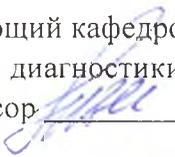


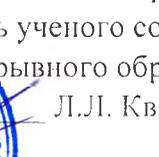
Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 04.03.2026 21:13:33  
Уникальный программный ключ:  
45c319b8a032ab3637134215abd1c473554767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании кафедры лучевой  
диагностики и терапии  
протокол № 4 от «12» ноября 2025 г.  
заведующий кафедрой  
лучевой диагностики и терапии  
профессор  Н.С. Воротынцева

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании ученого совета  
Института непрерывного образования  
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.  
председатель ученого совета  
Института непрерывного образования  
доцент  Л.Л. Квачания



**ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ  
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ  
31.08.09 Рентгенология**

**Разработчики рабочей программы:**

- Заведующий кафедрой лучевой диагностики и терапии, д.м.н. профессор Н.С. Воротынцева
- Профессор кафедры лучевой диагностики и терапии, д.м.н. профессор И.С. Пискунов
- Доцент кафедры лучевой диагностики и терапии, к.м.н. Л.В. Власова
- Доцент кафедры лучевой диагностики и терапии, к.м.н. М.Ю. Зозуля

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися профессиональной образовательной программы высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.09 Рентгенология требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.09 Рентгенология и профессионального стандарта "Врач-рентгенолог".

**1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА)** является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта, профессионального стандарта "Врач-рентгенолог" и разработанной на их основе образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности Рентгенология, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им.

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению.

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **обще-профессиональными компетенциями**:

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности.

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность..

ОПК-4. Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

ОПК-5. Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях

ОПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

ОПК-7. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

ПК-1 способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерно-томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования органов и систем организма человека и интерпретировать их результаты.

ПК-2 способен организовать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, медицинские осмотры, в том числе предварительные и периодические, диспансеризации, диспансерное наблюдение.

ПК-3 способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

ПК-4 способен оказать медицинскую помощь пациентам в экстренной форме.

## **2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

## **3. Программа государственного экзамена**

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА.

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очереди. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответ-

ствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утвержденными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, представляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

### Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

#### 4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену

##### 4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Клинико-рентгенологическая и КТ-диагностика острых воспалительных заболеваний легких: крупозной пневмонии, бронхопневмонии.
2. Клинико-рентгенологическая диагностика ОРВИ.
3. Клиника и рентгенодиагностика вирусных пневмоний.
4. Клинико-рентгенологическая диагностика хронических воспалительных заболеваний легких и бронхов.
5. Клинико-рентгенологическая диагностика изменений в легких при профессиональных заболеваниях - пневмокониозах.
6. Клинико-рентгенологическая и КТ-диагностика туберкулеза легких. Очаговый, диссеминированный туберкулез легких.
7. Клинико-рентгенологическая и КТ-диагностика кавернозного, фиброзно-кавернозного, цирротического туберкулеза легких.
8. Клинико-рентгенологическая и КТ-диагностика инфильтративного туберкулеза легких. Туберкулома легких.
9. Клинико-лучевая диагностика плевритов.
10. Рентгенологическая диагностика аномалий развития дыхательной системы.
11. Клиника и рентгенодиагностика хронических нагноительных заболеваний легких.
12. Клинико-рентгенологическая-и КТ-диагностика грибковых заболеваний лёгких.
13. Клинико-рентгенологическая и КТ-диагностика септических пневмоний.
14. Клинико-рентгенологическая диагностика опухолей плевры.
15. Клинико-рентгенологическая диагностика лимфопролиферативных заболеваний легких и средостения (лимфогранулематоз, лимфома).
16. Клиника и рентгенодиагностика (КТ) центрального рака легкого. Особенности рентгенологической картины в зависимости от характера роста и фазы развития опухоли.
17. Клинико-рентгенологическая диагностика (КТ) периферического рака легкого. Основные формы. Особенности рентгенологической семиотики малого периферического рака.
18. Клиника и рентгенодиагностика (КТ) атипических форм рака легкого.
19. Клинико-рентгенологическая диагностика метастатических опухолей легких.
20. Клинико-рентгенологическая диагностика (КТ) доброкачественных опухолей легких и бронхов.
21. Рентгенодиагностика заболеваний, проявляющихся синдромом патологии корней легких.
22. Лучевая диагностика кист средостения.
23. Лучевая диагностика злокачественных опухолей средостения.
24. Лучевая диагностика причин развития «синдрома верхней полой вены».
25. Общая рентгеносемиотика изменений в легких при системных заболеваниях. Клиника и рентгенодиагностика (КТ) саркоидоза.
26. Клиника и рентгенодиагностика патологии митрального клапана.
27. Клиника и рентгенодиагностика патологии трикуспидального клапана.
28. Клиника и рентгенодиагностика патологии аортальных клапанов.
29. Клиника и рентгенодиагностика ДМЖП.
30. Рентгенодиагностика заболеваний аорты: атеросклероз, аневризмы. Коарктация.
31. Клинико-рентгенологическая диагностика миокардитов и перикардитов.
32. Клиника и рентгенодиагностика ДМПП.
33. Прямые КТ-признаки острого повреждения грудного отдела аорты.
34. Рентгенологические и КТ-признаки артериовенозных мальформаций
35. Клинико-рентгенологические и КТ-признаки тромбоэмболии легочной артерии.

Рентгенодиагностика инфаркта легкого.

36. Клиника и рентгенодиагностика халазии и ахалазии пищевода.

37. Клиника и рентгенодиагностика дивертикулов пищевода и их осложнений.

38. Клиника и рентгенодиагностика варикозного расширения вен пищевода.

39. Клинико-рентгенологическая диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Методика их выявления. Классификация по Б.В. Петровскому и Н.Н. Каншину.

40. Клиника и рентгенодиагностика рубцовых сужений пищевода после ожога.

41. Клиника и рентгенодиагностика рака пищевода.

42. Рентгенодиагностика доброкачественных опухолей пищевода и желудка.

43. Клиника и рентгенодиагностика хронического гастрита. Клинические и рентгенологические классификации. Общая рентгеносемиотика хронических гастритов.

44. Лучевая (рентгено-ультразвуковая) диагностика дискинезии сфинктерного аппарата верхних отделов ЖКТ.

45. Клиника и рентгенодиагностика язвенной болезни желудка. Прямые и косвенные рентгенологические симптомы язвенной болезни.

46. Осложнения язвенной болезни. Особенности рентгенологических методик исследования при выявлении осложнений язвенной болезни.

47. Клиника и дифференциальная рентгенодиагностика хронической доброкачественной и озлокачествленной язвы желудка.

48. Клиника и рентгенодиагностика язвенной болезни 12-перстной кишки. Прямые и косвенные рентгенологические симптомы язвенной болезни.

49. Рак желудка. Понятие начальной и развитой формы. Патологоанатомическая классификация развитого рака желудка по В.В. Серову. Общая рентгеносемиотика.

50. Частная рентгеносемиотика развитого рака желудка в зависимости от анатомических форм, вида роста и локализации.

51. Клиника и рентгеносемиотика рака верхнего отдела желудка.

52. Рентгенодиагностика пилоростеноза.

53. Клинико-рентгенологическая диагностика доброкачественных опухолей желудка.

54. Клиника и рентгенодиагностика врожденных и травматических грыж диафрагмы.

55. Основные виды оперативных вмешательств на желудке, особенности рентгенологической картины каждого из них. Особенности рентгенологической методики исследования.

56. Рентгеносемиотика осложнений оперированного желудка в раннем послеоперационном периоде.

57. Клиника и рентгенодиагностика последствий ожога желудка.

58. Клиника и рентгенодиагностика неспецифического язвенного колита.

59. Клиника и рентгенодиагностика доброкачественных опухолей толстой кишки.

60. Рак толстой кишки. Классификация. Особенности клинико-рентгенологической симптоматики рака правой и левой половины толстой кишки.

61. Клиника и рентгеносемиотика синдрома «раздраженной» тонкой кишки.

62. Клиника и рентгенодиагностика непроходимости кишечника. Рентгеносемиотика различных видов непроходимости.

63. Клиника и лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы и их осложнений.

64. КТ-диагностика острого и хронического панкреатита.

65. Лучевая диагностика псевдокист поджелудочной железы.

66. Лучевая диагностика рака поджелудочной железы.

67. Лучевая диагностика патологии желчевыводящих путей.

68. Лучевая диагностика заболеваний желчного пузыря: дискинезии желчного пузыря, калькулезный и некалькулезный хронический холецистит.

69. Лучевая диагностика патологии лимфатической системы брюшной полости и забрюшинного пространства

70. Показания и возможности КТ в диагностике заболеваний полых органов брюшной полости (желудок, кишечник).
71. Методика и тактика рентгенологического исследования костей черепа при подозрении на травматическое повреждение.
72. Клинико-рентгенологическая диагностика травматических повреждений черепа и головного мозга
73. Рентгенодиагностика патологии черепа (миеломная болезнь, метастазы, ксантоматоз, фиброзная дисплазия костей черепа).
74. Рентгенодиагностика заболеваний придаточных пазух носа.
75. Травматические переломы костей. Общая рентгеносемиотика переломов костей.
76. Рентгенодиагностика переломов костей в детском и старческом возрасте. Их особенности. Патологические переломы.
77. Вывихи. Рентгенодиагностика травматических вывихов в локтевом и в тазобедренном суставах.
78. Дисплазия тазобедренного сустава. Лучевая диагностика врожденного вывиха бедра.
79. Особенности огнестрельных повреждений костей и суставов. Определение инородных тел.
80. Клинико-рентгенологическая диагностика острого, подострого и хронического остеомиелита. Осложнения.
81. Клинико-рентгенологическая диагностика атипичических форм хронического остеомиелита (абсцесс Броди, остеомиелит Гарре, кортикалит).
82. Клинико-рентгенологическая диагностика костно-суставного туберкулеза. Стадии процесса по П.Г. Корневу. Рентгеносемиотика туберкулезного коксита и гонита.
83. Рентгенодиагностика туберкулезного спондилита. Стадии процесса.
84. Рентгенологическая семиотика поражений костно-суставного аппарата при сифилисе.
85. Классификация опухолей костей. Общая рентгеносемиотика доброкачественных и злокачественных опухолей костей.
86. Клиника и лучевая диагностика первичных злокачественных опухолей костей: остеогенной саркомы, параоссальной саркомы, саркомы Юинга.
87. Лучевая диагностика вторичных злокачественных опухолей костей.
88. Лучевая диагностика доброкачественных опухолей костей.
89. Клиника и рентгенодиагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний костей и суставов.
90. Клиника и рентгено-, КТ- и МРТ-диагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (хондроз, остеохондроз, деформирующий спондилез, деформирующий спондилоартроз, болезнь Кюммеля).
91. Клинико-рентгенологическая диагностика ревматоидного полиартрита.
92. Рентгенодиагностика болезни Бехтерева.
93. Клиника и рентгенодиагностика асептических некрозов костей. Общая рентгеносемиотика, стадии развития, особенности течения у взрослых и в период роста скелета.
94. Клиника и рентгенодиагностика фиброзных дисплазий.
95. Клиника и лучевая диагностика фиброзных дистрофий.
96. Магнитно-резонансная томография при повреждении структур коленного сустава.
97. КТ и МРТ-диагностика заболеваний тазобедренных суставов (коксартроз, асептический некроз).
98. Рентгенологические методики исследования мочевыделительной системы. Контрастные вещества, способы их введения. Показания и противопоказания к исследованиям. Осложнения.
99. Лучевая диагностика мочекаменной болезни и нефролитиаза.
100. Лучевая диагностика гидронефроза.
101. Лучевая диагностика аномалий развития, положения и количества почек.

102. Лучевая диагностика туберкулеза почек, в том числе, хронического пиелонефрита.
103. Лучевая диагностика злокачественных опухолей почек.
104. КТ- и МРТ-диагностика заболеваний мочевого пузыря.
105. Возрастная рентгеноанатомия молочной железы.
106. Рентгенодиагностика кистозно-фиброзной мастопатии и доброкачественных опухолей молочной железы.
107. Клиника и лучевая диагностика злокачественных опухолей молочной железы.
108. Инородные тела глотки и пищевода. Рентгенологическая семиотика инородных тел в пищеводе.
109. Рентгенологические синдромы проникающих повреждений стенки глотки и пищевода инородным телом и их осложнений. Особенности методики исследования.
110. Закрытая травма живота. Лучевая диагностика травмы паренхиматозных органов и ЖКТ
111. Инородные тела бронхов и легких. Определение их локализации. Нарушения бронхиальной проходимости.
112. Неотложная рентгенодиагностика повреждений легких: пневмоторакс, гемоторакс, гемопневмоторакс, подкожная эмфизема.
113. Рентгенодиагностика гематомы легкого, разрыва бронха, эмфиземы средостения. Кровоизлияния в легкие и средостение.
114. Рентгенодиагностика ранения диафрагмы.
115. Неотложная рентгенодиагностика острых заболеваний грудной полости (абсцидирующая пневмония, острый абсцесс, гангрена легких).
116. Лучевая диагностика травмы половых органов.
117. Лучевая диагностика ишемического и геморрагического поражения головного мозга.
118. Лучевая диагностика гидроцефалии.
119. Лучевая диагностика опухолей головного мозга.
120. Лучевая диагностика травматических повреждений позвоночника и спинного мозга.
121. МРТ-диагностика острого нарушения спинального кровообращения.
122. КТ-и МРТ-диагностика демиелинизирующих заболеваний головного и спинного мозга.

#### 4.2. Ситуационные задачи

<b>Задача 1</b>
<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Больной С. 1991 года рождения предъявляет жалобы на диффузную головную боль средней интенсивности, головокружение, слабость в левых конечностях.</p> <p>Из анамнеза: за день до обращения в ЛПУ была получена бытовая травма. Со слов больного в состоянии алкогольного опьянения упал с высоты собственного роста, ударился головой. Потерю сознания отрицает, после травмы наблюдалась тошнота и рвота. На следующий день скорой помощью доставлен в ЛПУ, консультирован неврологом и нейрохирургом, госпитализирован в нейрохирургическое отделение.</p> <p>Перенесенные ранее ЧМТ отрицает. Аллергоанамнез свободный.</p> <p>Объективно: общее состояние больного и питание удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, выслушивается во всех отделах легких. ЧДД – 17 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 65 ударов в минуту. Органы брюшной полости без патологии. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме, стул без особенностей.</p> <p>Неврологический статус: пациент в сознании, дезориентирован. Моторная афазия. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки D=S расширены, фотореакция вялая D&gt;S. Движения глазных яблок в полном объеме, птоза и офтальмоплегии нет. Чувстви-</p>

тельность на лице D<S, парез лицевого нерва. Роговичные рефлексы D=S, живые. Носогубные складки D<S, парез справа. Глотание и фонация не нарушены. Язык по средней линии отклонен влево. Мышечная сила достаточная D<S, гемипарез слева. Мышечный тонус D=S в норме, сухожильные рефлексы D=S, живые. Неустойчив, падает влево.

При поступлении больному выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Какой метод лучевого исследования является более информативным при ЧМТ?

## Задача 2

### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Ш. 1937 года рождения предъявляет жалобы на слабость и ограничение движений в левой руке, нарушение речи, головокружение.

Из анамнеза: заболел остро, вечером почувствовал слабость в левой руке, не мог ею шевелить. Измерил артериальное давление – был подъем до 160/100 мм рт. ст., за медицинской помощью не обращался. Через два дня присоединилось нарушение речи. С учетом сохраняющихся слабости и ограничения движений в руке обратился в поликлинику, где была осмотрен неврологом. На основе осмотра был госпитализирован в ЛПУ.

Длительно страдает гипертонической болезнью, постоянного лечения не придерживается, при подъеме АД принимает эналаприл.

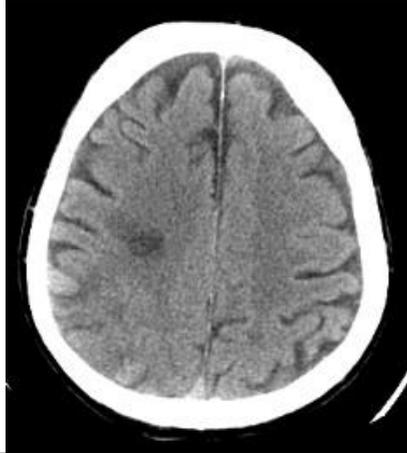
Объективно: общее состояние удовлетворительное. В сознании, лежит с открытыми глазами. Ориентирование во времени, месте, собственной личности правильное. На вопросы дает полные ответы, критика сохранена, фиксирует взор, выполняет инструкции, ходит с поддержкой.

Кожные покровы обычной окраски. Нормостенический тип сложения. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет, ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм аускультативно правильный. ЧСС – 86 в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочиспускание безболезненное. Стул оформленный, сохранен.

Неврологический статус: менингеальных знаков нет. Зрачки D=S. Размер зрачков

приблизительно 3 мм, фотореакции живые. Глазодвигательных расстройств нет. Центральный парез VII пары черепных нервов. Язык с некоторой девиацией влево. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук живые, несколько выше слева. Сухожильные и периостальные рефлексы с ног живые, несколько выше слева. Левосторонний парез со снижением мышечной силы в руке до 0 баллов, со снижением мышечной силы в ноге до 1 балла. Левосторонняя гемипарезия. Дизартрия.

При поступлении больному было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

### Задача 3

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Г. 1973 года рождения предъявляет жалобы на слабость и ограничение движений в правой половине туловища.

Из анамнеза: считает себя больным со вчерашнего вечера, когда почувствовал небольшую слабость в правой половине туловища. Измерил артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., выпил таблетку «Конкор». Утром ощущение слабости усилилось, не мог сделать движения в полном объеме правыми конечностями. Позвонил в скорую помощь, был госпитализирован в ЛПУ.

Страдает гипертонической болезнью в течение 10 лет, принимает постоянно антигипертензивную терапию. Утром, накануне подъема АД не выпил нужный препарат, так как дома он закончился.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Ориентирование во времени, месте, собственной личности правильное. Передвигается с поддержкой.

Кожные покровы обычной окраски. Нормостенический тип сложения. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет, ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм аускультативно правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 75 в минуту, АД – 140/90 мм рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание

безболезненное. Стул сохранен.

Неврологический статус: менингеальных знаков нет. Зрачки D=S. Размер зрачков приблизительно 3 мм, фотореакции живые. Глазодвигательных расстройств нет. Язык с некоторой девиацией вправо. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук живые, несколько выше справа. Сухожильные и периостальные рефлексы с ног живые, несколько выше справа. Правосторонний парез со снижением мышечной силы в руке до 1,5 баллов, со снижением мышечной силы в ноге до 1,5 баллов. Правосторонняя гемипарестезия.

При поступлении больному выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

#### Задача 4

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная К. 1941 года рождения поступила в состоянии сопора.

Из анамнеза: со слов родственников заболела остро. При обычной физической нагрузке почувствовала резкую головную боль справа, слабость в левой половине туловища, была однократная рвота, нарушение речи. Больная упала, перестала реагировать на внешние раздражители после чего сразу же вызвали скорую помощь.

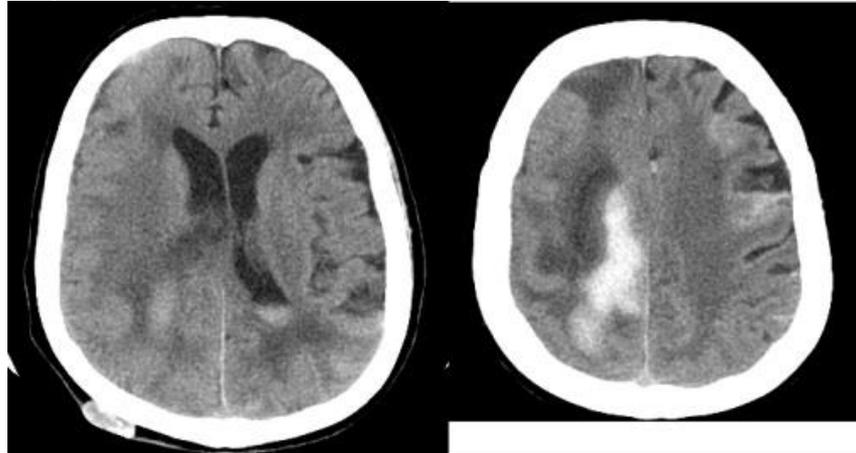
Длительно страдает гипертонической болезнью, принимает антигипертензивную терапию.

Объективно: общее состояние тяжелое. При звуковом раздражителе пациентка приоткрывает глаза. Положение пассивное.

Кожные покровы бледные, холодные, покрыты потом, видимые слизистые бледные. Гиперстенический тип сложения. Дыхание по смешанному типу. Отмечается одышка по смешанному типу, дыхание Чейн-Стокса, ЧДД – 27 в мин. В нижних отделах легких аускультативно мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм аускультативно правильный. Отмечается акцент II тона над аортой. ЧСС – 90 в минуту, АД – 170/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий.

Неврологический статус: пациентка находится в состоянии сопора, при звуковом

или болевом раздражителе приоткрывает глаза. Отмечается светобоязнь, положительный симптом Брудзинского, ригидность затылочных мышц. Ширина глазных щелей не одинакова  $D > S$ . Правый зрачок расширен, деформирован. Слева наблюдается атония верхнего века, угол рта опущен, щека при дыхании «парусит». Стопа на стороне поражения ротирована кнаружи. Девиация языка влево. Положительный симптом Бабинского слева. Сухожильные рефлексы высокие с левосторонним преобладанием. Через 30 минут после поступления больная находится в состоянии комы. При поступлении больной выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите дополнительные исследования необходимые для дообследования больного?

### Задача 5

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Б. 1980 года рождения поступила в приемное отделение в состоянии комы.

Из анамнеза: со слов родственников после ссоры с мужем пожаловалась на интенсивную диффузную головную боль больше слева, чувство тошноты, мелькание мушек перед глазами, выраженную слабость в правых отделах туловища. Муж обратил внимание, что плохо понимает речь пациентки, также заметил асимметрию лица. Через несколько минут пациентка потеряла сознание. Муж вызвал скорую помощь, больная была госпитализирована в ЛПУ. Со слов мужа страдает сахарным диабетом I типа, принимает препараты инсулина.

Объективно: общее состояние тяжелое. Пациентка находится в коматозном состоянии. Сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, холодные, покрыты потом, видимые слизистые бледные. Нормостенический тип сложения. Дыхание Чейн-Стокса, ЧДД – 30 в мин. Хрипов в легких нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 в минуту АД – 100/70 мм рт.ст. Пульс слабого наполнения, частый. Живот при пальпации мягкий.

Неврологический статус: пациентка находится в состоянии комы, сознание отсутствует. Отмечается положительный симптом Брудзинского, ригидность затылочных мышц. Ширина глазных щелей не одинакова  $S > D$ . Зрачки сужены, реакция на свет со-

хранена. Глоточные рефлексы сохранены. Справа наблюдается атония верхнего века, угол рта опущен, щека при дыхании «парусит». Положительный симптом Бабинского справа.

При поступлении больной выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

#### Задача 6

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная К. 1936 года рождения поступила с жалобами на слабость в левой половине туловища, нарушение речи, диффузные головные боли, головокружение, чувство тошноты, периодические потери памяти. Отмечает периодическое повышение температуры до 37,2-37,5°C. Похудание в течение последнего года на 15 кг.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 3 лет, когда появились частые диффузные головные боли, головокружение, чувство тошноты, эпизоды потери памяти. В течение последнего года периодические подъемы температуры до субфебрильных цифр, похудание на 15 кг. За помощью долгое время не обращалась. Со вчерашнего дня слабость в левой половине туловища, затруднение движений.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. В сознании, лежит с открытыми глазами. Ориентирована во времени, месте и собственной личности. На вопросы дает неполные ответы, фиксирует взор, выполняет инструкции с задержкой, не полностью. Не ходит. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Астенический тип сложения. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет, ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм аускультативно правильный. ЧСС – 86 в минуту, АД – 140/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное.

Неврологический статус: менингеальных знаков нет. Зрачки D=S. Размер зрачков приблизительно 3 мм, фотореакции живые. Глазодвигательных расстройств нет. Центральные парез VII пары черепных нервов. Язык с некоторой девиацией влево. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук живые, несколько выше слева. Сухожильные и

периостальные рефлексы с ног живые, несколько выше слева. Левосторонний парез со снижением мышечной силы в руке до 0 баллов, со снижением мышечной силы в ноге до 0 баллов. Левосторонняя гемипарезия. Дизартрия.

При поступлении больной выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

### Задача 7

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

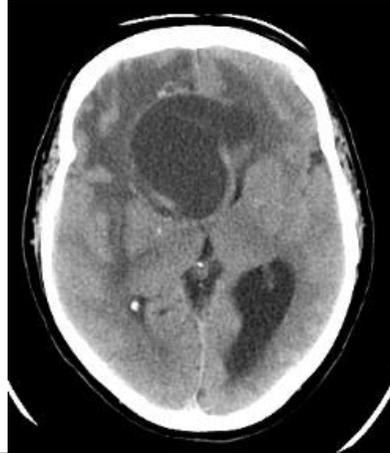
Больная С. 1949 года рождения поступила на скорой помощи в ЛПУ. Контакт с ней затруднен. Со слов родственников две недели назад больная почувствовала дискомфорт, общую слабость, «трудно было говорить», затем «перестала понимать, где находится и куда должна идти», «время как будто остановилось», не могла понять как пользоваться зубной щеткой, расческой и для чего они нужны. Такое состояние продолжалось около часа, потом пришла в сознание, оставалась только общая слабость. За помощью не обращалась. Сегодня утром вновь почувствовала дискомфорт, общую слабость, затруднение в ориентации, «как в предыдущий раз», потом по телу больной пошли судороги, она упала и потеряла сознание. Родственники вызвали скорую помощь.

Из анамнеза: со слов родственников в течение последних 3 месяцев начали замечать у больной периодические потери памяти, заторможенность при общении, обратили внимание, что иногда она не понимает, как пользоваться обычными предметами. В ее лексиконе появились «плоские» шутки, частая смена настроения, плаксивость. Часто жаловалась на головные боли, головокружение, чувство тошноты, общую слабость.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. В сознании. Контакт затруднен, пациентка заторможена. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Астенический тип телосложения. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет, ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм аускультативно правильный. ЧСС – 70 в минуту, АД – 130/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул сохранен. Неврологический статус: пациентка в сознании, затор-

можена, инертна, безынициативна. Критика к себе и собственному заболеванию отсутствует. Дезориентирована во времени и пространстве. Наблюдается моторная афазия. Глазные щели D=S, зрачки D>S, сходящееся косоглазие правого глаза. Сглажена правая носогубная складка. Гипомимия. Горизонтальный нистагм. Язык девирует вправо. Гипотонус в конечностях. Глубокие рефлексы D>S, высокие. Симптом Бабинского с двух сторон. Менингеальных знаков нет.

При поступлении больной было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

### Задача 8

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной С., 70 лет поступил с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, субфебрильную температуру.

Из анамнеза: считает себя больным в течение трех месяцев, когда впервые почувствовал недомогание без явных на то причин. На флюорограмме обнаружена круглая тень в правом легком, был направлен в ЛПУ для дообследования.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Астенический тип телосложения, питание нормальное. Кожные покровы нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. При перкуссии во всех отделах ясный легочный звук. Дыхание в легких везикулярное. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца при аускультации приглушены, ритмичные. АД – 125/80 мм рт. ст., ЧСС – 60 в минуту. Пальпация живота безболезненна во всех отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез сохранены. ОАК без патологии. При поступлении больного выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

### Задача 9

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной Т. 1966 года рождения предъявляет жалобы на затрудненное носовое дыхание слева, периодические выделения из носа слизистого характера. Чувство заложенности носа, возникающее в положении лежа на боку в соответствующей половине носа. Снижение обоняния. Повышение температуры тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$ .

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3 дней, когда отметил повышение температуры тела до  $37,2^{\circ}\text{C}$ , появилось слизистое отделяемое из носа. Пытался лечиться самостоятельно, но безуспешно, поэтому обратился в приемное отделение ЛПУ и был госпитализирован в ЛОР-отделение.

Со слов больного за неделю до этого перенес ОРВИ, было повышение температуры до  $38^{\circ}\text{C}$ . Лечился самостоятельно, за помощью не обращался. Аллергоанамнез свободный.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Нормостенический тип сложения. Дыхание через нос затруднено, в легких везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/85 мм рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Осмотр ЛОР-органов: нос и околоносовые пазухи: при осмотре: наружный нос правильной формы. Припухлостей и изменений кожных покровов в области носа не отмечается. При пальпации и поколачивании болезненность в области левой верхнечелюстной пазухи. Обоняние, со слов больного сохранено, но его чувствительность понижена (больной различает только резкие запахи). Проба с ваткой: на момент курации носовое дыхание ослаблено, затруднено через левый носовой ход. При передней риноскопии: слизистая оболочка носовых раковин гиперемирована, отечна. Поверхность

слизистой оболочки на носовых раковинах покрыта слизистым отделяемым.

Больному было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента.

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении.

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению.

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите дополнительные исследования необходимые для дообследования больного.

#### Задача 10

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной М. 1975 года рождения предъявляет жалобы на боли средней интенсивности и ухудшение слуха слева, ощущение заложенности в левом ухе. Повышение температуры тела до  $37,7^{\circ}\text{C}$ .

Из анамнеза: считает себя больным в течение 2 дней. В первый день утром почувствовал слабую ноющую боль в левом ухе. К вечеру боль усилилась, появилось чувство заложенности в левом ухе. На следующий день отметил повышение температуры. Пытался лечиться самостоятельно, но безуспешно, поэтому обратился в приемное отделение ЛПУ и был госпитализирован в ЛОР-отделение.

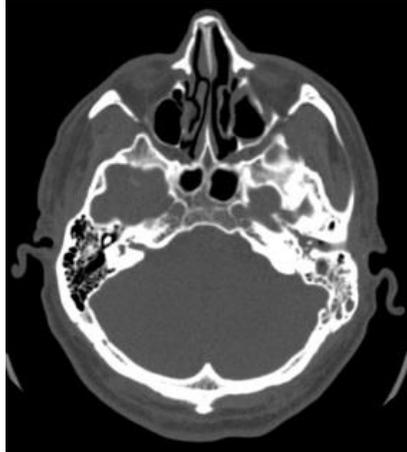
Со слов больного за неделю до этого перенес ОРВИ, было повышение температуры до  $38,5^{\circ}\text{C}$ . Лечился самостоятельно, за помощью не обращался. Аллергоанамнез свободный.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Нормостенический тип сложения. Дыхание через нос свободное, в легких везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 в минуту, АД – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Осмотр ЛОР-органов: уши: справа: патологии не выявлено. слева: ушная раковина и козелок при пальпации безболезненны. Заушная складка хорошо контурирована. Пальпация сосцевидного отростка в трёх точках умеренно болезненна. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Отоскопия: наружный слуховой проход свободен, имеет ширину 5 мм, на стенках видно небольшое количество ушной серы. Барабанная перепонка розового цвета, контуры опознавательных элементов сглажены. Пато-

логическое отделяемое отсутствует.

При поступлении больному выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите дополнительные исследования необходимые для дообследования больного.

### Задача 11

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент А., 1995 года рождения поступил с жалобами на боли, чувство тяжести в правой половине грудной клетки, одышку при незначительной физической нагрузке.

Считает себя больным в течении 2-х дней, когда среди полного благополучия без внешних травматических воздействий внезапно появились вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние пациента удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное (сидит с наклоном вправо). Кожные покровы и видимые слизистые бледные.

Периферические лимфоузлы не пальпируются, со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. Голосовое дрожание справа ослаблено, межреберные промежутки выбухают справа, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Перкуторно справа определяется тимпанит, средостение смещено влево. Аускультативно справа дыхание значительно ослаблено, слева везикулярное. ЧДД – 30 в минуту. При аускультации сердца тоны ясные, ритмичные. ЧСС – 80 в минуту, АД – 110/75 мм рт. ст.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез сохранен.

При поступлении больного было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

## **Задача 12**

### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент Е, 48 лет предъявляет жалобы на кашель с большим количеством («полным ртом») мокроты гнойного характера с неприятным запахом, одышку, повышение температуры тела до 37,3оС, общую слабость, головные боли средней интенсивности.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 1,5 недель, когда появилась повышенная температура тела до 38,5оС, озноб, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, через пару дней присоединилась боль в левой половине грудной клетки, одышка в покое. Лечился самостоятельно, без особого эффекта. Обратился за помощью, когда появилось большое количество гнойной мокроты, был госпитализирован в ЛПУ.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, температура 37,2оС. Пальпируются подключичные лимфоузлы слева размером с горошину, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, одышка. Болезненность при пальпации левой половины грудной клетки, перкуторно с 3 по 5 межреберье тимпанит. Аускультативно слева выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД – 25 в мин. При аускультации сердца тоны ясные, ритмичные. АД – 125/85 мм рт. ст., ЧСС – 85 ударов в минуту. Пальпация живота безболезненна во всех отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез сохранен.

Лабораторные данные: ОАК – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

При поступлении больного было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

### Задача 13

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент 5 лет поступил в клинику с жалобами на затруднение дыхания, боли в левой половине грудной клетки.

Со слов родителей за пол часа до поступления ребенок ел семечки, потом мать вышла в другую комнату и услышала приступообразный кашель ребенка. По возвращении ее в комнату кашель прекратился, но осталась одышка, чего раньше у ребенка не было, заметила бледность кожных покровов, ребенок пожаловался на боли в левой половине грудной клетки. Родители вызвали скорую помощь и были доставлены в ЛПУ для дальнейшего обследования.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Со стороны опорно-двигательного аппарата патологии не выявлено. Одышка в покое. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, в акте дыхания участвует дополнительная мускулатура, отмечается западение межреберных промежутков слева. При перкуссии притупление перкуторного звука слева, справа – легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации отсутствие дыхания в левой половине грудной клетки. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца при аускультации ясные, ритмичные. АД – 115/70 мм рт. ст., ЧСС – 115 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез сохранен.

Лабораторные методы исследования: ОАК, ОАМ – патологии не выявлено.

При поступлении больной выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

#### **Задача 14**

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

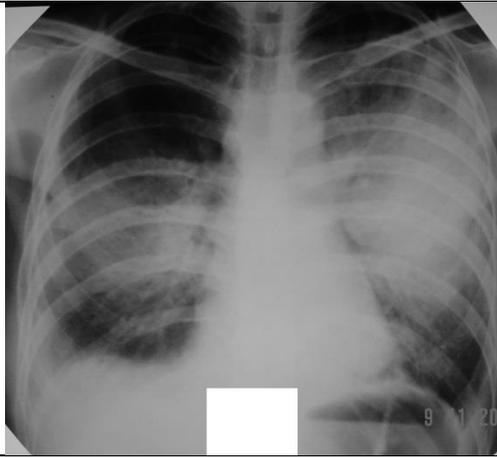
Больной П., 38 лет, предъявляет жалобы на кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, одышку, повышение температуры тела до  $38,8^{\circ}\text{C}$ , озноб, общую слабость, головные боли средней интенсивности.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 2 дней, лечился самостоятельно без должного эффекта, обратился за медицинской помощью в связи с ухудшением состояния. Был госпитализирован в ЛПУ.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, температура  $38,5^{\circ}\text{C}$ . Пальпируются подключичные лимфоузлы размером с фасолину, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные, кожа над ними не изменена. Снижение объема дыхательных движений, одышка. При перкуссии укорочение перкуторного звука с обеих сторон. При аускультации выслушивается крепитация в нижних и средних отделах лёгких с двух сторон. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС - 90 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез сохранен.

Лабораторные данные: ОАК – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ – 20 мм/ч

Больному было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

### Задача 15

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

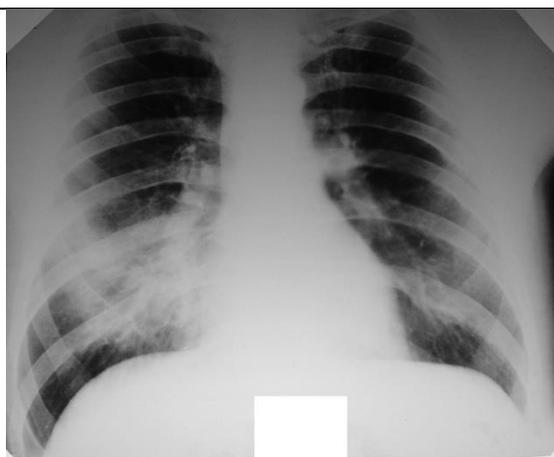
Больной А., 50 лет предъявляет жалобы на усиление одышки, непродуктивный кашель, боли в грудной клетке слева, повышение температуры до 38<sup>o</sup>C, озноб, общую слабость, потерю аппетита.

Из анамнеза: болеет около недели, принимал жаропонижающее, обратился к врачу в связи с ухудшением состояния.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледные, влажные, видимые слизистые бледные. Одышка в покое. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. При перкуссии тупой перкуторный звук справа в нижних отделах. Ослабление дыхания в средних и нижних отделах справа, крепитация. При аускультации сердца тоны ясные. ЧДД – 23 в минуту. АД – 140/100 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Пальпация живота безболезненная, отеки голеней. Температура тела 38<sup>o</sup>C.

ОАК: лейкоцитоз со сдвигом нейтрофильной формулы влево, СОЭ – 15 мм/ч.

При поступлении больному выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

#### Задача 16

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

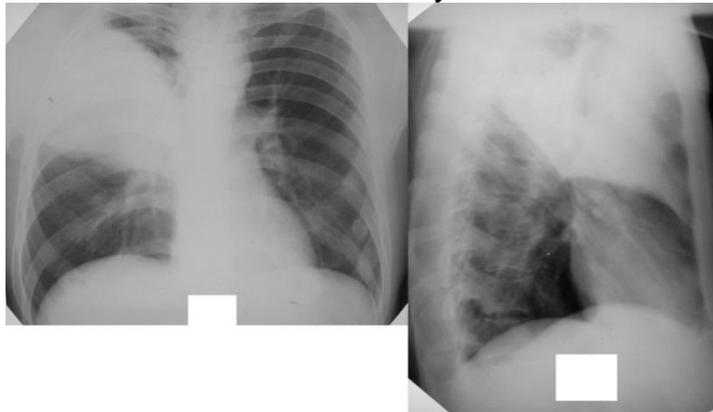
Больной Б., 25 лет предъявляет жалобы на сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки при кашле, повышение температуры до  $38,7^{\circ}\text{C}$ , слабость, повышенную утомляемость, потерю аппетита.

Из анамнеза: кашель беспокоит в течение 2-х недель, обратился к врачу в связи с появлением болей в грудной клетке. Принимал жаропонижающее.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледные, влажные, видимые слизистые бледные. Одышка в покое. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. При перкуссии притупление перкуторного звука справа до 4 межреберья. Мелко и среднепузырчатые хрипы в верхних отделах легких справа. При аускультации сердца тоны ясные. ЧДД – 17 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 96 ударов в мин. Пальпация живота безболезненная. Температура тела  $37,8^{\circ}\text{C}$ . Стул и диурез сохранен.

ОАК: лейкоцитоз со сдвигом нейтрофильной формулы влево, СОЭ – 16 мм/ч.

При поступлении больного было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?
Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?
Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?
С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

**Задача 17**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

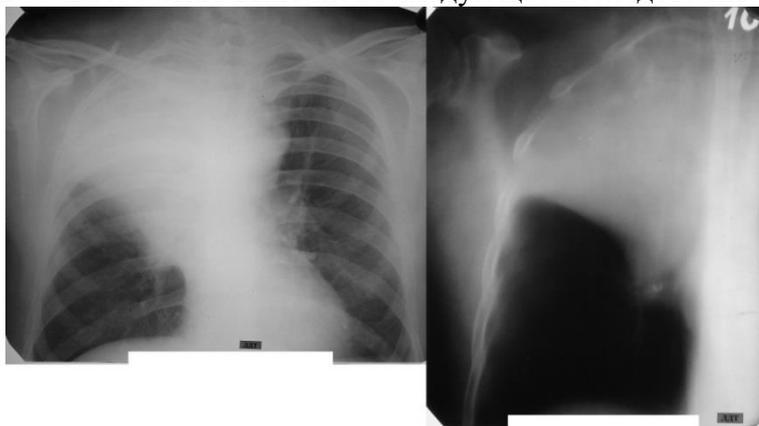
Больной Р., 45 лет, госпитализирован с жалобами на одышку, кашель, кровохарканье, боли в правой половине грудной клетки, снижение массы тела, повышенную утомляемость.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 2 лет, когда начал замечать потерю аппетита, небольшое снижение массы тела, обратился к врачу в связи с ухудшением состояния, присоединились жалобы со стороны легких.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. Западение грудной клетки справа в верхних отделах, межреберные промежутки сужены. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, одышка. При аускультации отсутствие дыхания в правой половине грудной клетки в верхних отделах. ЧДД 25 в минуту. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/60 мм. рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез сохранен.

Заключение общего анализа крови: анемия средней степени тяжести, увеличение СОЭ до 37, тромбоцитопения, лейкопения.

При поступлении больного было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?
Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?
Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?
С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

**Задача 18****ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной Е., 73 года, жалуется на одышку, кашель, кровохарканье, боли в грудной клетке справа, общую слабость, снижение массы тела, повышенную утомляемость.

Из анамнеза: при флюорографическом исследовании (3 года назад) органов грудной клетки были выявлены изменения со стороны лёгких. За прошедшие 3 года за медицинской помощью не обращался. При появлении вышеуказанных жалоб обратился к врачу. Был госпитализирован в пульмонологическое отделение для уточнения диагноза и лечения.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Со стороны костно-суставной системы патологии не выявлено. Одышка в покое, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. При аускультации ослабление дыхания в правой половине грудной клетки. ЧДД – 27 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой, ритмичный. АД 150/90 мм рт.ст., ЧСС - 88 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез сохранен.

При поступлении больного выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

**Задача 19****ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больная М., 55 лет предъявляет жалобы на бледность кожных покровов, одышку в покое, слабость, похудание на 10 кг, потерю аппетита, снижение трудоспособности.

Из анамнеза: 3 года назад на маммографии обнаружили очаговое образование. После этого маммографию не проходила, ссылаясь на недостаток времени и желания.

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и ви-

димые слизистые бледные. Со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. Одышка в покое. Дыхание в легких везикулярное, ослаблено с двух сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧДД – 23 в минуту. АД – 145/80 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез сохранен.

ОАК: анемия, лейкопения, СОЭ – 28 мм/ч.

Больной было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

### Задача 20

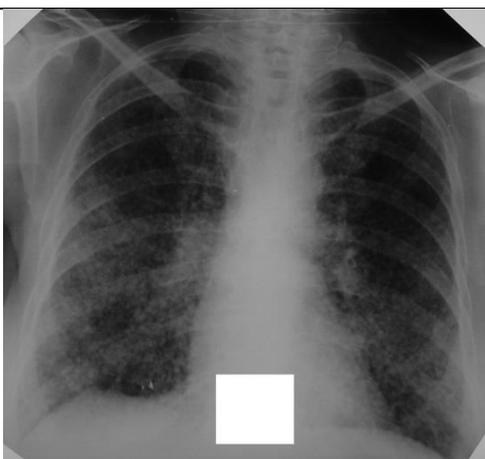
#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больная К., 1947 года рождения предъявляет жалобы на одышку, бледность кожных покровов, слабость, похудание на 15 кг, потерю аппетита, снижение трудоспособности.

Из анамнеза: наблюдается у онколога по поводу первичного новообразования в щитовидной железе последние 2 года.

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, слизистые желтушные. Со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. Одышка в покое. Дыхание в легких везикулярное, ослаблено в нижних отделах легких. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧДД – 26 в минуту. АД – 140/90 мм рт. ст., ЧСС – 77 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез сохранен.

При поступлении больной выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

#### **Задача 21**

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Б-ной, 25 лет, в ходе артиллерийского обстрела системами залпового огня Himors получил осколочное ранение левой нижней конечности. Доставлен в госпиталь спустя 6 часов после ранения.

Пациенту были проведены исследования: ОАК, коагулограмма, рентгенография органов грудной клетки, левой нижней конечности (бедро, коленный сустав, голень), УЗИ сосудов левой нижней конечности.



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

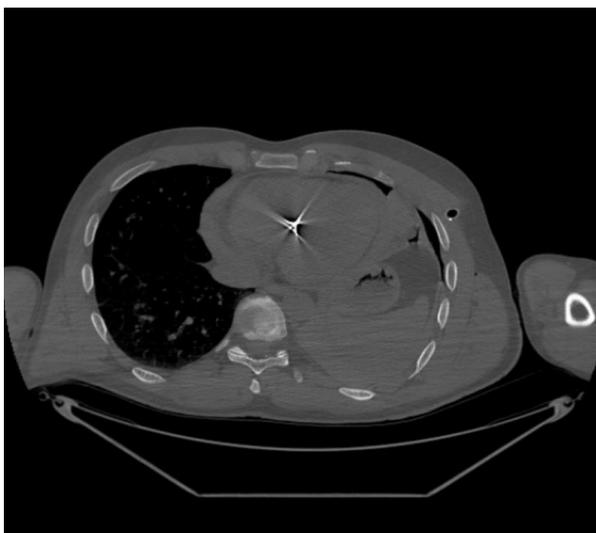
Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

### Задача 22

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Б-ной М., 40 лет, получил осколочное ранение в область грудной клетки. Через 4 часа был эвакуирован в ближайшую больницу для стабилизации состояния, а затем транспортирован в госпиталь.

При поступлении состояние больного оценивалось как стабильно тяжелое. Пациент без сознания. Было выполнено нативное КТ всего тела.



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

### Задача 23

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная К., 1960 года рождения, предъявляет жалобы на тошноту и рвоту после приёма

пищи, изжога, боли в эпигастрии, резкое снижение веса в последние два месяца (до 15 кг).

Из анамнеза: считает себя больной в течение 6 месяцев, когда впервые стали беспокоить боли в эпигастрии, не купирующиеся приёмом обезболивающих препаратов, тошнота после приёма пищи.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, язык обложен белым налетом. Периферические лимфоузлы не пальпируются, со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. Дыхание в легких везикулярное, в обеих половинах грудной клетки. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 135/85 мм рт. ст., ЧСС – 68 ударов в минуту. Болезненность при пальпации эпигастральной области, напряжение мышц передней брюшной стенки. В остальных отделах живота пальпация безболезненна, печень не выступает за край реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Кал черного цвета, оформлен. Диурез сохранен.

Анализ крови: анемия средней степени тяжести, СОЭ – 40 мм/ч. Анализ мочи без отклонений от нормы

При поступлении больной выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

**Задача 24**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной Д., 45 лет, жалуется на чувство распирания в эпигастрии, частую обильную рвоту только что съеденной пищей. Рвотные массы содержат зловонные остатки пищи. Постепенная потеря веса в последние 3 месяца, обезвоживание, снижение трудоспособности, общая слабость. Приступообразные боли в эпигастрии после приёма пищи.

Из анамнеза: считает себя больным в течение двух лет, последнее обращение к врачу в связи с ухудшением состояния, учащением приступов рвоты, усилением болевого синдрома.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы сухие, бледные, тургор снижен, видимые слизистые бледного цвета, сухие. Периферические лимфоузлы не пальпируются, со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. Дыхание в лёгких везикулярное, ЧДД 20 в минуту, тоны сердца приглушены, тахикардия, АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС - 95 ударов в минуту. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия и правом подреберье, напряжение мышц передней брюшной стенки. Остальные отделы живота при пальпации безболезненные, край печени не выступает из-под реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул сохранен.

В анализе крови: анемия средней степени тяжести, СОЭ 20 мм/ч, биохимический анализ крови: гипокалиемия, альбуминемия. Диурез снижен.

Больному было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

### Задача 25

### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной В., 38 лет предъявляет жалобы на затруднение глотания, причем жидкая пища проходит лучше твердой, периодические срыгивания «полным ртом» во время приема пищи, боли за грудиной в процессе приема пищи, иррадиирующие в челюсть и шею, отрыжку, похудание на 12 кг, снижение работоспособности.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые стал отмечать

эпизодические нарушения глотания, которые сейчас являются постоянными. В начале была небольшая непостоянная регургитация съеденной пищей, сейчас постоянная, иногда «полным ртом». Отмечает периодические приступообразные сильные боли в пищеводе, которые проходят самостоятельно через несколько часов. Лечился у невролога, но безуспешно.

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Имеется неприятный запах изо рта. Кожные покровы бледные, тургор их снижен, видимые слизистые оболочки бледные, сухие, язык обложен налетом. Имеется дефицит массы тела. Со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. Дыхание в легких везикулярное с двух сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧДД – 18 в минуту. АД – 145/85 мм рт. ст., ЧСС – 70 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез сохранен.

Больному было выполнено следующее исследование:



Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента?

Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении?

Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Определите какие дополнительные исследования необходимы для дообследования больного?

Пример решения ситуационных задач

### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной Б., 1970 года рождения предъявляет жалобы на периодические ноющие боли в эпигастральной области после приема пищи, проходящие самостоятельно или после приема антацидов, не иррадиирующие. Изжога, отрыжка кислым.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3 дней, когда начали беспокоить боли в эпигастральной области.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. Дыхание в легких везикулярное, выслушивается во всех отделах легких. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧДД – 17 в минуту. АД – 130/90 мм рт. ст., ЧСС – 65 ударов в минуту. При пальпации живота локальная болезненность в эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не паль-

пируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.  
При поступлении больного было выполнено следующее исследование:



**Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента**

Представлена обзорная рентгенограмма желудка в положении пациента лежа на спине, выполненная при рентгеноскопии желудка. Контрастирование желудка бариевой взвесью, способ заполнения пероральный.

Методика и область исследования указаны верно.

Методика/область исследования указана правильно.

Методика и область исследования указаны неверно.

**Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении**

Положение желудка обычное. В области тела желудка имеется крупная ниша на рельефе с четкими, ровными контурами, с конвергенцией к ней складок слизистой. Складки расширены, деформированы. Отмечается формирующаяся деформация органа по типу «песочных часов». Контур желудка четкие, ровные.

Описание диагностического изображения представлено полностью.

Описание диагностического изображения представлено неполностью

Описание диагностического изображения представлено неверно

**Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению**

Язвенная болезнь с локализацией язвы в теле желудка в процессе рубцевания. Хронический гастрит.

Заключение сформулировано верно.

Заключение сформулировано не полностью.

Заключение сформулировано неверно.

**Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику**

Опухолевые образования желудка, дивертикулы желудка.

Представлен обширный ряд заболеваний для дифференциальной диагностики.

Представлен неполный ряд заболеваний для дифференциальной диагностики.

Не представлено.

**Определите тактику дообследования больного**

Эндоскопическое исследование желудка и 12-перстной кишки.
Дальнейшая тактика дообследования выбрана верно.
Тактика обследования пациента неполная.
Тактика дообследования данного пациента выбрана полностью неверно.
<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Больной В., 53 года, предъявляет жалобы на снижение веса, появляются частые беспричинные поносы, иногда с примесью крови, периодические боли в эпигастрии приступообразного характера, общую слабость, бледность кожных покровов.</p> <p>Из анамнеза: считает себя больным в течении 1,5 лет, в последние 5 месяцев симптомы стали более выражены и участились боли.</p> <p>Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Со стороны костно-суставного аппарата патологии не выявлено. Дыхание везикулярное во всех отделах легких, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. АД 110/80 мм.рт. ст., ЧСС - 76 в минуту. Живот при пальпации болезненный, пальпируется бугристое образование в области эпигастрия. Остальные отделы живота при пальпации мягкие, безболезненные, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Диурез затруднён. Стул оформлен, сохранен.</p> <p>При поступлении больного было выполнено следующее исследование:</p>

<b>Укажите методику и область исследования представленного диагностического изображения пациента</b>
Представлена обзорная рентгенограмма желудка при тугом наполнении в положении пациента стоя, выполненная при рентгеноскопии желудка. Контрастирование желудка бариевой взвесью, способ заполнения пероральный.
Методика и область исследования указаны верно.
Методика/область исследования указаны правильно.
Методика /область исследования указаны неверно.
<b>Опишите изменения, имеющиеся на данном диагностическом изображении</b>
Желудок расположен обычно, имеет форму удлинённого крючка с четкими контурами. В области нижней трети тела желудка определяется дефект наполнения неправильной формы, с нечеткими, неровными контурами.
Описание диагностического изображения представлено полностью.
Описание диагностического изображения представлено неполностью.
Описание диагностического изображения представлено неверно.

<b>Сформулируйте рентгенологическое заключение по представленному диагностическому изображению</b>
Экзофитный рак тела желудка.
Заключение сформулировано верно.
Заключение сформулировано не полностью.
Заключение сформулировано неверно.
<b>Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику</b>
С доброкачественными опухолями, язвой желудка.
Представлен обширный ряд заболеваний для дифференциальной диагностики.
Представлен неполный ряд заболеваний для дифференциальной диагностики.
Дифференциальный ряд не представлен.
<b>Определите тактику дообследования больного</b>
Эндоскопическое исследование желудка и 12-перстной кишки с прицельной биопсией. УЗИ органов брюшной полости.
Дальнейшая тактика дообследования выбрана верно.
Тактика дообследования пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Тактика дообследования данного пациента выбрана полностью неверно.

#### 4.3. Тестовые задания

001	Сколько сегментов имеет правое легкое?
А	10
Б	9
В	11
Г	8
002	Основой сегментарного строения легкого является:
А	Сегментарный бронх и артерия
Б	Легочные артерии
В	Легочные вены
Г	Бронхи
003	Какой сегмент может отсутствовать в левом легком?
А	S7
Б	S8
В	S10
Г	S6
004	Какие сегменты в левом легком относятся к язычковым?
А	S4-S5
Б	S3-S4
В	S1-S2
Г	S7-S8

005	Угол бифуркации трахеи в норме должен быть:
А	Острым
Б	Прямым
В	Тупым
Г	Развернутым
006	Увеличение бифуркационных лимфоузлов характеризуется:
А	Увеличением угла бифуркации трахеи
Б	Уменьшением угла бифуркации трахеи
В	Увеличением трахео-бронхиального угла
Г	Уменьшением трахео-бронхиального угла
007	На уровне какого грудного позвонка на обзорной рентгенограмме в боковой проекции виден угол лопатки?
А	Седьмого
Б	Пятого
В	Девятого
Г	Десятого
008	Кардио-торакальный индекс в норме составляет:
А	0,3-0,4
Б	0,7
В	0,6
Г	0,8
009	Часть переднего средостения, ограниченная спереди грудиной, снизу — сердцем, сзади — восходящей аортой, носит следующее название:
А	Ретростернальное пространство
Б	Ретрокардиальное пространство
В	Ретроперикардиальное пространство
Г	Ретроперитонеальное пространство
010	Часть заднего средостения, ограниченная спереди задней поверхностью сердца, сзади – передней поверхностью тел нижних грудных позвонков, снизу – диафрагмой, носит следующее название:
А	Ретрокардиальное пространство
Б	Ретростернальное пространство
В	Ретроперикардиальное пространство
Г	Ретроперитонеальное пространство
011	Область верхушек легких в норме:
А	Не имеет легочного рисунка
Б	Имеет линейную структуру легочного рисунка
В	Имеет петлистую структуру легочного рисунка
Г	Имеет сетчатую структуру легочного рисунка
012	Среди пороков развития стенок трахеи и бронхов выделяют:

А	Трахеобронхомаляцию
Б	Агенезию
В	Добавочную долю
Г	Аплазию
013	Ограниченные (локализованные) дефекты строения стенок бронхов и трахеи включают:
А	Трахео- и бронхопищеводные свищи
Б	Агенезию
В	Аплазию
Г	Добавочную долю
014	Рентгеноскопия дает возможность изучить:
А	Подвижность диафрагмы
Б	Легочный рисунок
В	Состояние междолевой плевры
Г	Мелкие очаговые тени
015	Для изучения структуры «круглой» тени наиболее информативна:
А	Томография
Б	Рентгенография
В	Рентгенография с прямым увеличением
Г	Рентгеноскопия
016	При пневмотораксе корень легкого смещается:
А	Медиально
Б	Книзу
В	Кверху
Г	Латерально
017	Уменьшение объема доли легкого наиболее характерно для:
А	Ателектаза
Б	Пневмонии
В	Абсцесса
Г	Эмфиземы
018	Изменение объема пораженной доли при острой пневмонии:
А	Обычно не наблюдается
Б	Наблюдается часто
В	Часто уменьшается
Г	Имеется во всех случаях
019	При крупозной пневмонии на прямой рентгенограмме интенсивность тени:
А	Выше у реберного края
Б	Выше у корня
В	Одинаковая по всей ширине легочного поля
Г	Не имеет особенностей

020	Наиболее характерным признаком интерстициальной пневмонии является:
А	Деформация легочного рисунка
Б	Милиарная диссеминация
В	Массивный инфильтрат
Г	Выпот в плевральной полости
021	Что позволяет отдифференцировать множественные фокусы септической метастатической пневмонии от метастазов злокачественной опухоли?
А	Динамика процесса
Б	Локализация
В	Форма тени
Г	Количество теней
022	Патоморфологическим субстратом затемнения при пневмонии служит:
А	Инфильтрат
Б	Соединительная ткань
В	Воздух
Г	Ателектаз
023	Какому рентгенологическому синдрому соответствует дренированный абсцесс легкого?
А	Кольцевидная тень
Б	Круглая тень
В	Диссеминация
Г	Очаговая тень
024	Основным патоморфологическим признаком, указывающим на хроническое течение пневмонии, является:
А	Развитие соединительной ткани
Б	Гиперемия
В	Лейкоцитарная инфильтрация
Г	Лимфостаз
025	Для дренированного острого абсцесса легкого наиболее характерен следующий признак:
А	Горизонтальный уровень жидкости + газ
Б	Наличие «секвестра»
В	Наличие «дорожки» к корню
Г	Нечеткие контуры кольцевидной тени
026	Для эмфиземы характерной является следующая форма грудной клетки:
А	Бочкообразная
Б	Колоколообразная
В	Трапециевидная
Г	Крабообразная

027	При эмфиземе прозрачность легочных полей:
А	Повышена
Б	Снижена
В	Характеризуется чередованием участков её повышения и снижения
Г	Не изменена
028	К первичным формам туберкулеза относят:
А	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
Б	Туберкулему
В	Очаговый туберкулез
Г	Инфильтративный туберкулез
029	Туберкулема, образовавшаяся из группы очагов носят название:
А	Конгломератная
Б	Солидарная
В	Слоистая
Г	Псевдотуберкулема
030	Средними принято считать туберкулёмы диаметром:
А	2-4 см
Б	До 2 см
В	4-6 см
Г	Более 6 см
031	Каверны при фиброзно-кавернозном туберкулезе:
А	Имеют неправильную форму с выраженной фиброзной стенкой
Б	Имеют правильную овальную форму и тонкую стенку
В	Имеют щелевидную форму и тонкую стенку
Г	Треугольной формы
032	Каверны при кавернозном туберкулезе наиболее часто локализуются в:
А	Верхних отделах легких
Б	Базальных отделах легких
В	Области бифуркационных лимфоузлов
Г	Области реберно-диафрагмальных синусов
033	Рентгенологически можно дифференцировать хронический абсцесс легкого и туберкулезную каверну по:
А	Наличию туберкулезных очагов вокруг полости
Б	Наличию полости
В	Наличию неровного контура
Г	Наличию перифокального воспаления
034	Подразделение рака на центральный и периферический осуществляется по принципу:
А	Локализации поражения в бронхиальном дереве
Б	Долевой локализации

В	Формы
Г	Отношения к плевре
035	Первой степенью стеноза бронха при центральном раке легкого является:
А	Гиповентиляция
Б	Клапанная эмфизема
В	Ателектаз
Г	Цирроз легкого
036	Второй степенью стеноза бронха при центральном раке легкого является:
А	Клапанная эмфизема
Б	Гиповентиляция
В	Ателектаз
Г	Цирроз легкого
037	Третьей степенью стеноза бронха при центральном раке легкого является:
А	Ателектаз
Б	Клапанная эмфизема
В	Гиповентиляция
Г	Цирроз легкого
038	К характерным симптомам центрального рака, выявляемым на томограммах, относится:
А	Симптом ампутации бронха
Б	Симптом воздушной бронхограммы
В	Симптом «матового стекла»
Г	Симптом концентрического сужения бронха
039	Для центрального рака легкого с преимущественно эндобронхиальным ростом наиболее характерно:
А	Нарушение бронхиальной проходимости
Б	Узловатое образование в области корня
В	Локальное усиление легочного рисунка
Г	Узловатое образование в прикорневой области
040	Положение диафрагмы при центральном раке легкого (при наличии ателектаза или гиповентиляции):
А	Купол диафрагмы смещен вверх
Б	Диафрагма оттеснена вниз на пораженной стороне
В	Не изменено
Г	Диафрагма оттеснена вниз на здоровой стороне
041	Средостение при гиповентиляции доли легкого:
А	Смещено в сторону поражения
Б	Занимает обычное положение
В	Смещено в здоровую сторону
Г	Смещено вверх

042	Периферический рак (узловая форма) исходит из:
А	Эпителия субсегментарных бронхов
Б	Эпителия сегментарных бронхов
В	Эпителия долевых бронхов
Г	Альвеолярного эпителия
043	Периферический рак размерами более 2 см в диаметре чаще всего имеет форму:
А	Шаровидную
Б	Прямоугольную
В	Треугольную
Г	Двояковыпуклой линзы
044	Структура и контуры узловой формы периферического рака лучше определяются:
А	На томограммах
Б	На обзорных рентгенограммах в боковой проекции
В	На флюорограммах
Г	На обзорных рентгенограммах в прямой проекции
045	Распад при периферическом раке в опухолевом узле чаще:
А	Эксцентричный и многофокусный
Б	Эксцентричный
В	Центральный
Г	Отсутствует
046	Для верхушечного рака или опухоли Пэнкоста характерно:
А	Расположение тени в области верхушки легкого в сочетании с деструкцией ребра
Б	Расположение тени в области верхушки легкого
В	Наличие дорожки к корню
Г	Наличие полости распада
047	Бронхиоло-альвеолярный рак – это:
А	Рак из альвеолярного эпителия
Б	Рак из висцеральной плевры
В	Рак из слизистой субсегментарных бронхов
Г	Рак из сосудистых стенок
048	Высокое положение диафрагмы на стороне злокачественной опухоли легкого и неподвижность ее при дыхании свидетельствуют о:
А	Прорастании опухоли в средостение с поражением диафрагмального нерва
Б	Наличии жидкости между легким и диафрагмой
В	Релаксации купола диафрагмы
Г	Метастазах в органы брюшной полости
049	Жидкость в плевральной полости при раке легкого является признаком:
А	Опухолевого обсеменения плевры
Б	Поражения лимфатических узлов корня

В	Застойных изменений сердечного происхождения
Г	Сопутствующего заболевания
050	К грибковым заболеваниям легких, которые следует дифференцировать с «круглыми образованиями» легких другой природы, относят:
А	Аспергиллез
Б	Кандидомикоз
В	Актиномикоз
Г	Кокцидиоидный микоз

## 5. Список рекомендуемой литературы

### а) Основная литература:

1. Илясова, Е. Б. Лучевая диагностика : учебное пособие / Е. Б. Илясова, М. Л. Чехонацкая, В. Н. Приезжева. – 2-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 432 с. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. – URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458778.html>
2. Ростовцев, М. В. Атлас рентгеноанатомии и укладок : руководство для врачей / М. В. Ростовцев, Г. И. Братникова, Е. П. Корнева [и др. ] ; под ред. М. В. Ростовцева. – 2-е изд., испр. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 320 с. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. – URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970486832.html>
3. Тактика контроля качества и безопасности медицинской деятельности: практическое руководство / под ред. И. В. Иванова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970486429.html>
4. Трутень, В. П. Рентгенология : учебное пособие / В. П. Трутень. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 336 с. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. – URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970487020.html>

### б) Дополнительная литература

1. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации: путеводитель / под ред. В. Е. Радзинского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 480 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970486047.html>
2. Александрович, Ю. С. Неотложная педиатрия : руководство для врачей / Ю. С. Александрович, К. В. Пшениснов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 416 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481943.html>
3. Араблинский, А. В. Диагностика заболеваний надпочечников с помощью КТ и МРТ / А. В. Араблинский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 88 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970483329.html>
4. Атлас диагностики заболеваний челюстно-лицевой области / О. О. Янушевич, А. Ю. Дробышев, В. В. Шулаков [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 248 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970483374.html>
5. Биомедицинская информатика. Компьютерные приложения в здравоохранении и биомедицине : руководство / под ред. Э. Х. Шортлиффа, Дж. Дж. Чимино; отв. ред. М. Ф. Чанг; перевод с англ. под ред. Г.Э. Улумбековой, А.Н. Наркевича, Р.С. Козлова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 744 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970482049.html>
6. Васильев, А. Ю. Ультразвуковая диагностика в неотложной детской практике : руководство для врачей : в 2 т. Т. I / А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 704 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470435.html>
7. Васильев, А. Ю. Ультразвуковая диагностика в неотложной детской практике : руководство для врачей : в 2 т. Т. II / А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 776 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470442.html>
8. Военно-полевая хирургия. Национальное руководство / под ред. И. М. Самохвалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1056 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480366.html>
9. Геккиева, А. Д. Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии : учебное пособие / А. Д. Геккиева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 128 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970485491.html>

10. Инфекции и ревматические заболевания / под ред. А. М. Лилы, Б. С. Белова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 184 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970486900.html>
11. Кардиология : учебник / под ред. И. Е. Чазовой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 920 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970478837.html>
12. Кардиомиопатии и миокардиты / под ред. Г. К. Киякбаева, С. В. Моисеева, Д. А. Андреева. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 528 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480908.html>
13. Клиническая анатомия крупных суставов : руководство для врачей / под ред. И. И. Кагана, С. В. Чемезова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 208 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481554.html>
14. Кривенко, В.Ф. Первая помощь в зонах ликвидации последствий катастроф. Диагностика и элементы медицинской помощи на догоспитальном этапе / В.Ф. Кривенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970485057.html>
15. Кротенкова, М. В. Магнитно-резонансная томография в диагностике и дифференциальной диагностике рассеянного склероза : руководство для врачей / Кротенкова М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457061.html>
16. Лучевая диагностика неспецифических гнойно-воспалительных заболеваний позвоночника : руководство для врачей / под ред. В. А. Мануковского, В. Е. Савелло, И. С. Афанасьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 128 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970484180.html>
17. Маркина, Н. Ю. Клинические нормы. УЗИ почек и мочевыводящих путей / Н. Ю. Маркина, М. В. Кислякова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 304 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481493.html>
18. Маслов, А. Л. КТ-диагностика при заболеваниях артерий нижних конечностей / А. Л. Маслов, А. Ш. Ревшвили, Г. Г. Кармазановский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 264 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481615.html>
19. Медицинская логистика выявления рака молочной железы / Н. И. Рожкова, А. Д. Каприн, М. Л. Мазо [и др.] ; под ред. А. Д. Каприна, Н. И. Рожковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 352 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970478059.html>
20. Морозов, С. П. Основы менеджмента медицинской визуализации / Морозов С. П. [и др. ] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 432 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452479.html>
21. МРТ в диагностике воспалительных заболеваний легких вирусной этиологии и их осложнений : руководство для врачей / Н. В. Нуднов, Г. А. Игнатенко, В. О. Воробьева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 96 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481752.html>
22. МРТ головного мозга и транскраниальная электростимуляция у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения / Т. Г. Морозова, А. В. Борсуков, Е. С. Чухонцева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 96 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480496.html>
23. МРТ. Позвоночник и спинной мозг : руководство для врачей / под ред. Г. Е. Труфанова, В. А. Фокина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 544 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970487921.html>
24. Неотложная абдоминальная хирургия / под общ. ред. С. В. Тарасенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 416 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970479704.html>
25. Ольхова, Е. Б. Клинические нормы. Ультразвуковое исследование в педиатрии. Методические рекомендации / Е. Б. Ольхова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 288 с. - Текст : электронный //

- ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970484425.html>
26. Острая кишечная непроходимость. Краткое руководство для врача-рентгенолога / под ред. Н. В. Нуднова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 88 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481226.html>
  27. Оториноларингология : национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. К. Янова, А. И. Крюкова, В. В. Дворянчикова, Е. В. Носули. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 992 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970482131.html>
  28. Первая помощь и скорая медицинская помощь: основы и принципы организации : учебное пособие / В. А. Мануковский, Л. И. Дежурный, И. М. Барсукова, А. И. Махновский [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 280 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970485927.html>
  29. Профессиональная патология : национальное руководство / под ред. И. В. Бухтиярова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 904 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481776.html>
  30. Рак легкого : руководство для врачей / В. А. Горбунова, К. К. Лактионов, В. В. Делекторская [и др.] ; под ред. В. А. Горбуновой, К. К. Лактионова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 152 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970483244.html>
  31. Рентгенологическая оценка качества имплантационного протезирования : руководство для врачей / Ю. В. Паршин, В. Н. Трезубов, А. А. Зубарева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 48 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481929.html>
  32. Современные подходы к диагностике и лечению патологии верхних дыхательных путей : руководство для врачей / А. И. Крюков, Н. Л. Кунельская, А. Ю. Ивойлов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 232 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970482025.html>
  33. Ультразвуковая диагностика / С. К. Терновой, Н. Ю. Маркина, М. В. Кислякова ; под ред. С. К. Тернового. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 234 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970483145.html>
  34. Ультразвуковая диагностика болезней вен / Д. А. Чуриков, А. И. Кириенко, О. И. Ефремова [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : Литтерра, 2024. - 192 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423504052.html>

#### **в) Периодические издания (журналы):**

1. Вестник рентгенологии и радиологии. - URL : <https://dlib.eastview.com/browse/publication/112086>
2. Клиническая медицина . - URL : <https://dlib.eastview.com/browse/publication/42247>
3. Медицинская визуализация. - URL : <https://dlib.eastview.com/browse/publication/65572>
4. Онкология. Журнал имени П.А. Герцена. - URL : <https://dlib.eastview.com/browse/publication/122415>
5. Ультразвуковая и функциональная диагностика. - URL : <https://dlib.eastview.com/browse/publication/65573>
6. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - URL : <https://dlib.eastview.com/browse/publication/117552>

#### **г) Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных**

1. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации : [сайт]. - URL : <https://minzdrav.gov.ru>
2. Электронный рубрикатор клинических рекомендаций : [сайт]. - URL : <https://cr.minzdrav.gov.ru>
3. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения : [сайт]. - URL : <https://www.who.int/ru>
4. Официальный сайт научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU : [сайт]. - URL : <https://www.elibrary.ru>
5. СПС КонсультантПлюс: [сайт]. - URL : <https://www.consultant.ru>
6. Официальный сайт Национальной электронной библиотеки (НЭБ) : [сайт]. - <https://rusneb.ru>
7. Официальный сайт федеральной электронной медицинской библиотеки : [сайт]. - URL : <https://femb.ru>

## **6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации**

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.