

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра лучевой диагностики ИПО

РЕНТГЕНОЛОГИЯ

Сборник тестовых заданий с эталонами ответов
для ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.09 Рентгенология

Красноярск
2018

Составители: канд. мед. наук, доц. З.М. Тяжелникова З.М, канд. мед. наук, доц. Е.Ю. Евдокимова

Рецензенты: зав. каф. кардиологии, функциональной и клинико-лабораторной диагностики ИПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. Г. В. Матюшин; зав. каф. внутренних болезней № 2 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. И. В. Демко

Рентгенология : сб. тестовых заданий с эталонами ответов для К21 ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.09 Рентгенология / З.М. Тяжелникова, Е.Ю. Евдокимова. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 105 с.

Тестовые задания с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.09 Рентгенология; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.09 Рентгенология.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от «25» июня 2018 г.)

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ				
1.	<p>КАКИМ ПРИКАЗОМ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. приказом Минздрава СССР N448 от 1949 г. 2. приказом Минздрава СССР N1104 от 1987 г. 3. приказом Минздрава РФ N132 от 1991 г. 4. приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ N67 от 1994 г. 	3	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-9
2.	<p>НА КАКИЕ КАТЕГОРИИ РАЗБИТО НАСЕЛЕНИЕ, ПРОХОДЯЩЕЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОЗОВОЙ НАГРУЗКИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по жизненным показаниям, по клиническим показаниям 2. по жизненным показаниям, по клиническим показаниям, профилактические обследования 3. по клиническим показаниям, профилактические обследования 4. по жизненным показаниям, профилактические обследования 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
3.	<p>РУКОВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ МОЖЕТ ИЗМЕНИТЬ ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ РЕНТГЕНОВСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПУТЕМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. замены врачебных должностей на рентгенолаборантов 2. замены должностей рентгенолаборантов на врачебные должности 3. равнозначной замены всех штатных должностей 4. перетарификации должностей 	3	ВК ТК ГИА	ПК-4, ПК-7
4.	УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВРАЧЕЙ-РЕНТГЕНОЛОГОВ	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-3

	ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ: 1. ежегодно 2. не реже 1 раза в 2 года 3. не реже 1 раза в 3 года 4. не реже 1 раза в 5 лет			
5.	АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ВТОРОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ: 1. по окончании первичной специализации 2. при наличии 2-летнего стажа по специальности 3. при наличии 3-летнего стажа по специальности 4. 4. при наличии 5-летнего стажа по специальности	4	ВК ТК ГИА	ПК-4, УК-2
6.	АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ РЕНТГЕНОЛОГОМ НЕ МЕНЕЕ: 1. 3 лет 2. 5 лет 3. 7 лет 4. 10 лет	3	ВК ТК ГИА	ПК-8, ПК-9
7.	АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ РЕНТГЕНОЛОГОМ НЕ МЕНЕЕ: 1. 3 лет 2. 5 лет 3. 7 лет 4. 10 лет	4	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-4
8.	КАКИЕ ОРГАНЫ И ТКАНИ ПАЦИЕНТА НУЖДАЮТСЯ В ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЗАЩИТЕ ОТ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ? 1. щитовидная железа 2. молочная железа 3. костный мозг, гонады 4. кожа	3	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
9.	КАК ЧАСТО ДОЛЖЕН ПОДТВЕРЖДАТЬСЯ СЕРТИФИКАТ СПЕЦИАЛИСТА?	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-3

	<ol style="list-style-type: none"> 1. не должен подтверждаться 2. через 3 года 3. через 5 лет 4. через 10 лет 			
10.	<p>МОГУТ ЛИ ВРАЧИ, НЕ ВЫДЕРЖАВШИЕ КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ ЭКЗАМЕН, ДОПУСКАТЬСЯ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Да 2. Нет 3. Могут в должности стажера 4. На усмотрение администрации 	3	ВК ТК ГИА	ПК-9, УК-1
11.	<p>СООТВЕТСТВИЕ РЕНТГЕНОВСКОГО КАБИНЕТА ДЕЙСТВУЮЩИМ НОРМАТИВАМ ОПРЕДЕЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. администрация 2. технический паспорт 3. санитарно-эпидемиологическое заключение 4. заведующий рентгеновским отделением (кабинетом.) 	2	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-4
12.	<p>ПЕРСОНАЛ РЕНТГЕНОВСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ "А":</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. приказом администрации 2. техническим паспортом 3. санитарно-эпидемиологическим заключением 4. заведующим рентгеновским отделением (кабинетом) 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-3
13.	<p>МОЖНО ЛИ РАЗМЕЩАТЬ РЕНТГЕНОВСКИЕ КАБИНЕТЫ В ЖИЛЫХ ДОМАХ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. да 2. нет 3. можно в полуподвальном помещении 4. можно при хорошо оборудованной защите 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
14.	<p>ЗАВЕДУЮЩИЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ (КАБИНЕТОМ):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. осуществляет полную рабочую нагрузку врача-рентгенолога (должность не является освобожденной) 2. не осуществляет рабочую нагрузку врача-рентгенолога 3. осуществляет 50% рабочей 	1	ВК ТК ГИА	ПК-8, ПК-9

	нагрузки врача-рентгенолога 4.объем работы определяется администрацией			
15.	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАБОЧЕЙ НЕДЕЛИ ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА И РЕНТГЕНОЛАБОРАНТА В РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ? 1. не более 2000 минут 2. не нормируется 3. 2500 минут 4. 3000 минут	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-3
РАЗДЕЛ 2. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ РЕНТГЕНОЛОГИИ				
16.	РАЗВИТИЕ РЕНТГЕНОЛОГИИ СВЯЗАНО С ИМЕНЕМ В. РЕНТГЕНА, КОТОРЫЙ ОТКРЫЛ ИЗЛУЧЕНИЕ, НАЗВАННОЕ ВПОСЛЕДСТВИИ ЕГО ИМЕНЕМ: 1. в 1890 году 2. в 1895 году 3. в 1900 году 4. в 1905 году	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
17.	МНОГОПРОЕКЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОИЗВЕДЕНО: 1. при ортопозиции 2. при трохопозиции 3. при латеропозиции 4.при ортопозиции, трохопозиции, латеропозиции	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, УК-2
18.	ПРЯМОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ ДОСТИГАЕТСЯ: 1.увеличением расстояния фокус - объект 2.увеличением расстояния фокус - пленка 3.увеличением размеров фокусного пятна 4.увеличением расстояния объект - пленка	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, УК-3
19.	МЕДИЦИНСКАЯ РАДИОЛОГИЯ - НАУКА ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИЗЛУЧЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ. ЕЕ ОСНОВНЫМИ РАЗДЕЛАМИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. распознавание болезней (лучевая диагностика) 2.лечение болезней (лучевая терапия) 3.массовые проверочные исследования для выявления	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	скрыто протекающих заболеваний (лучевой скрининг) 4. распознавание болезней (лучевая диагностика), лечение болезней (лучевая терапия), массовые проверочные исследования для выявления скрыто протекающих заболеваний (лучевой скрининг)			
20.	ОБЛАСТЬ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ЛЕЖИТ МЕЖДУ: 1. радиоволнами и магнитным полем 2. инфракрасным и ультрафиолетовым излучениями 3. ультрафиолетовым излучением и гамма излучением 4. радиоволнами и инфракрасным излучением	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
21.	КАКАЯ ТКАНЬ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА К ИОНИЗИРУЮЩЕМУ ИЗЛУЧЕНИЮ: 1. Мышечная ткань 2. Миокард 3. Эпителиальная ткань 4. Кровотворная ткань	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, УК-2
22.	ЕДИНИЦА ЗИВЕРТ РАВНА: 1. 100 радам 2. 10бэр 3. 0,1 Грея 4. 100 миллирентгенам	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, УК-3
23.	ОДИН ГРЕЙ РАВЕН: 1. 100 рад 2. 10000 рад 3. 1000 рад 4. 10 рад	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
24.	ПРИ УДАЛЕНИИ ОТ ТРУБКИ В 2 РАЗА ДОЗА ИЗЛУЧЕНИЯ СНИЖАЕТСЯ В: 1. 4 раза 2. 1,42 раза 3. 2 раза 4. 16 раз	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
25.	КОЛБА РЕНТГЕНОВСКОЙ ТРУБКИ ЗАПОЛНЕНА: 1. Криптоном 2. Вакуумом 3. Водородом 4. Воздухом	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-2
26.	ПРИ ОБРЫВЕ В ЦЕПИ ТРУБКИ СТРЕЛКА МИЛЛИАМПЕРМЕТРА:	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5

	<p>1. Сохраняет последнее положение</p> <p>2. Пульсирует</p> <p>3. Отклоняется к нулю</p> <p>4. Зашкаливает</p>			
27.	<p>В КАКИХ СЛУЧАЯХ РЕНТГЕНОЛАБОРАНТ ДОЛЖЕН ЗАЗЕМЛИТЬ ПАЛАТНЫЙ РЕНТГЕНОВСКИЙ АППАРАТ:</p> <p>1. Перед любым включением аппарата в электрическую сеть</p> <p>2. Заземление не обязательно</p> <p>3. В случаях выполнения рентгенографии</p> <p>4. В случае производства с его помощью рентгеноскопии</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-8
28.	<p>С УМЕНЬШЕНИЕМ ОПТИЧЕСКОГО ФОКУСА РЕНТГЕНОВСКОЙ ТРУБКИ ИЗОБРАЖЕНИЕ:</p> <p>1. Уменьшается</p> <p>2. Не изменяется</p> <p>3. Становится более резким</p> <p>4. Увеличивается</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3
29.	<p>ПЛОСКОСТЬ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ГОРИЗОНТАЛИ ЧЕРЕПА:</p> <p>1. Перпендикулярна сагиттальной и фронтальной плоскостям, проходит через наружное слуховое отверстие и нижний край входа в глазницу</p> <p>2. Делит голову на передний и задний отделы</p> <p>3. Перпендикулярна сагиттальной и параллельна фронтальной плоскостям</p> <p>4. Параллельна сагиттальной и параллельна фронтальной плоскости</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, УК-3
30.	<p>КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ СТАНДАРТНЫЕ ПРОЕКЦИИ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ СЕРДЦА?</p> <p>1. Прямая передняя и левая боковая</p> <p>2. Прямая передняя, первая и вторая передние косые</p> <p>3. Прямая передняя, первая и вторая передние косые, боковая</p> <p>4. Прямая передняя и любая боковая</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
31.	<p>ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЖИВОТА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПУЧОК ИЗЛУЧЕНИЯ</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-2

	<p>НАПРАВЛЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На 9-й грудной позвонок 2. На 12-й грудной позвонок 3. На мечевидный отросток грудины 4. На 1-2 см выше линии, соединяющей гребни подвздошных костей 			
32.	<p>К КАКОЙ КАТЕГОРИИ ОБЛУЧАЕМЫХ ЛИЦ ОТНОСИТСЯ ПЕРСОНАЛ РЕНТГЕНОВСКОГО КАБИНЕТА?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Г 2. Б 3. В 4. А 	4	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-8
33.	<p>КЕМ ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ ПРОВЕРКА КАБИНЕТА ПРИ ПРИЕМКЕ ЕГО В ЭКСПЛУАТАЦИЮ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Органами санитарно-эпидемиологического надзора и представителями территориальной группы радиационной безопасности 2. Органами санитарно-эпидемиологического надзора с участием заведующего отделением 3. Органами санитарно-эпидемиологического надзора с участием администрации учреждения и лица, ответственного за радиационную безопасность 4. Органами санитарно-эпидемиологического надзора и представителями территориальной группы радиационной безопасности, с участием заведующего отделением, администрации учреждения и лица, ответственного за радиационную безопасность 	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-2
34.	<p>ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ЖЕЛУДКА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диета 2. Голод 3. Клизма утром 4. Клизма вечером и утром 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
35.	<p>ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ РЕНТГЕНОЛАБОРАНТУ ПОПАЛА НА РУКУ КРОВЬ БОЛЬНОГО. ЧТО НЕОБХОДИМО</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-8

	<p>СДЕЛАТЬ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вытереть салфеткой 2. Вымыть руки под краном 3. Обработать спиртом 4. Вытереть салфеткой, вымыть руки под краном и обработать спиртом 			
36.	<p>ЕСЛИ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО ПОПАЛО НА КОЖУ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наложить стерильную повязку 2. Протереть спиртом 3. Протереть влажной салфеткой 4. Наложить повязку с противовоспалительной мазью 	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
37.	<p>КАКОВЫ МЕРОПРИЯТИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБМОРОКЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Придать больному горизонтальное положение 2. Обеспечить доступ свежего воздуха 3. Применить нашатырный спирт 4. Придать больному горизонтальное положение, обеспечить доступ свежего воздуха, применить нашатырный спирт 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3
38.	<p>КАКОВА ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Очищение кишечника и опорожнение мочевого пузыря 2. Подготовка не требуется 3. Голод 4. Опорожнение мочевого пузыря 	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
39.	<p>ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВАШИХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО В РЕНТГЕНОВСКОМ КАБИНЕТЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приступить к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию, вызвать реанимационную бригаду 2. Вызвать реанимационную бригаду, приступить к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию 3. Внутрисердечно ввести адреналин, вызвать реанимационную бригаду 4. Вызвать реанимационную бригаду 	2	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-2

40.	<p>В КАКОМ ОРГАНЕ (ТКАНИ) ПРОИСХОДИТ НАИМЕНЬШЕЕ ПОГЛОЩЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ?</p> <p>1. Кость 2. Печень 3. Жировая клетчатка 4. Мышца</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-3, ПК-8
41.	<p>В ЧЕМ СМЫСЛ РЕНТГЕНОГРАФИИ С ПРЯМЫМ УВЕЛИЧЕНИЕМ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ?</p> <p>1. В большей наглядности изображения из-за его крутых размеров 2. В выявлении деталей, невидимых на обычных рентгенограммах 3. В уменьшении лучевой нагрузки на исследуемого 4. В повышении геометрической резкости изображения</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
42.	<p>КАКОВЫ ПРЕИМУЩЕСТВА ЦИФРОВОЙ (ДИГИТАЛЬНОЙ) ФЛЮОРОГРАФИИ ПЕРЕД ОБЫЧНОЙ ФЛЮОРОГРАФИЕЙ?</p> <p>1. Уменьшение лучевой нагрузки на исследуемого 2. Отсутствие фотопроцесса 3. Отсутствие потребности в рентгеновской (флюорографической) пленке 4. Отсутствие фотопроцесса, уменьшение лучевой нагрузки на исследуемого и отсутствие потребности в рентгеновской (флюорографической) пленке</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-3
43.	<p>КАКИЕ ВИДЫ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОТНОСЯТСЯ К ЦИФРОВОЙ (ДИГИТАЛЬНОЙ) РЕНТГЕНОГРАФИИ?</p> <p>1. Рентгенография, основанная на использовании аналого-цифровых и цифро-аналоговых преобразователей 2. Основанная на использовании запоминающего изображения люминесцентного экрана 3. Основанная на снятии электрических сигналов с экспонированной селеновой пластины</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, УК-2

	4. Основанная на использовании аналого-цифровых, цифро-аналоговых преобразователей, запоминающего изображения люминесцентного экрана, на снятии электрических сигналов с экспонированной селеновой пластины			
44.	<p>В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ МЕТОДИКА "УСИЛЕНИЯ" ПРИ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ?</p> <p>1. Томографию выполняют в условиях внутривенного введения рентгеновского контрастного вещества</p> <p>2. В повышении напряжения генерирования рентгеновского изображения</p> <p>3. В получении изображения очень тонких слоев объекта</p> <p>4. В ускорении вращения рентгеновского излучателя вокруг снимаемого объекта</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, УК-3
РАЗДЕЛ 3. ФИЗИКО-ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕНТГЕНОЛОГИИ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ				
45.	<p>СЛОЙ ПОЛОВИННОГО ОСЛАБЛЕНИЯ ЗАВИСИТ:</p> <p>1. от энергии рентгеновских фотонов</p> <p>2. от плотности вещества</p> <p>3. от атомного номера элемента</p> <p>4. от энергии рентгеновских фотонов, плотности вещества и атомного номера элемента</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-10
46.	<p>НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫМИ:</p> <p>1. инфракрасные лучи</p> <p>2. звуковые волны</p> <p>3. радиоволны</p> <p>4. рентгеновские лучи</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
47.	<p>В ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ДОЗИМЕТРАХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:</p> <p>1. фотоленки</p> <p>2. конденсаторной камеры</p> <p>3. термолюминесцентного кристалла</p> <p>4. сцинтилляционного датчика</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-3
48.	ПОКАЗАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РЕНТГЕНОВСКОГО ДОЗИМЕТРА	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-10

	<p>ЗАВИСЯТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. от мощности излучения 2. от жесткости излучения 3. от продолжительности облучения 4. от мощности, жесткости и продолжительности излучения 			
49.	<p>В КЛАССИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ РАССЕЯННОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ ИМЕЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. более высокую энергию, чем исходное излучение 2. меньшую энергию, чем исходное излучение 3. ту же энергию, что и исходное излучение 4. нет правильного ответа 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
50.	<p>ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ РАССТОЯНИЯ ФОКУС-ОБЪЕКТ В ДВА РАЗА ИНТЕНСИВНОСТЬ ОБЛУЧЕНИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. увеличивается в 2 раза 2. уменьшается на 50% 3. уменьшается в 4 раза 4. не изменяется 	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
51.	<p>ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫЙ ФОКУС РЕНТГЕНОВСКОЙ ТРУБКИ ИМЕЕТ ФОРМУ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. круга 2. треугольника 3. прямоугольника 4. квадрата 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-3
52.	<p>ИЗЛУЧЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ ТРУБКИ СТАЦИОНАРНОГО АППАРАТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. является моноэнергетическим 2. имеет широкий спектр 3. зависит от формы питающего напряжения 4. является моноэнергетическим и имеет широкий спектр 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-10
53.	<p>МАЛЫМ ФОКУСОМ РЕНТГЕНОВСКОЙ ТРУБКИ СЧИТАЕТСЯ ФОКУС РАЗМЕРОМ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0,2x0.2мм 2. 1 x 1 мм 3. 2x2 мм 4. 4x4 мм 	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-10
54.	<p>ИСТОЧНИКОМ ЭЛЕКТРОНОВ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РЕНТГЕНОВСКИХ ЛУЧЕЙ В ТРУБКЕ СЛУЖИТ:</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6

	<ol style="list-style-type: none"> 1. вращающийся анод 2. нить накала 3. фокусирующая чашечка 4. вольфрамовая мишень 			
55.	<p>ОТСЕИВАЮЩЕЙ РЕШЕТКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кассетодержатель вместе с неподвижным растром 2. мелкоструктурный растр 3. растр с приводом и кассетодержателем 4. наложенные друг на друга перекрещивающиеся растры 	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
56.	<p>НА РЕЗКОСТЬ РЕНТГЕНОВСКИХ СНИМКОВ НЕ ВЛИЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. толщина флюоресцентного слоя усиливающих экранов 2. размер кристаллов (зерен) люминофора 3. толщина подложки усиливающего экрана 4. контакт экрана с рентгеновской пленкой 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-3
57.	<p>ГЛУБИННЫЕ ДИАФРАГМЫ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. для ограничения афокального излучения 2. для ограничения рассеянного излучения 3. для защиты от неиспользуемого излучения 4. для ограничения афокального и рассеянного излучения, для защиты от неиспользуемого излучения 	4	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5
58.	<p>НА КАЧЕСТВО СНИМКА ВЛИЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕНТГЕНОВСКОЙ КАССЕТЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. материал корпуса 2. конструкция замка <p>упругий материал прижима экранов масса кассеты</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
59.	<p>ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ СВИНЦОВЫХ ДИАФРАГМ В РЕНТГЕНОВСКОМ ИЗЛУЧАТЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. укорочение времени экспозиции 2. ограничение рентгеновского луча 3. уменьшение времени проявления 4. отфильтрование мягкого излучения 	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, УК-2
60.	<p>В КАЧЕСТВЕ ДЕТЕКТОРА В</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	<p>РЕНТГЕНОВСКОМ АВТОМАТЕ ЭКСПОЗИЦИИ (РЕНТГЕНОЭКСПОНОМЕТРЕ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. фотоэмульсия 2. ионизационная камера 3. сцинтилляционный кристалл 4. ионизационная камера и сцинтилляционный кристалл 			
61.	<p>ПРИМЕНЕНИЕ УСИЛИВАЮЩИХ ЭКРАНОВ ПОЗВОЛЯЕТ УМЕНЬШИТЬ ЭКСПОЗИЦИЮ ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в 1.5 раза 2. в 3 раза 3. в 10 раз 4. в 100 раз 	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-10
62.	<p>НАИБОЛЬШУЮ ЛУЧЕВУЮ НАГРУЗКУ ДАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенография 2. флюорография 3. рентгеноскопия с люминесцентным экраном 4. рентгеноскопия с УРИ 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
63.	<p>РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ФЛЮОРОГРАФА В ОСНОВНОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. линзовой системой 2. пленкой 3. размером фокуса излучателя 4. линзовой системой и размером фокуса излучателя 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
64.	<p>РЕЖИМ "ПАДАЮЩЕЙ НАГРУЗКИ" ПОЗВОЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. упростить включение и отключение высокого напряжения 2. более рационально использовать мощность трубки 3. укоротить экспозицию 4. более рационально использовать мощность трубки и укоротить экспозицию 	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
65.	<p>НЕОБХОДИМЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ РЕНТГЕНОВСКОГО АНГИОГРАФИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стол с подвижной декой 2. излучатель с вращающимся анодом 3. серийная кассета 	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-10

	4. излучатель с вращающимся анодом, серийная кассета, стол с подвижной декой			
66.	ИНФОРМАТИВНОСТЬ ТОМОГРАФИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: 1. размахом колебания излучателя 2. расстоянием фокус-пленка 3. мощностью излучения 4. размахом колебания излучателя и мощностью излучения	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-10
67.	ПОВЫШЕННУЮ ВУАЛЬ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ: 1. слишком длительное проявление 2. некачественная пленка 3. повышенная мощность ламп в неактивных фонарях 4. некачественная пленка, слишком длительное проявление, повышенная мощность ламп в неактивных фонарях	4	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
68.	ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ РЕНТГЕНОВСКИХ ЭКРАННЫХ ПЛЕНОК НЕ ЗАВИСИТ: 1. от условий фотообработки 2. от типа применяемых экранов 3. от длительности и условий хранения 4. от типа применяемых экранов, условий фотообработки, длительности и условий хранения	4	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-10
69.	ПРИ СТАНДАРТНОМ ВРЕМЕНИ ПРОЯВЛЕНИЯ 5-6 МИН ИЗМЕНЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ НА 2°С ТРЕБУЕТ ИЗМЕНЕНИЯ ВРЕМЕНИ ПРОЯВЛЕНИЯ: 1. на 30 с 2. на 1 мин 3. на 1,5 мин 4. на 2 мин	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
70.	ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ В РЕНТГЕНОЛОГИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ: 1. сульфат бария 2. органические соединения йода 3. газы (кислород, закись азота, углекислый газ) 4. сульфат бария, органические соединения йода, газы (кислород, закись азота, углекислый газ)	4	ВК ТК ГИА	ПК-3, УК-1
РАЗДЕЛ 4. РАДИАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИ				

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ				
71.	ЕДИНИЦЕЙ ИЗМЕРЕНИЯ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ДОЗЫ В МЕЖДУНАРОДНОЙ СИСТЕМЕ ЕДИНИЦ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. грей 2. джоуль 3. рад 4. рентген	4	ВК ТК ГИА	ПК-10, УК-2
72.	ПОГЛОЩЕННАЯ ДОЗА - ЭТО: 1. доза, полученная за время, прошедшее после поступления радиоактивных веществ в организм 2. сумма произведений эквивалентной дозы в органе с учетом взвешивающего коэффициента для данного органа 3. отношение приращения эффективной дозы за интервал времени к этому интервалу времени 4. средняя энергия, переданная ионизирующим излучением массе вещества в элементарном объеме	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-10
73.	ЕДИНИЦЕЙ ИЗМЕРЕНИЯ ПОГЛОЩЕННОЙ ДОЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. рентген 2. грей 3. рад 4. грей и рад	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
74.	ЕДИНИЦЕЙ ИЗМЕРЕНИЯ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ДОЗЫ В МЕЖДУНАРОДНОЙ СИСТЕМЕ ЕДИНИЦ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. грей 2. джоуль 3. рад 4. зиверт	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-3
75.	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВЫХОДНАЯ ДО-ЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПАРАМЕТРАМИ: 1. чувствительностью приемника изображения 2. силой тока 3. расстоянием "источник-кожа" 4. толщиной тела пациента	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-3
76.	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОЩНОСТИ ДОЗЫ НА РАБОЧИХ МЕСТАХ	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6

	<p>ПЕРСОНАЛА НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ионизационный 2. фотохимический 3. люминесцентный 4. химический 5. биологический 			
77.	<p>ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ДОЗЫ ВНЕШНЕГО ОБЛУЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. измерение активности тела человека на СИЧ 2. измерение удельной активности воздуха 3. индивидуальный дозиметрический контроль 4. контроль радиоактивного загрязнения одежды и кожи 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
78.	<p>ЭНЕРГИЯ ФОТОННОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭФФЕКТА КОМПТОНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.увеличивается 2.остается прежней 3. уменьшается 4.может уменьшаться или увеличиваться 	3	ВК ТК ГИА	ПК-10, УК-2
79.	<p>ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗАВИСИТ ОТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. мощности дозы внешнего облучения 2. времени облучения 3. накопленной эффективной дозы за первые два дня облучения 4. накопленной поглощенной дозы общего и локального облучения за первые двое суток 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
80.	<p>ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ КЛИНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ИМЕЮТ МЕСТО В СЛЕДУЮЩЕЙ СИСТЕМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. центральной нервной 2. сердечно-сосудистой 3. органов кроветворения 4. пищеварительной 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
81.	<p>КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, НАИБОЛЕЕ РАНО ВОЗНИКАЮЩЕМ ПРИ ОСТРОЙ</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-10

	ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ: 1. тошнота и рвота 2.лейкопения 3. эритема кожи 4. выпадение волос			
82.	ПОРОГОВАЯ ДОЗА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ СОСТАВЛЯЕТ: 1. 0,5 Гр 2. 1 Гр 3. 2Гр 4. 3 Гр	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
83.	ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ МУЖСКИХ ГОНАД НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕ- НИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. нарушение половой потенции 2.гипоспермия 3. водянка яичка 4. наследственные болезни у детей	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
84.	ЛИМФОПЕНИЯ, ВЫЯВЛЕННАЯ У БОЛЬНОГО В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ СУТОК ОБУСЛОВЛЕНА: 1.локальным внешним облучением конечности 2.поступлением внутрь радионуклидов 3.внешним облучением туловища в дозе менее 0,5 Гр 4.внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-3
85.	ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕРОЯТНЫ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ УРОВНЕ НЕЙТРОФИЛОВ В КРОВИ: 1. менее 3000 в мкл 2. менее 100 в мкл 3. менее нормы 4. менее 500 в мкл	4	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
86.	КРОВОТОЧИВОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ СОДЕРЖАНИИ ТРОМБОЦИТОВ В КРОВИ: 1. менее 150 тыс- в мкл 2. менее 100 тыс. в мкл 3. менее 50 тыс. в мкл 4. менее 40 тыс. в мкл	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
87.	НАИБОЛЕЕ РАННИМ	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6

	<p>ИЗМЕНЕНИЕМ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эритроцитов 2. лейкоцитов 3. нейтрофилов 4. лимфоцитов 			
88.	<p>"МАЛЫМИ" ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ ДОЗЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. не вызывающие лучевой болезни 2. не вызывающие хромосомных повреждений 3. не вызывающие генных поломок 4. не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы лиц 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-3
89.	<p>КАКИЕ ИЗ ВИДОВ РАДИАЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ К СТОХАСТИЧЕСКИМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острые и хронические лейкозы 2. аутоиммунный тиреоидит 3. врожденные аномалии развития 4. острые и хронические лейкозы и врожденные аномалии развития 	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-3
90.	<p>НА РИСК РАЗВИТИЯ РАКА У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИЕСЯ ОБЛУЧЕНИЮ ВЛИЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. характер облучений (доза, качество излучения) 2. генетические особенности человека, подвергшегося облучению 3. возраст в момент облучения 4. характер облучения (доза, качество излучения), генетические особенности человека, подвергшегося облучению, возраст в момент облучения, наличие сопутствующих заболеваний 	4	ВК ТК ГИА	ПК-3, УК-2
91.	<p>ПОРАЖЕНИЕ ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ НА СЛЕДУЮЩИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. до 4 недель 2. 4-25 недель 3. 25-40 недель 	2	ВК ТК ГИА	ПК-10, УК-2

	4. 10-12 недель			
92.	<p>НОРМЫ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ (НРБ-96) НЕ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЧЕЛОВЕКА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. облучение персонала и населения в условиях нормальной эксплуатации техногенных источников ионизирующего излучения 2. облучение персонала и населения в условиях радиационной аварии 3. облучение населения в условиях боевого применения ядерного оружия 4. облучение работников промышленных предприятий и населения природными источниками ионизирующего излучения 	3	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5
93.	<p>ЭФФЕКТИВНАЯ ДОЗА ЗА ГОДА СРЕДНЕМ ЗА 5 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ЛЕТ ДЛЯ ЛИЦ ИЗ НАСЕЛЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С НРБ-99 НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 20 мЗв 2. 10 мЗв 3. 5 мЗв 4. 1 мЗв 	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
94.	<p>ГОДОВАЯ ЭФФЕКТИВНАЯ ДОЗА ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0,5 мЗв 2. 1,0 мЗв 3. 2,0 мЗв 4. 5,0 мЗв 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-10
95.	<p>ДОЗА ОБЛУЧЕНИЯ ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. общим количеством выполненных исследований 2. количеством коек в стационаре 3. мощностью дозы на рабочем 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-3

	<p>месте около универсального штатива и объемом работы при выполнении рентгенологического исследования</p> <p>4. количеством участков в поликлинике</p>			
96.	<p>ЭФФЕКТИВНАЯ ДОЗА ЗА ГОД В СРЕДНЕМ ЗА 5 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ЛЕТ ДЛЯ ЛИЦ ИЗ ПЕРСОНАЛА ГРУППЫ А В СООТВЕТСТВИИ С НРБ-99 НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:</p> <p>1. 50 мЗв 2. 30 мЗв 3. 20 мЗв 4. 10 мЗв</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
97.	<p>В СООТВЕТСТВИИ С НРБ-99 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРЕДЕЛ ГОДОВОЙ ЭФФЕКТИВНОЙ ДОЗЫ УСТАНОВЛЕН НА УРОВНЕ:</p> <p>1. 1 мЗв 2. 3 мЗв 3. 5 мЗв 4. 30 мЗв</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
98.	<p>ДЕТЕРМИНИРОВАННЫЕ ЭФФЕКТЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОДНОКРАТНОГО ОБЛУЧЕНИЯ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ДОЗАХ, ПРЕВЫШАЮЩИХ:</p> <p>1. 0,17 Гр в гонадах у молодых мужчин 2. 0,25 Гр при облучении головного мозга 3. 0,5-1 Гр при облучении красного костного мозга 4. 0,17 Гр в гонадах у молодых мужчин; 0,25 Гр при облучении головного мозга; 0,5-1 Гр при облучении красного костного мозга; 0,2 Гр при облучении области живота у беременной женщины</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
99.	<p>ВРАЧ-РЕНТГЕНОЛОГ ОБЯЗАН ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЕСЛИ:</p> <p>1. данное исследование не может дать дополнительную информацию</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-3

	<p>2. более целесообразно направить пациента на исследование другими методами</p> <p>3. пациент уже был обследован рентгенологически, качество снимков неудовлетворительное</p> <p>4.невозможности получения информации другими методами</p>			
00.	<p>ЖЕНЩИНА В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ ПРИШЛА НА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. ВРАЧ ДОЛЖЕН ЗАДАТЬ ЕЙ, С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РАДИАЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ, СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС:</p> <p>1. когда пациентка заболела</p> <p>2.когда и кем назначено исследование</p> <p>3.когда были последний раз месячные</p> <p>4.в каком возрасте появились месячные</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
01.	<p>ЗАЩИТА ОТ ИЗЛУЧЕНИЯ РЕНТГЕНОВСКОГО АППАРАТА НЕОБХОДИМА:</p> <p>круглосуточно</p> <p>2. в течение рабочего дня</p> <p>3.только во время рентгеноскопических исследований</p> <p>4.только во время генерирования рентгеновского излучения</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-10
02.	<p>НАИБОЛЬШЕМУ ОБЛУЧЕНИЮ ВРАЧ-РЕНТГЕНОЛОГ ПОДВЕРГАЕТСЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ:</p> <p>1. рентгеноскопии при вертикальном положении стола</p> <p>2. рентгеноскопии при горизонтальном положении стола</p> <p>3. прицельной рентгенографии грудной клетки за экраном</p> <p>4. прицельной рентгенографии желудочно-кишечного тракта за экраном</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-10
03.	<p>НАИБОЛЬШЕМУ ОБЛУЧЕНИЮ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОДВЕРГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ:</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

	<p>1.врачи-рентгенологи в кабинетах общего профиля</p> <p>2.врачи-рентгенологи в кабинетах ангиографического профиля</p> <p>3.врачи-рентгенологи флюорографических кабинетов</p> <p>4.рентгенолаборанты кабинетов общего профиля</p>			
04.	<p>НАИМЕНЬШУЮ ДОЗУ ОБЛУЧЕНИЯ ЗА 1 ПРОЦЕДУРУ БОЛЬНОЙ ПОЛУЧАЕТ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ:</p> <p>1. рентгеноскопии без УРИ</p> <p>2. рентгеноскопии с УРИ</p> <p>3. рентгенографии</p> <p>4. флюорографии</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
05.	<p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ДОЗА ОБЛУЧЕНИЯ В ГОД, ПОЛУЧЕННАЯ ВРАЧОМ В КАБИНЕТЕ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ, СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>1. 0.01-0.5 Р</p> <p>2. 0,5-1.5 Р</p> <p>3. 1.5-5 Р</p> <p>4. 5-10 Р</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
06.	<p>МЕРОПРИЯТИЕ, КОТОРОЕ НУЖНО ПРОВОДИТЬ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПЛОДА НА НАЧАЛЬНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <p>1.производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла</p> <p>2.производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла</p> <p>3. не использовать флюорографию у женщин детородного возраста</p> <p>4.перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
07.	<p>ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ЖЕНЩИНЕ, ПОДВЕРГШЕЙСЯ ОБЛУЧЕНИЮ, В СЛЕДУЮЩЕМ СЛУЧАЕ:</p> <p>1.при поглощенной дозе на плод более 0,10 Гр</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

	<p>2. при поглощенной дозе на плод более 0,50 Гр</p> <p>3. при поглощенной дозе на плод более 1,0 Гр</p> <p>4. при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности</p>			
08.	<p>НА ПЕРСОНАЛ РЕНТГЕНОВСКОГО КАБИНЕТА ВОЗДЕЙСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ:</p> <p>1. рентгеновское излучение</p> <p>2. гамма - излучение</p> <p>3. ускоренные электроны</p> <p>4. ультрафиолетовое излучение</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
09.	<p>ЗАЩИТА РУК ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАЛЬПАЦИИ ВО ВРЕМЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. правильным выбором режима работы аппарата</p> <p>2. диафрагмированием пучка</p> <p>3. размещением рук за пределами светящегося поля</p> <p>4. правильным выбором режима работы аппарата, диафрагмированием пучка, размещением рук за пределами светящегося поля, применением защитных перчаток</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
10.	<p>МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ:</p> <p>1. дезактивация кожи</p> <p>2. прием радиопротектора</p> <p>3. реанимационные мероприятия</p> <p>4. гемосорбция</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-10
11.	<p>МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ПОКАЗАНО:</p> <p>1. при дозах облучения менее 3 Гр</p> <p>2. больным, у которых не было первичной реакции</p> <p>3. больным с легкой степенью лучевой болезни</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2

	4. больным, получившим летальные дозы облучения			
12.	<p>В ГРУППУ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВКЛЮЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛИЦА:</p> <p>1. взрослые с эффективной дозой острого облучения свыше 200 мЗв</p> <p>2. взрослые с накопленной эффективной дозой хронического облучения более 350 мЗв</p> <p>3. лица, облученные внутриутробно в дозе свыше 50 мЗв</p> <p>4. взрослые с накопленной эффективной дозой хронического облучения более 350 мЗв; взрослые с эффективной дозой острого облучения свыше 200 мЗв; лица, облученные внутриутробно в дозе свыше 50 мЗв; дети с дозой на щитовидную железу свыше 1 Гр</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
РАЗДЕЛ 5. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ				
13.	<p>НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ КАНАЛА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ДАЕТ РЕНТГЕНОГРАММА ЧЕРЕПА:</p> <p>1. в носо-подбородочной проекции</p> <p>2. в носо-лобной проекции</p> <p>3. в прямой задней проекции</p> <p>4. в косой проекции по Резе</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
14.	<p>НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ДАЕТ РЕНТГЕНОГРАММА:</p> <p>1. в прямой передней проекции</p> <p>2. в прямой задней проекции</p> <p>3. в носо-подбородочной проекции</p> <p>4. в боковой проекции</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
15.	<p>НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БОКОВОЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦ ДАЕТ РЕНТГЕНОГРАММА:</p> <p>1. в носо-подбородочной проекции</p> <p>2. в прямой задней проекции</p> <p>3. в носо-лобной проекции</p> <p>4. в аксиальной проекции</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
16.	<p>НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СООТНОШЕНИИ КОСТЕЙ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ДАЕТ РЕНТГЕНОГРАММА:</p> <p>1. в прямой передней проекции</p> <p>2. в боковой проекции</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

	3. в косо́й проекции 4. в носо-подбородочной проекции			
17.	<p>НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ БАЗИЛЯРНОЙ ИМПРЕССИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1.расположение зубовидного отростка второго шейного позвонка выше линий Мак-Грегера и Чемберлена на 6 мм и более</p> <p>2. уплощение базального угла в 140°</p> <p>3. углубление задней черепной ямки</p> <p>4. углубление передней черепной ямки</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
18.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИНЕЙНОГО ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1. обзорные (прямая и боковая) рентгенограммы</p> <p>2. прицельные касательные рентгенограммы</p> <p>3. прицельные контактные рентгенограммы</p> <p>4. прямые томограммы</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
19.	<p>НАИБОЛЕЕ ТОЧНУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПРИ ВДАВЛЕННОМ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ДАЕТ:</p> <p>1 обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции</p> <p>2. томограммы в прямой и боковой проекции</p> <p>3.прицельные контактные рентгенограммы</p> <p>4.прицельные касательные рентгенограммы</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
20.	<p>НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ДАЕТ:</p> <p>1.обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях</p> <p>2.компьютерная томография черепа</p> <p>3.обзорная рентгенограмма в аксиальной проекции</p> <p>4. ангиография черепа</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
21.	<p>ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	<p>ПРОИЗВЕСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обзорную рентгенограмму в боковой проекции 2. обзорную рентгенограмму в аксиальной проекции 3. обзорную рентгенограмму в прямой проекции 4. обзорную рентгенограмму в лобно-носовой проекции 			
22.	<p>ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПРИМЕНЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. задняя обзорная рентгенограмма 2. боковая обзорная рентгенограмма 3. аксиальная рентгенограмма 4. рентгенограмма в носо-подбородочной проекции 	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, УК-2
23.	<p>ГЕМОСИНУС ЯВЛЯЕТСЯ КОСВЕННЫМ СИМПТОМОМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острого синусита 2. травматического поражения костей черепа 3. хронического синусита 4. остеомы придаточных пазух носа 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
24.	<p>ВОЗДУШНАЯ КИСТА ГОРТАНИ (ЛАРИНГОЦЕЛЕ) РАСПОЛАГАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в надгортаннике 2. в подскладочном отделе 3. в черпалонадгортанной складке и вестибулярной складке 4. в голосовых складках 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
25.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ТУРЕЦКОГО СЕДЛА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенограмма черепа в боковой проекции 2. рентгенограмма черепа в затылочной проекции 3. рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции 4. рентгенограмма прицельная в боковой проекции 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
26.	<p>НОРМАЛЬНЫЕ САГИТТАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ ТУРЕЦКОГО СЕДЛА У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 3-6 мм 2. 7-9 мм 3. 9-14мм 4. 7-16мм 	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
27.	<p>НОРМАЛЬНЫЕ ВЕРТИКАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ ТУРЕЦКОГО СЕДЛА</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6

	<p>НА РЕНТГЕНОГРАММАХ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ СОСТАВЛЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5-7 мм 2. 4-10 мм 3. 7-12 мм 4. 6-14 мм 			
28.	<p>ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПА ВКЛЮЧАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. состояние швов 2. рисунок сосудистых борозд 3. выраженность развития пальцевых вдавлений 4. развитие выпускников 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
29.	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. увеличение размеров турецкого седла 2. остеопороз деталей седла 3. повышенная пневматизация основной пазухи 4. понижение пневматизации основной пазухи 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
30.	<p>ПОД ТЕРМИНОМ "РЕЛЬЕФ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА" ПОНИМАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рисунок венозных синусов 2. рисунок артериальных борозд 3. рисунок пальцевых вдавлений 4. рисунок венозных синусов, артериальных борозд и пальцевых вдавлений 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
31.	<p>К ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ СВОДА ЧЕРЕПА ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. остеома 2. гемангиома 3. остеохондрома 4. киста 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
32.	<p>ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЮТ В КОСТИ ЧЕРЕПА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рак желудка 2. злокачественные опухоли скелета 3. рак легкого 4. рак толстой кишки 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
33.	<p>ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>СИМПТОМОМ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. трабекулярный рисунок структуры костей 2. множественные, округлой формы и различной величины очаги деструкции 3. утолщение костей свода 4. очаги склероза 			
34.	<p>К РЕНТГЕНОВСКИМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА МОРГАНЬИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. утолщение наружной пластинки лобной кости 2. утолщение диплоического слоя лобной кости 3. утолщение внутренней костной пластинки лобной кости 4. склероз всех слоев лобной кости 	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
35.	<p>ДЛЯ ГЕАНГИОМЫ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ХАРАКТЕРНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ограниченный остеосклероз 2. гиперостоз 3. локальный остеопороз с грубоячеистой структурой 4. распространенная ячеистость 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
36.	<p>ПРИ ЭПИДЕРМОИДАХ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ХАРАКТЕРНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нечеткие контуры 2. четкие склеротические контуры 3. изъеденные контуры 4. утолщенные контуры 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
37.	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВНУТРИ-ЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВЗРОСЛОГО ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. углубление пальцевых вдавлений 2. остеопороз структуры, уплощение турецкого седла 3. расширение каналов диплоических вен 4. расхождение швов 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
38.	<p>НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПРИ ОПУХОЛИ СЛУХОВОГО НЕРВА ДАЕТ ПРОЕКЦИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по Шюллеру 2. по Майеру 3. по Стенверсу 4. обзорная рентгенограмма черепа у взрослых в прямой проекции 	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

39.	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО КРАНИОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. деформация черепа 2. истончение костей свода черепа 3. усиление пальцевых вдавлений 4. раннее закрытие швов	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
40.	ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРВИЧНО-КОСТНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ: 1.очаг деструкции неправильной формы 2. очаг склероза 3.картина "спикулообразного периостита" 4. мягкотканый компонент	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
41.	К РЕНТГЕНОСЕМИОТИКЕ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕРЕПА ОТНОСЯТСЯ: 1. множественные округлые, мелкие очаги деструкции 2.остеопороз и остеолит с некротическим участком (секвестр) 3. диффузный склероз 4. диффузный гиперостоз	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
42.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЕТАСТАЗОВ В ЧЕРЕП ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧАЩЕ: 1.множественными очагами деструкции 2. единичными очагами деструкции 3. очагами склероза 4. очагами гиперостоза	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
43.	К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ОПУХОЛИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ОТНОСЯТСЯ: 1.деструкция глазницы 2. односторонний экзофтальм 3. деструкция отверстия зрительного нерва 4. деструкция основания черепа	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
44.	ПОВЫШЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ: 1. утолщением костей 2. истончением костей свода черепа	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, УК-2

	3. ранним закрытием швов 4- поздним закрытием швов			
45.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТЕОМ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. лобная пазуха 2. клетки решетчатого лабиринта 3. затылочная кость 4. верхнечелюстная пазуха	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
46.	НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ВНУТРЕННЕГО УША ДАЕТ: 1. рентгенограмма черепа в проекции Шюллера 2. рентгенограмма черепа в проекции Майера 3. рентгенограмма черепа в проекции Стенверса 4. обзорная рентгенограмма черепа в прямой передней проекции	3	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
47.	ТИПОМ СТРОЕНИЯ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. пневматический 2. склеротический 3. диплоический 4. смешанный	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
48.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ ПРЕОБЛАДАЕТ: 1. пневматическая структура сосцевидного отростка 2. склеротическая структура сосцевидного отростка 3. диплоическая структура сосцевидного отростка 4. смешанная структура сосцевидного отростка	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
49.	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УША ПОКАЗАНА: 1. обзорная рентгенография черепа 2. рентгенография черепа в проекциях Майера и Шюллера 3. контрастное рентгенологическое исследование уха 4. компьютерная томография	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
50.	ДЛЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ЛАБИРИНТИТА И ФИСТУЛЫ НАРУЖНОГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА НЕОБХОДИМЫ: 1. рентгенограммы в проекции	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	<p>Шюллера</p> <p>2. рентгенограммы в проекции Майера</p> <p>3. рентгенограммы в проекции Стенверса</p> <p>4. обзорная рентгенограмма черепа о боковой проекции</p>			
51.	<p>ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ КИСТЫ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. тень с полициклическими контурами на фоне пазух</p> <p>2. полукруглая гомогенная тень на широком основании</p> <p>3. округлый дефект пазухи</p> <p>4. овальной формы пристеночное утолщение</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
52.	<p>ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКОЙ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННОЙ И ВНУТРИПАЗУШНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. томография черепа в аксиальной проекции</p> <p>2. рентгеноскопия черепа в боковой проекции</p> <p>3. ангиография</p> <p>4. контрастная гайморография</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
53.	<p>ПРИЧИНАМИ ЭМФИЗЕМЫ ГЛАЗНИЦЫ МОГУТ БЫТЬ:</p> <p>1. ранения глазницы</p> <p>2. переломы лобной пазухи</p> <p>3. переломы основания черепа</p> <p>4. переломы костей носа</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
54.	<p>ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭКССУДАТА В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХАХ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1. обзорная рентгенография черепа в боковой проекции и горизонтальном положении больного</p> <p>2. рентгенография черепа в подбородочной проекции и вертикальном положении больного</p> <p>3. рентгенография черепа в носолобной проекции</p> <p>4. рентгенография черепа в носоподбородочной проекции и</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, УК-2

	горизонтальном положении больного			
55.	ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОСИНУСИТА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЧЕРЕПА ВОЗНИКАЕТ: 1. гомогенное затемнение пазухи 2. негомогенное затемнение пазухи 3. ограниченное округлое затемнение в пазухе 4. пристеночное затемнение	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, УК-1
56.	НАИБОЛЕЕ БЫСТРАЯ ДИНАМИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОТЕКА СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ НАБЛЮДАЕТСЯ: 1. при вазомоторной риносинусопатии 2. при остром гайморите 3. при подостром гайморите 4. при обострении хронического гайморита	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
57.	УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ПАЗУХИ НАБЛЮДАЕТСЯ: 1. при кисте 2. при остром гайморите 3. при полипозе 4. при злокачественной опухоли	1	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
58.	ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА В СТАДИИ РЕМИССИИ ЯВЛЯЕТСЯ: гомогенное затемнение пазухи 2. пристеночное затемнение пазухи 3. изменение величина и формы пазухи 4. слоистость пристеночного затемнения пазухи	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
59.	СТЕПЕНЬ ПНЕВМАТИЗАЦИИ ПАЗУХ И ВАРИАНТЫ ИХ РАЗВИТИЯ ЗАВИСЯТ: 1. от возраста 2. от наличия общего заболевания 3. от врожденных особенностей развития лицевого черепа 4. от возраста и от врожденных особенностей развития лицевого черепа	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
60.	ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЗУБОВ В РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИЗОБРАЖЕНИИ	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>ПРОЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. смещением суставных поверхностей 2. несоответствием суставных поверхностей 3. наличием линии просветления 4. склерозом костей челюсти 			
61.	<p>ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ОРТОПАНТОМОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. заболевания глазницы 2. заболевания уха 3. заболевания челюстей и зубов 4. заболевания лобной пазухи 	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
62.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ АКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. определение проходимости канала 2. наличие радикулярной кисты 3. выявление костной деструкции челюсти 4. вывих зуба 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
63.	<p>ОСНОВНОЙ МЕТОДИКОЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ГОРТАНОГЛОТКИ СЧИТАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. контрастное исследование с бариевой взвесью 2. обзорная рентгеноскопия органов шеи 3. обзорная рентгенография шеи под контролем экрана 4. обзорная телерентгенография в боковой проекций 	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
64.	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ СЧИТАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расширение превертебральной клетчатки 2. симптом "стрелки" 3. воздух в клетчатке в виде "пузырьков" и "прослойки" 4. отек надгортанника 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
65.	<p>АСИММЕТРИЯ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при параличе гортани 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

	<p>2. при раке голосовой складки</p> <p>3. при фиброме голосовой складки</p> <p>4. при папилломе гортани</p>			
66.	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1. округлая дополнительная тень с четкими контурами</p> <p>2. множественные дополнительные тени</p> <p>3. отсутствие подвижности складок</p> <p>4. округлая дополнительная тень с четкими контурами и множественные дополнительные тени</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
67.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СУЖЕНИЙ ПРОСВЕТА ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. ожог</p> <p>2. рак</p> <p>3. аллергический процесс</p> <p>4. рубцовые процессы (разной этиологии)</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
68.	<p>К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ТРАВМ ГОРТАНИ ЧАЩЕ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>1. вывих черпаловидных хрящей</p> <p>2. перелом щитовидного хряща</p> <p>3. смещение свободного края надгортанника</p> <p>4. перелом подъязычной кости</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
69.	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ЛАРИНГИТА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1. утолщение надгортанника</p> <p>2. увеличение гортанных желудочков</p> <p>3. неподвижность элементов гортани</p> <p>4. утолщение складок гортани при сохранении подвижности</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
70.	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПАРЕЗОВ ГОРТАНОГЛОТКИ ПРИ КОНТРАСТНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1. задержка бариевой взвеси в желудочках гортани</p> <p>2. задержка бариевой взвеси в</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2

	карманах глотки 3. поступление бариевой взвеси в пищевод 4. поступление бариевой взвеси в глотку			
71.	К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ АДЕНОИДОВ ОТНОСЯТСЯ: 1. дополнительная тень в полости носа 2. дополнительная тень в гортаноглотке 3. дополнительная тень в носоглотке 4. дополнительная тень в ротоглотке	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-2
72.	ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ОПУХОЛИ НОСОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. деструкция костей носа 2. затемнение клиновидной пазухи 3. дополнительная тень в носоглотке 4. затемнение верхнечелюстной пазухи	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
РАЗДЕЛ 6. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И СРЕДОСТЕНИЯ				
73.	РЕНТГЕНОСКОПИЯ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗУЧИТЬ: 1. состояние корней легких 2. легочной рисунок 3. междольевые щели 4. подвижность диафрагмы	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
74.	РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ РЕНТГЕНОГРАФИИ: 1. идентична рентгеноскопии 2. менее информативна флюорографии 3. идентична крупнокадровой флюорографии 4. менее информативна рентгеноскопии	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2
75.	КРУПНОКАДРОВАЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ ПО ИНФОРМАТИВНОСТИ: соответствует рентгенографии более информативна рентгенографии менее информативна рентгенографии	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1

	соответствует рентгеноскопии			
76.	ТОМОГРАФИЯ НЕОБХОДИМА, СКОРЕЕ ВСЕГО, В ДИАГНОСТИКЕ: 1. острой пневмонии 2. осумкованного плеврита 3. рака легкого 4. поражений диафрагмы	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1
77.	ЛЕГОЧНОЙ РИСУНОК ПРИ ПРОБЕ ВАЛЬСАЛЬВЫ: 1. не изменяется 2. усиливается 3. обедняется 4. обогащается	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2
78.	ПРИ «МАЛОМ» (ДО 2 СМ) КРУГЛОМ ОБРАЗОВАНИИ В ЛЕГКОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА: 1. рентгенография 2. рентгенография и рентгеноскопия 3. рентгенография и томография 4. рентгенография и бронхографий	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
79.	ПРОБА ВАЛЬСАЛЬВЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ: 1. эхинококковой кисте легкого 2. междолевым осумкованном плеврите 3. артерио-венозной аневризме легкого 4. закрытом абсцессе легкого	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
80.	КРОВЕНАПОЛНЕНИЕ В ЛЕГКИХ ПРИ ПРОБЕ МЮЛЛЕРА: 1. не изменяется 2. увеличивается 3. уменьшается 4. увеличивается в базальных отделах	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
81.	ЛЕГОЧНОЙ РИСУНОК ПРИ ПРОБЕ МЮЛЛЕРА: 1. усиливается 2. обедняется 3. не изменяется 4. обогащается	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1
82.	КТ ЛУЧШЕ ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ: 1. средостения 2. легких 3. плевры 4. средостения, легких и плевры	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2
83.	АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИЯ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ:	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	паренхимы легкого 2.сосудов малого круга кровообращения 3. трахео-бронхиального дерева 4.сосудов малого круга кровообращения и трахео- бронхиального дерева			
84.	НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПНЕВМОМЕДИАСТИНОГРАФИЯ ДАЕТ ПРИ ПРОЦЕССАХ В: 1.средостении 2. легком 3. плевре 4. диафрагме	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
85.	ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ ПОКАЗАН ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: 1.легких 2. легких и диафрагмальной плевры 3. диафрагмы 4. диафрагмы и диафрагмальной плевры	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
86.	АНАТОМИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА В НОРМЕ – ЭТО: 1. бронхи 2. бронхи и легочные артерии 3. легочные артерии и вены 4. бронхи, легочные артерии и вены	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
87.	БРОНХИАЛЬНЫЕ АРТЕРИИ, ПИТАЮЩИЕ ЛЕГОЧНУЮ ТКАНЬ, БЕРУТ НАЧАЛО ОТ: 1. межреберных артерий и грудной части аорты 2. брюшной части аорты 3. легочных артерий 4. легочных вен	1	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-6
88.	ПЛАЩЕВОЙ СЛОЙ ДОЛИ ЛЕГКОГО ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТОИТ ИЗ РЯДОВ ДОЛЕК: 1. одного 2. двух-трех 3. шести 4. восьми	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-2
89.	СЕГМЕНТАРНЫЕ ЛЕГОЧНЫЕ ВЕНЫ РАЗВЕТВЛЯЮТСЯ: 1. вместе с артериями 2. вместе с бронхами 3. по границам сегментов 4. в плащевом слое	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2
90.	ПЛАЩЕВОЙ СЛОЙ ДОЛИ	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	СОСТАВЛЯЮТ: 1. разветвления мелких бронхов 2. разветвления мелких сосудов 3. междолевии и костляная плевра 4. легочные долики			
91.	ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ ПО ЛОНДОНСКОЙ СХЕМЕ СОСТОИТ ИЗ СЕГМЕНТОВ: 1. восьми 2. девяти 3. десяти 4. двенадцати	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-1
92.	ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ ПО ЛОНДОНСКОЙ СХЕМЕ СОСТОИТ ИЗ СЕГМЕНТОВ: 1. шесть 2. восьми 3. девяти 4. десяти	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
93.	ОСНОВОЙ СЕГМЕНТАРНОГО СТРОЕНИЯ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВЕТВЛЕНИЕ: 1. бронхов 2. бронхов и легочных вен 3. легочных артерий, бронхов и легочных вен 4. легочных артерий и бронхов	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
94.	АНАТОМИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ ТЕНИ КОРНЯ В НОРМЕ - ЭТО СТВОЛЫ: 1. артерий 2. артерий и вен 3. артерий, вен и бронхов 4. артерий и бронхов	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК2
95.	В ПРАВОМ ЛЕГКОМ МОЖЕТ БЫТЬ НЕСКОЛЬКО ДОБАВОЧНЫХ ДОЛЕЙ: 1. одна 2. две 3. три 4. четыре	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
96.	В ЛЕВОМ ЛЕГКОМ МОЖЕТ БЫТЬ НЕСКОЛЬКО ДОБАВОЧНЫХ ДОЛЕЙ: 1. две 2. три 3. четыре 4. пять	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
97.	НАИМЕНЬШАЯ АВТОНОМНАЯ ЕДИНИЦА ЛЕГКОГО: 1. ацинус 2. субдолька	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6

	3. долька 4. сегмент			
98.	ОТЛИЧИТЬ ЗАДНЮЮ РЕНТГЕНОГРАММУ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТ ПЕРЕДНЕЙ С УВЕРЕННОСТЬЮ ПОЗВОЛЯЕТ: 1. изображение ключиц 2. четкость контуров задних отрезков ребер 3. изображение ключиц и четкость контуров задних отрезков ребер 4. соотношение ширины передних и задних отрезков ребер	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
99.	ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЛЕГКОМ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ ПО: 1. межреберьям 2. легочным зонам 3. сегментам 4. долям	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2
100.	В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ИНТЕНСИВНОСТЬ ТЕНИ ЗАВИСИТ ОТ: 1. характера анатомического субстрата 2. локализации 3. размеров 4. размеров и локализации	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
101.	БИФУРКАЦИЯ ТРАХЕИ РАСПОЛОЖЕНА НА УРОВНЕ ГРУДНОГО ПОЗВОНКА: 1. третьего 2. четвертого 3. пятого, шестого 4. седьмого	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
102.	ОТОБРАЖЕНИЕ ВОЗДУШНЫХ БРОНХОВ НА ФОНЕ ЗАТЕМНЕНИЯ (ПОЛОСКИ ФЛЕЙШНЕРА-СОКОЛОВА) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. очаговой пневмонии 2. крупозной пневмонии 3. экссудативного плеврита 4. ракового ателектаза	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1
103.	О ЧЕТКОСТИ РЕНТГЕНОГРАММЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СУДЯТ ПО КОНТУРАМ: 1. средостения 2. диафрагмы 3. магистральных сосудов 4. ребер	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6

204.	<p>НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УГОЛ ЛОПАТКИ ВИДЕН НА УРОВНЕ ГРУДНОГО ПОЗВОНКА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пятого 2. седьмого 3. девятого 4. десятого 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
205.	<p>НА БОКОВОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ГОЛОВКА ЛЕВОГО КОРНЯ ЛЕГКОГО РАСПОЛОЖЕНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. выше правой и кпереди 2. на одном уровне 3. ниже правой и кзади 4. выше правой и кзади 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
206.	<p>РАСШИРЕНИЕ И НЕ СТРУКТУРНОСТЬ КОРНЯ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. хронического бронхита 2. хронической пневмонии 3. хронического бронхита и хронической пневмонии 4. центрального рака 	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2
207.	<p>ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ ЛИМФООТТОКА В ЛЕГКОМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. усиление сосудистого рисунка 2. множественные очаговые тени 3. усиление легочного рисунка и очаговые тени 4. плевральные линии и линии Керли 	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1
208.	<p>ПОЛОСОВИДНАЯ И ЛЕНТОВИДНАЯ ТЕНЬ, ВИДИМАЯ НА ПРЯМОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ, И НЕ ВИДНА НА БОКОВОЙ - ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дисковидного ателектаза 2. междолевой плевральной шварты 3. фибринозного плеврита 4. ограниченного пневмосклероза 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
209.	<p>НА ВНУТРИЛЕГОЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПРИСТЕНОЧНОГО ОБРАЗОВАНИЯ УКАЗЫВАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. округлая форма 2. изменение формы в разных проекциях 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

	3. смещаемость с легким при дыхании 4. прямые углы с грудной стенкой в разных проекциях			
210.	МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПОЛОСТИ В ЛЕГКИХ ЧАЩЕ БЫВАЮТ ПРИ: 1. стафилококковой метастатической пневмонии 2. метастазах опухоли почки 3. многофокусной очаговой пневмонии 4. множественном лейомиоматозе	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, УК-1
211.	ТОЛЩИНА СТенок ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОЛОСТЯХ РАВНОМЕРНАЯ ПРИ: 1. метастатической стафилококковой пневмонии 2. эхинококкозе 3. абсцессах 4. злокачественных метастазах	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2
212.	КОНТУРЫ ТЕНИ В ЛЕГКОМ НЕЧЕТКИЕ ПРИ: 1. периферической аденоме 2. гамартоме 3. кистозном образовании 4. очаговой пневмонии	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-2
213.	ДОЛЕВОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ОБЪЕМА ДАЕТ: 1. крупозная пневмония 2. фридлендеровская пневмония 3. саркома легкого 4. туберкулезный инфильтрат	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, УК-1
214.	КРУПНУЮ ОЧАГОВУЮ ТЕНЬ В ЛЕГКОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ДАЕТ: 1. туберкулома 2. фридлендеровская пневмония 3. солитарный метастаз 4. гамартома	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1
215.	ВНУТРИГРУДНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ - ЭТО ЛИМФОУЗЛЫ: 1. переднего средостения 2. центрального и заднего средостения 3. корневые 4. корневые и средостения	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
216.	В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ЛЕГКИХ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ: 1. локализация	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	<p>2. структура</p> <p>3. контуры</p> <p>4. локализация, структура и контуры</p>			
217.	<p>ОБЫЗВЕСТВЛЕНИЕ КАПСУЛЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КИСТЫ:</p> <p>1. ретенционной</p> <p>2. эхинококковой</p> <p>3. бронхогенной</p> <p>4. эхинококковой и бронхогенной</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
218.	<p>НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ИНТЕНСИВНОСТЬ ТЕНИ В ЛЕГКОМ ЗАВИСИТ ОТ:</p> <p>1. размеров</p> <p>2. морфологического субстрата</p> <p>3. локализации</p> <p>4. размеров и локализации</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2
219.	<p>ИЗМЕНЕНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ И КОРНЯ ЛЕГКОГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>1. первичном туберкулезном комплексе</p> <p>2. бронхиоло-альвеолярном раке</p> <p>3. гамартохондроме</p> <p>4. периферической аденоме</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
220.	<p>КОРЕНЬ ЛЕГКОГО РАСШИРЕН ПРИ:</p> <p>1. центральном раке</p> <p>2. коллагенозах</p> <p>3. пневмонии и коллагенозах</p> <p>4. при центральном раке, пневмонии, коллагенозах</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-2
221.	<p>ДВУСТОРОННЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ КОРНЕЙ ЛЕГКИХ, ЧАЩЕ ВСЕГО, НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>1. саркоидозе</p> <p>2. гептической метастатической пневмонии</p> <p>3. -хсторонних метастазах опухоли почки</p> <p>4. медиастинальном раке легкого</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
222.	<p>НАРУЖНЫЕ КОНТУРЫ КОРНЕЙ ЛЕГКИХ БУГРИСТЫЕ ПРИ:</p> <p>1. саркоидозе</p> <p>2. венозной гипертензии малого круга кровообращения</p> <p>3. роническом диффузном бронхите</p> <p>4. гептической метастатической пневмонии</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
223.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6

	<p>ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обратное расположение легких 2. добавочная доля непарной вены 3. трахеальный бронх 4. четырех долевое строение легкого 			
224.	<p>ДЛЯ КИСТОЗНОЙ ДОЛИ ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. усиление и деформация легочного рисунка 2. множественные тонкостенные полости 3. повышение прозрачности 4. расширение корня и деформация легочного рисунка 	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, УК-2
225.	<p>ГИПОПЛАЗИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ДОСТОВЕРНО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенографии 2. бронхографии 3. томографии 4. ангиопульмонографии 	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2
226.	<p>ПОРОКИ И АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ВОЗНИКАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. во внутриутробном периоде 2. в детском возрасте 3. в подростковом возрасте 4. в молодом возрасте 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
227.	<p>АНОМАЛИИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОТ ПОРОКОВ ОТЛИЧАЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствием клиники 2. отсутствием функциональных нарушений 3. сопутствующей деформацией грудной клетки 4. нет отличительных признаков 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
228.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кровотечение 2. озлокачествление 3. нагноение 4. эмфизема 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
229.	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЛЕГОЧНОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. УСИЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА 2. деформации легочного рисунка 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6

	3. ограниченная тень в базальных отделах легкого 4. высокое стояние купола диафрагмы			
230.	ЗАПОЛНЕННУЮ ЖИДКОСТЬЮ СОЛИТАРНУЮ КИСТУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С КРУГЛЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ: 1. паразитарной кистой 2. доброкачественной опухолью 3. осумкованным междолевым плевритом 4. осумкованным междолевым плевритом, доброкачественной опухолью, паразитарной кистой	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
231.	СМЕЩЕНИЕ ТРАХЕИ ВОЗМОЖНО ПРИ: 1. трахеальных опухолях 2. паратрахеальных опухолях 3. лимфадените 4. трахеите	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
232.	СДАВЛЕНИЕ ТРАХЕИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ: 1. медиастинитах 2. опухолях средостения 3. тиреоидитах 4. опухолях средостения, тиреоидитах, медиастинитах	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
РАЗДЕЛ 7. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ				
233.	СКЛАДКИ СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА ЛУЧШЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ: 1. при тугом заполнении бариевой взвесью 2. после прохождения жидкой бариевой взвеси при частичном спадении пищевода 3. при двойном контрастировании 4. при использовании релаксантов	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
234.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ: 1. стандартную бариевую взвесь 2. густую бариевую взвесь 3. пробу с декстраном 4. функциональные пробы	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1
235.	НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5

	<p>СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ГАЗА В ПИЩЕВОД ДЛЯ ЕГО ДВОЙНОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. введение через тонкий зонд 2. проглатывание большим воздухом 3. проглатывание большим воздухом вместе с бариевой взвесью (в виде нескольких следующих друг за другом глотков) 4. прием большим содового раствора и раствора лимонной кислоты 			
236.	<p>ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ МЕТОДИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. бесконтрастная рентгенография (по Земцову) 2. рентгенография в горизонтальном положении с бариевой взвесью 3. контрастная фарингография с применением функциональных проб (глотание, Мюллера, Вальсальвы и др.) 4. релаксационная фарингография 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
237.	<p>БЕСКОНТРАСТНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. опухолей глотки и пищевода 2. инородных тел пищевода 3. опухолей щитовидной железы 4. нарушений акта глотания 	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
238.	<p>МЕТОДИКА ИВАНОВОЙ - ПОДОБЕД ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в исследовании с бариевой пастой 2. в двойном контрастировании пищевода 3. в приеме чайной ложки густой бариевой взвеси и последующем смывании ее со стенки пищевода глотком воды 4. в даче ваты, смоченной бариевой взвесью 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5,
239.	<p>ОПТИМАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА МОЖЕТ</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2

	<p>БЫТЬ ПОЛУЧЕНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при тугом заполнении в горизонтальном положении на спине 2. при двойном контрастировании в горизонтальном положении на животе 3. при вертикальном положении больного с контрастированием пищевода в прямой и боковой проекциях 4. при вертикальном положении больного с контрастированием пищевода в прямой и боковой проекциях, при тугом заполнении в горизонтальном положении на спине, при двойном контрастировании в горизонтальном положении на животе 			
240.	<p>НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМИ ТЕХНИЧЕСКИМИ И МЕТОДИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТОНКОГО РЕЛЬЕФА СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА (ЖЕЛУДОЧНЫХ ПОЛЕЙ) ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгеноскопия с использованием рентгенотелевидения 2. специальные усиливающие экраны, рентгенологическое исследование в условиях пневморельефа 3. микрофокус рентгеновской трубки, жесткое излучение 4. короткая экспозиция рентгенограммы, мелкодисперсная бариевая взвесь, дозированная компрессия 	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, УК-2
241.	<p>ДЛЯ УСИЛЕНИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. атропин 2. метацин 3. сорбит 4. нитроглицерин 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
242.	<p>ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ СУЖЕНИЙ</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1

	<p>ОБЛАСТИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ДАЮТ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИЗ ГРУППЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. холинолитиков – атропин, метацин 2. нитритов - амилнитрит, нитроглицерин 3. ганглиоблокаторов - бускопан и др. 4. холииамиметиков - морфин и др. 			
243.	<p>ДЛЯ РЕЛАКСАЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. морфин 2. пилокарпин 3. прозерпин, ациклидин 4. атропин, метацин, азрон 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
244.	<p>ПРИ ЭКЗОФИТНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ МЕТОДИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стандартное рентгенологическое исследование в фазу полутугого и тугого заполнения 2. первичное двойное контрастирование 3. пневмография 4. пневмоперитонеум 	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1
245.	<p>ПРЕИМУЩЕСТВОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ С ПИЩЕВЫМ ЗАВТРАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. быстрота исследования 2. небольшая доза облучения больного 3. физиологичность, возможность диагностики функциональных изменений, быстрота исследования 4. возможность диагностики полипов 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
246.	<p>ПРЕИМУЩЕСТВА ЭНТЕРОКЛИЗМЫ ПЕРЕД ДРУГИМИ МЕТОДИКАМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. не дает осложнений, не имеет 	4	ВК ТК ГИА	К-1, ПК-5

	<p>противопоказаний</p> <p>2. позволяет изучить функциональные нарушения</p> <p>3. позволяет оценить сроки пассажа бария по кишке</p> <p>4. позволяет выявить участки сужения, их протяженность, сокращает продолжительность исследования</p>			
247.	<p>РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:</p> <p>1. снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера и пищеводного клиренса</p> <p>2. нарушения моторики пищевода и желудка</p> <p>3. ослаблением пропульсивной активности желудка</p> <p>4. снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера и пищеводного клиренса, нарушения моторики пищевода и желудка и ослаблением пропульсивной активности желудка</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
248.	<p>ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ:</p> <p>1. на передней стенке</p> <p>2. на задней стенке</p> <p>3. на боковых стенках</p> <p>4. на задней и боковых стенках</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
249.	<p>ОСНОВНОЙ МЕТОДИКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. пероральное заполнение</p> <p>2. ирригоскопия</p> <p>3. водная клизма и супервольтная рентгенографии</p> <p>4. методика Шерижье</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
250.	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЧЕРЕЗ 24 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА БАРИЕВОЙ ВЗВЕСИ ПРИМЕНЯЕТСЯ:</p> <p>1. для изучения патологии толстой кишки</p> <p>2. для исследования илеоцекальной области</p> <p>3. для оценки пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, изучения положения ободочной кишки</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	4. для изучения патологии тонкой кишки			
251.	<p>ОБНАРУЖЕННЫЕ НА ОБЗОРНЫХ РЕНТГЕНОГРАММАХ ЖИВОТА ОБЫЗВЕСТВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ХАРАКТЕРА И ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ РАЗЛИЧНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ. ЕДИНИЧНЫЕ ГЛЫБКИ ИЗВЕСТКОВОЙ ПЛОТНОСТИ В ПРОЕКЦИИ ТЕЛА 1-2 ПОЗВОНКА ИЛИ ПОЛОСКА КРАПЧАТОГО ОБЫЗВЕСТВЛЕНИЯ ЛЕВЕЕ И ВЫШЕ ЭТОГО УРОВНЯ ВЕСЬМА ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обызвествления стенки брюшной аорты 2. хронического панкреатита 3. туберкулезного мезоденита 4. мочекаменной болезни 	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-6
252.	<p>ОБЫЗВЕСТВЛЕНИЯ ГЛЫБЧАТОГО ХАРАКТЕРА КОНЦЕНТРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РАЗМЕРАМИ 1-1,5 СМ НА УРОВНЕ ТЕЛА 1-2 ПОЗВОНКА ИЛИ В ВИДЕ ЦЕПОЧКИ ПРАВЕЕ И НИЖЕ ЭТОГО УРОВНЯ - ДОВОЛЬНО ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обызвествлений стенок мезентериальных сосудов 2. хронического панкреатита 3. туберкулезного мезоденита 4. мочекаменной болезни 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
253.	<p>СКОРЛУПООБРАЗНОЕ ОБЫЗВЕСТВЛЕНИЕ МОЗАИЧНОГО ХАРАКТЕРА НЕПРАВИЛЬНОЙ ОКРУГЛОЙ ИЛИ ШАРОВИДНОЙ ФОРМЫ В ЛЮБОМ ОТДЕЛЕ ЖИВОТА - ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. организовавшейся гематомы 2. злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта 3. паразитарной кисты 4. тератодермоидной опухоли 	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1
254.	КОМПАКТНО РАСПОЛОЖЕННАЯ ГРУППА	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6

	<p>ОДНОРОДНЫХ ИЗВЕСТКОВЫХ ГЛЫБОК НАД ЛОННЫМ СОЧЛЕНЕНИЕМ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. камнями мочевого пузыря 2. флеболитами 3. тератодермоидной кистой 4. фибромой матки или аденомой предстательной железы 			
255.	<p>МЕЛКИЕ, ЧЕТКО ОЧЕРЧЕННЫЕ ТЕНИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ИЛИ ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ С ГЛАДКИМ КОНТУРОМ ВДОЛЬ КОСТНЫХ СТенок МАЛОГО ТАЗА ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обызвествленными лимфоузлами 2. камнями мочеточников 3. флеболитами 4. опухолями яичников 	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
256.	<p>АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕЛЕЗЕНКИ (ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ, УДВОЕНИЕ, ХВОСТАТАЯ СЕЛЕЗЕНКА) И ЕЕ НЕОБЫЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО МОЖНО УСТАНОВИТЬ С ПОМОЩЬЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обзорной рентгенографии 2. рентгенографии в условиях пневмоперитонеума 3. КТ 4. рентгенографии в условиях пневмоперитонеума и КТ 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
257.	<p>ВЕРХНИЙ ПОЛЮС ГЛОТКИ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. основания черепа 2. хоан 3. корня языка 4. подъязычной кости 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
258.	<p>ГРАНИЦА МЕЖДУ ГЛОТКОЙ И ПИЩЕВОДОМ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. черпаловидных хрящей 2. 5 шейного позвонка 3. 6 шейного позвонка 4. 7 шейного позвонка 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
259.	<p>СРЕДНЯЯ ШИРИНА ПРОСВЕТА ТУБУЛЯРНОГО ПИЩЕВОДА ПРИ ТУГОМ ЗАПОЛНЕНИИ ЕГО НЕ ПРЕВЫШАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 сантиметра 2. 2 сантиметров 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	3. 3 сантиметров 4. 4 сантиметров			
260.	НЕ ИЗМЕНЯЕТ НОРМАЛЬНЫЙ ХОД КОНТРАСТИРОВАННОГО ПИЩЕВОДА: 1. аорта 2. левый главный бронх 3. левое предсердие 4. непарная вена	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, УК-1
261.	ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ИСПУГАН ИЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНО РАССТРОЕН, ЕГО ЖЕЛУДОК: 1. гипотоничен 2. гипертоничен 3. усиленно перистальтирует 4. функция желудка не меняется	1	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
262.	ПРИ УМЕРЕННОМ РАЗДУВАНИИ ЖЕЛУДКА (И ДРУГИХ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА) ЕГО СТЕНКИ В НОРМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ: 1. выпрямлены 2. вогнуты 3. выпуклы 4. полигональны	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
263.	СКЛАДКИ СЛИЗИСТОЙ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЫШЕЧНОГО СЛОЯ. НОРМАЛЬНЫМ ДЛЯ НИХ НАПРАВЛЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. продольное 2. поперечное 3. косое 4. либо продольное, либо поперечное, либо косое, в зависимости от фазы моторики	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
264.	В НОРМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПАССАЖА ГОЛОВНОГО КОНЦА БАРИЕВОЙ ВЗВЕСИ ПО ТОНКОЙ КИШКЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1. 1 ч 2. 3ч 3. 5ч 4. 7ч	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, УК-2
265.	СКЛАДКИ СЛИЗИСТОЙ ЛУЧШЕ ВЫРАЖЕНЫ: 1. в тощей кишке 2. в подвздошной кишке	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	3. в двенадцатиперстной кишке 4. в тощей и двенадцатиперстной кишке			
266.	ВОРСИНКИ СЛИЗИСТОЙ ТОНКОЙ КИШКИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ: 1. для лучшего смешивания пищи и ферментов 2. для увеличения площади всасывающей поверхности 3. удлинения кишки 4.обеспечивают большее расширение просвета	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1
267.	РУБЦОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПИЩЕВОДА С УКОРОЧЕНИЕМ ЕГО ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА И ФИКСИРОВАННАЯ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО СЛЕДСТВИЕМ: 1.диабета 2. ахалазии кардии 3. язвенного рефлюкс-эзофагита 4. резекции желудка	3	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
268.	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОТДЕЛОВ КИШЕЧНИКА НЕ ИМЕЕТ БРЫЖЕЙКИ: 1. двенадцатиперстная кишка 2. тощая кишка 3. подвздошная кишка 4. червеобразный отросток слепой кишки	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
269.	МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЕ СОСУДЫ В СОСТАВЕ СВЯЗКИ ТРЕЙЦА ПРОХОДЯТ: 1.левее дуоденоеюнального перехода 2. впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки 3.позади двенадцатиперстной кишки 4. ниже двенадцатиперстной кишки	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1
270.	ПОКАЗАТЕЛЕМ НОРМАЛЬНОГО ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. длина около 7,5 см 2. диаметр менее 10 мм 3. диаметр 15 мм 4. обрывается в дивертикул двенадцатиперстной кишки	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
271.	БОЛЬШОЙ ДУОДЕНАЛЬНЫЙ СОСОК В 75% СЛУЧАЕВ	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

	<p>ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в ее верхней горизонтальной части 2. в нисходящем отделе 3. в нижнем колене 4. в нижней горизонтальной части 			
272.	<p>ФОРМА СЕЛЕЗЕНКИ ЧАЩЕ ВСЕГО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. округлая 2. овальная 3. бобовидная 4. эллипсовидная 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
273.	<p>КОНТУРЫ СЕЛЕЗЕНКИ В НОРМЕ (ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. четкие 2. волнистые 3. нечеткие 4. четкие и ровные только по краю, прилежащему к диафрагме 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
274.	<p>В НОРМЕ ПРАВЫЙ КУПОЛ ДИАФРАГМЫ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА УРОВНЕ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. III-IV ребер (VII-VIII грудных позвонков) 2. V-VI ребер (IX-X грудных позвонков) 3. VII-VIII ребер (XI грудного позвонка) 4. IX-X ребер (XII грудного позвонка) 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
275.	<p>ЛЕВЫЙ КУПОЛ ДИАФРАГМЫ РАСПОЛАГАЕТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРАВОЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на одном уровне 2. на одно ребро (межреберье) ниже 3. на одно ребро (межреберье) выше 4. ниже на вдохе, выше на выдохе 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
276.	<p>У ДЕТЕЙ, ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ, ДИАФРАГМА РАСПОЛАГАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. выше 2. ниже 3. на том же уровне 4. нет определенной закономерности 	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
277.	<p>У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ПО</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1

	<p>СРАВНЕНИЮ С МОЛОДЫМИ, ДИАФРАГМА ОБЫЧНО РАСПОЛАГАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на том же уровне 2. выше 3. ниже 4. нет определенной закономерности 			
278.	<p>ЭКСКУРСИЯ ДИАФРАГМЫ В НОРМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ СОСТАВЛЯЕТ ПРИ УМЕРЕННОМ И ГЛУБОКОМ ВДОХЕ СООТВЕТСТВЕННО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0,5 и 1 см 2. 1 и 2 см 3. 2-3 и 4 см 4. 4 и 5 см 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
279.	<p>АМПЛИТУДУ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ ОЦЕНИВАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по внутреннему отделу диафрагмы 2. по центральному отделу диафрагмы 3. по наружному отделу 4. по всем трем отделам (в 3 точках) 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
280.	<p>ВЕДУЩИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сужение пищевода 2. наличие слепого мешка 3. деформация пищевода 4. расширение пищевода 	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
281.	<p>ПРИ "ГРУДНОМ ЖЕЛУДКЕ" ПИЩЕВОД ВСЕГДА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расширен 2. укорочен 3. деформирован 4. извилист 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
282.	<p>ДЛЯ ОБЩЕЙ БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствие дуодено-еюнального изгиба 2. расположение петель тощей кишки в правой половине брюшной полости 3. расположение петель тощей кишки в левой половине брюшной полости 4. расположение слепой кишки в 	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-1

	центральных отделах брюшной полости			
283.	БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА (ВРОЖДЕННЫЙ МЕГАКОЛОН) ОБУСЛОВЛЕНА: 1. недоразвитием мышечного слоя 2. избытком ганглионарных клеток в мышечном слое кишки 3. отсутствием ганглионарных клеток в мышечном слое кишки 4. сегментарной атрезией кишки	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
284.	ВЫРАЖЕННОЕ РАСШИРЕНИЕ И УДЛИНЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАД УЧАСТКОМ ЛОКАЛЬНОГО СУЖЕНИЯ С ГЛАДКИМИ КОНТУРАМИ И ПЛАВНЫМИ ПЕРЕХОДАМИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА НАБЛЮДАЮТСЯ: 1. при болезни Крона 2. при туберкулезе 3. при мегаколоне 4. при язвенном колите	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
285.	АБЕРРАНТНАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: 1. в печени 2. в желудке 3. в двенадцатиперстной кишке 4. в тощей кишке	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
286.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПАРЕЗА ИЛИ ПАРАЛИЧА ГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. расширение позадиперстневидного мягкотканного пространства 2. деформация грушевидных синусов 3. задержка контрастного вещества в валекулах и грушевидных синусах 4. асимметричное прохождение контрастного вещества через глотку	3	ВК ТК ГИА	УК-1, УК-2
287.	АБДОМИНАЛЬНЫЙ ОТРЕЗОК ПИЩЕВОДА, ИМЕЮЩИЙ ВИД "МЫШИНОГО ХВОСТА", ОПИСЫВАЮТ КАК ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК: 1. при склеродермии 2. при кардиоэзофагеальном раке 3. при ахалазии кардии	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-1

	4. при эпифренальном дивертикуле			
288.	ПИЩЕВОД В ВИДЕ БУС, ЧЕТКООБРАЗНЫЙ, ШТОПОРООБРАЗНЫЙ, - ЭТИ НАЗВАНИЯ ОТРАЖАЮТ ОДНИ И ТЕ ЖЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПИЩЕВОДА, А ИМЕННО: 1. множественные дивертикулы 2. эзофагоспазм 3. вторичные изменения в результате склерозирующего медиастинита 4. варикозное расширение вен	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
289.	ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ДИСФАГИЯ (ЗАДЕРЖКА ЖИДКОЙ ПИЩИ) МОЖЕТ ВСТРЕТИТЬСЯ: 1. при дивертикуле пищевода 2. при ожоге пищевода 3. при эзофагокардиальном раке 4. при ахалазии кардии	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6
290.	НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТКИ И АСПИРАЦИЯ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА В ТРАХЕЮ НАБЛЮДАЕТСЯ: 1. при дивертикуле пищевода 2. при ожоге пищевода 3. при эзофагите 4. при парезе (параличе) глотки	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
291.	ПРИ ПАРЕЗЕ ГЛОТКИ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ВАЛЕКУЛЫ И ГРУШЕВИДНЫЕ СИНУСЫ: 1. не заполняются 2. быстро опорожняются 3. длительно заполнены бариевой взвесью, расширены 4. деформированы	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
292.	ГАЗОВЫЙ ПУЗЫРЬ ЖЕЛУДКА ПРИ АХАЛАЗИИ III-IV СТЕПЕНИ: 1. деформирован 2. отсутствует 3. уменьшен 4. уменьшен или отсутствует	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, УК-1
293.	АБЕРРАНТНАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: 1. в печени 2. в желудке 3. в двенадцатиперстной кишке 4. в тощей кишке	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
Раздел 8. Лучевая диагностика заболеваний молочной железы				

294.	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ МАССОВЫХ ПРОВЕРОЧНЫХ ОСМОТРАХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРОИЗВОДИТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в прямой или боковой проекции 2. в прямой и боковой проекции 3. в прямой и косой проекции 4. в косой проекции 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
295.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при выявлении рака молочной железы 2. при дифференциальной диагностике рака и доброкачественных опухолей молочной железы 3. при дифференциальной диагностике кистозных и солидных патологических образований 4. при дифференциальной диагностике кист, доброкачественных и злокачественных новообразований 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
296.	<p>ОПТИМАЛЬНОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ РЕТРОМАММАРНОГО ПРОСТРАНСТВА И АКСИЛЛЯРНОГО ОТРОСТКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. прямая проекция 2. косая проекция 3. боковая проекция 4. прямая и косая проекции 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
297	<p>КАКАЯ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ КОНТРАСТНЫХ МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пневмомаммография 2. дуктография 3. пневмокистография 4. двойное контрастирование притоков 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

298	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в верхне-наружном квадрате 2. в верхне-внутреннем квадрате 3. в нижне-наружном квадранте 4. в нижне-внутреннем квадранте 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
299	<p>СВЯЗКИ КУПЕРА ЛУЧШЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ НА МАММОГРАММАХ В ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.31 -40 лет 2.41-50 лет 3.51-60 лет 4.61-70 лет 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
300.	<p>КОНТРОЛЬНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ СТЕПЕНИ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ МАСТОПАТИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ В СРОКИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. через 6 месяцев 2. через 1 год 3. через 1,5-2 года 4. через 3 года 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
301.	<p>НАИБОЛЬШЕЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЖДУ УЗЛОВОЙ ФОРМОЙ МАСТОПАТИИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ИМЕЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нечеткость контуров 2. симптом гиперваскуляризации 3. изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла 4. наличие глыбчатых кальцинатов 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
302	<p>В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рассыпной тип ветвления протоков 2. магистральный тип ветвления 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

	<p>протоков</p> <p>3. раздвоенный тип ветвления протоков</p> <p>4. петлистый тип ветвления протоков</p>			
303	<p>ДИАМЕТР ОСНОВНОГО ВЫВОДНОГО МЛЕЧНОГО ПРОТОКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ:</p> <p>1.1-1,5 мм</p> <p>2.2-2,5 мм</p> <p>3.3-3,5 мм</p> <p>4.4мм</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
304	<p>ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПНЕВМОКИСТОГРАФИИ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НЕ ПОКАЗАНО, ЕСЛИ:</p> <p>1. внутренние стенки кисты ровные, геморрагическое содержимое</p> <p>2. наличие пристеночных разрастаний, серозное содержимое</p> <p>3. полное опорожнение кисты, наличие в пунктате пролиферирующих клеток</p> <p>4. ровные внутренние стенки кисты, серозное содержимое</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
305	<p>КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ФИБРОАДЕНОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ИМЕЮТ КАПСУЛУ:</p> <p>1. периканаликулярные</p> <p>2. интраканаликулярные</p> <p>3. смешанные</p> <p>4. листовидные</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
306	<p>ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ КИСТОЙ И ФИБРОАДЕНОМОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ:</p> <p>1. наличие крупноглыбчатых обызвествлений</p> <p>2. тонкий ободок просветления по периферии</p> <p>3. полицикличность контуров</p> <p>4. наличие капсулы</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6

307	<p>НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ ЛИПОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. затемнения с четкими и ровными контурами 2. просветления с четкими и ровными контурами 3. на фоне железистой ткани липома не выделяется 4. затемнения с четкими и ровными контурами и ободком просветления по периферии 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
308	<p>В ИНВОЛЮТИВНЫХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ЛИПОМА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при размерах образования до 2 см 2. при размерах образования около 4 см 3. при наличии капсулы 4. на инволютивном фоне липома не выявляется 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
309	<p>ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МЕЛЬЧАЙШИХ ПРИСТЕНОЧНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПРОТОКАХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пневмомаммографию 2. обзорную рентгенографию молочной железы с последующим производством прицельных рентгенограмм 3. дуктографию 4. двойное контрастирование протоков 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
310	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАТЧИКОВ С ЧАСТОТОЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1,5МГц 2. 2,5МГц 3. 3-4МГц 4. от 7 до 10 МГц 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6

311	<p>ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОГРАНИЧЕНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при рентгенологически установленных плотных молочных железах 2. при исследовании инволютичных молочных желез 3. при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей 4. при выявлении микрокальцинатов 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
312	<p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ ЛИСТОВИДНОЙ И ОБЫЧНОЙ ФИБРОАДЕНОМОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАЗМЕРАХ ОБРАЗОВАНИЯ ДО 3 СМ ОПРЕДЕЛЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. характер контуров 2. характер структуры 3. интенсивность тени 4. проведение дифференциальной диагностики ограничено 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
313	<p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ САРКОМОЙ И МЕСТНО-ИНФИЛЬТРИРУЮЩИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. четкость контуров 2. гиперваскуляризация 3. деформация органа 4. дифференциальная диагностика ограничена 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
314	<p>ПРОВЕДЕНИЕ ДУКТОГРАФИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при гнойных выделениях из соска 2. при серозных выделениях из соска 3. при остром воспалительном процессе в молочной железе 4. противопоказаний к проведению нет 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
315	<p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ ИНФИЛЬТРАТИВНО-ОТЕЧНОЙ</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5

	<p>ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ОСНОВАНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на изменении размеров молочной железы 2. на диффузной перестройке структуры молочной железы 3. на утолщении кожи молочной железы 4. дифференциальная диагностика ограничена 			
316	<p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ УЗЛОВОЙ ФОРМОЙ МАСТОПАТИИ И РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла 2. интенсивность тени образования 3. наличие кальцинатов 4. характер контуров образования 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
317	<p>ДЛЯ ИСТИННОЙ ГИНЕКОМАСТИИ ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. увеличение размеров грудной клетки 2. наличие на маммограммах железисто-соединительнотканного комплекса 3. наличие выделений из соска 4. наличие признаков гиперваскуляризации грудной клетки 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
318	<p>ГИПЕРВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. увеличением калибра сосудов 2. увеличением количества сосудистых ветвей 3. извитостью сосудов 4. увеличением калибра и количества сосудистых ветвей, их извитостью 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
<p>РАЗДЕЛ 9 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ</p>				

319	<p>ПРАВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ В НОРМЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ КНАРУЖИ ОТ КРАЯ ПОЗВОНОЧНИКА НА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 4-5 см 2. 2-3 см 3. 6-7 см 4. 8-10 см 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
320	<p>ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР СЕРДЦА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расстояние от верхушки сердца до правого сердечно-сосудистого угла 2. расстояние от правого кардио-диафрагмального угла до верхушки сердца 3. отрезок линии, соединяющий правый предсердно-сосудистый угол и правый сердечно-диафрагмальный угол 4. сумму перпендикуляров к срединной линии от наиболее выступающих точек краеобразующих дуг правого предсердия и левого желудочка 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
321	<p>СУЖЕНИЕ РЕТРОКАРДИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА В ЛЕВОЙ ПЕРЕДНЕЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диаметра восходящего сегмента аорты 2. левого предсердия 3. правого предсердия 4. правого желудочка 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
322	<p>СУЖЕНИЕ РЕТРОКАРДИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА НАД ДИАФРАГМОЙ В ПРАВОМ ПЕРЕДНЕМ КОСОМ ПОЛОЖЕНИИ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. правого желудочка 2. правого предсердия 3. левого желудочка 4. левого предсердия 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6

323	<p>ЛЕВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ В НОРМЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на 1 см кнутри от средне-ключичной линии 2. на 1 см кнаружи от средне-ключичной линии 3. на уровне средне-ключичной линии 4. на уровне парастернальной линии 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
324	<p>В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ УВЕЛИЧЕННЫЙ ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК МОЖЕТ ВЫХОДИТЬ НА ЛЕВЫЙ КОНТУР СЕРДЦА ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гипертонической болезни 2. коарктации аорты 3. тетраде Фалло 4. сдавливающим перикардите 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
325	<p>СТЕПЕНЬ ПРИЛЕЖАНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА К ГРУДИНЕ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ЛЕВОГО К ДИАФРАГМЕ (ЛЕВАЯ БОКОВАЯ ПРОЕКЦИЯ) В СЛУЧАЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гипертонической болезни 2. коарктации аорты 3. атеросклеротического кардиосклероза 4. межпредсердного дефекта 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
326	<p>БАЗОВЫМ (НАЧАЛЬНЫМ) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. полипозиционная рентгеноскопия грудной клетки 2. флюорография в прямой проекции 3. рентгенография грудной клетки в трех стандартных проекциях с контрастированием пищевода 4. рентгенография грудной клетки в прямой и левой боковой проекциях с контрастированием пищевода 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
327	<p>ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ СУЖЕНИЯ БРЮШНОЙ АОРТЫ И СОСТОЯНИЯ КОЛЛАТЕРАЛЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенография 2. ультразвуковое исследование 3. аортография 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

	4. компьютерная томография			
328	ПОПЕРЕЧНИК СЕРДЦА МОЖЕТ ПРЕОБЛАДАТЬ НАД ЕГО ДЛИНИКОМ ПРИ: 1. гипертонической болезни 2. миокардите 3. экссудативном перикардите 4. стенозе легочной артерии	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
329	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕБОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. рентгеноскопия 2. рентгенография 3. эхокардиография 4. томография	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
330	АНЕВРИЗМА НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ГРУДНОЙ АОРТЫ НА ПРЯМОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОТОБРАЖАЕТСЯ В ВИДЕ ТЕНИ, РАСПОЛОЖЕННОЙ: 1. в правой половине грудной полости 2. в левой половине грудной полости 3. в правой и левой половине грудной полости 4. в брюшной полости	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
331	В ДОСТОВЕРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА РЕШАЮЩЕЙ МЕТОДИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. коронарография 2. рентгенография 3. магнитно-резонансная томография 4. компьютерная томография	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
332	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИСЕРДЕЧНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МЕТОДИКОЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. коронарография 2. компьютерная томография 3. томография 4. эхокардиография	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

333	О СОСТОЯНИИ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА ОПТИМАЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРИ: 1. рентгеноскопии 2. рентгенографии 3. ультразвуковом исследовании 4. компьютерной томографии	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
334	ПЕРЕГОРОДОЧНЫЕ ЛИНИИ КЕРЛИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ: 1. нормальном легочном кровотоке 2. венозном застое в малом круге кровообращения 3. гиповолемии 4. гиперволеимии	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
335	МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ЛИНИЙ КЕРЛИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. расширение периферических вен 2. лимфостаз в междольковых перегородках 3. олигемия легкого 4. отек плевры	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
336	ОБЕДНЕНИЕ СОСУДИСТОГО РИСУНКА ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. недостаточности митрального клапана 2. тетрады Фалло 3. дефекта межжелудочковой перегородки 4. открытого артериального протока	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
337	В ОСНОВЕ РЕФЛЕКСА КИТАЕВА ЛЕЖИТ: 1. спазм долевых вен 2. спазм артериол 3. спазм бронхиальных артерий 4. спазм сегментарных артерий	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
338	ЛИНИИ КЕРЛИ МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ: 1. при коарктации аорты 2. при дефекте межпредсердной перегородки 3. при митральном стенозе 4. при аномалии Эбштейна	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
339	УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ, ПРИ АДЕКВАТНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЛЕЧЕНИИ КОТОРОГО ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТОКА	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6

	<p>НОРМАЛИЗУЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острый миокардит 2. констриктивный перикардит 3. постинфарктная аневризма левого желудочка 4. первичная легочная гипертензия 			
340	<p>КОЭФФИЦИЕНТ МУРА ОТРАЖАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. давление в венозном русле легких 2. состояние сократительной функции миокарда 3. давление в артериальном русле легких 4. морфологические изменения правого желудочка 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
341	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК "РАЗДВИГАНИЯ" СОСУДОВ И БРОНХОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. округлой пневмонии 2. инфаркте легкого 3. тромбэмболии ветвей легочной артерии 4. кисте легкого 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
342	<p>ВЫРАЖЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЗАВИСИТ ОТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. размеров сердца 2. длительности заболевания 3. размеров поражения миокарда 4. возраста больного 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
343	<p>"КОРОМЫСЛОПОДОБНЫЕ" ДВИЖЕНИЯ НА УРОВНЕ ДУГИ АОРТЫ И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. праволежащей аорте 2. недостаточности аортальных клапанов 3. стенозе устья аорты 4. коарктации аорты 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
344	<p>АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ 130/0 ММ РТ. СТ. - СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. для миокардита 2. для перикардита 3. для миксомы левого предсердия 4. для недостаточности аортального клапана 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6

345	<p>ПРИ ВВЕДЕНИИ Контрастного вещества в аорту контрастируется легочная артерия в случае:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дефекта межжелудочковой перегородки 2. транспозиции больших сосудов 3. открытого артериального протока 4. недостаточности аортального клапана 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
346	<p>ПРИ ВВЕДЕНИИ Контрастного вещества в аорту контрастируется левый желудочек в случае:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стеноза легочной артерии 2. недостаточности митрального клапана 3. стеноза устья аорты 4. недостаточности аортального клапана 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
347	<p>Атрофия от давления в скелете грудной клетки может наблюдаться:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при митральном пороке 2. при открытом артериальном протоке 3. при аневризме аорты 4. при недостаточности аортального клапана 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
348	<p>Пищевод на уровне дуги аорты (прямая проекция) отклоняется влево:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при коарктации аорты 2. при гипертонической болезни 3. при правосторонней дуге аорты 4. при недостаточности аортального клапана 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
349	<p>Левый желудочек может иметь уменьшенные размеры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при коарктации аорты 2. при недостаточности митрального клапана 3. при митральном стенозе 4. при дефекте межжелудочковой перегородки 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
350	<p>Акинетическая зона в области третьей дуги (прямая проекция) может наблюдаться:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при митральной недостаточности 2. при тромбозе ушка левого 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6

	<p>предсердия</p> <p>3. при аортальном стенозе</p> <p>4. при инфундибулярном стенозе легочной артерии</p>			
351	<p>ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА "УЗУРАЦИИ РЕБЕР" ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. расширение восходящей аорты</p> <p>2. расширение левой подключичной артерии</p> <p>3. расширение верхней полой вены</p> <p>4. расширение межреберных артерий</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
352	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. радиационный миокардит</p> <p>2. легочное сердце</p> <p>3. инкрустация плевры</p> <p>4. выпотной перикардит</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
353	<p>СИНДРОМ ЭБШТЕЙНА СВЯЗАН С:</p> <p>1. патологией митрального клапана</p> <p>2. патологией трикуспидального клапана</p> <p>3. патологией аорты</p> <p>4. патологией клапанов легочной артерии</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
354	<p>БЫСТРАЯ ДИНАМИКА РАЗМЕРОВ ТЕНИ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>1. при миокардите</p> <p>2. при легочном сердце</p> <p>3. при экссудативном перикардите</p> <p>4. при миокардиопатии</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
355	<p>УДЛИНЕНИЕ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗВИТОСТЬ АОРТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>1. при стенозе устья аорты</p> <p>2. при недостаточности аортального клапана</p> <p>3. при атеросклерозе аорты</p> <p>4. при митральном стенозе</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
356	<p>ОБЫЗВЕШТВЛЕНИЕ ПО КОНТУРАМ СЕРДЕЧНОЙ ТЕНИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>1. для атеросклеротического кардиосклероза</p> <p>2. для сдавливающего перикардита</p> <p>3. для миокардита</p> <p>4. для митрального стеноза</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6

357	<p>ДЛЯ ДИФФУЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ МЫШЦЫ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расширение тени сердца в поперечнике 2. расширение восходящей аорты 3. расширение правого предсердия 4. расширение брахиоцефальных артерий 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
358	<p>ПРИЗНАКОМ ТРОМБОЗА АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствие пульсации 2. обычная пульсация 3. парадоксальная 4. пульсация большой амплитуды 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
359	<p>ДЛЯ ВЫПОТНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. удлинение дуги левого желудочка 2. удлинение дуги правого предсердия 3. сглаживание всех дуг сердца 4. расширение дуги легочной артерии 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
360	<p>КАКОЙ ВИД ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТОКА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ МЕЖДОЛЬКОВОГО ВЫПОТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диффузный венозный застой 2. артериальная легочная гипертензия 3. гиповолемия 4. интерстициальный отек легких 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
361	<p>ДЛЯ "ЛЕГОЧНОГО" СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. левого желудочка 2. правого желудочка 3. левого предсердия 4. левого предсердия и левого желудочка 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
362	<p>ОСТРОЕ "ЛЕГОЧНОЕ" СЕРДЦЕ - ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ПЕРЕГРУЗКИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. левого желудочка 2. правого желудочка 3. левого предсердия 4. правого предсердия 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6

363	<p>КОНФИГУРАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ ТЕНИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствие "талии" 2. подчеркнутая "талия" 3. сглаженные дуги 4. обычная форма 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
РАЗДЕЛ 10. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ				
364	<p>НЕ ПРОХОДЯТ В СВОЕМ РАЗВИТИИ ХРЯЩЕВОЙ СТАДИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ребра 2. позвонки 3. кости свода черепа 4. фаланги пальцев 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
365	<p>НА ПРАВИЛЬНУЮ ПРОЕКЦИЮ НА ПРЯМОЙ ЗАДНЕЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ УКАЗЫВАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. проекция малого бугра на внутреннем контуре плечевой кости 2. проекция малого бугра на фоне шейки плечевой кости 3. проекция большого бугра на наружном контуре плечевой кости отдельно от головки 4. проекция малого бугра на фоне шейки плечевой кости и проекция большого бугра на наружном контуре плечевой кости отдельно от головки 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
366	<p>ИЗ ДИСТАЛЬНОГО РЯДА КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ ПО ОСИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА РАСПОЛОЖЕНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. многоугольная 2. головчатая 3. трапецевидная 4. крючковатая 5. гороховидная 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6,
367	<p>НА НАКЛОН ТАЗА ВПЕРЕД УКАЗЫВАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. проекционное уменьшение вертикального размера запирающего отверстия 2. расположение переднего края вертлужной впадины выше заднего 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-3

	<p>3. выстояние седалищной ости на внутреннем контуре тазовой кости</p> <p>4. проекционное уменьшение вертикального размера запирающего отверстия и расположение переднего края вертлужной впадины на одном уровне с задним краем</p>			
368	<p>К ПРИЗНАКАМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА РОТАЦИЮ БЕДРА НАРУЖУ, НА ПРЯМОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>1. сближение головки бедра и большого вертела</p> <p>2. выстояние всего малого вертела на внутреннем контуре бедренной кости</p> <p>3. выстояние на внутреннем контуре бедренной кости только верхушки малого вертела</p> <p>4. сближение головки бедра и большого вертела и выстояние всего малого вертела на внутреннем контуре бедренной кости</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
369	<p>НОРМАЛЬНАЯ ГОЛОВКА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ИМЕЕТ:</p> <p>1. правильную круглую форму</p> <p>2. неправильную круглую форму</p> <p>3. овальную форму</p> <p>4. грибовидную форму</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
370	<p>ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. дугообразная выпуклость вперед</p> <p>2. дугообразная выпуклость назад</p> <p>3. дугообразная выпуклость внутрь</p> <p>4. ось прямая</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
371	<p>СУСТАВ ШОПАРА-ЭТО:</p> <p>1. таранно-ладьевидный сустав</p> <p>2. пяточно-кубовидный сустав</p> <p>3. подтаранный сустав</p> <p>4. таранно-ладьевидный сустав и пяточно-кубовидный сустав</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
372	<p>СОЕДИНЕНИЯ МЕЖДУ РЕБРАМИ И ГРУДИНОЙ – ЭТО:</p> <p>1. синдесмозы</p> <p>2. синхондрозы</p> <p>3. суставы</p> <p>4. синхондрозы и суставы</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2

373	У ПЕРВОГО ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА (АТЛАНТА) ОТСУТСТВУЕТ: 1. тело 2. дуга 3. боковые массы 4. поперечные отростки	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
374	ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ПРАВИЛЬНЫХ СООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ АТЛАНТОМ И АКСИСОМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. симметричное изображение атланта 2. одинаковая ширина суставных щелей атланта-аксиальных суставов 3. соответствие наружных краев боковых суставных поверхностей атланта и аксиса 4. соответствие наружных краев боковых суставных поверхностей атланта и аксиса и расстояние между передней дугой атланта и зубовидным отростком аксиса не превышает 2 мм	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
375	НАИБОЛЕЕ МАССИВНЫЙ ОСТИСТЫЙ ОТРОСТОК ИМЕЕТ: 1. VII шейный позвонок 2. V шейный позвонок 3. III шейный позвонок 4. II шейный позвонок	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
376	МЕЖПОЗВОНОЧНЫЕ ОТВЕРСТИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ЛУЧШЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ: 1. в прямой проекции 2. в боковой проекции 3. в проекции с поворотом на 15° 4. в проекции с поворотом на 45°	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
377	СОСУДИСТЫЕ КАНАЛЫ ГАНА В ТЕЛАХ ПОЗВОНКОВ МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ: 1. в шейном отделе 2. в грудном отделе 3. в поясничном отделе 4. на всех уровнях	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
378	ФОРМА МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА L ₅ -S ₁ В НОРМЕ: 1. лентовидная 2. клиновидная с расширением кпереди 3. клиновидная с расширением кзади	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1

	4. лентовидная и клиновидная с расширением кпереди			
379	<p>НАИБОЛЕЕ УБЕДИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. уплотнение костной структуры 2. деформация кости 3. перерыв коркового слоя 4. линия просветления 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
380	<p>ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ОТЛОМКАМИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ УПЛОТНЕНИЕМ В ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вклинение отломков 2. проекционная суперпозиция отломков при их захождении 3. смещение отломков под углом 4. вклинение отломков и проекционная суперпозиция отломков при их захождении 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
381	<p>ПЕРИЛУНАРНЫЙ ВЫВИХ КИСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. полулунной кости 2. всех костей запястья 3. всех костей запястья за исключением полулунной кости 4. всех костей запястья за исключением ладьевидной кости 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
382	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ТРАВМЫ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. перелом полулунной кости 2. перилунарный вывих кисти 3. перелом ладьевидной кости 4. перелом трехгранной кости 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
383	<p>ВКОЛОЧЕНИЕ ОТЛОМКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. субкапитального аддукционного 2. субкапитального абдукционного 3. базального 4. чрезвертельного 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
384	<p>КАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. уменьшение пяточно-суставного угла 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7

	<p>2. увеличение пяточно-суставного угла</p> <p>3. уплотнение структуры пяточной кости</p> <p>4. линия перелома</p>			
385	<p>ИЗОЛИРОВАННЫЕ ВЫВИХИ ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮТ:</p> <p>1. в шейном отделе позвоночника</p> <p>2. в грудном отделе позвоночника</p> <p>3. в поясничном отделе позвоночника</p> <p>4. в пояснично-крестцовом переходе</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
386	<p>К ПРИЗНАКАМ, ОБЫЧНО СОПРОВОЖДАЮЩИМ КЛИНОВИДНУЮ КОМПРЕССИЮ ТЕЛА ПОЗВОНКА, ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>1. деформация переднего контура в виде ступеньки или угла</p> <p>2. угловая деформация верхней площадки</p> <p>3. уплотнение костной структуры</p> <p>4. деформация переднего контура в виде ступеньки или угла и угловая деформация верхней площадки</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
387	<p>"СТАБИЛЬНЫМ" ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. клиновидная компрессия тела позвонка</p> <p>2. двусторонний перелом дуги аксиса</p> <p>3. перелом зубовидного отростка аксиса</p> <p>4. переломо-вывих грудного позвонка</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
388	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ МЕХАНИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1. расширение межпозвоночного пространства</p> <p>2. сужение межпозвоночного пространства</p> <p>3. смещение вышележащего позвонка</p> <p>4. сужение межпозвоночного пространства и смещение вышележащего позвонка</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7

389	<p>ПЕРЕЛОМ ПОПЕРЕЧНОГО ОТРОСТКА ПОЗВОНКА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в шейном отделе 2. в грудном отделе 3. в поясничном отделе 4. в шейном и грудном отделе 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
390	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ ОТ ПЕРЕГРУЗКИ В ЗДОРОВОМ СКЕЛЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. шейка бедренной кости 2. большеберцовая кость 3. плюсневые кости 4. малоберцовая кость 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
391	<p>ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЮ МОЖЕТ ПОДВЕРГАТЬСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. хондроматоз костей 2. мраморная болезнь 3. несовершенный остеогенез 4. спондило-эпифизарная дисплазия 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
392	<p>ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диафизарных гиперостозах 2. мраморной болезни 3. мелореостозе 4. спондило-эпифизарной дисплазии 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
393	<p>ОСЛОЖНИТЬСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОПЕРЕЧНОЙ ПЕРЕСТРОЙКОЙ ("ПОЛЗУЧИМ ПЕРЕЛОМОМ") МОЖЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эпифизарная дисплазия 2. мраморная болезнь 3. фиброзная дисплазия 4. диафизарные гиперостозы 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
394	<p>ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СУСТАВАХ РАНО ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ К:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эпифизарной дисплазии 2. мраморной болезни 3. фиброзной дисплазии 4. мелореостозу 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
395	<p>ДЛЯ ГЕМАТОГЕННОГО ГНОЙНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ДЛИННЫХ КОСТЯХ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диафиза 2. эпифиза 3. метафиза 4. диафиза и эпифиза 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

396	<p>НАИБОЛЕЕ РАННИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. мелкоочаговая деструкция коркового слоя 2. остеосклероз 3. периостальная реакция 4. изменения в прилежащих мягких тканях 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-1
397	<p>ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ КОСТИ И НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ВЗРОСЛЫХ ПОЯВЛЯЮТСЯ В СРОКИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 7-10 дней 2. 2-3 недели 3. 1-1,5 месяца 4. 2 месяца 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
398	<p>РАННЯЯ ПЕРИОСТАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ГЕМАТОГЕНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ИМЕЕТ ВИД:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. линейной тени 2. слоистый 3. спикүлоподобный 4. бахромчатый 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
399	<p>ОСТЕОСКЛЕРОЗ ПРИ ГНОЙНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. через 5-7 дней 2. через 2-3 недели 3. через 2-3 месяца 4. через полгода 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
400	<p>КОСТНЫЙ СЕКВЕСТР РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышением интенсивности тени 2. уменьшением интенсивности тени 3. хотя бы частичным отграничением от окружающей костной ткани 4. повышением интенсивности тени и обязательным отграничением от окружающей костной ткани на всем протяжении 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
401	<p>ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТЕОМИЕЛИТА В ПЛОСКИХ И ГУБЧАТЫХ КОСТЯХ ОТСУТСТВУЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. деструкция 2. остеосклероз 3. секвестр 4. периостальная реакция 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5

402	КОСТНЫЙ АБСЦЕСС БРОДИ ВОЗНИКАЕТ: 1. в диафизе 2. в метафизе 3. в метаэпифизе 4. в метафизе и в метаэпифизе	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
403	ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ОСТИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ: 1. в эпифизе 2. в метафизе 3. в диафизе 4. в апофизе	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
404	ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОСТИТА ХАРАКТЕРНЫ: 1. деструкция костной ткани 2. периостальная реакция 3. регионарный остеопороз 4. атрофия кости	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
405	ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ОСТИТ В ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: 1. в головке бедренной кости 2. в шейке бедренной кости 3. в костях, образующих вертлужную впадину 4. в шейке бедренной кости и в костях, образующих вертлужную впадину	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
406	ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ СЕКВЕСТРЫ: 1. губчатые 2. кортикальные 3. тотальные 4. кортикальные и тотальные	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
407	ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ ГНОЙНОГО ХАРАКТЕРНЫ: 1. преобладание продуктивных изменений над деструктивными 2. пятнистый характер остеосклероза 3. неравномерный бугристый гиперостоз 4. преобладание продуктивных изменений над деструктивными и неравномерный бугристый гиперостоз	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
408	КРАЕВОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ОЧАГА В ДИАФИЗЕ ДЛИННОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. кортикального остеомиелита	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	<p>2. сифилитического остеопериостита</p> <p>3. остеодной остеомы</p> <p>4. кортикального остеомиелита и сифилитического остеопериостита</p>			
409	<p>КОМПАКТНЫЕ ОСТЕОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО РАСПОЛАГАЮТСЯ:</p> <p>1. в лобных пазухах</p> <p>2. в решетчатых лабиринтах</p> <p>3. в верхнечелюстных пазухах</p> <p>4. в лобных пазухах и решетчатых лабиринтах</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
410	<p>КОСТНО-ХРЯЩЕВЫЕ ЭКЗОСТОЗЫ В ДЛИННЫХ КОСТЯХ ИСХОДЯТ ИЗ:</p> <p>1. диафиза</p> <p>2. метафиза</p> <p>3. эпифиза</p> <p>4. апофиза</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
411	<p>КОСТНО-ХРЯЩЕВЫЕ ЭКЗОСТОЗЫ НЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ:</p> <p>1. в костях таза</p> <p>2. в ребрах</p> <p>3. в позвоночнике</p> <p>4. в своде черепа и костях лица</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
412	<p>ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИИ ВНУТРИКОСТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫ:</p> <p>1. нечеткие очертания</p> <p>2. четкие очертания</p> <p>3. склеротический ободок</p> <p>4. широкий склеротический вал</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
413	<p>ДЛЯ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. эпифиз</p> <p>2. метаэпифиз</p> <p>3. метаэпифиз</p> <p>4. диафиз и метадиафиз</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
414	<p>НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ КОРОТКИХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ:</p> <p>1. вздутие кости</p> <p>2. ячеисто-трабекулярный рисунок</p> <p>3. склеротический ободок</p> <p>4. вздутие кости и мелкоочаговое</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	обызвествление			
415	РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГЕМАНГИОМЫ В СКЕЛЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. позвоночник 2. длинные кости 3. свод черепа 4. ребра	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
416	ДЛЯ ОСТЕОИД-ОСТЕОМЫ ДЛИННОЙ КОСТИ НЕОБЫЧЕН: 1. ячеисто-трабекулярный рисунок 2. гиперостоз 3. участок разрежения размером 1,5 см в центре гиперостоза 4. наличие более плотной тени на фоне участка разрежения	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
417	ОСТЕОИД-ОСТЕОМА ЧАЩЕ ВСЕГО РАСПОЛАГАЕТСЯ: 1. в корковом слое диафизов и метафизов длинных костей 2. в костях свода черепа 3. в губчатом веществе суставных концов длинных костей 4. в телах позвонков	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
418	ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ НЕ ХАРАКТЕРЕН: 1. участок разрушения с нечеткими контурами 2. участок разрушения с четкими контурами 3. участок уплотнения с нечеткими контурами 4. участок разрушения с четкими контурами и участок разрушения со склеротическим ободком	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
419	ОПУХОЛЕВОЕ КОСТЕОБРАЗОВАНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1. остеогенной саркоме 2. саркоме Юинга 3. миеломе 4. метастазах рака предстательной железы	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
420	НА ОПУХОЛЕВОЕ КОСТЕОБРАЗОВАНИЕ УКАЗЫВАЕТ: 1. периостальный козырек 2. пластинчатая периостальная реакция 3. уплотнение костной структуры	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	4. уплотнение костной структуры и беспорядочная оссификация в мягких тканях в виде пятнистых и хлопьевидных теней			
421	СЛЕДУЮЩИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ КАК ОПУХОЛЕВЫМ, ТАК И РЕАКТИВНЫМ КОСТЕОБРАЗОВАНИЕМ: 1. уплотнение костной структуры 2. периостальный козырек 3. спиккулы 4. уплотнение костной структуры и спиккулы	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
422	К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОСТЕЙ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮЩИМ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 50 ЛЕТ, ОТНОСЯТСЯ: 1. остеогенная саркома 2. хондросаркома 3. ретикулосаркома 4. саркома Юинга	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
423	СЛОИСТАЯ ПЕРИОСТАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА: 1. для остеогенной саркомы 2. для хондросаркомы 3. для саркомы Юинга 4. для фибросаркомы	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
424	ОСТЕОБЛАСТИЧЕСКИЕ МЕТАСТАЗЫ В КОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАКА: 1. легких 2. почки 3. щитовидной железы 4. предстательной железы	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
425	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. уменьшение костной ткани в единице объема костного органа 2. уменьшение содержания Са в единице объема костного органа 3. уменьшение содержания Са в единице объема костной ткани 4. уменьшение костной ткани в единице объема кости при ее нормальной минерализации и	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	отсутствии патологических тканей			
426	У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ: 1. остеопороз 2. остеомалация 3. гиперпаратиреоидная остео дистрофия 4. асептические некрозы костей	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
427	ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ СО СТОРОНЫ СКЕЛЕТА ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ: 1. остеопороз 2. остеомалация 3. гиперпаратиреоидная остео дистрофия 4. асептические некрозы костей	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
428	ПРИ МЫШЕЧНЫХ ПАРАЛИЧАХ В КОСТЯХ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ: 1. атрофия 2. регионарный остеопороз 3. гиперостоз 4. деструкция	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
429	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТЕЙ ПРИ АНЕВРИЗМАХ КРУПНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ ЯВЛЯЕТСЯ: 1.остеолиз 2. гиперостоз 3. периостоз 4. локальная атрофия от давления	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
430	КАКОЙ ОТДЕЛ СКЕЛЕТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ: 1. метафизы длинных костей 2. апофизы 3. суставные головки 4. суставные впадины	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
431	АСЕПТИЧЕСКИЕ НЕКРОЗЫ КОСТЕЙ У ВЗРОСЛЫХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДЕТСКИ ВОЗРАСТОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ: 1. отсутствием восстановления костной ткани	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	<p>2. повышенной плотностью некротического участка</p> <p>3. отсутствием гиперплазии суставного хряща</p> <p>4. отсутствием восстановления костной ткани и отсутствием гиперплазии суставного хряща</p>			
432	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАВНОМЕРНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ ТЕЛА ПОЗВОНКА В ВИДЕ УЗКОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИНКИ (VERTEBRA PLANA) ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. асептический некроз</p> <p>2. эозинофильная гранулема</p> <p>3. злокачественная опухоль</p> <p>4. туберкулезный спондилит</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
433	<p>К ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КЕНИГА ОТНОСИТСЯ:</p> <p>1. гнойный артрит</p> <p>2. подвывих в суставе</p> <p>3. образование суставной "мышцы"</p> <p>4. костный анкилоз</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
434	<p>ДЛЯ АРТРОЗОВ ХАРАКТЕРНЫ:</p> <p>1. краевые эрозии суставных поверхностей костей</p> <p>2. краевые костные разрастания</p> <p>3. сужение суставной щели</p> <p>4. краевые костные разрастания и сужение суставной щели</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
435	<p>ПЕРВИЧНЫМ АРТРОЗОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ:</p> <p>1. тазобедренные суставы</p> <p>2. коленные суставы</p> <p>3. плечевые суставы</p> <p>4. тазобедренные и коленные суставы</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
436	<p>КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ СИМПТОМОВ УКАЗЫВАЕТ НА ВТОРИЧНУЮ ПРИРОДУ АРТРОЗА, РАЗВИВШЕГОСЯ ВСЛЕДСТВИЕ АРТРИТА,:</p> <p>1. сужение суставной щели</p> <p>2. краевые дефекты суставных поверхностей</p> <p>3. кистевидные образования в суставных концах костей</p> <p>4. краевые дефекты суставных поверхностей и «гипертрофический» остеопороз</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

437	<p>ПРОДАВЛИВАНИЕ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. коксартоза 2. асептического некроза головки бедра 3. деформирующей остеодистрофии Педжета 4. коксартоза и деформирующей остеодистрофии Педжета 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
438	<p>ДЛЯ СИНОВИАЛЬНЫХ ФОРМ АРТРИТОВ ХАРАКТЕРНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. краевые эрозии суставных поверхностей костей 2. регионарный остеопороз 3. изменение мягких тканей за счет экссудата в полости сустава 4. регионарный остеопороз и кистевидные образования в параартикулярных отделах костей 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
439	<p>НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. остеопороз 2. сужение суставной щели 3. периостит 4. краевые эрозии суставных поверхностей 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
440	<p>ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диффузный остеопороз 2. пятнистый остеопороз 3. параартикулярный остеопороз 4. "стеклянный" остеопороз 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
441	<p>НАИБОЛЕЕ РАНО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. крупные суставы конечностей 2. суставы кистей и стоп 3. межпозвоночные суставы 4. височно-нижнечелюстные 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
442	<p>ЧАЩЕ И РАНЬШЕ ПРИ СЕРОПОЗИТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дистальные межфаланговые 2. межфаланговые I пальцев 3. проксимальные межфаланговые II-IV пальцев 4. проксимальные межфаланговые II-IV пальцев и II-IV пястно- 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	фаланговые			
443	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ МОНОАРТИКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тазобедренный сустав 2. плечевой сустав 3. коленный сустав 4. голеностопный сустав 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
444	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ЛОКАЛИЗАЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. II- IV плюсне-фаланговые суставы 2. I плюсне-фаланговый сустав 3. межфаланговые суставы II-IV пальцев 4. шопаров сустав 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
445	<p>ПРИ ФИКСИРУЮЩЕМ ГИПЕРОСТОЗЕ ОСТЕОФИТЫ НЕ РАЗВИВАЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по передней поверхности тел позвонков 2. по боковым поверхностям тел позвонков 3. по задней поверхности тел позвонков 4. по задней поверхности тел позвонков и по области крючков тел шейных позвонков 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
446	<p>ДЛЯ ОСТЕОФИТОВ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА ХАРАКТЕРНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расположение по продолжению краевого валика тела позвонка 2. несколько отступя от краевого валика 3. перпендикулярное направление к оси позвоночника 4. расположение по продолжению краевого валика тела позвонка и перпендикулярное направление к оси позвоночника 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
447	<p>ПЕРЕДНЕЕ СМЕЩЕНИЕ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. остеохондроз позвоночника 2. спондилоартроз 3. односторонний спондилолиз 4. односторонний спондилолиз и 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6

	двусторонний спондилолиз			
448	ЗАДНЕЕ СМЕЩЕНИЕ ПОЗВОНКОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ: 1. остеохондроз позвоночника 2. фиксирующий гипоростоз 3. спондилоартроз 4. повреждение диска	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
449	ЗАДНИЕ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ЧАЩЕ ВСЕГО РАСПОЛАГАЮТСЯ: 1. в шейном отделе 2. в грудном отделе 3. в верхнем поясничном сегменте 4. в шейно-грудном переходе	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
450	ДЛЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КИФОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО: 1. усиление грудного кифоза 2. выпрямление кривизны позвоночника 3. наличие множественных шморлевских узлов 4. выпрямление кривизны позвоночника и деструкция замыкающих пластинок тел позвонков	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
451	ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ, ИСХОДЯЩИХ ИЗ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА, ХАРАКТЕРНЫ: 1. истончение и раздвигание ножек дуг позвонков 2. деструкция ножек дуг 3. экскавация задней поверхности тел позвонков 4. дуг позвонков и экскавация задней поверхности тел позвонков	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
РАЗДЕЛ 11. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА				
452	НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСТОПИИ И НЕФРОПТОЗА ИМЕЮТ: 1. уровень расположения лоханки 2. длина мочеточника 3. уровень отхождения почечной артерии 4. длина мочеточника и уровень отхождения почечной артерии	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

453	<p>ПОЧЕЧНУЮ КОЛИКУ НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НА ОСНОВАНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пиелюктазии 2. пузырно-мочеточникового рефлюкса 3. оттеснения верхней группы чашечек 4. деформации наружных контуров почки 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
454	<p>НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПАПИЛЛИТЕ ДАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. экскреторная урография 2. ретроградная пиелография 3. томография 4. ангиография 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
455	<p>О КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ В НЕФРОГРАФИЧЕСКОЙ ФАЗЕ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дефект контрастирования паренхимы 2. "белая" почка 3. отсутствие контрастирования почки 4. интенсивное неравномерное контрастирование паренхимы 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
456	<p>К СИМПТОМАМ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ампутация чашечки 2. слабая нефрографическая фаза 3. уменьшение размеров почки 4. гипотония чашечек и лоханки 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
457	<p>ПРИ РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫХ КАМНЯХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. экскреторной урографии 2. обзорной рентгенографии 3. томографии 4. ультразвукового исследования 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
458	<p>К ПРИЗНАКАМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О СНИЖЕНИИ ТОНУСА МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствие контрастирования лоханки 2. пиелюктазия 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5

	3. расширение ЧЛС 4. "псоас"-симптом			
459	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ ДАННЫЕ ОБ АПЛАЗИИ ПОЧКИ ДАЕТ: 1. обзорная рентгенография 2. экскреторная урография 3. ангиография 4. ультразвуковое исследование	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
460	ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОЙ МЕТОДИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. ультразвуковое исследование 2. экскреторная урография 3. ретроградная пиелография 4. ангиография	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
461	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЛОХАНКИ И ЧАШЕЧЕК ПРИ "ВЫКЛЮЧЕННОЙ ПОЧКЕ" СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ: 1. инфузионную урографию 2. ретроградную пиелографию 3. обзорную рентгенографию 4. компьютерную томографию	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
462	ПОЧКИ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА НАХОДЯТСЯ НА УРОВНЕ: 1. 8-10-го грудного позвонка 2. 12-го грудного и 1-2-го поясничного позвонков 3. 1-2-го поясничного позвонков 4. 4-5-го поясничного позвонков	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
463	В НОРМЕ ВЕРХНИЙ ПОЛЮС ПРАВОЙ ПОЧКИ ПО СРАВНЕНИЮ С ЛЕВОЙ РАСПОЛАГАЕТСЯ НИЖЕ: 1. на 1-2 см 2. на 3-4 см 3. на 5-6 см 4. на 7-8 см	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
464	ДЛИННЫЕ ОСИ ПОЧЕК У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА РАСПОЛАГАЮТСЯ: 1. параллельно позвоночнику 2. пересекаются друг с другом под углом, открытым книзу 3. пересекаются друг с другом под углом, открытым сверху 4. левая параллельна, правая под углом	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5

465	<p>ПОЧКА НОРМАЛЬНОЙ ВЕЛИЧИНЫ, ТЕНЬ ЕЕ ОДНОРОДНАЯ, ЛОХАНКА УМЕРЕННО УВЕЛИЧЕНА, КОНТУРЫ ЕЕ ОКРУГЛЫЕ И ЧЕТКИЕ, ЧАШЕЧКИ НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. ЭТО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. для гипоплазии почек 2. для хронического пиелонефрита 3. для пиелозктазии 4. для опухоли почки 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
466	<p>УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПОЧКИ, ДЕФОРМАЦИЯ ЛОХАНОЧНО-ЧАШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, КОНТУРЫ МАЛЫХ ЧАШЕЧЕК НЕРОВНЫЕ, ОБЛИТЕРАЦИЯ МЕЛКИХ СОСУДОВ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. для туберкулеза почек 2. для сморщенной почки 3. для гипоплазии почки 4. для опухоли почки 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
467	<p>НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОПТОЗА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. исследование в положении Тренделенбурга 2. компрессию мочеточника 3. снимок на высоте пробы Вальсальвы 4. пиелоскопию 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
468	<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБ "ОТСУТСТВИИ ФУНКЦИИ" ПОЧКИ ВОЗМОЖНО В СЛУЧАЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствия контрастирования чашечек и лоханки 2. отсутствия нефрографической фазы 3. при ретроградной пиелографии чашечно-лоханочная система не изменена 4. сосудистое русло почки не изменено 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
469	<p>НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ИЗОБРАЖЕНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЛИЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. количество контрастного вещества 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	<p>2. концентрация контрастного вещества</p> <p>3. возраст пациента</p> <p>4. сопутствующие заболевания</p>			
470	<p>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПОЧЕК ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>1. гломерулонефрит</p> <p>2. пиелонефрит</p> <p>3. нефроптоз</p> <p>4. опухоли</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
471	<p>САМЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ СМОРЩЕННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. деформация чашечно-лоханочной системы</p> <p>2. деформация формы почки</p> <p>3. уменьшение размеров почки</p> <p>4. слабо выраженная нефрографическая фаза</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
472	<p>В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ГИПОПЛАЗИИ И СМОРЩЕННОЙ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. состояние чашечно-лоханочной системы</p> <p>2. размеры почки</p> <p>3. состояние сосудистого русла почки</p> <p>4. состояние сосудистого русла почки и наличие нефрографической фазы</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
473	<p>В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНО- И ПЕРВИЧНО СМОРЩЕННОЙ ПОЧКИ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ:</p> <p>1. состояние нефрографической фазы</p> <p>2. размеры почки</p> <p>3. состояние чашечно-лоханочной системы</p> <p>4. сосудистое русло почки</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
474	<p>ДЛЯ КИСТЫ В НЕФРОГРАФИЧЕСКОЙ ФАЗЕ ХАРАКТЕРНЫ:</p> <p>1. неравномерное контрастирование паренхимы</p> <p>2. слабое контрастирование паренхимы</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7

	3. дефект паренхимы 4. отсутствие нефрографической фазы			
475	ПРИ КИСТЕ В ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФАЗЕ ХАРАКТЕРНЫ: 1. ампутация чашечки или группы чашечек 2. сдавление чашечек 3. оттеснение чашечек 4. сдавление и оттеснение чашечек	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
476	МОЧЕВЫЕ ПУТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТ ОПУХОЛЕВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ: 1. рак 2. папиллома 3. ворсинчатые опухоли 4. киста	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
477	ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ ОТМЕЧАЕТСЯ: 1. увеличение размеров почки 2. уменьшение размеров почки 3. размеры не изменены 4. увеличение и деформация почки	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
478	ЗАРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРОЦЕССОМ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРОИСХОДИТ ЧАЩЕ ВСЕГО: 1. лимфогенным путем 2. гематогенным путем 3. восходящая инфекция 4. нисходящая инфекция	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
479	АНАТОМИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ «ОБОДКА ПРОСВЕТЛЕНИЯ» ПРИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. слоистый камень 2. стенка мочевого пузыря 3. отек паравезикальной или парауретеральной клетчатки 4. стенка мочеточника	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
480	ПРИ "СМОРЩЕННОЙ" ПОЧКЕ СОСУДИСТОЕ РУСЛО ПОЧКИ: 1. не изменено 2. кровоснабжение увеличено 3. кровоснабжение уменьшено 4. деформация внутрпочечных сосудов и уменьшение кровоснабжения	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
481	НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ:	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	<ul style="list-style-type: none"> 1. папиллит 2. инфильтрат 3. каверна 4. обызвествление в очаге поражения 			
482	<p>СЛЕДСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИЛОХАНОЧНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. отсутствие контрастирования верхних мочевых путей 2. отсутствие нефрографической фазы 3. запаздывание контрастирования чашечек и лоханки 4. дилатация лоханки 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
483	<p>НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР ЗАБОЛЕВАНИЯ СВОЙСТВЕНЕН:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. для поликистоза 2. для медуллярной кистозной болезни 3. для мультикистозной почки 4. для солитарной кисты 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
484	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМ НЕФРОПТОЗ С ФИКСИРОВАННЫМ ПЕРЕГИБОМ МОЧЕТОЧНИКА, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. пиелонефрит 2. гидронефроз 3. уролитиаз 4. сморщенная почка 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
485	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. уролитиаз 2. туберкулез 3. гломерулонефрит 4. пиелонефрит 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
486	<p>К АНОМАЛИЯМ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, РЕЖЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЕМЫМ РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. подковообразная почка 2. дистопия 3. удвоение почки 4. добавочная (третья, четвертая) почка 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
487	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ТИПОМ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	<p>ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. аваскулярная зона 2. гиперваскуляризация 3. гиповаскуляризация 4. патологическая васкуляризация 			
488	<p>НЕФРОКАЛЬЦИНОЗОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. опухоль 2. киста 3. туберкулез 4. пиелонефрит 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
489	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расширение полости матки 2. гиперэхогенные включения на фоне гиперэхогенного содержимого полости матки 3. уменьшение полости матки 4. расширение полости матки и гиперэхогенные включения на фоне гиперэхогенного содержимого полости матки 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
490	<p>ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РАКА ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кистозное многокамерное образование 2. кистозно-солидное образование 3. солитарное кистозное образование 4. кистозное многокамерное образование и кистозно-солидное образование 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
491	<p>ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расширение мочеточника 2. деформация мочевого пузыря 3. ободок "просветления" вокруг гомогенной тени округлой или овальной формы 4. отсутствие контрастирования мочевых путей на соответствующей стороне 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
492	<p>СООТНОШЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ И ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5

	1. паренхима: ЧЛС -1:1 2. паренхима: ЧЛС -2:1 3. паренхима: ЧЛС -3:1 4. паренхима: ЧЛС -1:2			
493	ПРЯМЫМ ПРИЗНАКОМ КАМНЯ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. эхопозитивное образование в проекции ЧЛС 2. гиперэхогенное образование, размером не менее 5 мм 3. четко очерченное эхопозитивное образование с акустической тенью позади него 4. эхопозитивные образования, исчезающие при уменьшении режима работы прибора	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
РАЗДЕЛ 12 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА				
494	РАСПРАВЛЕНИЕ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НАСТУПАЕТ В: 1. первые сутки 2. течение 43 ч 3. течение недели 4. течение месяца	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
495	ТРАХЕЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 2 ЛЕТ ЖИЗНИ РАСПОЛОЖЕНА: 1. с отклонением влево от основной оси человека 2. с отклонением вправо 3. срединно 4. изогнутый ход трахеи	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
496	СОСУДИСТЫЙ РИСУНОК МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ У ДЕТЕЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: 1. с момента рождения 2. с первого месяца жизни 3. с 1 года 4. после 3 лет	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
497	ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВОЗМОЖНА ПРИ: 1. пневмонии 2. рахите 3. бронхите 4. бронхиолите	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
498	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ИЗМЕНЕНИЯ МОГУТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПРИ: 1. ателектазах	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5

	<p>2. абсцессе 3. пневмоцистной пневмонии 4. микоплазменной пневмонии</p>			
499	<p>САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. хилоторакс 2. сердечная недостаточность 3. гемоторакс травматического происхождения 4. экссудативный плеврит воспалительного характера</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
500	<p>НАЛИЧИЕ ГИПЕРТЕНЗИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВИЛЬСОНА-МИКИТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНО:</p> <p>1. бронхографией 2. томографией 3. ангиопульмонографией 4. рентгенокимографией</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
501	<p>ПОЯВЛЕНИЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ РЕТИКУЛЯРНО-ГРАНУЛЯРНОГО РИСУНКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <p>1. синдрома Вильсона-Микити 2. гиалиновых мембран 3. рассеянных ателектазов 4. синдрома Жэнэ</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
502	<p>КАРТИНА "БЕЛОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ" НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>1. аспирации 2. задержке фетальной жидкости в легких 3. синдроме Жэнэ 4. рассеянных ателектазах</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
503	<p>КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:</p> <p>1. гиалиновыми мембранами 2. нерасправлением легких 3. сливной пневмонией 4. бронхолегочной дисплазией</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
504	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ В ЛЕГКИХ, НЕ ОТНОСЯЩИХСЯ К КАРТИНЕ</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6

	<p>"РАХИТИЧЕСКОГО ЛЕГКОГО" – ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. усиление сосудисто-интерстициального рисунка 2. ателектазы 3. буллезные вздутия 4. воспалительные очаги 			
505	<p>К ОСОБЕННОСТЯМ СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. левый и правый желудочек равны по своим размерам 2. левый желудочек значительно превосходит размеры остальных камер сердца 3. левое предсердие значительно больше правого 4. объем правого желудочка превышает таковой левого 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
506	<p>НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПЕРЕДНЕЙ ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ЛЕВЫЙ КОНТУР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ ИМЕЕТ ЧЕТЫРЕ ДУГИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на втором месяце жизни 2. к концу первого года жизни 3. к 3-летнему возрасту 4. после 3 лет 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
507	<p>ИНДЕКС МУРА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРЕВЫШАЕТ НОРМАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. менее чем на 5 2. менее чем на 10 3. менее чем на 20 4. более чем на 30 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
508	<p>СИМПТОМ "СНЕЖНОЙ БАБЫ" ОПИСАН ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. частичном аномальном дренаже легочных вен 2. тотальном аномальном дренаже легочных вен 3. открытом общем атриовентрикулярном канале 4. дефекте межжелудочковой перегородки 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
509	<p>СИНДРОМ "ТУРЕЦКОЙ САБЛИ" ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. аномального дренажа правых легочных вен в верхнюю полую вену 2. левожелудочково- 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	<p>правопредсердного сообщения</p> <p>3. аномального дренажа правых легочных вен в нижнюю полую вену</p> <p>4. частичного аномального дренажа легочных вен</p>			
510	<p>РЕНТГЕНОФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. увеличение амплитуды пульсации всех отделов аорты</p> <p>2. увеличение амплитуды пульсации восходящей аорты</p> <p>3. уменьшение амплитуды пульсации ствола легочной артерии</p> <p>4. уменьшение амплитуды пульсации аорты</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
511	<p>ПРИЗНАКОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. увеличение левого желудочка</p> <p>2. уменьшение левого желудочка</p> <p>3. увеличение путей оттока правого желудочка</p> <p>4. увеличение путей притока правого желудочка</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
512	<p>ДУГА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:</p> <p>1. закруглена</p> <p>2. удлинена, имеет пологое очертание</p> <p>3. не изменена</p> <p>4. деформирована</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
513	<p>ОБЗОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИВОТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ С ПОМОЩЬЮ:</p> <p>1. рентгеноскопии</p> <p>2. рентгенографии</p> <p>3. ультразвукового метода</p> <p>4. магнитно-резонансного метода</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
514	<p>СРОКИ ПОЯВЛЕНИЯ ГАЗА В ПЕТЛЯХ ТОНКОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ЧЕРЕЗ:</p> <p>1. 5 мин</p> <p>2. 30 мин</p> <p>3. 6-8ч</p> <p>4. 1ч</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5

515	<p>СРОКИ ЗАПОЛНЕНИЯ ГАЗОМ ПЕТЕЛЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5-10 мин 2. 1ч 3. 2ч 4. 5ч 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
516	<p>ВЕРХНИЙ ПИЩЕВОДНЫЙ СФИНКТЕР НАЧИНАЕТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. с момента рождения 2. со времени внутриутробного появления акта глотания 3. с 1 нед. возраста 4. с первого года жизни 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
517	<p>НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВОДА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обзорная рентгеноскопия с прицельной рентгенографией 2. обзорная рентгеноскопия 3. методика Земцова 4. методика Ивановой-Подобед 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
518	<p>ОСНОВНОЙ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ОТ ПИЛОРОСПАЗМА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сужение пилорического отдела желудка 2. удлинение пилорического отдела желудка 3. большое количество газов в петлях кишечника 4. эвакуация основной массы контрастного вещества из желудка в кишечник через 3 ч после его приема 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
519	<p>БЕЗОАРЫ ЖЕЛУДКА – ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. инородные тела 2. доброкачественные опухоли 3. злокачественные опухоли 4. гипертрофия слизистой оболочки желудка 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
520	<p>НАИБОЛЬШЕЕ СКОПЛЕНИЕ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ В:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. луковице 12-перстной кишки 2. терминальном отделе 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6

	<p>подвздошной кишки</p> <p>3. тощей кишке</p> <p>4. прямой кишке</p>			
521	<p>ТИПИЧНЫЙ РЕЛЬЕФ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ:</p> <p>1. резорбционный</p> <p>2. ретенционный</p> <p>3. "бульжной мостовой"</p> <p>4. петлистый</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
522	<p>ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. увеличение диаметра сигмовидного отдела ободочной кишки</p> <p>2. большое количество горизонтальных уровней жидкости в петлях кишечника</p> <p>3. зона сужения в области перехода сигмовидной части ободочной кишки в прямую</p> <p>4. отсутствие перистальтики в сигмовидной кишке</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
523	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОЛИПОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ:</p> <p>1. желудок</p> <p>2. тонкая кишка</p> <p>3. прямая кишка</p> <p>4. поперечная ободочная кишка</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
524	<p>ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В:</p> <p>1. пищеводе</p> <p>2. желудке</p> <p>3. пищеводе, желудке и луковице 12-перстной кишки</p> <p>4. подвздошной кишке</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
525	<p>КАКОВА В НОРМЕ ВЕЛИЧИНА АЦЕТАБУЛЯРНОГО ИНДЕКСА ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ:</p> <p>1. до 30</p> <p>2. до 35</p> <p>3. от 35 до 40</p> <p>4. от 40 до 50</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
526	<p>КАКОВА В НОРМЕ ВЕЛИЧИНА "Н" ПРИ ОЦЕНКЕ</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	<p>РЕНТГЕНОГРАММ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ДЕТЕЙ РАННЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПО МЕТОДИКЕ ХИЛЬГЕНРАЙНЕР:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. до 10мм 2. от 10 до 8 мм 3. от 8 до 5 мм 4. от 5 до 3 мм 			
527	<p>КАКОВА В НОРМЕ ШИРИНА СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ В СУСТАВЕ КРЮВЕЛЬЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. до 3 мм 2. до 2 мм 3. от 4 до 5 мм 4. 5 мм 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-5
528	<p>КАКИЕ ПЕРЕЛОМЫ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. патологические переломы 2. внутрисуставные переломы 3. оскольчатые переломы 4. поднадкостничные переломы, травматический эпифизеолиз 	4	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
529	<p>КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ТИП ПОДВЫВИХОВ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ротационные подвывихи 2. транслигаментозный 3. трансдентальный 4. перидентальный 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
530	<p>ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ ТЕЛЕСКОПИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. несовершенный остеогенез 2. идиопатическая гиперкальциемия 3. мраморная болезнь 4. идиопатическая ломкость костей 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
531	<p>С КАКОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ НЕОБХОДИМО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТЕОМИЕЛИТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. опухолью Юинга 2. фибросаркомой 3. хондросаркомой 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6

	4. первично-злокачественной формой остеобластокластомы			
532	КАКАЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЗНИ КЕНИГА: 1. пяточная кость 2. головка бедренной кости 3. латеральный мыщелок бедренной кости 4. медиальный мыщелок бедренной кости	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
533	КАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА - БОЛЕЗНЬ ШИНЦА: 1. уплотнение ядра окостенения апофиза пяточной кости 2. утолщение мягких тканей в области бугра пяточной кости 3. появление кистевидных просветлений в апофизе бугра пяточной кости 4. фрагментация ядра окостенения апофиза пяточной кости	3	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
534	КАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛИ ЮИНГА И ДИАФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА: 1. линейный периостит 2. увеличение интенсивности тени мягких тканей 3. симптом кортикального секвестра 4. "луковичный" периостоз	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6
535	ДЛЯ КАКОЙ ГРУППЫ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРЕН РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ "КРАПЧАТОСТИ", ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ПОЯВЛЕНИЕМ УЧАСТКОВ ИЗВЕСТКОВЫХ ВКЛЮЧЕНИЙ В МАССЕ ОПУХОЛЕЙ: 1. опухоли из хрящевой ткани 2. опухоли из сосудистой ткани 3. опухоли из нервной ткани 4. опухоли из соединительной	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1

	ткани			
536	<p>ДЛЯ КАКОЙ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ СКЕЛЕТА ТИПИЧЕН СИМПТОМ СПИКУЛООБРАЗНОГО ПЕРИОСТИТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. воспалительных 2. злокачественные опухоли 3. доброкачественные опухоли 4. фиброзная остеодисплазия 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-6
537	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дистальный метадиафиз бедренной кости 2. проксимальный метадиафиз бедренной кости 3. кости черепа 4. проксимальный метадиафиз большеберцовой кости 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-7
538	<p>СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенографического исследования черепа 2. электроэнцефалографического исследования 3. ангиографического исследования 4. компьютерно-томографического исследования 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-5
539	<p>СРЕДНЕЕ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ У НОВОРОЖДЕННЫХ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. до 200 мл 2. до 60 мл 3. до 300 мл 4. до 20 мл 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, ПК-7
540	<p>ДЛИНА ПОЧКИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. менее 4 см 2. около 6-6,5 см 3. более 8 см 4. около 10 см 		ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1
541	<p>ВАЖНЕЙШИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПОЧКИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. исчезновение тени поясничной мышцы 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-6

	2. деформация форникальных отделов 3. сколиоз позвоночника 4. выход контрастного вещества за пределы почки			
542	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОКАЗАНО: 1. по методике Майера 2. по методике Шюллера 3. по методике Стенверса 4. по методике Т.Н. Клушиной	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-1