассистирование на операции, под руководством преподавателей, дежурство в отделении.	клиники и поликлиника Павлова ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	756 21 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 УК-1 УК-2 УК-3
Второй год обучения (семестр №3, №4)				
	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, ассистирование на операции, под руководством преподавателей, дежурство в отделении.	клиники и поликлиника Павлова ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	1620 45 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 УК-1 УК-2 УК-3

План работы в период обучения

1. Анализ пациентов по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
2. Работа по диагностике в качестве ассистента врача.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам рентгенологии и обсуждение ее с куратором. клинической базы кафедры.
4. Ассистирование и выполнение диагностических мероприятий под руководством сотрудников кафедры.
5. Ведение медицинской и документации.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику лучевого обследования больного;
- оценить данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз

- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний;
- своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её;
- уметь проводить наружный массаж сердца;
- проводить искусственное дыхание методом «рот в рот»;
- уметь проводить первичную обработку раны при механических травмах и ожоговых поражениях;
- уметь проводить восстановление проходимости дыхательных путей;
- проводить остановку кровотечений, иммобилизацию частей тела, наложение повязок;
- самостоятельно проводить подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные инъекции;
- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой (антропометрический набор, аппарат для измерения артериального давления, аппарат Боброва, транспортные шины, аппаратура для ингаляций, электроотсос, дыхательный мешок «Амбу», системы для инфузионной терапии и т.д.);
- своевременно проводить комплексный анализ клинических и параклинических данных, поставить диагноз и назначить необходимую терапию;
- вести необходимую медицинскую документацию;
- составить план своей работы и работы подчинённого среднего медицинского персонала;
- составить отчёт о работе за год и провести её анализ.

Во время обучения и работы в стационаре врач ординатор получает и углубляет знания по организации стационарной больничной помощи населению, особенностям диагностики и лечения заболеваний по профилю «фтизиатрия» вопросам медико-социальной экспертизы (МСЭ), приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с разнообразной патологией, оценки лабораторных, инструментальных и аппаратных методов обследования, выбора и проведения медикаментозного лечения, назначения физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК, определения показаний к санаторно-курортному лечению, оценки трудоспособности, заполнения и ведения учетной медицинской документации.

Врач-ординатор должен уметь оказать помощь при таких неотложных состояниях:

1. Остановка сердца.
2. Остановка дыхания.
3. Острая сердечная недостаточность
4. Острая сосудистая недостаточность.
5. Острая надпочечниковая недостаточность.
6. Острая почечная недостаточность, анурия.
7. Острая печёночная недостаточность.
8. Острая дыхательная недостаточность.
9. Анафилактический шок.
10. Отёк Квинке.
11. Токсико-аллергический дерматит.
12. Крапивница.
13. Кома гипо- и гипергликемическая.

14. Кома анемическая.
15. Кома печёночная.
16. Кома мозговая, неясной этиологии.
17. Гипертермия, перегревание.
18. Обморожение, замерзание.
19. Нарушения ритма сердца.
20. Приступ бронхиальной астмы.
21. Острая бронхиальная обструкция.
22. Острая обструкция верхних дыхательных путей.
23. Отёк легких.
24. Пневмо-, гидро-, гемоторакс.
25. Ингаляции дыма, горячего воздуха, отравление угарным газом.
26. Инородные тела дыхательных путей.
27. Нарушения сознания.
28. Острые отравления.
29. Синдром дегидратации.
30. Ацетонемическая рвота.
31. Открытый или закрытый, в том числе, напряженный пневмоторакс и гемоторакс;
32. Судороги.
33. Электротравма.
34. Ожоги (термические, химические).
35. Утопление.
36. Укусы насекомых.
37. Укусы змей, животных.
38. Переломы конечностей и другие травмы. Травматический шок.
39. Наружные кровотечения.
40. Внутренние кровотечения.

6. Обязанности руководителя практики от Университета:

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

7. Обязанности обучающихся на практике:

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;

- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором. Форма дневника практики представлена ниже:

Квартал № каждого года

обучения

_____ 20 ____ г.

№ пп	1.Курация больных (диагнозы заболеваний)	Число больных за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

№ пп	2.Диагностические мероприятия	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

№ пп	2. Диагностические мероприятия	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
8							
9							
10							

. Изученная медицинская литература:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ. МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Выберите правильный ответ

1. В. К. Рентген открыл излучение, названное впоследствии его именем в

1-1890 году

2-1895 году

3-1900 году

4-1905 году

2. Первые рентгенограммы в России произвел

1 -М.И.Неменов

2- И.П.Павлов

3- А.С.Попов

4- Д.И.Менделеев

3. Рентгеновское излучение это поток

1 - электронов

2 - квантов

3 - альфа-частиц

4 - нейтронов

5 - пи-мезонов

4. Источником электронов в рентгеновской трубке служит

1 -вращающийся анод

2- нить накала

3-фокусирующая чашечка

4-вольфрамовая мишень

5. Наибольшую лучевую нагрузку дает

- 1 - рентгенография
- 2 - флюорография
- 3 - рентгеноскопия с люминесцентным экраном
- 4 - рентгеноскопия с УРИ

6. Изображение, получаемое на рентгеновской пленке

- 1 - позитивное
- 2 - негативное

7. Рентгенография основана на свойстве рентгеновского излучения вызывать

- 1 - флюоресценцию
- 2 - фотохимические изменения
- 3 - ионизацию среды
- 4 - биологическое действие

8. Латероскопия производится в положении пациента

- 1 - на боку и вертикальном ходе лучей
- 2 - на животе и вертикальном ходе лучей
- 3 - на спинке или боку и горизонтальном ходе лучей
- 4 - на спине и вертикальном ходе лучей

9. При латерографии можно получить снимки в проекциях

- 1 - прямой
- 2 - боковых
- 3 - косых
- 4 - в любых проекциях

10. Сульфат бария используют для контрастирования

- 1 - свищевых ходов
- 2 - забрюшинного пространства
- 3 - пищевода, желудка, кишечника
- 4 - полостных систем почек
- 5 - плевральной полости

11. Для исследования кровеносных сосудов применяют контрастные вещества

- 1 - ионные водорастворимые
- 2 - неионные водорастворимые
- 3 - газообразные
- 4 - жирорастворимые
- 5 - соли тяжелых металлов

12. Лучевая нагрузка при магнитно-резонансной томографии

- 1 - высокая
- 2 - низкая
- 3 - отсутствует

13. Для изучения температуры внутренних органов и тканей используют

- 1 - СВЧ-термометрию
- 2 - жидкокристаллическую термометрию
- 3 - дистанционную инфракрасную термографию

14. Метод непрерывной или дискретной регистрации процессов накопления и выведения РФП называется

- 1 - радионуклидное сканирование
- 2 - сцинтиграфия
- 3 - радиография
- 4 - радионуклидная эмиссионная томография

15. Участок ткани, в котором не накапливается РФП называется

- 1 - "холодный очаг"
- 2 - "горячий очаг"

3 - затемнение

4 - просветление

16. Распределение радионуклида в органе изучают

1 - флюорография

2 - гамма-топография

3 - радиометрия

4 - радиография

5 - КТ

17. Гамматопография дает информацию в виде

1 - графиков

2 - изображения органов

3 - цифровых величин

18. "Горячие" очаги накапливают радиофармацевтический препарат

1 - больше, чем окружающие ткани

2 - меньше, чем окружающие ткани

19. Эффективный (биологический) период полувыведения это

1 - время, в течение которого активность радиоактивного источника уменьшается в два раза

2 - время, в течение которого активность радиофармацевтического препарата уменьшается в два раза за счет выведения из организма

3 - время, в течение которого активность радиофармацевтического препарата в организме уменьшается в два раза за счет распада и выведения

20. Критические органы для данного радиофармацевтического препарата

1 - накапливают изотопа больше, чем другие органы

2 - обладают большей радиочувствительностью

21. Ультразвук представляет собой

1 - инфракрасное излучение

2 - электромагнитное излучение

3 - механические колебания среды

4 - поток фотонов

22. Для изучения скорости кровотока в сосудах используют

1 - рентгеноскопию

2 - доплерографию

3 - кимографию

4 - ультразвуковое исследование в В-режиме

5 - ультразвуковое исследование в М-режиме

23. В первоочередной защите от ионизирующего излучения нуждаются

1 - щитовидная железа

2- молочная железа

3- костный мозг, гонады

4- кожа

24. К 1 группе критических органов относится

1 - красный костный мозг

2 - мышцы

3 - щитовидная железа

4 - костная ткань

5 - хрусталик глаза

25. Окончательное решение о проведении рентгенологического исследования принимают

1 - врач-клиницист

2 - врач-рентгенолог

3 - пациент или опекающие его лица

4 - правильно 1 и 2

5 - правильно 2 и 3

26. Медицинское облучение составляет от общей лучевой нагрузки на население

1 - 10%

2 - 90%

3 - 50%

4 - 25%

5 - менее 1%

27. Показания индивидуального рентгеновского дозиметра зависят от

1 - мощности излучения

2 - от жесткости излучения

3 - от продолжительности облучения

4 - все ответы правильны

30. Защита от излучения рентгеновского аппарата необходима

1 - круглосуточно

2 - в течение рабочего дня

3 - только во время рентгеноскопических исследований

4 - только во время генерирования рентгеновского излучения

5 - все ответы правильны

31. В соответствии с НРБ-96 для лиц, работающих с источниками излучения (персонал группы А), установлены следующие основные дозовые пределы

1 - эффективная доза 20 мЗв в год

2 - эквивалентная доза в хрусталике 150 мЗв в год

3 - эквивалентная доза в коже, кистях и стопах 500 мЗв в год

4 - правильно 1 и 2

5 - правильно 1, 2 и 3

32. В соответствии с НРБ-96 при проведении профилактических рентгенологических исследований предел годовой эффективной дозы установлен на уровне

1 - 1 мЗв

2 - 3 мЗв

3 - 5 мЗв

4 - 30 мЗв

5 - 300 мЗв

33. В каком из перечисленных методов не используется ионизирующее электромагнитное излучение

1 - рентгенография

2 - сцинтиграфия

3 - магнитно-резонансная томография

4 - ультразвуковое исследование

ЛУЧЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И
ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Выберите правильный ответ

1. Суставной отдел длинной трубчатой кости называется

- 1 - эпифиз
- 2 – метафиз
- 3 - диафиз
- 4 – апофиз

2. Наибольшая толщина кортикального слоя наблюдается в

- 1 -диафизе
- 2 - метафизе
- 3 - эпифизе
- 4 – апофизе

3. Ширина костномозгового канала в средней трети диафиза длинной трубчатой кости в норме равна

- 1 - толщине кортикального слоя на этом уровне
- 2 - толщине обоих кортикальных слоев на этом уровне
- 3 - $1\frac{1}{2}$ ширины диафиза
- 4 - толщине кортикального слоя и надкостницы

4. Рентгеновская суставная щель это пространство между

- 1 - суставными хрящами
- 2 - замыкающими пластинками суставных отделов костей
- 3 - ростковыми хрящами

5. Переход от хрящевого скелета к костному завершается к

- 1 - 10 годам 2-15 годам
- 3 - 20 годам
- 4 - 25 годам 5-30 годам

6. Одним из прямых рентгенологических признаков перелома является

- 1 - смещение костных отломков
- 2 - деформация кости
- 3 - деструкция кости

7. К особенностям переломов костей у детей относится

- 1 - оскольчатые переломы
- 2 - выраженная деформация костей
- 3 - эпифизеолиз
- 4 - незначительное смещение отломков

8. При повреждении менисков коленных суставов наиболее информативна

- 1 - рентгенография в типичных проекциях
- 2 - рентгенография в косых проекциях
- 3 - рентгеновская томография
- 4 - магнитно-резонансная томография

9. Наиболее ранним признаком формирования костной мозоли при диафизарных переломах является

- 1 - нежная облаковидная параоссальная тень
- 2 - сглаженность краев отломков
- 3 - уплотнение краев отломков
- 4 - ухудшение видимости линии перелома

10. Полное несоответствие суставных концов костей называется

- 1 - перелом
- 2 - вывих
- 3 - подвывих

4 - ложный сустав

5 – анкилоз

11. Клиновидная форма суставной щели характерна для

1 - вывиха

2 - подвывиха

3 - остеомиелита

4 - костного туберкулеза

5 - костного анкилоза

12. Первые включения солей кальция в костной мозоли определяются после травмы через

1 - 2 недели

2 - 3 недели

3 - 1 месяц

4 - 2 месяца

5 - 3 месяца

13. Контрольное рентгенологическое исследование пациенту с переломом кости после наложения гипса следует назначить через

1 - 4-5 дней

2 - 1 неделю

3 - 2 недели

4 - 3 недели

5 - 1 месяц

14. Выявить поднадкостничную гематому позволяет

1 -УЗИ

2 - доплерография

3 - рентгеноскопия

4 - рентгенография

5 - рентгеновская томография

15. При подозрении на ущемление мениска коленного сустава пациенту следует назначить

1 -МРТ

2 - ангиографию

3 – рентгенографию

4 - электрорентгенографию

5 - рентгеновскую томографию

16. Разрушение костных балок и замещение их грануляционными или опухолевыми тканями называется

1 - костная атрофия

2 - остеопороз

3 -остеонекроз

4 - остеолиз

5 – остеодеструкция

17. Уменьшение количества костных балок в единице объема кости называется

1 - остеосклероз

2 - остеопороз

3 - костная атрофия

4 - гиперостоз

5 - остеодеструкция

18. Увеличение количества костного вещества в единице объема называется

1 - остеопороз

2 - остеосклероз

3 - периостит

4 - костная атрофия

5 – гиперостоз

19. Для гематогенного гнойного остеомиелита характерно поражение

1 - диафиза

2 - эпифиза

3 - метафиза

4 - диафиза и эпифиза

5 - диафиза и метафиза

20. Наиболее ранним, рентгенологическим, признаком гематогенного остеомиелита является

1 - мелкоочаговая деструкция коркового слоя

2 - остеосклероз

3 - периостит

4 – секвестрация

21. Периостит при гематогенном остеомиелите

1 - линейный

2 - бахромчатый

3 - слоистый

4 – игольчатый

22. Туберкулезный остит чаще всего возникает в

1 - эпифизе

2 - метафизе

3 - диафизе

4 – апофизе

23. Для туберкулезного остита характерны

1 - деструкция костной ткани

2 - периостальная реакция

3 - регионарный остеопороз

4 - атрофия кости

24. Для туберкулезного артрита наиболее характерно

1 - краевые эрозии суставных поверхностей костей

2 - деструкция центральных отделов суставных поверхностей

3 - контактные деструктивные очаги с противоположных сторон от суставной щели

4 - кистевидные образования в параартикулярных отделах костей

25. На рентгенограммах бедренной кости обнаружены очаги деструкции, секвестры, линейный периостит. Предполагаемый диагноз

1 - остеома

2 - остеомиелит

3 – саркома

26. Путь введения контрастного вещества при проведении фистулографии

1 - внутрисосудистый

2 - в полость сустава

3 - в свищевой ход

27. Отслоенный периостит характерен для

1 - остеомиелита

2 - ревматоидного артрита

3 - туберкулеза кости

4 - остеогенной саркомы

5 - остеохондромы

28. Для доброкачественных опухолей и опухолевидных образований внутрикостной локализации типичны

1 - нечеткие очертания

- 2 - четкие очертания
- 3 - склеротический ободок
- 4 - широкий склеротический вал

29. Наиболее характерным для злокачественных опухолей костей является

- 1 - истончение коркового слоя
- 2 - обрыв коркового слоя с постепенным истончением к месту обрыва
- 3 - обрыв коркового слоя на фоне вздутия
- 4 - резкий обрыв коркового слоя (kozyрек)

30. Periosteal reaction при злокачественных опухолях

- 1 - линейный периостит
- 2 - многослойный периостит
- 3 - периостальный козырек
- 4 - бахромчатый периостит

31. Metastases in bone are observed rarely in primary localization of cancer in

- 1 - желудке
- 2 - молочной железе
- 3 - легких
- 4 - почке

32. Osteoblastic metastases in bone are most characteristic for cancer

- 1 - легких
- 2 - почки
- 3 - щитовидной железы
- 4 - предстательной железы

33. Earlier detection of metastatic bone disease can be achieved with

- 1 - обычной рентгенографии
- 2 - томографии
- 3 - сцинтиграфии скелета
- 4 - рентгенографии с прямым увеличением изображения

34. For osteosarcoma, periosteal reaction is characteristic

- 1 - линейный
- 2 - слоистый
- 3 - игольчатый
- 4 - бахромчатый

35. In the history of a patient with central lung cancer, a combined treatment

Complaints of constant pain in the thoracic spine. The following should be performed

- 1 - радионуклидное исследование с пертехнетатом технеция
- 2 - рентгенограмма
- 3 - термограмма

36. Spiculated periosteal reaction is characteristic for

- 1 - туберкулеза
- 2 - остеомиелита
- 3 - остеогенной саркомы
- 4 - метастатического поражения
- 5 - остеохондромы

37. The most accurate determination of osteoporosis is

- 1 - уменьшение костной ткани в единице объема костного органа
- 2 - уменьшение содержания Са в единице объема костного органа
- 3 - уменьшение содержания Са в единице объема костной ткани
- 4 - уменьшение костной ткани в единице объема костного органа при ее нормальной минерализации и отсутствии патологических тканей

38. For arthroses, characteristic

- 1 - краевые эрозии суставных поверхностей костей

- 2 - краевые костные разрастания
- 3 - сужение суставной щели
- 4 - регионарный остеопороз
- 5 - правильно 2 и 3

39. Ранним симптомом неспецифического артрита коленного сустава является

- 1 - проявления экссудации в полость сустава
- 2 - остеосклероз
- 3 - краевая деструкция
- 4 - периостит

40. Наиболее рано поражаются при ревматоидном артрите

- 1 - крупные суставы конечностей
- 2 - суставы кистей и стоп
- 3 - межпозвоночные суставы
- 4 - височно-нижнечелюстные

41. При костном анкилозе сустава определяющим признаком является

- 1 - отсутствие рентгеновской суставной щели
- 2 - невозможность очертить контуры суставных концов костей на рентгенограммах
- 3 - переход костных балок с одного суставного конца на другой
- 4 - субхондральный склероз

42. Для межпозвоночного остеохондроза не характерны

- 1 - снижение высоты межпозвоночного диска
- 2 - смещение позвонка
- 3 - субхондральный склероз губчатого вещества тела позвонка
- 4 - деструкция замыкающей пластинки тела

43. Для выявления скрытой, нестабильности позвоночника показана

- 1 - томография
- 2 - рентгенография в косых проекциях
- 3 - рентгенография в положении сгибания и разгибания

44. Наиболее надежно обеспечивают диагностику задних грыж межпозвоночных дисков

- 1 - обычная рентгенография
- 2 - функциональная рентгенография
- 3 - контрастные рентгенологические методики
- 4 - МРТ

45. Для радиоизотопной визуализации скелета используют

- 1 - Коллоидный раствор Ai^{198}
- 2 - $\text{Tc}^{99\text{m}}$ -пирофосфат
- 3 - Гиппуран Y^{131}
- 4 - $\text{Tc}^{99\text{m}}$ ДТПА
- 5 - МЕЗИДА

46. Выявление повышенного накопления $\text{Tc}^{99\text{m}}$ -пирофосфата в правом коленном суставе подтверждает диагноз

- 1 - Ревматоидного артрита
- 2 - Костного туберкулеза
- 3 - Острого остеомиелита
- 4 - Метастатического поражения
- 5 - Не позволяет провести дифференциальный диагноз

47. Очаг гиперфиксации РФП в скелете свидетельствует о

- 1 - наличии опухоли

- 2 - остеомиелите
- 3 - переломе
- 4 - метастатическом поражении
- 5 - не позволяет провести дифференциальный диагноз

48. Лучевое исследование позвоночника при корешковом синдроме начинать с

- 1 -УЗИ
- 2 -КТ
- 3 -МРТ
- 4 - Остеосцинтиграфии
- 5 – Рентгенографии

Дополните

52. Тело длинной трубчатой кости называется

.....

53. Суставной отдел длинной трубчатой кости называется

.....

54. Увеличение костного вещества в единице объема кости называется

.....

55. Равномерное уменьшение количества костных балок в единице объема кости называется

56. Травматическое отделение эпифиза кости от метафиза у детей называется

.....

57. Полное несоответствие суставных поверхностей кости называется

58. Отдел длинной трубчатой кости, не принимающий участия в формировании сустава и формирующийся из самостоятельного ядра окостенения называется

.....

Установите соответствие

59. Цель исследования

Основные методы

лучевой диагностики

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. общая оценка и ориентировочная диагностика изменений позвоночника | 1.функциональная рентгенография |
| 2. оценка функции двигательных сегментов | 2.обзорная рентгенография |
| 3. установление степени и характера стеноза позвоночного канала | 3. остеосцинтиграфия |
| 4. поиск метастазов злокачественной опухоли в позвоночник | 4. МРТ |
| 5. внутримозговые опухоли и кисты | 5. миелография |
| | 6.КТ |

ЛУЧЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ.
ЛУЧЕВАЯ СЕМИОТИКА И ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И
ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ. НЕОТЛОЖНАЯ ЛУЧЕВАЯ
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Выберите правильный ответ

1. Безвоздушный участок легочной ткани на рентгенограмме выглядит как

- 1 - просветление
- 2 – затемнение

2. В норме лимфоузлы на рентгенограмме

- 1 - видны
- 2 - не видны

3. Затемнение, занимающее 2\3 легочного поля называется

- 1 - тотальным

- 2 - субтотальным
- 3 - ограниченным
- 4 - крупноочаговым
- 5 – мелкоочаговым

4. Рентгеноскопия грудной клетки позволяет изучить

- 1 - легочный рисунок
- 2 - подвижность диафрагмы
- 3 - состояние междолевой плевры
- 4 - мелкие очаговые тени

5. Рентгеновская компьютерная томография наиболее информативна при исследовании

- 1 - лимфатических узлов средостения
- 2 - пульсации сердца
- 3 - подвижности диафрагмы

6. Анатомическим субстратом легочного рисунка в норме является

- 1 - бронхиальное дерево
- 2 - альвеолы
- 3 - разветвление легочных артерий и вен
- 4 - лимфатические сосуды

7. Анатомическим субстратом тени корня в норме являются

- 1 - стволы артерий и вен
- 2 - стволы артерий, вен и лимфатические сосуды
- 3 - стволы артерий, вен, лимфатические узлы, клетчатка
- 4 - стволы артерий, вен, бронхи, лимфатические узлы, клетчатка

8. Смещение средостения в здоровую сторону характерно для

- 1 - центрального рака легкого
- 2 - экссудативного плеврита
- 3 - ателектаза доли
- 4 - хронической пневмонии

9. Реберно-диафрагмальные синусы в норме имеют форму

- 1 - остроугольную
- 2 - прямоугольную
- 3 – тупоугольную

10. Легочный рисунок на рентгенограмме является отражением

- 1 - кровеносных сосудов
- 2 - лимфатических сосудов
- 3 – бронхиол

11. На вдохе правая половина купола диафрагмы находится на уровне

- 1 - переднего отрезка 6 ребра
- 2 - переднего отрезка 7 ребра
- 3 - переднего отрезка 5 ребра
- 4 - заднего отрезка 7 ребра
- 5 - заднего отрезка 8 ребра

12. Левая половина купола диафрагмы на вдохе находится на уровне переднего отрезка

- 1 - 4 ребра
- 2 - 5 ребра
- 3 - 6 ребра
- 4 - 7 ребра
- 5 - 8 ребра

13. Правая половина купола диафрагмы на выдохе находится на уровне переднего отрезка

- 1 - 4 ребра

- 2 - 5 ребра
- 3 - 6 ребра
- 4 - 7 ребра
- 5 - 8 ребра

14. Левая половина купола диафрагмы на выдохе находится на уровне переднего отрезка

- 1 - 4 ребра
- 2 - 5 ребра
- 3 - 6 ребра
- 4 - 7 ребра
- 5 - 8 ребра

15. Легочный рисунок является отображением

- 1 - соединительной ткани легкого
- 2 - бронхов
- 3 - кровеносных сосудов
- 4 - сосудов и бронхов
- 5 - лимфатических сосудов

16. Смещение органов средостения определяют по

- 1 - левой границе сердца
- 2 - правой границе сердца
- 3 - трахее
- 4 - положению ключиц

17. Фаза дыхания на рентгенограмме определяется по

- 1 - расположению купола диафрагмы
- 2 - форме сердца
- 3 - прозрачности легочной ткани
- 4 - положению ключиц

18. Для исследования капиллярного легочного кровотока используют

- 1 - перфузионную сцинтиграфию
- 2 - ингаляционную сцинтиграфию
- 3 - ангиопульмонографию
- 4 - бронхиальную артериографию
- 5 - доплерографию

19. При подозрении на пневмоторакс рентгенографию грудной клетки проводят

- 1 - на вдохе
- 2 - на выдохе
- 3 - без задержки дыхания

20. Смещение органов средостения в сторону поражения характерно для

- 1 - экссудативного плеврита
- 2 - цирроза легкого
- 3 - диафрагмальной грыжи
- 4 - пневмонии
- 5 - гидропневмоторакса

21. "Холодный" очаг на ингаляционной пульмоноскантинтиграмме соответствует зоне нарушения

- 1 - бронхиальной проходимости
- 2 - кровоснабжения легочной ткани

22. Тотальное затемнение легочного поля без смещения органов средостения характерно для

- 1 - цирроза легкого
- 2 - фиброторакса

3 - экссудативного плеврита

4 - ателектаза легкого

5 – пневмонии

23. Периферический рак исходит из эпителия

1 - трахеи

2 - главного бронха

3 - долевого бронха

4 - сегментарного бронха

5 – альвеол

24. На возможность Фридендеровской пневмонии указывает

1 - доленое затемнение

2 - сопутствующий плеврит

3 - значительное увеличение доли

4 - уменьшение доли

25. Дифференцировать очаговый туберкулез и очаговую пневмонию помогают

1 - величина очагов

2 - очертания очаговых теней

3 - отсутствие петрификатов

4 - динамика процесса

26. Абсцессы в легких преимущественно локализуются

1 - в передних отделах правого легкого

2 - в задних отделах правого легкого

3 - в верхних отделах левого легкого

4 - нет преимущественной локализации

27. Для эмфиземы легких характерно увеличение грудной клетки

1 - вертикального размера

2 - поперечного размера

3 - переднезаднего размера

4 - всех размеров грудной клетки

28. В диагностике эмфиземы легких наиболее важными методиками являются

1 - рентгеноскопия

2 - томография

3 - бронхография

4 - функциональные пробы

29. При эмфиземе легких прозрачность легочных полей при дыхании

1 - не изменяется или изменяется незначительно

2 - изменяется значительно

3 - не имеет значения

30. Подвижность купола диафрагмы при эмфиземе легких

1 - резко снижена

2 - не изменена

3 - усилена

4 - резко усилена

31. К рентгенологическим симптомам острого бронхита относятся

1 - усиление легочного рисунка

2 - деформация легочного рисунка

3 - потеря структуры корней легких

4 - отсутствие рентгенологических признаков

32. Для туберкулезного бронхоаденита характерно

1 - двустороннее поражение внутригрудных узлов с обызвествлением по контуру

2 - одностороннее увеличение одной - двух групп внутригрудных лимфоузлов

3 - расширение корня в сочетании с фокусом в легком

4 - двустороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов

5 - правильно 2 и 3

33. Туберкулезный инфильтрат характеризуется

1 - неоднородным треугольным по форме затемнением сегмента или доли легкого

2 - затемнением с нечетким контуром и очагами отсева

3 - затемнением сегмента с уменьшением его объема

4 - круглым фокусом с распадом и уровнем жидкости

34. Хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез характеризуется

1 - двусторонним тотальным поражением

2 - преимущественным поражением 1 -го, 2-го, 6-го сегментов

3 - нижнедолевым поражением

4 - локализация неопределенная

35. Подразделение рака на центральный и периферический осуществляется по принципу

1 - долевого локализации

2 - уровня поражения бронхиального дерева

3 - формы

4 - отношения к плевре

36. При подозрении на рак долевого бронха вслед за рентгенографией необходимо произвести

1 - рентгеновскую томографию

2 - ангиопульмонографию

3 - ангиографию бронхиальных артерий

4 - бронхографию

37. Характерными томографическими симптомами центрального рака являются

1 - сохранение неизменного просвета бронха

2 - ампутация бронха

3 - коническая культя бронха

4 - четких симптомов нет

5 - правильно 2 и 3

38. Преимущественно проявляется узловатым образованием в корне легкого форме центрального рака

1 -эндобронхиальная

2 - экзобронхиальная

3 - преимущественно перибронхиальная

4 - ни одна из перечисленных

39. Для центрального рака с преимущественно эндобронхиальным ростом наиболее характерно

1 - нарушение бронхиальной проходимости

2 - узловатое образование в области корня

3 - локальное усиление легочного рисунка

4 - узловатое образование в прикорневой области

40. Корень при центральном раке легкого

1 - не изменен

2 - расширен, бесструктурен

3 - не виден (закрыт средостением)

4 - при отсутствии метастазов не изменен

41. Средостение при гиповентиляции доли

1 - занимает обычное положение

2 - смещено в сторону поражения

3 - смещено в здоровую сторону

4 - правильно 1 и 2

42. Периферический рак исходит из эпителия бронхов

1 - долевого

2 - сегментарных

3 - субсегментарных

4 - альвеолярного эпителия

43. Периферический рак размерами более 2 см в диаметре чаще всего имеет форму

1 - правильно шаровидную

2 - неправильно шаровидную

3 - треугольную

4 - форма не характерна

44. Окружающая легочная ткань при периферическом раке легкого

1 - имеет иногда тяжистую дорожку от опухоли к корню

2 - не изменяется

3 - нередко имеет вокруг очаговые тени

4 - опухоль всегда связана широкой дорожкой с корнем

45. Наиболее характерным признаком метастазов в корне легкого является

1 - характерных признаков нет

2 - расширение корня

3 - бесструктурность корня

4 - фестончатость наружных очертаний

5 - правильно 2, 3 и 4

46. Бронхиоло-альвеолярный рак исходит из

1 - слизистой субсегментарных бронхов

2 - висцеральной плевры

3 - альвеолярного эпителия

4 - париетальной плевры

47. К характерным рентгенологическим признакам погибшего эхинокочка относятся

1 - уменьшение размеров

2 - изменение формы

3 - обызвествление капсулы 4 – исчезновение

48. Для туберкулезного бронхоаденита характерно

1 - двустороннее поражение внутригрудных лимфатических узлов

2 - одностороннее увеличение одной-двух групп внутригрудных лимфоузлов

3 - расширение корня с сохранением его структуры

4 - двустороннее расширение корней легких

49. На ранней стадии экссудативного плеврита жидкость обычно накапливается в

1 - реберно-диафрагмальных синусах

2 - наддиафрагмальном пространстве

3 - паравертебральных синусах

4 - кардио-диафрагмальных синусах

50. В выявлении свободного плеврального выпота наибольшее значение имеет

1 - рентгеновская томография

2 - латерография

3 - бронхография

4 - ангиография

5 - диагностический пневмоторакс

51. Небольшое количество воздуха в плевральной полости лучше всего выявляется

1 - в вертикальном положении

2 - в латеропозиции на здоровом боку

3 - в положении гиперлордоза

4 - в горизонтальном положении на спине

5 - правильно 1 и 2

52. Небольшое количество свободной жидкости в плевральной полости лучше всего выявляется в

1 - вертикальном положении больного

2 - латеропозиции на больном боку

3 - горизонтальном положении на спине

4 - латеропозиции на здоровом боку

53. При тотальном экссудативном плеврите затемнение имеет

1 - неоднородный характер, интенсивность повышенную

2 - однородный характер, среднюю интенсивность

3 - однородный характер, высокую интенсивность

4 - неоднородный характер, малую интенсивность

54. При пневмотораксе легкое спадается

1 - кверху

2 - книзу

3 - вверх и медиально

4 - вниз и медиально

5 - к корню

55. Тотальное интенсивное гомогенное затемнение на обзорной рентгенограмме грудной клетки со смещением органов средостения в пораженную сторону характерно для

1 - ателектаза легкого

2 - экссудативного плеврита

3 - тотальная пневмония

4 - состояния после пневмонэктомии

5 - правильно 1 и 4

56. При рентгенологическом исследовании через 4-6 месяцев после пневмонэктомии наблюдается

1 - жидкость в плевральной полости

2 - воздух в плевральной полости

3 - смещение средостения

4 - фиброторакс

57. Обязательной методикой рентгенологического исследования при травме грудной клетки является

1 - рентгенография

2 - рентгеноскопия

3 - рентгенография и рентгеноскопия

4 - томография

58. Наличие подкожной и межмышечной эмфиземы свидетельствует о разрыве

1 - легкого

2 - плевры

3 - бронха

4 - пищевода

5 - все ответы правильны

59. Локализацию в бронхах неконтрастного инородного тела можно определить

1 - четких клинических признаков нет

2 - по смещению средостения

3 - по ателектазу части легкого

4 - по жидкости в плевральной полости

60. Наиболее информативной методикой исследования в диагностике тромбоэмболии ветви легочной артерии является

- 1 - обзорная рентгенография
- 2 - рентгеновская томография
- 3 - кимография
- 4 - бронхография
- 5 - сцинтиграфия легких

61. При пневмотораксе в месте скопления воздуха наблюдается:

- 1 - обеднение сосудистого рисунка
- 2 - усиление сосудистого рисунка
- 3 - отсутствие сосудистого рисунка
- 4 - усиление прозрачности легочного поля
- 5 - ослабление прозрачности легочного поля

62. Верхняя граница жидкости при гидротораксе

- 1 - горизонтальная
- 2 - косая

63. Верхняя граница жидкости при гидропневмотораксе

- 1 - горизонтальная
- 2 - косая

64. Лучевое обследование пациента с кашлем и субфебрильной температурой следует начать с

- 1 - рентгеновской томографии легких
- 2 - рентгеноскопии грудной клетки
- 3 - сцинтиграфии легких
- 4 - обзорной рентгенографии грудной клетки
- 5 - флюорографии

65. К расширению тени корней легких приводит увеличение лимфатических узлов

- 1 - бифуркационной группы
- 2 - трахеобронхиальной группы
- 3 - бронхопульмональной группы
- 4 - паратрахеальной группы
- 5 - и одной из перечисленных групп

66. На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции над диафрагмой определяется шаровидной формы образование 3 см в диаметре с четкими контурами. Общее состояние больного удовлетворительное.

Предположительный диагноз

- 1 - пневмония
- 2 - абсцесс
- 3 - осумкованный плеврит
- 4 - доброкачественная опухоль

67. На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции выше диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с верхней косой границей, вершина которой находится у края грудной стенки на уровне 3-го ребра.

Предположительный диагноз

- 1 - пневмония
- 2 - центральный рак легкого
- 3 - экссудативный плеврит
- 4 - абсцесс

68. При профилактической флюорографии обнаружена большая полость в нижней доле правого легкого, анализ крови и мочи в норме. Жалоб нет. Предполагаемый диагноз

- 1 - кавернозный туберкулез

- 2 - абсцесс легкого
- 3 - бронхоэктатическая болезнь
- 4 - киста легкого

Дополните

69. Ограниченное, локальное нагноение легочной ткани с образованием полости называется.....

70. Равномерная мелкоочаговая диссеминация, состоящая из одинаковых по размерам и интенсивности теней характерна для..... формы туберкулеза.

71. Сформировавшаяся полость, без перифокального воспаления, с обширной диссеминацией и фиброзными изменениями в окружающей легочной ткани характерна для формы туберкулеза.

72. Одиночные или множественные полиморфные очаги 2-5мм на ограниченном участке одного или обоих легких, преимущественно в верхних долях характерны для формы туберкулеза легких

73. Сочетание грубого деформирующего фиброза с бронхоэктазами, остаточными посткавернозными полостями, буллезной эмфиземой, полиморфными очагами характерно для формы туберкулеза легких.

74. Очаговыми называются тени размерами см.

75. К круглым теням относят затемнения легочного поля диаметром болеесм

76. Рентгенологическое отображение полости в легком, содержащей газ, называется синдромом

Установите соответствие

77. Типичная локализация патологического процесса

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. очаговый туберкулез | 1. нижняя доля правого легкого |
| 2. пневмония Фридлендера | 2. верхушки легких |
| 3. бронхоэктазы | 3. средняя доля |
| 4. абсцесс | 4. верхняя доля правого легкого |
| 5. туберкулома | 5. нижняя доля левого легкого |
| | 6. прикорневые отделы легких |
| | 7. верхняя доля левого легкого |

78. Наиболее частое осложнение патологического процесса

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1.очаговая пневмония | 1. ателектаз |
| 2.бронхит | 2.абсцедирование |
| 3. кавернозный туберкулез | 3.бронхоэктазы |
| 4. пневмония Фридлендера | 4. гангрена легкого |
| 5. воздушная киста легкого | 5. пневмоторакс |
| | 6. выпотной плеврит |
| | 7. диссеминация |

79. Патологическое состояние Основные методы лучевой диагностики

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. объемный процесс в средостении | 1. бронхография |
| 2. тромбоэмболия ветвей легочной артерии | 2. КТ |
| 3. пневмоторакс | 3. рентгенография грудной клетки |
| 4. малый плевральный выпот | 4. перфузионная сцинтиграфия |
| | 5. УЗИ |

80. Объект исследования Основные методы лучевой диагностики

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| 1. шаровидное образование | 1. рентгенография |
|---------------------------|-------------------|

2. легочный кровоток
3. бронхиальное дерево
4. бронхоплевральный свищ

2. КТ
3. бронхография
4. пульмоносцинтиграфия
5. ангиопульмонография

Установить правильную последовательность

81. Диагностическая тактика при легочном кровотечении

- рентгенография легких в двух проекциях
- томография легких
- компьютерная томография грудной клетки
- бронхоскопия
- бронхография

82. Диагностическая тактика при тромбозе легочной артерии

- рентгенография грудной клетки в трех проекциях
- сцинтиграфия легких
- ангиопульмонография
- КТ

83. Диагностическая тактика при одиночном шаровидном образовании в легком

- компьютерная томография легких
- рентгенография грудной клетки
- рентгеновская томография грудной клетки
- УЗИ брюшной полости и таза
- компьютерная томография брюшной полости и таза

**ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА,
ЖЕЛУДКА, КИШЕЧНИКА**

Выберите правильный ответ**1. Рентгенологическое исследование желудка проводится**

- 1 - натощак
- 2 - после приема одного литра жидкости
- 3 - после очистительной клизмы
- 4 - без предварительной подготовки

2. Ирриграфией называется контрастное исследование

- 1 - пищевода
- 2 - желудка
- 3 - 12-перстной кишки
- 4 - тонкой кишки
- 5 - толстой кишки

3. Для исследования пассажа контрастного вещества по кишечнику используют

1. CO₂
2. сульфат бария
3. омнипак
4. верографин
5. йодолипол

4. Контрастирование сигмовидной кишки после перорального приема сульфата бария наступает через

1. 2-3 часа
2. 4-5 часов
3. 6-8 часов
4. 10-11 часов
5. 18-20 часов

5. Продолжительность пассажа головного конца бариевой взвеси по тонкой кишке в норме составляет

1. 1 час
2. 3 часа
3. 5 часов
4. 7 часов

6. Ирригоскопии всегда должна предшествовать

- 1 - ректороманоскопия
- 2 - анализ кала на скрытую кровь
- 3 - фиброколоноскопия

4 - УЗИ брюшной полости

7. Распространенное сужение просвета пищевода характерно для

- 1 - химического ожога
- 2 - ахалазии
- 3 - эзофагита
- 4 - спазма
- 5 - дивертикула

8. Для выяснения причины пищеводного кровотечения исследование начинают с

- 1 - эндоскопии
- 2 - рентгенологического исследования пищевода

9. Выявить грыжу пищеводного отверстия диафрагмы позволяет

- 1 - УЗИ
- 2 - эндоскопическое исследование
- 3 - рентгенография брюшной полости
- 4 - рентгеноскопия желудка

10. Для пептической язвы желудка характерно

- 1 - разрушение складок слизистой
- 2 - конвергенция складок слизистой
- 3 - дивергенция складок слизистой

11. При подозрении на перфоративную язву лучевое обследование начинают с

- 1 - обзорной рентгенографии брюшной полости
- 2 - УЗИ брюшной полости
- 3 - гастрорафии
- 4 - ФГДС

12. Выявить небольшое (50-75 мл) количество свободной жидкости в брюшной полости позволяет

- 1 - рентгенография
- 2 - рентгеноскопия
- 3 - УЗИ брюшной полости
- 4 - тепловидение

13. Экзофитная опухоль желудка вызывает симптом

- 1 - дефекта наполнения
- 2 - депо бария
- 3 - "ниши"
- 4 - циркулярного сужения просвета органа
- 5 - локального расширения просвета органа

14. Ширина горизонтальных уровней жидкости в чашах Клойбера при толстокишечной непроходимости

- 1 - преобладает над высотой газовых пузырей над ними
- 2 - меньше высоты газовых пузырей над ними
- 3 - равна высоте газовых пузырей над ними

15. При доброкачественной опухоли желудка перистальтика на уровне поражения

- 1 - не нарушена
- 2 - усилена
- 3 - ослаблена
- 4 - отсутствует

16. Основным методом, позволяющим верифицировать диагноз язвенной болезни, является

- 1 - клинический осмотр
- 2 - рентгенологическое исследование
- 3 - гастродуоденоскопия

4 - клинический осмотр и гастродуоденоскопия

17. Асцит наиболее рано выявляется с помощью

1 -МРТ

2 - доплерографии

3 - рентгенографии брюшной полости

4 - рентгеноскопии брюшной полости

5 - УЗИ брюшной полости

18. Для выявления варикозного расширения вен пищевода используют

1 - компьютерную томографию

2-МРТ

3-УЗИ

4 - эзофагоскопию с сульфатом бария

5 - сцинтиграфию пищевода

19. Свободную жидкость в брюшной полости наиболее рано можно выявить методом

1 -МРТ

2 - доплерографии

3 - рентгенографии брюшной полости

4 - рентгеноскопии брюшной полости

5 -УЗИ брюшной полости

20. Рентгенологический симптом "воздушного серпа" (скопление воздуха под диафрагмой) наблюдается при

1 - непроходимости кишечника

2 - пневмоперитонеуме

3 – перитоните

21. Симптом "ниши " на контуре или на рельефе слизистой оболочке желудка отражает

1 - продуктивный процесс

2 - изъязвление в стенке органа

22. Показания к применению обзорной рентгенографии органов брюшной полости

1 - поиск инородных тел

2 - перитонит

3 - опухоли органов желудочно-кишечного тракта

23. Структуру стенки желудка можно выявить с помощью

1 - париетографии

2 - двойного контрастирования

3 - КТ

4 – УЗИ

24. Толщину стенки желудка можно определить при

1 - пневмографии

2 - двойного контрастирования

3 - париетографии

4 - ангиографии

5-УЗИ

25. Наиболее информативная методика выявления объемных образований поджелудочной железы

1 -УЗИ 2-КТ

3 - релаксационная дуоденография

4 - ретроградная панкреатография

26. Основной методикой рентгенологического исследования ободочной кишки является

- 1 - пероральное заполнение (пассаж бария)
- 2 - ирригоскопия
- 3 - мезентерикография
- 4 - СВЧ-термометрия
- 5 - рентгенография брюшной полости

27. Рентгенологическое исследование в условиях пневмоперитонеума проводят после введения газа через

- 1 - 20 мин
- 2 - 30 мин
- 3 - 40 мин
- 4 - 1-1.5ч

28. Стойкое сужение пищевода протяженностью до 5 см с неровными контурами и ригидными стенками, нарушение проходимости пищевода, отсутствие нормального рельефа слизистой с симптомом обрыва складки -рентгенологические симптомы

- 1 - эзофагоспазма
- 2 - рубцовой стриктуры
- 3 - эндофитного рака
- 4 - вторичных изменений пищевода при хроническом медиастините

29. Остроконечная ниша малой кривизны тела желудка до 1 см в диаметре, выступающая за контур, с симметричным валом, эластичной стенкой вокруг может быть при

- 1 - доброкачественной язве
- 2 - пенетрирующей язве
- 3 - озлокачественной язве
- 4 - инфильтративно-язвенном раке
- 5 - правильно 1 и 4

30. Одиночный дефект наполнения желудка размерами 2 см и более неправильно округлой формы с широким основанием -рентгенологические симптомы, характерные для

- 1 - полипа
- 2 - неэпителиальной опухоли
- 3 - полипозного рака
- 4 - безоара

31. Стойкое циркулярное сужение толстой кишки с подрытыми краями и неровными контурами наблюдается при

- 1 - дивертикулезе
- 2 - стенозирующем раке
- 3 - неспецифическом язвенном колите
- 4 - болезни Гиршпрунга

32. Достоверным симптомом перфорации полого органа брюшной полости является

- 1 - нарушение положения и функции диафрагмы
- 2 - свободный газ в брюшной полости
- 3 - свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости
- 4 - метеоризм

33. При подозрении на прободную язву желудка или 12-перстной кишки больному в первую очередь необходимо произвести

- 1 - бесконтрастное исследование брюшной полости
- 2 - двойное контрастирование желудка
- 3 - исследование желудка с водорастворимыми контрастными препаратами

4 - исследование желудка и 12-перстной кишки с дополнительным введением газа

5 - правильно 1 и 4

34. Для любого вида механической кишечной непроходимости общими рентгенологическими признаками являются

1 - свободный газ в брюшной полости

2 - свободная жидкость в брюшной полости

3 - арки и горизонтальные уровни жидкости в кишечнике

4 - нарушение топографии желудочно-кишечного тракта

35. На рентгенограммах брюшной полости видны вздутые газом кишечные петли, в которых при вертикальном положении больного определяется жидкость с горизонтальными уровнями. Такая картина характерна для

1 - закрытой травмы живота

2 - разрыва стенки кишки

3 - механической кишечной непроходимости

4 - хронического аппендицита

36. Первые рентгенологические симптомы кишечной непроходимости появляются через

1 - 1-1,5 часа

2 - 1,5-2,5 часа

3 - 2,5-3 часа

4 - 4-5 часа

37. Отличительным признаком функциональной кишечной непроходимости является обнаружение

1 - горизонтальных уровней жидкости, ширина которых больше высоты газа над ними

2 - горизонтальных уровней жидкости, ширина которых меньше высоты газа над ними

3 - скопления газа в тонкой кишке

4 - 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

38. В дифференциальной рентгенодиагностике функциональной и механической кишечной непроходимости имеет значение

1 - локализация уровня непроходимости

2 - обнаружение асцита

3 - соотношение газа и жидкости в кишечнике, локальность или распространенное изменений

4 - медленное изменение положения кишечных петель при изменении положения тела исследуемого, ограничение подвижности диафрагмы

Дополните

39. Выпячивание стенки органа, сообщающееся с его полостью называется

.....

40. Прямым рентгенологическим признаком язвы является симптом

.....

41. Наиболее часто язва желудка локализуется

.....

42. В норме водная взвесь сульфата бария покидает желудок в течение

..... часов

43. Первое физиологическое сужение пищевода расположено на уровне

.....

44. Грыжа, при которой внутри- или поддиафрагмальные сегменты пищевода и часть желудка смещены в грудную полость называется

.....

45. Грыжа, при которой часть желудка через пищеводное отверстие диафрагмы выходит в грудную полость рядом с пищеводом называется

46. Отсутствие нормального раскрытия кардии называется

Установить правильную последовательность

47. Диагностическая тактика при дисфагии

- рентгенография грудной клетки
- рентгенография глотки, пищевода и желудка с контрастированием
- эндоскопия пищевода и желудка

48. Диагностическая тактика при синдроме острого живота

- рентгенография грудной клетки
- рентгенография брюшной полости
- рентгенография брюшной полости в латеропозиции
- УЗИ брюшной полости

49. Диагностическая тактика при желудочно-кишечном кровотечении

- рентгенография грудной клетки
- рентгенография брюшной полости
- рентгенологическое исследование ЖКТ с искусственным контрастированием и эзофагогастроскопия
- колоноскопия
- УЗИ брюшной полости
- сканирование брюшной полости с коллоидным радиофармпрепаратом
- компьютерная томография брюшной полости

50. Диагностическая тактика при асците

- рентгенография брюшной полости
- рентгенологическое исследование пищевода и желудка с барием
- УЗИ брюшной полости
- доплерография воротной вены
- сцинтиграфия печени и селезенки
- УЗИ сердца
- рентгенография грудной клетки

**ЛУЧЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ
ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

Выберите правильный ответ

1. Желчный пузырь при УЗИ дифференцируется как

- 1 -эхопозитивное образование
- 2 -эхонегативное образование

2. Гиперфиксация РФП в селезенке характерна для

- 1 - механической желтухи
- 2 - билиарного цирроза
- 3 -портального цирроза
- 4 - постхолестециэктомического синдрома
- 5 – гепатита

3. Для изучения барьерной функции печени используют

- 1 - коллоидный раствор Au^{198}
- 2 - бенгальский розовый I^{131}
- 3 - бутилид
- 4 - ХИДА Te^{99m}
- 5 – метизид

4. Желчный пузырь расположен на уровне

- 1 - 9-10 грудных позвонков
- 2 - 10-11 грудных позвонков
- 3 - 11-12 грудных позвонков 4-1-2
поясничных позвонков

5. Вторичные злокачественные опухоли печени визуализируются на гамма-топограммах как

- 1 - "холодные очаги"
- 2 - "горячие очаги"

6. При синдроме портальной гипертензии лучевое исследование начинают с

- 1 - эзофагографии
- 2 - УЗИ брюшной полости
- 3 - рентгенографии брюшной полости
- 4 - диагностического пневмоперитонеума
- 5 – спленопортографии

7. Наиболее информативной методикой исследования билиарной системы при желче-каменной болезни является

- 1-ЭРХПГ
- 2-УЗИ
- 3 - внутривенная холецистохолангиография
- 4 - инфузионная холеграфия

8. Минимальный размер конкрементов желчного пузыря, выявляемый при УЗИ

- 1 - 0.1 мм
- 2 - 1.5-2 мм
- 3 - 5-7 мм
- 4 - 1 см
- 5 - 3 см

9. При подозрении на рак головки поджелудочной железы с прорастанием общего желчного протока или опухоль большого дуоденального соска целесообразно применить

- 1 - внутривенную холецистохолангтографию
- 2 - инфузионную внутривенную холецистохолангтографию
- 3 - ЭРХПГ
- 4 – ЧЧХ
- 5 - УЗИ

10. Диаметр общего желчного протока по данным рентгенологического исследования не более

- 1 - 4 мм
- 2 - 6 мм
- 3 - 8 мм
- 4 - 10 мм

11. Диаметр общего желчного протока по данным ультразвукового исследования не более

- 1 - 4 мм
- 2 - 6 мм
- 3 - 8 мм
- 4 - 10 мм

12. При подозрении на опухолевое поражение печени наиболее информативной методикой является

- 1 - обзорная рентгенография брюшной полости
- 2 - компьютерная томография
- 3 - контрастное исследование билиарной системы
- 4 - сцинтиграфия

13. Увеличенная бугристая печень с множественными обызвествлениями в виде глыбок или колец на значительном протяжении органа наблюдается при

- 1 - абсцессах печени
- 2 - при метастазах в печень
- 3 - эхинококкозе печени
- 4 - конкрементах или обызвествлениях, расположенных забрюшинно

14. Отмечается увеличение печени или ее деформация в виде ограниченного выбухания. При ультразвуковом исследовании поверхность ее неровная, выявлен асцит. При спленопортографии в печени имеется бессосудистый участок с неровными краями. Такие изменения наблюдаются при

- 1 - гемангиоме
- 2 - первичном раке
- 3 - эхинококковой кисте
- 4 - остром гепатите

15. Для ультразвуковой картины кисты печени нехарактерно

- 1 - образование с пониженной эхогенностью
- 2 - овальная форма
- 3 - округлая форма
- 4 - наличие тени позади образования

16. Ультразвуковой признак наблюдается при остром воспалении желчного пузыря

- 1 - неравномерное гиперэхогенное утолщение стенки желчного пузыря
- 2 - холестероз стенки желчного пузыря
- 3 - значительное утолщение стенки и трехслойность контура желчного пузыря
- 4 - увеличение желчного пузыря, отсутствие болезненности при пальпации

17. Наиболее достоверными ультразвуковыми признаками камней являются

- 1 - гиперэхогенные образования с акустической тенью, перемещающиеся при перемене положения больного
- 2 - гиперэхогенное образование без акустической тени
- 3 - пристеночное гиперэхогенное образование, не смещающееся при перемене положения тела больного
- 4 - образование неоднородной структуры без акустической тени

18. Основные признаки обтурации на уровне общего желчного протока при УЗИ

- 1 - желчный пузырь увеличен и не сокращается под действием желчегонного завтрака, расширены внутрипеченочные и внепеченочные протоки
- 2 - желчный пузырь увеличен и сокращается под действием желчегонного завтрака
- 3 - внутрипеченочные протоки расширены
- 4 - желчный пузырь увеличен, протоки не расширены

19. Предпочтительно проводить сканирование печени с коллоидными радиофармпрепаратами для диагностики

- УЗИ брюшной полости
- гепатобилисцинтиграфия
- чрезкожная чрезпеченочная холангиография
- КТ печени
- рентгенография грудной клетки

ЛУЧЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Выберите правильный ответ

1. Выявить небольшое количество жидкости в полости перикарда позволяет

- 1-УЗИ
- 2 - рентгенография
- 3 - рентгеноскопия
- 4 - рентгеновская томография

2. Контрастирование пищевода при рентгенографии грудной клетки проводят для изучения состояния

- 1 - аорты
- 2 - левого предсердия
- 3 - правого предсердия
- 4 - левого желудочка
- 5 - правого желудочка

3. Для определения скорости кровотока в сосудах используют

- 1 - доплерографию
- 2 - ангиографию
- 3 - сонографию
- 4 – флебографию

4. При "легочном" сердце происходит увеличение дуги левого контура сердечно-сосудистой тени

- 1 - первой
- 2 – второй
- 3 - третьей
- 4 – четвертой

5. Нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения при затруднительном оттоке из него характеризуется

- 1 - венозным застоем
- 2 -гиперволемией
- 3 -гиповолемией
- 4 - нормальным легочным кровотоком

6. Признак гиперволемии малого круга кровообращения

- 1 - увеличение диаметра артериальных сосудов
- 2 - увеличение лимфатических узлов корней легких
- 3 - уменьшение диаметра артерий
- 4 - увеличение диаметра легочных вен

7. При выпотном перикардите срединная тень приобретает форму

- 1 - треугольную
- 2 - трапециевидную
- 3 - митральную

4 – аортальную

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

1 -гиповолемия

2 - гиперволемия

3 - сочетание артериальной гипертензии и венозного застоя

4 - нормальный кровоток

9. Увеличение левого предсердия является обязательным признаком

1 - стеноза правого атрио-вентрикулярного отверстия

2 - митрального стеноза

3 - недостаточности аортального клапана

4 - стеноза устья аорты

10. При стенозе устья аорты имеет место

1 - диффузное расширение всех сегментов аорты

2 - удлинение аорты

3 - локальное расширение восходящей аорты

4 - "гипоплазия" аорты

11. При аортальном стенозе аорта

1 - не изменена

2 - диффузно расширена

3 - локальное расширение восходящего участка

4 – сужена

12. "Аортальная " форма сердца наблюдается при

1 - митральном стенозе

2 - трикуспидальном стенозе

3 - митральной недостаточности

4 - стенозе устья аорты

13. Обызвествление по контурам сердечной тени характерно для

1 - атеросклеротического аортокардиосклероза

2 - сдавливающего перикардита

3 - миокардита

4 - митрального стеноза

14. Для выпотного перикардита характерно

1 - увеличение амплитуды пульсации

2 - уменьшение амплитуды пульсации

3 - пульсация не изменена

4 - парадоксальная пульсация

15. Для выявления небольшого количества жидкости в полости перикарда наиболее информативна методика:

1 - рентгеноскопия

2 - рентгенография

3-УЗИ

4 – томография

16. Для выявления обызвествления стенок аорты при ее атеросклерозе более информативной является

1 - рентгеноскопия

2 - рентгенография

3 - аортография

4 - рентгеноскопия с контрастированием пищевода

Дополните

17. Оценить толщину стенки аорты позволяет метод
18. Исчезновение талии сердца, удлинение 2 и 3 дуг левого контура, смещение вверх правого атриовазального угла характерно для формы сердца.
19. Подчеркнутость талии сердца, смещение вниз правого атриовазального угла, увеличение дуг аорты и левого желудочка характерно для формы сердца.
20. Равномерное увеличение тени сердца, исчезновение четкой дифференцировки дуг характерно для формы сердца.

Установите соответствие

21. Объект исследования Основные методы лучевой диагностики

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. направление движения потоков крови в сердце и сосудах | 1. сцинтиграфия миокарда |
| 2. миокардиальный кровоток | 2. коронарография |
| 3. коронарный кровоток | 3. доплерография |
| 4. кровообращение в конечностях | 4. УЗИ |
| | 5. термография |

22. Патологическое состояние Основные методы лучевой диагностики

- | | |
|--|---|
| 1. аневризма сердца | 1. МРТ |
| 2. разрыв папиллярных мышц | 2. аортография |
| 3. расслаивающая аневризма грудного отдела аорты | 3. УЗИ |
| 4. поражение брюшной аорты | 4. рентгеноконтрастная вентрикулография |
| | 5. сцинтиграфия миокарда |

Установить правильную последовательность

23. Диагностическая тактика при подозрении на ишемическую болезнь сердца

- рентгенография грудной клетки
- УЗИ сердца
- УЗИ брюшной полости
- сцинтиграфия миокарда с таллием
- радиокордиоциркулография
- коронарография

24. Диагностическая тактика при кардиомегалии

- рентгенологическое исследование сердца
- УЗИ сердца
- сцинтиграфия миокарда с таллием
- коронарография

Выберите правильный ответ**1. Почки у здорового человека находятся на уровне**

- 1 - 8-10-го грудного позвонка
- 2 - 12-го грудного и 1-2-го поясничного позвонков
- 3 - 1-5-го поясничного позвонков
- 4 - 4-5-го поясничного позвонков

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

- 1 - 1-2 см
- 2 - 3-4 см
- 3 - 5-6 см
- 4 - 0 см

3. Длинные оси почек у здорового человека располагаются

- 1 - параллельно позвоночнику
- 2 - пересекаются друг с другом под углом, открытым книзу
- 3 - пересекаются друг с другом под углом, открытым кверху
- 4 - левая параллельна, правая под углом

4. Дыхательная смещаемость почки в норме составляет

- 1 - 1-2 см
- 2 - 3-4 см
- 3 - 5-6 см
- 4 - 10 см

5. Для выявления конкрементов в мочеточнике используют

- 1 - УЗИ
- 2 - внутривенную урографию
- 3 - ренографию
- 4 - статическую сцинтиграфию
- 5 - МРТ

6. Для статической сцинтиграфии почек используют

- 1 - ^{99m}Tc ДМСА
- 2 - Гиппуран ^{131}I
- 3 - Гиппуран ^{123}I
- 4 - ^{51}Cr ЭДТА
- 5 - ^{99m}Tc ДТПА

7. Для определения почечного плазмотока используют

- 1 - внутривенную урографию
- 2 - селективную ангиографию
- 3 - ренографию с гиппураном ^{131}I
- 4 - сонографию
- 5 - сканирование почек

8. Показанием к экстренному проведению урографии является

- 1 - острая почечная колика
- 2 - подозрение на опухоль
- 3 - пиелонефритическая атака
- 4 - травма живота с гематурией

5 - дистопия почки

9. Увеличение размеров почки наблюдается при

- 1 - поликистозе
- 2 - хроническом пиелонефрите
- 3 - нефросклерозе
- 4 - гипоплазии почки

10. Определить объем функционирующей паренхимы позволяет

- 1 - ренография
- 2 - УЗИ
- 3 - КТ
- 4 - динамическая сцинтиграфия
- 5 - МРТ

11. Корковое и мозговое вещество почки на сонограмме обуславливает

- 1 - эхопозитивный сигнал
- 2 - эхонегативный сигнал

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

- 1 - паренхима : ЧЛС – 1:1
- 2 - паренхима : ЧЛС – 2:1
- 3 - паренхима : ЧЛС – 1:2
- 4 - соотношение зависит от варианта строения почки

13. Для изучения скорости клубочковой фильтрации применяют

- 1 - ультразвуковое сканирование
- 2 - доплерографию
- 3 - динамическую сцинтиграфию
- 4 - внутривенную урографию
- 5 - статическую сцинтиграфию

14. Для диагностики гломерулонефрита используют

- 1 - УЗИ
- 2 - внутривенную урографию
- 3 - селективную ангиографию
- 4 - ренографию

15. При подозрении на гломерулонефрит исследование начинают с

- 1 - УЗИ
- 2 - КТЗ - ангиографии
- 4 - динамической сцинтиграфии
- 5 - ренографии

16. Истинные размеры почек можно определить при

- 1 - УЗИ
- 2 - ренографии
- 3 - обзорной рентгенографии
- 4 - внутривенной урографии
- 5 - термографии

17. Низкий удельный вес мочи является противопоказанием к проведению

- 1 - УЗИ почек
- 2 - внутривенной урографии
- 3 - КТ
- 4 - МРТ
- 5 - ренографии

18. При макрогематурии противопоказана

- 1 - ангиография
- 2 - ретроградная пиелография

3 - внутривенная урография

4 - УЗИ почек

5 – ренография

19. Определить форму, размеры и положение чашечно-лоханочной системы почек позволяют

1 - изотопная ренография и сканирование почек

2 - экскреторная урография и УЗИ

3 - обзорная рентгенография органов брюшной полости

4 - определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции

20. УЗИ почек позволяет определить

1 - величину почечного кровотока

2 - функцию почечных клубочков

3 - функцию почечных канальцев

4 - размеры, форму и локализацию чашечно-лоханочной системы

21. Динамическая нефросцинтиграфия позволяют определить

1 - скорость накопления радионуклида в почках

2 - скорость выведения радионуклида из почек

3 - размеры, форму и локализацию почек и функциональное состояние паренхимы

4 - размеры, форму и локализацию чашечно-лоханочной системы

5 - скорость клубочковой фильтрации

22. Наибольшее значение в дифференциальной диагностике дистопии и нефроптоза. имеет

1 - уровень расположения лоханки

2 - длина мочеточника

3 - уровень отхождения почечной артерии

4 - расположение мочеточника

5 - длина мочеточника и уровень отхождения почечной артерии

23. Кисты почек наиболее хорошо выявляются с помощью

1 - радиоизотопных методов исследования

2 - внутривенной урографии

3 - УЗИ почек

4 - термографии

5 – ренографии

24. Признак, свидетельствующий о снижении тонуса мочевых путей

1 - отсутствие контрастирования лоханки

2 - пиелэктазия

3 - "ампутация" чашечек

4 - "псоас"-симптом

25. При подозрении на ренальную природу артериальной гипертензии исследование начинают с

1 - УЗИ почек

2 - радиоизотопных методов исследования

3 - внутривенной урографии

4 - селективной ангиографии

5 – КТ

26. Почка нормальной величины, тень ее однородная, лоханка умеренно увеличена, контуры ее округлые и четкие, чашечки не увеличены. Это наиболее характерно для

1 - гипоплазии почек

2 - хронического пиелонефрита

3 - пиелэктазии

4 - опухоли почки

27. Мочеточник и лоханка смещены, чашечки нередко сдавлены, раздвинуты, на ангио-граммах отмечается бессосудистая зона. Дефект паренхимы и эконегативная зона с четкими контурами при УЗИ. Это наиболее характерно для

- 1 - опухоли почки
- 2 - хронического пиелонефрита
- 3 - солитарной кисты почки
- 4 – гидронефроза

28. Уменьшение размеров почки, деформация лоханочно-чашечной системы, контуры малых чашечек неровные, облитерация мелких сосудов коркового вещества почки наиболее характерны для

- 1 - туберкулеза почек
- 2 - сморщенной почки
- 3 - гипоплазии почки
- 4 - опухоли почки

29. При подозрении на гидронефроз наиболее рациональной методикой диагностики является

- 1 - обзорная урография
- 2 - экскреторная урография
- 3 - ретроградная пиелография
- 4 - ангиография
- 5 - ультразвуковое исследование

30. Прямым ультразвуковым признаком камня почки является

- 1 - эхопозитивное образование в проекции ЧЛС
- 2 - гиперэхогенное образование, размером не менее 5 мм
- 3 - четко очерченное эхопозитивное образование с акустической тенью позади него
- 4 - эхопозитивные образования, исчезающие при уменьшении режима работы прибора

31. Опухоль почки чаще представляет собой

- 1 - гиперэхогенное образование с четкой толстой капсулой
- 2 - образование небольшой эхогенности неоднородной структуры, иногда с неровными контурами
- 3 - анэхогенное образование с четкой тонкой стенкой и эффектом усиления дальнего контура
- 4 - гиперэхогенное округлое образование с акустической тенью

32. Солитарная киста почки представляет собой

- 1 - эконегативное образование однородной эхоструктуры с четкими замкнутыми контурами и эффектом усиления дальней стенки
- 2 - эконегативное образование с наличием внутренних эхосигналов и ослаблением дальнего контура
- 3 - эконегативное образование в зоне центрального эхокомплекса, связанное с лоханкой
- 4 - эконегативное образование без четких границ и эффекта усиления дальней стенки

33. Для доброкачественной опухоли мочевого пузыря характерно

- 1 - образование с неровной поверхностью на широком основании
- 2 - значительная асимметрия пузыря с незначительным изменением его объема
- 3 - неоднородная внутренняя структура с участками некроза и кальцификатами
- 4 - образование с хорошо дифференцируемой ножкой без инфильтрации стенки

34. Аденомы предстательной железы больших размеров выявляются как

- 1 - гиперэхогенные образования с хорошо выраженной капсулой на фоне нормальной ткани предстательной железы
- 2 - изоэхогенное по отношению к ткани железы образование неправильно овальной формы с гипоэхогенными включениями
- 3 - резко увеличенная железа, сохраняющая свое дольчатое строение, повышенной эхогенности

4 - округлое или овальное образование слабой эхогенности с равномерным распределением эхосигналов, часто вдающееся в полость мочевого пузыря

Дополните

35. В норме поперечник почки, измеренный на рентгенограмме составляет см
 36. В норме длинник почки, измеренный на рентгенограмме составляет см
 37. В норме поперечник почки, измеренный при УЗИ составляет см
 38. В норме длинник почки, измеренный при УЗИ составляет см
 39. Продолжительность сосудистого сегмента ренографической кривой составляетмин
 40. Продолжительность секреторного сегмента ренографической кривой составляет мин
 41. Продолжительность экскреторного сегмента ренографической кривой составляет мин

Установите соответствие

42. Патологическое состояние

1. идиопатическая гипертензия
2. аномалия сердца и сосудов
3. почечная гипертензия
4. надпочечниковая гипертензия

Основные методы лучевой диагностики

1. ренография
2. КТ
3. УЗИ
4. рентгенография грудной клетки
5. ангиография

43. Объект исследования

1. повреждение почки с внутривенной гематомой
2. повреждение почки с макрогематурией
3. аномалия развития почек
4. нарушение уродинамики почки

Основные методы лучевой диагностики

1. Внутривенная урография
2. дигитальная ангиография
3. УЗИ
4. ренография
5. рентгеновская томография

44. Заболевание

1. мочекаменная болезнь
2. абсцесс почки
3. киста почки
4. опухоль лоханки

Основные методы лучевой диагностики

1. УЗИ
2. внутривенная урография
3. сцинтиграфия почки
4. КТ
5. ретроградная пиелография

45. Объект исследования

1. кровоснабжение почек
2. функция почек
3. нефункционирующая почка

Основные методы лучевой диагностики

1. ренография
2. селективная ангиография
3. КТ
4. сцинтиграфия почек

Установить правильную последовательность

46. Диагностическая тактика при почечной колике

- УЗИ почек
- Обзорная рентгенография почек и мочевых путей
- Внутривенная урография
- Динамическая нефросцинтиграфия

47. Диагностическая тактика при макрогематурии

- цистография
- УЗИ почек
- КТ почек
- внутривенная урография
- динамическая сцинтиграфия почек

48. Диагностическая тактика при подозрении на опухоль почки

- УЗИ
- КТ
- ангиография почки
- внутривенная урография
- ретроградная пиелография

49. Диагностическая тактика при подозрении на опухоль предстательной железы

- УЗИ органов малого таза
- КТ органов малого таза
- рентгенография грудной клетки
- рентгенография скелета
- остеосцинтиграфия
- внутривенная урография
- цистоуретрография

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Выберите правильный ответ

1. Для суммарной оценки внутритиреоидного этапа йодного метаболизма используют

- 1 - Na^{131}I
- 2 - $^{99\text{m}}\text{Tc}$ Пертехнетат
- 3 - $\text{Na}^{131}\text{I} + ^{99\text{m}}\text{Tc}$ Пертехнетат
- 4 - ^{201}Tl хлорид
- 5 - Коллоидный раствор ^{198}Au

2. Для изучения внутритиреоидного этапа йодного метаболизма следует ограничить прием йодсодержащих веществ в течении

- 1 - суток
- 2 - 1 недели
- 3 - десяти дней
- 4 - 1 месяца
- 5 - 2 месяцев

3. Для изучения неорганической фазы внутритиреоидного этапа обмена йода используют

- 1 - гамма-топографию щитовидной железы
- 2 - гамма-хронорафию щитовидной железы
- 3 - радиометрию щитовидной железы с NaI^{131}
- 4 - радиометрию щитовидной железы с $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -пертехнетатом

4. РФП для изучения неорганической фазы йодного метаболизма

- 1 - $^{\wedge}$ холестерол

2 - коллоидный раствор ^{198}Au

3 - $^{99\text{m}}\text{Tc}$ Пертехнетат

4 - Na^{131}I

5 - бенгальский розовый I-131

5. Для изучения транспортно-органического этапа йодного метаболизма применяется

1 - радиоиммунологический анализ

2 - сцинтиграфия щитовидной железы

3 - радиометрия всего тела

4 - радиометрия щитовидной железы

5 - УЗИ

6. Для изучения периферического этапа йодного метаболизма используют

1 - радиометрию всего тела

2 - радиометрию щитовидной железы

3 - сканирование щитовидной железы

4 - радиоконкурентный микроанализ

7. Максимальное накопление NaI^{131} в щитовидной железе после внутривенного введения в норме наблюдается через

1 - 0.5 часа

2 - 2 часа

3 - 24 часа

4 - 48 часов

8. При эндемическом зобе захват Na^{131}I щитовидной железой

1 - снижен

2 - повышен

3 - без особенностей

9. Диффузное увеличение щитовидной железы без увеличения синтеза гормонов харак терно для

1 - тиреоидита Хашимото

2 - диффузного токсического зоба

3 - узлового токсического зоба

4 - аденомы щитовидной железы

10. Всем пациентам при наличии холодного узла в щитовидной железе следует выполнить

1 - биопсию под контролем УЗИ

2 - тест стимуляции

3 - тест подавления

4 - термографию

5 - исследование пищевода с барием

11. Для дифференцирования первичного и вторичного гипотиреоза проводят исследова ние

1 - уровня трийодтиронина и тиреотропина

2 - радиометрию щитовидной железы

3 - рентгенографию турецкого седла

4 - пробу с тиреотропином

12. Повышенное накопление NaI^{131} в проекции рукоятки грудины характерно для

1 - саркоидоза Бека

2 - центрального рака легкого

3 - опухоли тимуса

4 - лимфогранулематоза

5 - за грудинного зоба

13. Для изучения периферического этапа йодного метаболизма используют

- 1 - радиометрию всего тела
- 2 - радиометрию щитовидной железы
- 3 - сканирование щитовидной железы
- 4 - радиоконкурентный микроанализ

14. Повышенное накопление NaI^{131} в проекции рукоятки грудины характерно для

- 1 - саркоидоза Бека
- 2 - центрального рака легкого
- 3 - опухоли тимуса
- 4 - лимфогранулематоза
- 5 - загрудинного зоба

15. Для оценки транспортно-органического этапа йодного обмена производят

- 1 - определение ТТГ в крови
- 2 - радиометрию всего тела
- 3 - определение уровня Т3 и Т4 в крови

16. Лучевое исследование при пальпаторном выявлении узлов в щитовидной железе следует начать с

- 1 -УЗИ
- 2 - сцинтиграфии
- 3 - сканографии
- 4 -радиометрии щитовидной железы
- 5 – тиреолимфографии

17. При радионуклидном сканировании щитовидной железы выявлен горячий узел на фоне накапливающей препарат окружающей ткани. Следует выполнить для уточнения диагноза

- 1 - тест подавления
- 2 - тест стимуляции

18. Для изучения структуры поджелудочной железы используют

- 1 -УЗИ
- 2 - доплерографию
- 3 - РХПГ
- 4 - зондовую дуоденографию

19. Остеолиз пятой плюсневой кости возникает при

- 1 - сахарном диабете
- 2 - гиперпаратиреозе
- 3 - гипопаратиреозе
- 4 - гипертиреозе
- 5 - почечной недостаточности

20. Надпочечники в норме видны при УЗИ в виде

- 1 - треугольного образования над верхним полюсом, эхопозитивного, однородной эхоструктуры
- 2 - образования округлой или овальной формы, эхопозитивного, неоднородной структуры
- 3 - образования гипоэхогенной структуры, наслаивающегося на верхний полюс почки
- 4 - изоэхогенного с паренхимой почки образования с четкой капсулой

21. У больных с артериальной гипертензией, не снижающейся под влиянием терапии показано определение

- 1 - С-пептида
- 2 - инсулина
- 3 - соматотропина
- 4 - альдостерона
- 5 – кортизола

22. При болезни Иценко-Кушинга на гамма-топограммах определяется

1 - увеличение накопления РФП надпочечниками

2 - снижение накопления РФП надпочечниками

3 - увеличение накопления РФП одним надпочечником

23. Увеличение обоих надпочечников и повышенное накопление в них РФП характерно для

1 - болезни Иценко-Кушинга

2 - синдрома Иценко-Кушинга

3 - болезни Кона

24. Для радионуклидной визуализации надпочечников используют

1 – ^{131}I холестерол

2 - Na^{131}I

3 – $^{99\text{m}}\text{Tc}$ Пертехнетат

4 - $^{99\text{m}}\text{Tc}$ ДМСА

5 – ^{67}Ga цитрат

25. После операции на щитовидной железе у пациента возникли парестезии, судорожные подергивания, тетания. Лучевое исследование следует начинать с

1 - гамма-топографии щитовидной железы

2 - гамма-топографии паращитовидных желез

3 - рентгенографии турецкого седла

4 - определения содержания ТЗ и Т4

5 - определения содержания паратгормона

26. Пациенту, у которого выявлены коралловидные камни обеих почек следует выполнить радиоиммунологический анализ концентрации

1 - паратгормона

2 - ТЗ

3 - Т4

4 - С-пептида

5 – ТТГ

27. Перед гамма-топографией паращитовидных желез следует

1 - заблокировать щитовидную железу раствором Люголя

2 - отменить йодсодержащие продукты

3 - отменить бромсодержащие препараты

4 - подготовки не требуется

28. Лучевое исследование при клинической картине гипопаратиреоза следует начать с

1 - определения концентрации ТЗ и Т4

2 - определения концентрации ТТГ

3 - определения конц. тиреолиберина

4 - гамма-топографии

5-УЗИ

29. При выявлении диффузного остеопороза показано определение концентрации в крови радиоиммунологическим методом

1 - паратгормона

2 - инсулина

3 - С-пептида

4 – альдостерона

30. Причиной первичного гиперпаратиреоза может являться

1 - аденома паращитовидной железы

2 - хроническая почечная недостаточность

3 - состояние после резекции желудка

4 - глютенная энтеропатия (спру)

5 - аденома гипофиза

31. Лучевое исследование при подозрении на гипопаратиреоз следует начинать с

- 1 - рентгеноскопии пищевода с сульфатом бария
- 2 - рентгенографии трубчатых костей
- 3 - рентгенографии плоских костей
- 4 - определения концентрации паратгормона
- 5 - гамма-топографии паращитовидных желез

32. Для выявления латентного сахарного диабета используют

- 1 - гамма-топографию поджелудочной железы
- 2 - ретроградную холангиопанкреатографию
- 3 - микроконкурентное определение содержания инсулина
- 4 - УЗИ поджелудочной железы
- 5 - микроконкурентное определение содержания инсулина с сахарной нагрузкой

33. Исследование функции гипофиза возможно с помощью

- 1 -КТ
- 2-МРТ
- 3-УЗИ
- 4 - конкурентного микроанализа

34. Для визуализации микроаденом гипофиза используют

- 1 - рентгенографию черепа
- 2 - прицельную рентгенографию турецкого седла
- 3 - рентгенотомографию турецкого седла
- 4 - МРТ
- 5 – УЗИ

35. Сагиттальный размер турецкого седла в норме

- 1 - 5 мм
- 2 - 9 мм
- 3 - 11 мм
- 4 - 13 мм
- 5 - 15 мм

Дополните

36. Решающей в дифференциальной диагностике первичных и вторичных гипотиреозов является проба с
37. Экстраорганное накопление ^{131}I указывает на

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ**Выберите правильный ответ****1. К ионизирующим излучениям относятся**

- 1 - квантовое (фотонное) и корпускулярное
- 2 - световое (видимая часть спектра)
- 3 - ультрафиолетовое
- 4 - лазерное
- 5 – инфракрасное

2. Непосредственно ионизирующими излучениями считаются

- 1 - тормозное рентгеновское высоких энергий
- 2-электронное и протонное
- 3-нейтронное
- 4-гамма-излучение
- 5-тормозное рентгеновское низких энергий

3. Тормозное рентгеновское излучение - это

- 1 - гамма-излучение некоторых радионуклидов
- 2 - поток электронов, получаемых в ускорителях
- 3 - излучение, возникшее при торможении ускоренных электронов на мишени
- 4 - излучение, возникшее при изменении энергетического состояния атома
- 5 - эмиссия электронов с катода рентгеновской трубки

4. Поглощенная доза - это энергия

- 1 - поглощенная в 1 см³ вещества
- 2 - поглощенная в единице массы облученного объема
- 3 - поглощенная во всей массе облученного объема
- 4 - поглощенная в единице массы за единицу времени
- 5 - переданная веществу фотоном или частицей на единице длины их пробега

5. Активность радионуклида - это число

- 1 - радиоактивных ядер
- 2 - распадов в единицу времени
- 3 - радиоактивных ядер в 1 мг радиоактивного вещества

6. Единицей измерения поглощенной дозы в СИ является

- 1 - Грей
- 2 - Рад
- 3 - Рентген
- 4 - Кюри
- 5 - Беккерель

7. Определение экспозиционной дозы связано с эффектами

- 1 - ионизации воздуха под действием излучения
- 2 - химического действия излучения
- 3 - теплового действия излучения
- 4 - световозбуждающего действия излучения
- 5 - повышения электропроводности под действием излучения

8. Единицей измерения экспозиционной дозы является

- 1 - Дж/кг/сек
- 2 - Кулон/кг
- 3 - Дж/кг
- 4 - Рад
- 5 - Беккерель

9. Единицей измерения экспозиционной дозы в системе СИ является

- 1 - Кюри
- 2 - Кулон/кг
- 3 - Грей
- 4 - Рад
- 5 - Беккерель

10. Единицей измерения эквивалентной дозы в системе СИ является

- 1 - Дж/кг
- 2 - Кулон/кг
- 3 - Грей
- 4 - Рад
- 5 - Беккерель

11. Единицей измерения интегральной дозы в системе СИ является

- 1 - Дж/кг
- 2 - Кулон/кг
- 3 - Грей x килограмм
- 4 - Рад
- 5 - Беккерель

12. Радионуклидные источники для дистанционной лучевой терапии

- 1 -кобальт-60
- 2-калифорний-252
- 4-иридий-192

13. Радионуклидные источники для дистанционной лучевой терапии

- 1 -калифорний-252
- 2-цезий-136
- 3-иридий-192

14. Для дистанционной лучевой терапии с радионуклидными источниками излучения используют все перечисленные аппараты, кроме

- 1-АГАТ-Р
- 2-АГАТ-С
- 3-РОКУС-Н,РОКУС-АМ
- 4-АГАТ-В

15. Для контактной лучевой терапии с радионуклидными источниками излучения применяются

- 1-АГАТ-ВЗ, АГАТ-ВУ, АГАМ
- 2-АГАТ-С
- 3-АГАТ-Р

16. Для контактной лучевой терапии с радионуклидными источниками, излучения применяются

- 1 -АГАТ-С
- 2-АГАТ-Р
- 3-СЕЛЕКТРОН, МИКРОСЕЛЕКТРОН

17. Изодозные линии соединяют точки с одинаковым значением

- 1 -поглощенной дозы
- 2-экспозиционной дозы

18. Карта изодоз дистанционного пучка гамма-излучения - это

- 1 -распределение процентных глубинных доз по центральному лучу пучка
- 2-распределение процентных глубинных доз по любому сечению пучка излучения
- 3-суммарное распределение процентных глубинных доз в поперечном сечении при многопольном статическом облучении

19. Основными механизмами физического взаимодействия ионизирующих излучений с веществом является

- 1 -ионизация молекул и возбуждение молекул
- 2-передача заряда
- 3-гидролиз воды

20. Теория «мишени» - это

- 1-воздействие ионизирующего излучения на ферменты
- 2-воздействие на генетический аппарат, на молекулы ДНК и РНК
- 3-повреждение оболочки клетки

21. Теория непрямого действия ионизирующего излучения на клетку - это

- 1 -воздействие на ферменты
- 2-гидролиз воды
- 3-повреждение молекул ДНК и РНК
- 4-повреждение генетического аппарата клетки
- 5-воздействие на центральную нервную систему

22. Для определения относительной биологической эффективности других видов излучений эталонными являются

- 1-рентгеновское излучение 100 кВ
- 2-рентгеновское излучение 200 кВ
- 3-излучение ^{60}Co
- 4-нейтронное излучение
- 5-быстрые электроны

23. Разница в радиочувствительности злокачественной опухоли и окружающих ее тканей называется

- 1 -толерантность
- 2-терапевтический интервал радиочувствительности
- 3 -радиорезистентность
- 4-относительная радиочувствительность

24. Высокую степень радиочувствительности имеют все перечисленные органы и ткани, кроме

- 1 -лимфоидной ткани
- 2-кожи
- 3-тимуса '
- 4-костного мозга
- 5-яичек и яичников

25. Среднюю степень радиочувствительности имеют все перечисленные органы и ткани, кроме

- 1 -кожи
- 2-слизистых оболочек полости рта
- 3-слизистой пищевода
- 4-слизистой мочевого пузыря
- 5-мышечной ткани

26. Радиорезистентными являются все перечисленные органы и ткани, кроме

- 1 -тонкого кишечника
- 2-печени
- 3-глии
- 4-мышечной ткани
- 5-костной ткани у взрослых

27. Высокой радиочувствительностью обладают все перечисленные опухоли, кроме

- 1 -лимфоэпителиом
- 2-семином
- 3-плоско клеточного рака кожи
- 4-базалиом
- 5-опухоли Вильмса

28. Средней степенью радиочувствительности обладают все перечисленные опухоли, кроме

- 1 -рака шейки матки
- 2-рака носоглотки
- 3-рака голосовых складок
- 4-рака органов полости рта
- 5-саркомы Юинга

29. Радиорезистентными являются все перечисленные опухоли, кроме

- 1 -остеогенной саркомы
- 2 -хондросаркомы
- 3 -рабдомиосаркомы
- 4-рака желудка
- 5-малодифференцированного рака легкого

30. Наиболее радиочувствительной опухолью является

- 1 -мелкоклеточный рак
- 2-плоскоклеточный рак
- 3 -аденокарцинома
- 4-саркома
- 5-глиома

31. Опухолевая клетка чувствительна к ионизирующему излучению во всех следующих фазах клеточного цикла, кроме

- 1-фазы митоза (m)
- 2-пресинтетической фазы (S¹)
- 3-фазы синтеза (S)
- 4-постсинтетической фазы (S')

32 . При радикальной программе лучевой терапии (классический вариант) величина разовой очаговой дозы составляет

- 1-1,5Гр
- 2-1,8-2,0 Гр
- 3-3,0-3,5 Гр
- 4-4,0-4,5 Гр
- 5-5,0 Гр

33. При среднем фракционировании разовая очаговая доза составляет

- 1-1,5 Гр
- 2-2,0 Гр
- 3-2,5-5,0 Гр
- 4-6,0-10,0 Гр
- 5-11,0-15,0 Гр

34. Показаниями для применения крупных фракций являются

- 1 -радикальная программа лучевой терапии при радиорезистентных опухолях
- 2-предоперационное облучение при операбельных опухолях
- 3-послеоперационное облучение

35. Показаниями для применения крупных фракций являются

- 1 -радикальная программа лучевой терапии при радиорезистентных опухолях
- 2-послеоперационное облучение
- 3-паллиативная лучевая терапия при метастазах в кости

36. Расщепленный курс лучевой терапии - это

- 1-облучение в течении 3-4 недель, перерыв 2-3 недели, облучение до суммарных очаговых доз до 60-76 Гр
- 2-облучение через день до суммарных очаговых доз (СОД) 60-70 Гр
- 3-облучение 2 раза в неделю до СОД = 60-70 Гр
- 4-облучение один раз в неделю до СОД = 60-70 Гр
- 5-облучение 2-3 раза в день малыми фракциями до СОД = 60-70 Гр

37. Целями предоперационной лучевой терапии методом обычного фракционирования являются все перечисленные, кроме

- 1 -разрушения малодифференцированных опухолевых клеток
- 2-перевода опухоли из неоперабельного состояния в операбельное
- 3-нанесения летальных повреждений субклиническим очагам опухолевого роста
- 4-улучшения заживления раны
- 5-нанесения сублетальных повреждений микрометастазам рака в удаляемых во время операции лимфатических узлах

38. К недостаткам предоперационного облучения методом обычного фракционирования относятся все перечисленные, кроме

- 1 -задержки момента операции
- 2-увеличения кровопотери во время операции
- 3-увеличения числа осложнений в послеоперационном периоде
- 4-ухудшения результатов лечения по сравнению с чисто хирургическим методом
- 5-снижения иммунологических показателей

39. Величина суммарной очаговой дозы в первичной опухоли при проведении предоперационного облучения методом обычного фракционирования составляет

- 1-30Гр
- 2-40 Гр
- 3-50-60 Гр
- 4-70-100 Гр
- 5-100-120 Гр

40. Величина интервала между окончанием предоперационного облучения обычными фракциями и операцией составляет

- 1 -интервала нет
- 2-2-3 недели
- 3-4 недели
- 4-5 недели
- 5-6 недель

41. Величина интервала между окончанием предоперационного облучения средними и крупными фракциями и операцией составляет

- 1 -интервала нет
- 2-1-3 дня
- 3-4-7 дней
- 4-8-14 дней
- 5-15-21 день

42. Задачами послеоперационного облучения являются все перечисленные, кроме

- 1 -снижения числа местных рецидивов
- 2-снижения числа метастазов в регионарные лимфатические узлы
- 3-снижения числа отдаленных метастазов
- 4-улучшения выживаемости онкологических больных
- 5-улучшения заживления послеоперационного шва

43. При проведении послеоперационного облучения применяются следующие разовые дозы

- 1-1,5 Гр
- 2-1,8-2,0 Гр
- 3-2,1-2,5 Гр
- 4-2,6-3,0 Гр
- 5-более 3 Гр

44. Симптомами общей лучевой реакции являются все перечисленные, кроме

- 1 -головной боли
- 2-нарушение сна
- 3-неустойчивого настроения
- 4-повышения аппетита
- 5-тошноты, рвоты

45. Со стороны сердечно-сосудистой системы в процессе облучения могут возникнуть все перечисленные изменения, кроме

- 1 -тахикардии
- 2-брадикардии
- 3 -экстрасистолии
- 4-снижения артериального давления
- 5-отрицательной динамики на ЭКГ

46. Симптомами лучевого пульмонита являются все перечисленные ниже, кроме

- 1 -боли при дыхании
- 2-повышения температуры
- 3-сухого кашля
- 4-диарреи
- 5-затруднения дыхания

47. Симптомами лучевого энтерита являются все перечисленные, кроме

- 1 -рвоты
- 2-болей в животе
- 3-жидкого частого стула
- 4-примеси крови в каловых массах
- 5-усиленной перистальтики кишечника

48. Симптомами лучевого цистита являются все перечисленные, кроме

- 1 -болей при мочеиспускании
- 2-учащения мочеиспускания
- 3-появления мутной мочи
- 4-наличия примеси крови в моче
- 5-задержки мочеиспускания

49. При проведении дистанционной гамма-терапии обычными фракциями гиперемия кожи возникает после подведения следующих суммарных очаговых доз

- 1-10-15 Гр
- 2-16-20 Гр
- 3-21-25 Гр
- 4-26-29 Гр
- 5-30-35 Гр

50. Влажный эпидермит возникает после подведения следующих суммарных очаговых доз

- 1-20-25 Гр
- 2-30-35 Гр
- 3-40-45 Гр
- 4-50-60 Гр
- 5-свыше 60 Гр

51. Лучевая язва возникает после подведения следующей суммарной очаговой дозы

- 1-30-35 Гр
- 2-40-45 Гр
- 3-50-55 Гр
- 4-60-65 Гр
- 5-свыше 65 Гр

52. Отек и гиперемия слизистой полости рта возникает после подведения следующих очаговых доз

- 1-10-15 Гр
- 2-16-18 Гр
- 3-18-25 Гр
- 4-26-35 Гр
- 5-36-40 Гр

53. Толерантными для кожи при обычном фракционировании являются следующие очаговые дозы

- 1-30-39 Гр
- 2-41-45 Гр
- 3-51-59 Гр
- 4-60-65 Гр
- 5-свыше 65 Гр

54. Номинальная стандартная доза - это

- 1 -поглощенная доза в некоторой точке объема облучения
- 2-среднее значение поглощенной дозы в объеме облучения
- 3-количественная оценка эффекта облучения по критерию предельного уровня толерантности нормальной соединительной ткани
- 4-количественная оценка эффекта облучения по критерию частичной толерантности нормальной соединительной ткани
- 5-количественная оценка эффекта облучения в зависимости от степени регрессии опухоли

55. Дистанционная лучевая терапия - это метод лучевого лечения с использованием

- 1 -облучения внешними пучками
- 2-источников излучения вводимых в естественные полости человека
- 3-источников излучения, вводимых в ткань опухоли
- 4-облучения радиоактивными препаратами, имеющими тропность к опухоли
- 5-эндолимфатического введения радионуклидов

56. Для дистанционной лучевой терапии не используется

- 1 -нейтронное
- 2-электронное
- 3 - гамма-излучение
- 4-рентгеновское
- 5-альфа-излучение

57. Для дистанционной лучевой терапии используется

- 1-иридий-192
- 2-кобальт-60
- 3-стронций-90
- 4-золото-198
- 5-фосфор-32

58. Для дистанционной электронной терапии используются

- 1 -линейные ускорители электронов и бетатроны
- 2-циклотроны
- 3-аппараты для коротко дистанционной рентгенотерапии

59. Для дистанционной лучевой терапии высокоэнергетическим тормозным рентгеновским излучением используются

- 1 -гамма-терапевтические аппараты
- 2-бетатроны и линейные ускорители электронов
- 3-аппараты для коротко дистанционной рентгенотерапии

60. Для дальнедистанционной рентгенотерапии используются аппараты

- 1-РУМ-20
- 2-РУМ-17
- 3-АГАТ-С
- 4-бетатрон
- 5-РУМ-21

61. Для короткодистанционной рентгенотерапии используются аппараты

- 1-РУМ-21
- 2-РУМ-20
- 3-РОКУС-М
- 4-микротрон
- 5-РУМ-17

62. Для дистанционной нейтронной терапии используются следующие аппараты и источники излучения

- 1 -калифорний-252
- 2-циклотрон
- 3-линейные ускорители электронов
- 4-микротроны
- 5-бетатроны

63. Максимум ионизации при облучении на линейном ускорителе ЛУ-15-20 МЭВ находится

- 1 -в воздухе
- 2-на коже
- 3-в подкожной жировой клетчатке
- 4-на глубине 10см
- 5-в костях
- 6-на стороне, противоположной облучаемой(на выходе)

64. Максимум ионизации при гамма-терапии находится

- 1 -в воздухе
- 2-на коже
- 3-в подкожной жировой клетчатке
- 4-на глубине 10см
- 5-в костях
- 6-на стороне, противоположной облучаемой(на выходе)

65. Максимум ионизации при рентгенотерапии находится

- 1 -в воздухе
- 2-на коже
- 3-в подкожной жировой клетчатке
- 4-на глубине 10см
- 5-в костях
- 6-на стороне, противоположной облучаемой(на выходе)

66. Максимум ионизации при облучении электронами с энергией 15МЭВ находится

- 1 -в воздухе
- 2-на **коже**
- 3-в подкожной жировой клетчатке
- 4-на глубине 10см
- 5-в костях
- 6-на стороне, противоположной облучаемой(на выходе)

67. Радиочувствительность опухоли увеличивается при использовании всех перечисленных методов воздействия, кроме применения

- 1- радиосенсибилизаторов
- 2-радиопротекторов
- 3-гипербарической оксигенации
- 4-гипертермии
- 5-электро-акцепторных соединений

68. Наиболее радиочувствительны клетки в состоянии

- 1 -гипоксии
- 2-аноксии
- 3-обычного насыщения кислородом
- 4-перенасыщения кислородом

69. Наиболее радиочувствительны ткани в состоянии

- 1 -гипотермии
- 2-гипертермии

70. Наиболее радиочувствительны ткани в состоянии

- 1 –гипогликемии
- 2-гипергликемии

71. Внутритканевая лучевая терапия - это

- 1 -облучение операционной раны
- 2-введение препаратов, имеющих тропность к опухоли
- 3-внутрисосудистое введение радиоактивных микросфер
- 4-эндолимфатическое введение радионуклидов
- 5-введение радиоактивных источников в опухоли и прилежащие к ней нормальные ткани

72. При внутритканевой лучевой терапии не применяется

- 1-гамма-излучение
- 2-бета-излучение
- 3-альфа-излучение
- 4-мягкое рентгеновское излучение
- 5-нейтронное излучение

73. При внутритканевой лучевой терапии используются все следующие изотопы, кроме

- 1- золота-198
- 2- цезия-137
- 3-калифорния-252
- 4-радия-226
- 5-цинка-182

74. Внутритканевая лучевая терапия может быть применена во всех перечисленных клинических ситуациях, кроме

- 1 -самостоятельного курса
- 2-сочетания с дистанционной лучевой терапией
- 3-случая прорастания опухоли в крупный кровеносный сосуд
- 4-сочетания с внутрисполостной лучевой терапией
- 5-комбинации с органосохраняющими операциями

75. Внутритканевая бета-терапия предполагает

- 1 -постоянную имплантацию источников
- 2-имплантацию источников с последующим их извлечением
- 3-использование методики ручного последовательного введения интрастатов и источников
- 4-использование автоматического последовательного введения интрастатов и источников
- 5-облучение один раз в неделю

76. Внутритканевая лучевая терапия практически не используется при опухолях

- 1 -пищеварительного тракта
- 2-дыхательных путей
- 3-нервной системы
- 4-сердечно-сосудистой системы
- 5-мягких тканей

77. При внутритканевой лучевой терапии характер облучения

- 1 -постоянный

2-дробный

78. Внутриполостная лучевая терапия - это

- 1 -размещение источников излучения на поверхности опухоли
- 2-внедрение источников излучения в ткани
- 3-внедрение источников излучения в полость опухоли при её распаде
- 4-внедрение источников излучения в полостные органы
- 5-прием источников излучения перорально

79. Внутриполостную лучевую терапию применяют для лечения первичных опухолей всех перечисленных локализаций рака, кроме

- 1 -шейки матки
- 2-тела матки
- 3-молочной железы
- 4-мочевого пузыря
- 5-прямой кишки

80. При составлении топометрической карты для переноса топографии опухоли и окружающих тканей используются все перечисленные методы и средства, кроме

- 1 -рентгенометрического метода
- 2-компьютерной томографии
- 3-магнитно-резонансной томографии
- 4-анатомических атласов

81. При составлении топометрической карты для переноса топографии опухоли и окружающих тканей используются все перечисленные методы и средства, кроме

- 1 -компьютерной томографии
- 2-масштабных линеек
- 3-симулятора
- 4-рентгенограмм в двух проекциях с использованием коэффициента увеличения
- 5 –рентгеноскопии

82. Паллиативная программа лучевой терапии включает облучение

- 1 - первичной опухоли
- 2-очагов поражения для снятия боли
- 3-зон лимфооттока после нерадикальной операции
- 4-послеоперационного рубца при нерадикальной операции

83. Паллиативная программа лучевой терапии включает облучение

- 1 -первичной опухоли и зон регионарного метастазирования небольшими дозами
- 2-очагов поражения для снятия боли
- 3-зон лимфооттока после нерадикальной операции
- 4-послеоперационного рубца при нерадикальной операции

84. Симптоматическая лучевая терапия - это

- 1 -локальное облучение первичного или метастатического очага для снятия определенного симптома (боли, удушья и др.)
- 2-облучение зон лимфооттока после нерадикальной операции
- 3-облучение послеоперационного рубца при нерадикальной операции
- 4-облучение послеоперационного рубца и зон регионарного метастазирования при нерадикально выполненной операции

85. Для проведения радикальной лучевой терапии не может использоваться

- 1 -дистанционная гамма-терапия
- 2-внутриканевая лучевая терапия
- 3-внутриканевая лучевая терапия
- 4-короткодистанционная рентгенотерапия
- 5-внутриполостная лучевая терапия

86. К ранним местным лучевым реакциям при лучевой терапии злокачественной опухоли причисляют повреждения, развивающиеся после ее завершения

- 1 -в любое время
- 2-в течение 3 месяцев
- 3-в течение полугода
- 4-в процессе лучевой терапии или в течении 3 недель

87. К поздним лучевым осложнениям лучевой терапии относится

- 1 -влажный эпидермит
- 2-диффузный эпителиит
- 3-атрофия кожи и слизистых
- 4-эритема

88. Объективным показателем общей лучевой реакции служит

- 1 -лейкоцитоз
- 2-лейкопения
- 3-лимфоцитоз
- 4-лимфопения
- 5-анемия

89. Клинический анализ крови при проведении курса лучевой терапии опухолевых заболеваний следует повторять

- 1 -ежедневно
- 2-через день
- 3-раз в неделю
- 4-раз в месяц
- 5-после каждого сеанса облучения

90. Для лучевого лечения аденом гипофиза не применяют

- 1 -рентгеновское излучение низкой энергии
- 2-рентгеновское тормозное излучение высокой энергии
- 3-гамма-терапию
- 4-протонный пучок

91. Не является радиорезистентной

- 1 -медуллобластома
- 2-эпендимома
- 3-астроцитомы
- 4-олигодендроглиома
- 5-менингеома

92. Радиорезистентной является

- 1 -аденома гипофиза
- 2-глиобластома
- 3 -медуллобластома
- 4-нейробластома
- 5-менингиома

93. От гистологической структуры опухоли зависит выбор

- 1 -метода облучения
- 2-схемы облучения
- 3-схемы и метода облучения

94. От локализации опухоли зависит выбор

- 1 -метода облучения
- 2-схемы облучения
- 3-схемы и метода облучения

96. Наиболее радиочувствительны опухоли

- 1 -экзофитные
- 2-эндофитные
- 3-инфильтрирующие

97. При злокачественных опухолях конъюнктивы применяется

- 1 -аппликационная лучевая терапия
- 2 -химиотерапия
- 3-внутриканевая лучевая терапия

98. Лучевая терапия рака легкого противопоказана при наличии

- 1 -плеврального выпота
- 2-увеличения внутригрудных лимфатических узлов
- 3-компрессии крупных сосудов
- 4-компрессии пищевода

99. Лучевая терапия рака легкого противопоказана при наличии

- 1 -распада опухоли
- 2-увеличения внутригрудных лимфатических узлов
- 3-компрессии крупных сосудов
- 4-компрессии пищевода

100. Радикальная лучевая терапия у больных раком легкого проводится при метастазировании в лимфатические узлы

- 1 -корня легкого на стороне поражения
- 2-внутригрудные
- 3-противоположного корня легкого
- 4-шейно-надключичные

101. Предоперационная лучевая терапия при раке легкого проводится при

- 1-1 стадии
- 2-2 стадии
- 3-3 стадии
- 4-4 стадии

102. Паллиативная лучевая терапия при раке легкого проводится во всех перечисленных случаях, кроме

- 1 -наличия отдаленных лимфогенных метастазов
- 2-обнаружения метастазов в другое легкое
- 3-прорастания перикарда
- 4-появления костных метастазов
- 5-асцита

103. Радикальная программа лучевой терапии при раке пищевода проводится при поражении

- 1 -верхней трети
- 2-средней трети
- 3-нижней трети
- 4-нижней трети с переходом на желудок
- 5-более половины пищевода

104. Аппликационный метод лечения применяется для лечения опухолей

- 1 -кожи
- 2-желудка
- 3-пищевода
- 4-прямой кишки
- 5-гипофиза

105. Лучевая терапия является основным методом лечения опухолей

- 1 -гипофиза
- 2-первичных внутрикраниальных опухолей
- 3-вторичных внутрикраниальных опухолей
- 4-спинного мозга

106. Лучевая терапия злокачественных опухолей противопоказана при наличии

- 1 -регионарного метастазирования
- 2-отдаленного метастазирования
- 3-анемии
- 4-туберкулеза
- 5 –нейродермита

107. При лучевом лечении опухолей головного мозга следует избегать облучения

- 1-глаз
- 2-мозжечка
- 3-гипофиза
- 4-продолговатого мозга
- 5-лобных долей

108. Основным методом лечения локализованной и регионарной форм лимфогранулематоза является

- 1 -хирургический
- 2-лучевой
- 3 –химиотерапевтический

109. Основным методом лучевой терапии рака гортани является

- 1 -аппликационный
- 2-внутриканевой
- 3 -внутриполостной
- 4-дистанционная гамма-терапия
- 5-дистанционная рентгенотерапия

110. При опухолях нижнего отдела гортани T1-T4 проводят лечение

- 1 -комбинированное
- 2-лучевое
- 3-хирургическое
- 4 –химиотерапевтическое

111. При опухолях вестибулярного и среднего отделов гортани T1-T3 проводят лечение

- 1 -комбинированное
- 2-лучевое
- 3-хирургическое
- 4-химиотерапевтическое

112. Предоперационная лучевая терапия рака молочной железы при отсутствии признаков метастазирования не проводится на стадиях

- 1-T1-T2
- 2-T3-T4
- 3-проводится всегда

113. Послеоперационное облучение рака молочной железы при отсутствии признаков метастазирования не проводится на стадиях

- 1-T1-T2
- 2-T3-T4
- 3-проводится всегда

114. Основной метод предоперационного облучения при раке шейки матки

- 1 -внутриполостной

- 2 -дистанционный
- 3-сочетанный

115. Основной метод облучения при раке тела матки

- 1 -внутриполостной
- 2-дистанционный
- 3-сочетанный

116. Наиболее радиочувствительны опухоли желудка

- 1 -антрального отдела
- 2-тела
- 3-кардиального отдела

117. Более радиочувствительны опухоли прямой кишки на стадиях

- 1-T1-T2
- 2-T3-T4

118. Лучевая терапия рака желудка противопоказана при

- 1 -декомпенсированном стенозе
- 2-кровотечении из опухоли
- 3-прорастании смежных тканей

119. Лучевую терапию неопухолевых заболеваний в амбулаторных условиях проводить

- 1 –можно
- 2-нельзя

120. При грибковых заболеваниях кожи лучевая терапия применяется с целью

- 1 -десенсибилизации
- 2-анальгезии
- 3-эпиляции
- 4-уменьшения отечности

121. При отечном экзофтальме лучевая терапия применяется с целью уменьшения

- 1 -инфильтрации ретробульбарной клетчатки
- 2-явлений воспаления
- 3-болевого ощущений

122. При усилении болевого синдрома при лучевом лечении радикулита терапию надо

- 1-прекратить
- 2-продолжить

123. При лучевом лечении неопухолевых заболеваний костно-суставного аппарата терапевтический эффект полностью проявляется

- 1-в процессе лечения
- 2-сразу по завершении курса
- 3-через 1,5-2 месяца

124. Абсолютным противопоказанием к проведению лучевой терапии неопухолевых заболеваний является

- 1 -сопутствующее острое инфекционное заболевание
- 2-беременность
- 3-детский возраст
- 4-лучевая болезнь в анамнезе
- 5-резковывраженный болевой синдром

125. При проведении курса внутриполостной или внутритканевой лучевой терапии пациент находится в палате

- 1 -общей
- 2-отдельной
- 3-специально оборудованной «активной»

126. В течении курса дистанционной рентгенотерапии пациент находится в палате

- 1 -общей
- 2-отдельной
- 3-специально оборудованной «активной»

127. В течении курса дистанционной гамма- терапии пациент находится в палате

- 1 -общей
- 2-отдельной
- 3 –специально оборудованной «активной»

128. Проводить физиопроцедуры в послелучевом периоде лечения неопухолевых заболеваний

- 1 -можно
- 2-нельзя

129. Местное мазовое лечение при проведении лучевой терапии неопухолевых проводить

- 1 -можно
- 2-нельзя

130. Симулятором называется

- 1 -муляж анатомической области
- 2-созданная для конкретного пациента модель облучаемой области
- 3-рентгеновская установка, имитирующая лечебный пучок

131. Сочетать лучевое лечение и физиотерапевтические процедуры

- 1 -можно
- 2-нельзя

132. Терапевтический эффект лучевого лечения воспалительных процессов связан с воздействием на

- 1-патологические очаги возбуждения в нерве и вегетативную нервную систему через периферический нейрорецепторный аппарат
- 2-центральную нервную систему
- 3-оболочку клетки
- 4-пролиферативную активность клеток
- 5-генетический аппарат

133. Терапевтический эффект лучевого лечения воспалительных процессов связан с

- 1 -уменьшением секреции биологически активных веществ
- 2-увеличением секреции биологически активных веществ
- 3-снижением экссудации
- 4-снижением пролиферации
- 5-повышением пролиферации

134. При сформировавшихся ограниченных гнойниках лучевая терапия

- 1 –показана
- 2-противопоказана
- 3 – нецелесообразна

135. Лучевая терапия при воспалительных процессах показана в фазу

- 1 -нагноения
- 2-инфильтрации
- 3-некроза
- 4-регенерации
- 5-в любую фазу

136. При воспалительных инфильтратах поля облучения

- 1 -соответствуют границам очага
- 2-меньше очага на 0,5-1,0 см
- 3-больше очага на 0,5-1,0 см

137. Основной метод лучевой терапии неопухолевых заболеваний

- 1 -дистанционная рентгенотерапия
- 2-аппликационная бета-терапия
- 3-дистанционная гамма-терапия
- 4-внутриканальное облучение
- 5-внутриполостное облучение

138. Большие дозы облучения требуются для лечения воспалительных процессов

- 1 -острых
- 2-хронических

139. Лучевая терапия неопухолевых заболеваний детям

- 1 -проводится
- 2-не проводится

140. При острых воспалительных заболеваниях облучение проводится

- 1 -ежедневно
- 2-через день
- 3-раз в неделю
- 4-2 раза в неделю
- 5-1 раз в 10 дней
- 6-1 раз в месяц

141. Суммарная очаговая доза при острых воспалительных заболеваниях составляет

- 1- 0,5-1,0Гр
- 2-1,0-2,5 Гр
- 3-3,0-5,0 Гр
- 4-5,5-7,0 Гр

142. При дегенеративно-дистрофических заболеваниях костно-суставного аппарата облучение проводится

- 1 -ежедневно
- 2-через день
- 3-раз в неделю
- 4-2-3 раза в неделю
- 5-1 раз в 10 дней
- 6-1 раз в месяц

143. Суммарная очаговая доза при дегенеративно-дистрофических заболеваниях костно-суставного аппарата составляет

- 1-1,0-2,0 Гр
- 2-2,5-3,5 Гр
- 3-4,0-5,0 Гр
- 4-4,5-6,0 Гр

144. Лучевая терапия не должна применяться для лечения

- 1-невралгий
- 2-менингита
- 3-каузальных
- 4 -сирингомиелии
- 5-диэнцефального синдрома

145. Лучевая терапия не должна применяться для лечения

- 1 -злокачественного экзофтальма
- 2-миастении
- 3 -тиреотоксикоза

- 4-сахарного диабета
- 5- несахарного диабета

146. Лучевая терапия не должна применяться для лечения неопухолевых заболеваний

- 1 -беременных
- 2-в детородном возрасте
- 3-кормящих матерей
- 4-сопутствующем респираторном заболевании

147. Лучевое лечение послеродового мастита проводить

- 1 -нельзя
- 2-нужно в стадию инфильтрации
- 3-можно вне зависимости от стадии

148. Основной целью применения лучевой терапии при дегенеративно-дистрофических заболеваниях костно-суставного аппарата является

- 1 -устранение болевого синдрома
- 2-повышение проницаемости капилляров
- 3-угнетение функции соединительной ткани
- 4-повышение фагоцитоза
- 5-воздействие на центральную нервную систему

149. Разовые дозы больше при лечении

- 1 -воспалительных процессов
- 2-дегенеративно-дистрофических заболеваниях костно-суставного аппарата

150. Терапевтический эффект при лучевой терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний костно-суставного аппарата появляется

- 1 -после первого сеанса облучения
- 2- через неделю после начала лечения
- 3-в конце курса лечения

Пример экзаменационного билета

Билет 1

Вопрос 1.Стойкое сужение пищевода протяженностью до 5 см с неровными контурами и Ригидными стенками, нарушение проходимости пищевода, отсутствие нормального рельефа

слизистой с симптомом обрыва складки - рентгенологические симптомы:

1. Эндофитного рака (правильный ответ)
2. Рубцовой стриктуры
3. Эзофагоспазма
4. Вторичных изменений при хроническом медиастините

Ситуационная задача.

Рентгенографии правого плечевого сустава в прямой проекции.

Протокол: на рентгенограмме правого плечевого сустава в прямой проекции рентгеновская укладка правильная, снимки средней жесткости. Взаиморасположение костей в суставе не изменено. Суставные поверхности конгруэнтны. Субхондральные замыкательные пластинки четкие и ровные. Субхондральные отделы эпифизов без структурных изменений. Соотношение костномозгового канала и кортикальных

пластинок не изменено (1:1). Периостальные реакции не прослеживаются. Мягкие ткани структурны, дифференцированы, объем их не изменен.

Заключение: костно-травматических, деструктивных и дегенеративных изменений не выявлено.

10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики

Основная литература

1. Васильев А.Ю. Лучевая диагностика : учебник для студентов педиатр. вузов и факов / А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова. - 2-е изд. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР- Медиа", 2009. - 679 с.-23 экз
2. Королюк И.П. Лучевая диагностика : учебник / И. П. Королюк, Л. Д. Линденбратен. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Бином, 2013. - 492 с. - 1 экз
3. Васильев А.Ю. Лучевая диагностика в педиатрии / [А. Ю. Васильев, М. В. Выключ, Е. А. Зубарева и др.] ; гл. ред. тома А. Ю. Васильев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 361 с. -2 экз
4. Лучевая диагностика в стоматологии : национальное руководство / [Т. Ю. Алексахина, А. П. Аржанцев, Ю. В. Буковская и др.] ; гл. ред. тома А. Ю. Васильев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 284 с. -3 экз
5. Лучевая диагностика и терапия : учебник: В 2-х т. - М. : Медицина : Шико, 2008 - Т. 1: Общая лучевая диагностика / С. К. Терновой, А. Ю. Васильев, В. Е. Сеницын, А. И. Шехтер. - 231 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 229-231.- 301 экз
6. Лучевая диагностика и терапия : учебник: В 2-х т. - М. : Медицина : Шико, 2008. Т. 2: Частная лучевая диагностика / С. К. Терновой, А. Ю. Васильев, В. Е. Сеницын. - 2008. - 351 с. – 301 экз
7. Лучевая диагностика : учебник для вузов / под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2007- Т. 1 / Р. М. Акиев [и др.]. - 412 с. -7 экз

Дополнительная литература

- Щедренок В.В. Клинико-лучевая диагностика изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмы : монография / В. В. Щедренок, Г. Н. Доровских, О. В. Могучая [и др.] ; под ред. В. В. Щедренка. - СПб.: Изд-во "РНХИ им. проф. А. Л. Поленова", 2012. - 447 с. : ил. - Библиогр.: с. 379-400. – 1 экз
- Лучевая диагностика в стоматологии / Т. Н. Трофимова, И. А. Гарапач, Н. С. Бельчикова. - М. : Мед. информ. агентство, 2010. - 188 с. : ил. - Библиогр.: с. 187-181 экз
- Гамова Е.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике и дифференциальной диагностике рака легкого : монография / Е. В. Гамова, Н. В. Нуднов. - М. : Изд. дом " Рус. врач ", 2007. - 121 с. : ил., табл. - (Лучевая диагностика ; вып. 10). - Библиогр.: с. 111-121 -1экз
- Лучевая диагностика заболеваний глаза и глазницы : руководство / Г. Е. Труфанов, Е. П. Бурлаченко. - СПб. : Элби-СПб., 2009. - 159 с 1 экз

- Контрастные средства : руководство по рацион. применению / Н. Л. Шимановский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 463 с. -1 экз

11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

В ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым система, а также иным информационным ресурсам. (Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор"; Контракт № 509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс"; Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

Обеспечивается клиническими базами практики

№ п/п	Наименование помещения	Перечень медицинской техники (оборудования) используемой Учреждением совместно с Учебным заведением	Адрес, месторасположение	Общая площадь	
	Клиника факультетской хирургии	2.Рентгеноперационная	Установка ангиографическая «Allura Xper FD20» 1 шт. Защитная ширма 1 шт Пультовая ангиографа Пульт управления 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Н (3 этаж)	58.6 м ²
	Отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма и электрокардиостимуляции клиники госпитальной хирургии №2	3.Рентгеноперационная	Рентгенхирургическая передвижная установка «ОЕС Fluorostar» 1 шт. Защитная ширма 1 шт	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Н (2 этаж)	39 м ²
	Клиника	1.Рентгено	Система	197022, город	54.55 м ²

№ п/п	Наименование помещения		Перечень медицинской техники (оборудования) используемой Учреждением совместно с Учебным заведением	Адрес, месторасположение	Общая площадь
	общей хирургии	логический кабинет	рентгенодиагностическая «Dira-RC/D» 1 шт. Пультовая Фотолаборатория Пульт управления 1 шт Рентгеновский передвижной аппарат «ТМХ+» 1 шт.	Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Г (1 этаж)	
	Клиника факультетской терапии	1.Рентгено логический кабинет	Система рентгенодиагностическая «Dira-RG» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Д (3 этаж)	44.77 м ²
	Поликлиника №31	1.Рентгено логический кабинет	Рентгенографический цифровой аппарат «АРЦ-ОКО» 1 шт.,	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. АБ (1 этаж)	63.68 м ²
	Поликлиника №31	2.Рентгено логический кабинет	Рентгеновский дентальный аппарат «СД-РА» 1 шт., «ЕДР-750В» 1 шт., «SENOGRAPH DS» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. АБ (2 этаж)	47.5 м ²
	Нефрокорпус	1.Рентгено логический кабинет №368	Рентгенодиагностический аппарат «ЕДР-750В» 1 шт., Рентгенодиагностический аппарат «5Д2» 1 шт., установка маммографическая «SENOGRAPH DMR+» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.17, лит. А (3 этаж)	34.3 м ²
	Нефрокорпус	2.Рентгено логический кабинет	Система рентгенологическая «Dira-RC» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.17, лит. А (3 этаж)	34.6 м ²
	Нефрокорпус	3.Рентгено логический кабинет №336	Рентгенодиагностический аппарат «СД-РА-ТМО» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.17, лит. А (3 этаж)	37.8 м ²
	Нефрокорпус	4. Приемный покой, рентгенологический кабинет	Система рентгенодиагностическая «Dira-RG/D» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.17, лит. А (1 этаж)	97.2 м ²
	Госпитальная	1.Рентгено	Рентгенодиагностический	197022, город	20.6 м ²

№ п/п	Наименование помещения	Перечень медицинской техники (оборудования) используемой Учреждением совместно с Учебным заведением	Адрес, месторасположение	Общая площадь
	хирургия №1	логический кабинет № 351	аппарат «СД-РА-ТМО» 1 шт.	Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Я (3 этаж)
	Поликлиника НИИ Пульмонологии	1.Рентгено логический кабинет	Флюорограф цифровой малодозовый безплечный «РЕНЕКС-Флюоро» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Я (1 этаж) 21.7м ²
	Отделение рентгеновской компьютерной томографии	1.Кабинет компьютерной томографии	Компьютерный томограф «Asteon multi» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Я (3 этаж) 61 м ²
	Отделение рентгеновской компьютерной томографии	2.Кабинет компьютерной томографии	Компьютерный томограф «Optima СТ660» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Я (1 этаж) 20.8 м ²
	Отделение рентгеновской компьютерной томографии	3.Кабинет компьютерной томографии	Компьютерный томограф «Bright Speed Excel» 1 шт. Пультовая Пульт управления Аппаратная Процедурный стол	197022, город Санкт-Петербург, ул. Рентгена 8 35.6 м ²
	Отделение ПЭТ-КТ	1.Кабинет остеоденситометрии	Рентгеновский костный денситометр «Prodigy» 1 шт. Пультовая Пульт управления	197022, город Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого д.6-8, лит. Ю 62.9 м ²
	Отделение радиологии	1.Кабинет сцинтиграфии	Гамма-камера «Филипс № FA 05090135» 1 шт. Рентгенотерапевтический аппарат «РУМ 17» 1 шт. Рентгенотерапевтический аппарат «Рентген-ТА» 1 шт. Радиоизотопная лаборатория	197022, город Санкт-Петербург, ул. Рентгена 8, лит. А 12 м ²
	Отделение радиологии	2. Кабинет контактной лучевой терапии	Аппарат для проведения высокодозной контактной лучевой терапии «MicroSelectron HDR № 10251» 1 шт. Цифровой интегрированный рентгеновский модуль «IBU Digital» 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, ул. Рентгена 8, лит. А 58 м ²

Разработчик:

Сперанская А.А., профессор кафедры рентгенологии и радиационной медицины, д.м.н., доцент.

Рецензент:

д.м.н., профессор.

Эксперт:

д.м.н., профессор